

PARTE III

MONOGRAFIE

PAGINA BIANCA

1. - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E VOLONTARIATO.

1.1. - *Il volontariato oggi e la normativa nazionale.*

La particolare rilevanza che assume, nell'attuale fase di sviluppo organizzativo del sistema dei servizi, l'esperienza del volontariato, che opera nel campo socio-sanitario, trova riscontro nell'attenzione sempre maggiore che ad essa è dedicata anche a livello legislativo e politico-istituzionale.

Superata la fase delle diffidenze ideologiche e delle preclusioni da parte di amministratori, sindacalisti, giuristi e dei volontari stessi, il volontariato sta entrando nell'ordinamento giuridico. Pur in assenza di una disciplina generale, sono già molte le leggi nazionali (e regionali) che contengono specifici riferimenti ed aprono spazi d'azione e di collaborazione alle organizzazioni sociali di tipo solidaristico.

La legge n. 833/78 d'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ha in questo senso un'importante funzione di anticipazione e di legittimazione, riconoscendo il volontariato quale soggetto che concorre alla tutela del diritto alla salute. Recita infatti il primo comma dell'art. 45 del testo di riforma: « È riconosciuta la funzione delle associazioni di volontariato liberamente costituite aventi la finalità di concorrere al conseguimento dei fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale ». Più specificamente, la legge prevede la possibilità che le associazioni di volontariato concorrano all'attività sanitaria pubblica. A tal fine i rapporti con le U.S.L. vengono disciplinati mediante apposite convenzioni, nell'ambito della programmazione e della legislazione sanitaria regionale (art. 45, ult. c.).

Le associazioni di volontariato possono inoltre essere comprese tra i soggetti che partecipano alla definizione degli indirizzi dell'U.S.L.; in quanto formazioni sociali esistenti sul territorio, esse hanno diritto a partecipare a tutte le fasi della programmazione, alla gestione sociale dei servizi, al controllo di funzionalità e coerenza ai piani (art. 13, c. 3). Come è noto, la legge non stabilisce con precisione ambiti, strutture e modalità di tale partecipazione, limitandosi all'enumerazione di principi generali. Alla sua definizione operativa non concorrono né la legislazione regionale d'attuazione, né per ora il faticoso avvio dei Distretti di base. In questa situazione, si stenta ad individuare il ruolo partecipativo delle

associazioni di volontariato, in quanto « risorsa » per la progettazione e l'attuazione dei servizi.

Il concorso all'attività sanitaria pubblica (art. 45), quando non è accompagnato da una reale partecipazione alle fasi di programmazione e di verifica, rischia allora di ridursi alla delega di servizi e prestazioni non forniti dal servizio pubblico, oppure alla cooptazione di volontari a completamento o « integrazione » del servizio pubblico.

Se la legge n. 833 ha aperto e riconosciuto così spazi al volontariato, la normativa più recente si incarica da un lato di sostenerne la presenza (offrendo disponibilità di sedi, strumenti e risorse dell'ente pubblico), dall'altro lato di proteggerlo giuridicamente, sottolineandone la specificità ed evitandone possibili usi indebiti.

1.2. – *Volontariato e intervento legislativo regionale.*

Avviando un'analisi, necessariamente schematica, degli interventi legislativi sul volontariato, sembra opportuno introdurre una importante distinzione fra « leggi sul volontariato » e « leggi con riferimento diretto al volontariato ».

Questa distinzione è importante, al di là degli aspetti formali, in quanto è indicativa di due diversi approcci al problema del volontariato che sono tuttora presenti anche a livello di dibattito culturale.

Il primo approccio, che definiamo di tipo « globalizzante », tende a considerare il fenomeno del volontariato in termini complessivi e a stabilire i criteri e le forme generali del rapporto fra ciò che esso è e gli enti pubblici. Il secondo approccio, che definiamo « settorializzante », tende invece a partire dalla regolamentazione di un particolare settore di attività dell'ente pubblico e all'interno di detta regolamentazione prevede la possibilità e indica le modalità del rapporto fra gli enti che gestiscono le funzioni in oggetto e il volontariato, singolo e/o associato, che opera in quel settore.

In base al numero delle leggi approvate, si evidenzia che l'approccio « globalizzante » a livello regionale è decisamente minoritario. Su questa strada, infatti, si sono mosse 4 Regioni (Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Marche e Puglia) e le due Province autonome di Trento e Bolzano, mentre la produzione legislativa « con diretto riferimento » al volontariato è molto abbondante.

Per facilitare l'analisi dei contenuti delle leggi sul volontariato abbiamo predisposto una griglia di lettura comparativa per grandi temi che di seguito illustreremo.

Un primo elemento di diversità emerge dalla semplice identificazione dei soggetti interessati dalle norme in oggetto.

Per Friuli, Valle d'Aosta e Puglia l'oggetto della normazione sono le associazioni di volontariato. La legge marchigiana, invece, qualifica il volontariato solo come attività non retribuita (lasciando intendere che le associazioni sono una delle forme in cui esso si esplica e, quindi, uno dei soggetti e non quello esclusivo di riferimento del dettato legislativo). Le due leggi provinciali di Trento e Bolzano, infine, che sono le più recenti, parlano esplicitamente sia di associazioni che di cittadini singoli.

Il volontariato cui si rivolge il dettato normativo in tutti i casi è quello le cui attività si esplicano nel rispetto della legge di riforma sanitaria e nel quadro del conseguimento dei fini istituzionali del S.S.N. e dei servizi socio-assistenziali. Solo la legge pugliese limita il discorso ad uno specifico compito del Servizio Sanitario.

Se le attività di volontariato che interessano il legislatore sono quelle tese a conseguire i fini istituzionali del S.S.N., qual è la funzione specifica ad esso assegnata dalle Regioni?

Anche su questo punto non c'è orientamento normativo univoco. La Regione Valle d'Aosta e la Provincia autonoma di Bolzano parlano di funzione « sociale » del volontariato senza precisare ulteriormente il termine. La Regione Friuli, di attività che devono « integrare » quelle svolte dai presidi pubblici e dai presidi privati convenzionati. La Regione Marche, di « collaborazione » nell'ambito delle strutture pubbliche e private. La Provincia di Trento parla anch'essa di « collaborazione », ma sulla base di proposte-progetto presentate dagli stessi volontari. La Regione Puglia, infine, sottolinea in particolare l'attività di propaganda della donazione di sangue e di organi.

Le diverse leggi, quindi, vanno da un massimo di potenzialità (la funzione sociale) ad un massimo di specificità (l'indicazione dell'attività prioritaria da parte della Puglia); si individua così l'integrazione, che lascia intendere l'esistenza di ambiti propri del volontariato che si integrano con quelli dei presidi pubblici e privati.

Tre delle leggi citate (Puglia, Aosta e Bolzano) subordinano ad un riconoscimento di idoneità l'accesso delle associazioni al convenzionamento; la Provincia di Trento lo prevede solo per tipi di attività particolarmente delicati e complessi; le altre Regioni prevedono solo un censimento annuale.

La Puglia, inoltre, si limita a richiedere per il riconoscimento la conformità dello statuto associativo ai principi informativi della legge; la Regione Valle d'Aosta e la Provincia autonoma di Bolzano elencano una serie di requisiti piuttosto ampia e solo in parte uguale (gratuità delle prestazioni dei volontari, assenza di fini di lucro, continuità ed adeguatezza).

Il concetto di adeguatezza delle prestazioni, presente sia nella legge regionale valdostana che in quella della Provincia autonoma di Bolzano,

rimanda immediatamente ad un altro tema: quello della formazione e/o qualificazione in qualche modo « professionale » dei volontari, specie se impegnati in compiti ed attività delicati e complessi.

Conseguentemente alle premesse poste, la legge valdostana « obbliga » i volontari delle associazioni convenzionate a partecipare ai corsi promossi o organizzati dalla Regione, qualora l'U.S.L. lo richieda.

La Provincia autonoma di Bolzano e la Regione Friuli-Venezia Giulia sembrano porre la qualificazione e la competenza « professionale » dei volontari maggiormente a carico delle associazioni e solo « per particolari tipologie di trattamento » è richiesto un apposito addestramento che, però, « può » essere organizzato dagli enti pubblici (ma non solo da essi). La legge marchigiana prevede l'attivazione di corsi misti, per operatori pubblici e volontari, promossi da enti pubblici; non esiste, però, nessuna forma di vincolo. La Provincia autonoma di Trento non assegna al pubblico nessuna funzione di « gestione » della formazione, ma rivendica ad esso un ruolo di indirizzo e di programmazione. La legge pugliese, infine, anche a causa del particolare settore di interesse, non contempla la necessità o opportunità di iter. Tranne che per la Regione Puglia, su cui pesano le particolari caratteristiche del settore, le leggi individuano nella convenzione la forma privilegiata e quasi esclusiva di rapporto fra ente pubblico (U.S.L. e/o Comune) e volontariato.

Emergono soluzioni diverse solo per quanto riguarda la tipologia della convenzione: vale a dire se essa debba essere standardizzata sulla base di uno schema-tipo regionale ovvero concordata liberamente dagli enti interessati in modo da rispondere con maggiore flessibilità alle diverse situazioni ed esigenze.

Stante la gratuità della prestazione dei singoli volontari e l'assenza dei fini di lucro delle associazioni, il finanziamento concerne generalmente le spese di funzionamento delle attrezzature, strutture e servizi previsti dalla convenzione e, non in tutti i casi, la copertura assicurativa dei rischi dei volontari e dei terzi utenti delle prestazioni. Le Province autonome di Trento e Bolzano prevedono anche forme di rimborso-spese per i volontari, ma in forma diversa: la prima, infatti, li subordina alla presentazione di opportuna documentazione, mentre la seconda li finalizza alle attività di formazione ed aggiornamento.

Di difficile interpretazione risulta il riferimento dell'art. 9 della legge della Regione Friuli-Venezia Giulia che prevede contributi finalizzati « a promuovere particolarmente l'attività volontaria nell'ambito del distretto dei servizi di base ». Se riferita a singoli cittadini, infatti, la norma potrebbe configurare la previsione di una remunerazione minima, finalizzata a stimolare l'impegno volontario di un maggior numero di abitanti del distretto che, non equivalendo al rimborso delle spese sostenute, pone problemi

delicati di confine fra ciò che può essere propriamente considerato volontariato e altre forme di impegno. Se riferita alle associazioni, invece, la norma configurerebbe una partecipazione della Regione alle spese promozionali o di propaganda delle organizzazioni volontarie, del tipo esplicitamente previsto dalla legge pugliese per le associazioni di donatori di sangue.

Il tema della partecipazione del volontariato alla programmazione dei servizi è uno degli aspetti qualificanti del nuovo modello di « Welfare State » quale è stato teorizzato e configurato a più riprese negli ultimi anni. Esso però si è fatto strada, a livello di consapevolezza dei legislatori locali, solo negli ultimi tempi. Infatti, se escludiamo la legge pugliese che, come abbiamo più volte ripetuto, è atipica, nelle leggi precedenti il 1983 il tema è totalmente assente. Le due leggi più recenti, invece, ne parlano entrambe ma danno al problema soluzioni molto diverse fra loro. I legislatori trentini, infatti, ripropongono il concetto di partecipazione come consultazione da parte degli enti pubblici nella fase istruttoria della programmazione, mentre il testo della Provincia autonoma di Bolzano lascia intendere che il volontariato sarà coinvolto fattivamente nella elaborazione, sviluppo e verifica dei piani di lavoro.

1.2.1. – *Leggi regionali con riferimento diretto al volontariato.*

Dalla lettura dei titoli delle leggi regionali che fanno diretto riferimento al volontariato nel settore socio-sanitario risulta che gli ambiti in cui non solo viene ammessa ma è anche sostenuta e incentivata una azione da parte del volontariato, singolo o associato, sono:

- a) raccolta e distribuzione del sangue/donazione degli organi;
- b) assistenza domiciliare degli anziani;
- c) tutela della salute mentale;
- d) tutela, prevenzione e recupero o riabilitazione degli stati di tossicodipendenza ed alcolismo;
- e) consultori familiari;
- f) assistenza sociale;
- g) servizi sociali a favore di soggetti handicappati;
- h) vigilanza ecologica;
- i) casi di emergenza sanitaria;
- l) trasporto infermi;
- m) assistenza ospedaliera;
- n) affidamento;
- o) comunità alloggio;
- p) assistenza infermieristica domiciliare.

Sulle forme di rapporto tra pubblico e volontariato la normativa non si discosta da quella già analizzata.

Per quanto concerne le affermazioni di principio, si registra dal riconoscimento della funzione del volontariato l'impegno delle varie Regioni a « tutelare », « favorire », « sostenere », « valorizzare », « promuovere » le iniziative dello stesso.

I diversi termini sembrano indicare una scala articolata di atteggiamenti ma, dal punto di vista della disciplina concreta, non pare abbiano influenza dal momento che quasi tutte le leggi sono estremamente caute nel porre limiti all'attività dell'ente pubblico in funzione del concorso di gruppi di volontari all'espletamento di determinati servizi.

Sono le U.S.L. i soggetti che, nella maggior parte dei casi, possono « avvalersi della collaborazione », « utilizzare all'integrazione », « utilizzare per la realizzazione degli interventi » i volontari singoli e/o le associazioni che vogliono « concorrere », « coordinarsi » o « integrare » i compiti e le attività svolte dai servizi pubblici.

Pochi sono i casi in cui la semplice consultazione sui programmi di attività si trasforma in vera e propria partecipazione al processo programmatico tramite esperti designati dai gruppi volontari convenzionati.

Va anche notato, a conferma della diversità degli approcci esistenti, che l'uso del termine « utilizzazione » presuppone un livello di subordinazione del volontariato all'ente pubblico diverso da quello indicato dal termine « coordinamento » che sembra, invece, implicare un'autonoma capacità del volontariato di scegliere, programmare e gestire i propri interventi e un successivo raccordo fra questi e quelli pubblici.

In sintesi, quindi, si potrebbe dire, se pur a rischio di compiere una eccessiva semplificazione, che nella normativa che stiamo analizzando esistono sia il modello della « dipendenza funzionale » che quello della « partnership » senza che emerga una chiara indicazione di scelta tra i due.

Una sostanziale identità si riscontra, invece, nella individuazione degli strumenti giuridici attraverso cui realizzare il rapporto.

Per quanto riguarda le associazioni, lo strumento generalmente proposto è quello della convenzione.

Per quanto concerne i volontari singoli, invece, è il rimborso delle spese vive sostenute, qualora venga richiesto e sia stato preventivamente concordato.

1.3. – Specificità e tipologia del volontariato.

Dal capitolo precedente è emersa come caratteristica fondamentale della legislazione regionale sul volontariato la diversificazione o pluralità non solo delle concezioni di quello che dovrebbe essere il rapporto fra

sistema pubblico di « Welfare State » e volontariato, ma anche delle definizioni di volontariato.

Ciò dipende dal fatto che il termine volontariato è molto ampio e comprende fenomeni molto diversi fra di loro e difficilmente comparabili. Piuttosto che tentare immediatamente di darne una definizione, pertanto, sembra opportuno, per facilitare l'emergere di orientamenti comuni, definire convenzionalmente gli ambiti a cui il termine si riferisce; tentare di classificare le diverse tipologie in cui il volontariato si esprime negli ambiti scelti; definire, ancora, che cosa si ritiene di « non » poter includere sotto la denominazione volontariato negli ambiti suddetti.

Innanzitutto va precisato che il volontariato non si limita al settore dei servizi sociali e sanitari ma interviene in ambiti quali la tutela dell'ambiente naturale, la difesa dei diritti civili, di quelli del cittadino in quanto utente o consumatore, di quelli delle minoranze etniche, ecc. In questi ambiti il volontariato persegue finalità di mobilitazione e sensibilizzazione sui temi di cui si fa portatore attraverso azioni dimostrative di partecipazione prevalentemente rivendicativa di tipo socio-culturale.

Definiamo questa particolare forma di azione volontaria, volontariato civile.

Definiamo socio-assistenziale quel volontariato che, nelle forme che di seguito preciseremo, si occupa dei problemi legati alle diverse situazioni di emarginazione o di bisogno (poveri, handicappati, minori orfani o abbandonati, tossicodipendenti, devianti giovani e adulti, donne con problemi, malati, immigrati, anziani, ecc.) in un contesto di modello istituzionale di « Welfare State », cioè di servizi socio-sanitari pubblici e partecipati, aperti sul territorio, erogati su base universalistica e finanziati mediante prelievo tributario.

Il volontariato socio-assistenziale può essere esercitato nelle seguenti forme.

Individuale. – Vi sono persone singole che, sulla base di motivazioni particolari, decidono di mettere a disposizione parte del loro tempo per « migliorare », « umanizzare », o semplicemente « collaborare a » un servizio, pubblico o privato che sia, destinato a rispondere a un problema sociale particolare, senza associarsi ad altre persone o aderire a gruppi preesistenti.

A livello di servizi pubblici territoriali, questo intervento può realizzarsi essenzialmente in due modi:

a) come partecipazione alla gestione sociale di un servizio nel cui regolamento questa sia prevista (esempio: consultori familiari, circoli ricreativi per anziani);

b) come presa in carico di un caso problematico, con o senza incarico formale da parte di un servizio pubblico territoriale orientato alla prevenzione o al recupero.

Familiare. – Si tratta di una forma nuova o ancora relativamente poco diffusa. Implica la decisione da parte di tutti i componenti di una famiglia o, almeno, dei membri adulti, di farsi carico di situazioni di bisogno o condividendo parte del tempo libero comune, nel caso si tratti di interventi all'interno di opere assistenziali, o accogliendo, nel caso di interventi rivolti al territorio, minori disadattati o in stato di abbandono, handicappati, tossicodipendenti, per periodi di tempo più o meno brevi.

Di gruppo. – È la forma più diffusa di espressione del volontariato.

Dal punto di vista giuridico i gruppi non presentano la medesima struttura interna: alcuni hanno forma associazionistica (confraternita, associazione legalmente riconosciuta, associazione di fatto), altri forma comunitaria (gruppi informali), altri ancora l'una e l'altra.

Di solito i gruppi informali hanno dimensioni limitate, dell'ordine delle decine di persone, mentre alcune associazioni annoverano migliaia di iscritti su base territoriale locale (Comune o Provincia).

La diversa struttura associativa e la dimensione numerica dei gruppi dipendono anche dalle particolari forme di intervento e servizio attuate che, come vedremo, sono molto differenziate fra loro.

Una ulteriore variabile da considerare riguarda la stabilità/temporaneità dei gruppi e della loro azione. Mentre alcuni hanno una lunga tradizione ed hanno progressivamente adeguato il tipo di iniziative al mutare dei bisogni e del quadro istituzionale, altri sono stati costituiti recentemente per rispondere a particolari bisogni, soddisfatti i quali il gruppo cessa di esistere.

Possiamo definire i primi « gruppi stabili », i secondi « gruppi provvisori ».

Una ulteriore distinzione, utile per far chiarezza nella situazione molto composita del volontariato italiano, è quella fra gruppi locali che aderiscono ad associazioni regionali, nazionali o internazionali e quelli che non hanno legami con tali organismi. Il riferimento a una federazione, infatti, diversifica l'azione e gli atteggiamenti dei gruppi anche se operano nello stesso settore o hanno altre caratteristiche simili.

È importante precisare che quando si parla di associazioni (regionali, nazionali o internazionali) il riferimento va fatto solo a quelle che statutariamente si definiscono di volontariato o hanno, comunque, specifiche e dirette finalità di servizio.

1.3.1. – *Tipologie di intervento.*

L'esame delle attività svolte dal volontariato rivela notevoli differenze relativamente a:

- a) modello di intervento (animazione, intervento a domicilio, comunità alloggio o terapeutica, cooperative di lavoro, ecc.);
- b) luogo dell'intervento (nelle strutture private, nei servizi pubblici, in servizi autonomi e autogestiti);
- c) ambito dell'intervento (anziani, handicappati, tossicodipendenti, malati di mente, ecc.);
- d) tempo impiegato (tempo libero o tempo pieno).

Tenendo conto di queste quattro variabili, gli interventi attualmente realizzati dal volontariato in Italia possono essere tipizzati nel modo seguente:

- collaborazione ad opere assistenziali realizzate in forma tradizionale (istituzioni di ricovero);
- collaborazione ad opere assistenziali in forme innovative o particolari;
- iniziative di sostegno economico e psicologico a persone « bisognose » sul territorio;
- iniziative autogestite di prevenzione della devianza e dell'emarginazione;
- servizi autogestiti per il recupero e il reinserimento di minori devianti, disadattati, tossicodipendenti, alcolizzati;
- servizi autogestiti di appoggio per facilitare il reinserimento di persone deistituzionalizzate;
- assistenza a malati ricoverati in ospedale;
- attività ambulatoriali, di trasporto in ambulanza, dono del sangue, servizi di guardia medica e istituzione di punti di soccorso su spiagge e stazioni montane;
- organizzazione di periodi di vacanza per anziani, handicappati, ecc., con relativa assistenza;
- organizzazione di manifestazioni, dibattiti, referendum, convegni, per sensibilizzare la popolazione e le autorità alle problematiche dell'emarginazione o per protestare contro determinate scelte o inadempienze;
- interventi di soccorso in caso di calamità naturali;

- aiuto a popolazioni dei Paesi sottosviluppati mediante organizzazione di attività di raccolta (soldi, medicinali, indumenti, ecc.) e invio di volontari professionalmente qualificati;
- collaborazione alla gestione di servizi pubblici che statutariamente prevedono forme di partecipazione e/o di gestione sociale.

1.3.2. - *Formazione al volontariato.*

Abbiamo già evidenziato che ai diversi tipi di intervento realizzati dal volontariato corrispondono livelli diversi di impegno organizzativo. Lo stesso vale per quanto riguarda la formazione. È opportuno, quindi, distinguere fra:

- una formazione al volontariato che si riferisce più all'essere che al fare e che, pertanto, prescinde da precise nozioni professionali;
- una formazione iniziale di base per i volontari che non hanno una specifica qualificazione professionale;
- una formazione professionale di base per gli operatori che hanno una qualificazione professionale;
- una formazione permanente, da realizzarsi sul campo mediante l'analisi e la verifica collettiva e programmata dell'esperienza, sia per gli operatori professionali, sia per i volontari.

Ai diversi tipi e livelli di formazione corrispondono ovviamente metodologie e sedi formative diverse che vanno di volta in volta precisate e concordate.

1.4. - *Il volontariato associato operante nel settore sanitario in Italia.*

Per quanto riguarda forme concrete di aggregazione e di intervento del volontariato, stiamo assistendo in questi anni a significativi cambiamenti, documentati ormai sia da testimonianze dirette che da ricerche empiriche svolte su scala nazionale o locale.

Si è concordi nel riconoscere che il fenomeno presenta di recente uno sviluppo considerevole: sia l'indagine del Ministero del Lavoro — condotta su circa 7.000 gruppi diffusi su tutto il territorio nazionale, prevalentemente dotati di una solida struttura organizzativa ed associati ad organizzazioni di rilevanza nazionale — sia altre ricerche su realtà territoriali più circoscritte (Milano, Modena) — in cui è emersa una presenza più massiccia di gruppi informali e spontanei — hanno individuato un notevole incremento di gruppi a partire dalla seconda metà degli anni '70 (v. *Tabb. 1 e 2*).

In campo socio-sanitario, si possono distinguere i seguenti ambiti di intervento:

– *attività di supporto diretto* all'intervento sanitario, quali quelle realizzate dalle pubbliche assistenze (trasporti in ambulanza) e dalle organizzazioni di donazione di sangue o di organi;

– *attività assistenziali* di completamento o talora sostitutive dell'intervento sanitario propriamente detto, realizzate a favore di anziani, minori, ammalati psichici, handicappati, tossicodipendenti, alcolizzati, ecc.; gli interventi riguardano l'assistenza domiciliare, l'assistenza ospedaliera, il sostegno alle famiglie, la costituzione di centri territoriali di ascolto o di accoglienza;

– *attività finalizzate alla socializzazione* e svolte « a monte » o « a valle » dell'intervento specificamente socio-sanitario; esse si sviluppano attraverso la costituzione di centri diurni di incontro, di gruppi ricreativi e socio-educativi, attraverso interventi di animazione presso strutture pubbliche o private, iniziative a carattere preventivo (attività culturali, sportive, turistiche, ecc.), oppure collegate a percorsi terapeutici di riabilitazione e di recupero;

– *attività a carattere complessivo, finalizzate alla riabilitazione*, al recupero sociale, alla formazione educativa, che richiedono — essendo svolte autonomamente dalla struttura pubblica — un coinvolgimento ed un impegno pressoché totale: si tratta di comunità alloggio e di accoglienza, di gruppi di tossicodipendenti, handicappati, minori, dimessi da ospedali psichiatrici, persone con disturbi psichici, alcolizzati; oppure di affidi individuali a famiglie che l'hanno richiesto;

– *attività di sensibilizzazione, di promozione e difesa dei diritti* e delle identità di particolari categorie sociali indifese oppure soggette a forti processi di emarginazione (handicappati, minori, ammalati, ecc.).

1.4.1. – I settori di intervento: cenni descrittivi.

Il settore di intervento più diffuso è quello socio-assistenziale, cui si dedica il 56,2 % dei gruppi. Seguono in ordine decrescente il settore delle attività culturali formative e di animazione (52,7 %), quello sanitario (33 %), della protezione civile (21,9 %) e quello relativo alla difesa ambientale e tutela dei beni culturali che col 17,1 % risulta il settore di intervento cui meno si dedicano i gruppi di volontariato.

La metà circa dei gruppi (50,6 %) interviene in un solo settore, mentre i restanti si occupano di due o più. Si può, pertanto, sottolineare l'esistenza di una larga « propensione alla polivalenza » che testimonia un

orientamento dei gruppi alla flessibilità o duttilità, cioè ad orientare i loro corsi di azione non in base al mantenimento degli schemi e delle procedure ma in base al bisogno incontrato e alle sue modificazioni nel tempo. Se questo è vero, è probabile che un diverso orientamento del sistema pubblico, cioè una sua maggiore disponibilità ad avviare interazioni forti, non trovi nella maggior parte dei gruppi di volontariato rigidità precostituite o conformità ritualistiche a modelli di rapporto pubblico-privato già consolidati, bensì una ampia disponibilità alla innovazione e alla sperimentazione di nuove modalità transattive, purché finalizzate ad un complessivo miglioramento della qualità della vita.

1.4.2. – *I gruppi di volontariato operanti nel settore sanitario.*

Dei gruppi di volontariato esaminati, il 33 % interviene nel settore sanitario. Data, però, la caratteristica della polivalenza, ciò non significa che tutti questi gruppi operino « solo » nel settore sanitario.

Come si può vedere dalle tabelle, la maggior parte di essi abbina tale intervento con quello nel settore assistenziale ed anche in quello culturale. Solo 809 gruppi (11,5 % del totale) si occupano esclusivamente di sanità. Nel delineare di seguito le principali connotazioni del settore è a questi ultimi che faremo esclusivo riferimento.

Il settore sanitario si presenta come il più coordinato e strutturato. La quasi totalità dei gruppi (92 %), infatti, aderisce ad Associazioni o Federazioni a carattere regionale o nazionale e l'assoluta maggioranza degli stessi (62,1 %) ha scelto come forma giuridica quella dell'associazione legalmente riconosciuta.

Ci sembrano costituire una ulteriore conferma della tendenza ad una forte strutturazione i dati relativi ai lavoratori dipendenti e ai volontari non a contatto con l'utenza; in entrambi i casi il settore presenta i valori percentuali più alti (rispettivamente 21,4 % e 56,2 %), il che significa che la maggioranza dei gruppi ha strutture operative e organizzative complesse il cui funzionamento richiede anche livelli specifici di professionalità, disponibilità di tempo pieno e un notevole impegno interno al gruppo. D'altra parte, se è vero che il 44,5 % delle organizzazioni dichiara un numero ridotto di volontari (da 2 a 20), però è questo il settore dove sono maggiormente presenti i gruppi grandi (il 17,5 % ha più di 200 volontari).

La presenza degli obiettori di coscienza sembra essere inversamente proporzionale a quella dei lavoratori dipendenti. Essa, infatti, presenta il valore percentuale più basso in assoluto (1,4 %). La tendenza prevalente del settore sembra essere nel senso di una espansione, anche se non marcata, del numero dei volontari (il 57,7 % dei gruppi ha dichiarato che negli ultimi tre anni il numero dei volontari è aumentato a fronte di un 4,8 %

che ha subito delle defezioni) mentre più stazionaria è la quantità di tempo offerto che risulta comunque inferiore, nella media, a quella dell'assistenza. Per quanto riguarda le caratteristiche dei volontari, la presenza in questo settore è nettamente più maschile che femminile (i gruppi composti esclusivamente o in prevalenza da donne sono solo il 7,6 %) e adulta (i gruppi con solo o in prevalenza adulti sono il 56,3 %) più che giovanile o anziana.

Dopo la protezione civile, quello sanitario è il settore che presenta il più alto livello di copertura assicurativa dei volontari, sia nella forma limitata che in quella totale (58,2 %).

L'analisi delle forme di governo conferma la caratterizzazione del sanitario come settore fortemente strutturato e formalizzato. L'83,7 % dei gruppi, infatti, si è dotato di una struttura rappresentativa e partecipativa completa (assemblea, consiglio direttivo, presidente, ecc.), mentre solo il 3,6 % pratica le forme di democrazia diretta, tipiche di una parte dei gruppi informali. Questo settore è quello che presenta la più alta percentuale di gruppi che non fanno attività formativa in proprio (51,3 %). Il dato può suscitare sorpresa in quanto il campo di azione e di intervento proprio del sanitario sembrerebbe richiedere un livello di professionalità e di addestramento mediamente più elevato di quello richiesto, ad esempio, dall'assistenza. L'apparente contraddizione, però, si può spiegare se si considera che rientrano qui numerosi gruppi locali aderenti all'A.V.I.S., all'A.I.D.O. e simili, che, per le finalità proprie di queste organizzazioni, nella maggior parte dei casi non necessitano di alcuna preparazione specifica da parte dei volontari donatori di sangue o di organi e di quelli impegnati in attività di organizzazione del gruppo.

Va comunque sottolineato che il 39,4 % dei gruppi gestisce in proprio attività periodiche di formazione e che il 7,1 %, cioè una percentuale più che doppia di quella che si registra nell'assistenza, ricorre alla collaborazione dell'ente pubblico. In sé quest'ultimo dato è ancora modesto specie se raffrontato a quello della protezione civile, ma può essere considerato un indicatore del fatto che alcuni gruppi si stanno avviando sulla strada della gestione di servizi piuttosto complessi che richiedono anche agli operatori volontari l'acquisizione di competenze e periodi di tirocinio in strutture specializzate che solo le organizzazioni pubbliche possono fornire.

Quasi inesistente (0,7 %), invece, è la delega della formazione all'ente pubblico, che la quasi totalità dei gruppi operanti in questo settore considera inaccettabile.

Per quanto concerne il rapporto con gli enti pubblici territoriali (U.S.L.), i gruppi mostrano un orientamento simmetricamente opposto a quello riscontrato nel settore assistenziale. Qui, infatti, è il 78,6 % a

dichiarare una situazione di interazione di qualche tipo e i gruppi che agiscono in un rapporto di convenzione sono il 49,7 %, che è il dato percentuale più alto in assoluto tra i cinque settori considerati. È significativa la coincidenza tra il valore appena citato e quello dei gruppi che percepiscono finanziamenti « fissi » (49,6 %) da parte dell'ente pubblico. Questi dati confermano che nel settore sanitario il rapporto fra pubblico e privato-sociale è già una realtà di fatto che meriterebbe una più approfondita conoscenza, specie per quanto concerne gli aspetti qualitativi del rapporto (positività, problemi, difficoltà, ecc.), che questa indagine non ha considerato.

Per quanto riguarda gli aspetti finanziari la caratteristica peculiare del settore sanitario è l'alta percentuale di gruppi che contano esclusivamente su finanziamenti esterni al gruppo (21,0 %). Si tratta di un valore percentuale mediamente superiore di quattro volte a quello registrato negli altri settori e quasi equivalente a quello dei gruppi del settore sanitario che contano solo sull'autofinanziamento (22,4 %).

L'anomalia si può spiegare ricorrendo al dato sulle convenzioni che avevamo visto essere il più elevato con un valore di 49,7 punti percentuali. A nostro parere, circa la metà dei gruppi convenzionati provvede ai costi di organizzazione e gestione dei servizi contando esclusivamente sui finanziamenti pubblici garantiti dalla convenzione, senza chiedere nulla ai propri volontari, oltre alla prestazione gratuita, e senza mettere in atto forme di reperimento di fondi di altro genere.

Se questa interpretazione è giusta, essa rivela un elemento di forte ambivalenza che meriterebbe di essere attentamente considerato. Da una parte, infatti, si evidenzia come il finanziamento pubblico al volontariato costituisca effettivamente un investimento, in quanto consente la realizzazione di una quantità di servizi e prestazioni che diversamente o non ci sarebbero o, presumibilmente, costerebbero molto di più. Si pensi, a questo proposito, a cosa significherebbe la mercificazione della raccolta del sangue. D'altra parte, però, la totale dipendenza di tanti gruppi dal solo finanziamento pubblico rivela la loro strutturale precarietà e debolezza. Nel momento in cui questo finanziamento venisse a mancare, infatti, tali gruppi probabilmente non sarebbero in grado di sopravvivere e cesserebbero ogni attività. Il tema di riflessione, pertanto, è se non debba essere considerato un prerequisito fondamentale per ogni gruppo di volontariato, col quale si stipula convenzione, l'esistenza di una qualche forma di autofinanziamento rispetto alla quale l'intervento pubblico di tipo monetario si configuri come integrativo e ad effetto moltiplicatorio. Solo in questo modo, ci pare, sarebbe garantita l'autonomia dei gruppi e si potrebbero evitare forme oblique di sfruttamento del lavoro.

Per concludere, si elencano di seguito i servizi di tipo strettamente socio-sanitario forniti in prevalenza dai gruppi. L'elenco segue l'ordine decrescente di diffusione e il numero fra parentesi indica la percentuale dei gruppi che ha dichiarato di fornire quel servizio « sul totale » dei gruppi intervistati.

Servizi forniti:

Consulenza familiare	(17,4)
Trasporto malati	(16,9)
Donazione sangue/organi	(14,6)
Assistenza residenziale in ospedali ed istituti	(13,9)
Accoglienza temporanea	(12,9)
Assistenza infermieristica domiciliare	(11,6)
Assistenza riabilitativa	(9,9)
Gruppi famiglia/appartamenti protetti	(5,6)
Assistenza medica domiciliare	(5,1)
Comunità terapeutiche	(2,6)

Tab. 1. - FORMA ISTITUZIONALE DEI GRUPPI RILEVATI

a) Indagine nazionale del Ministero del Lavoro

FORMA ISTITUZIONALE	Gruppi associati ad organizzaz. nazionali	Gruppi autonomi locali	Gruppi autonomi coordinati	TOTALE
Associazione legalmente riconosciuta	56,1	16,2	37,3	43,5
Associazione di fatto	33,7	35,9	42,5	35,5
Gruppo informale.....	10,2	47,8	20,3	19,0
TOTALE ...	3.976	1.225	1.465	6.766

b) Indagine IRS sul Comune di Milano

FORMA ISTITUZIONALE	Rilevanza cittadina	Rilevanza in due circoscrizioni
Associazione	56,5	40,3
Ente morale	11,6	4,2
Cooperativa	5,8	2,8
Altro	7,2	5,6
Gruppo informale.....	18,8	47,2
TOTALE ...	69	72

c) Indagine del Comune di Modena

FORMA ISTITUZIONALE	Percentuale
Associazione legalmente riconosciuta	24,0
Associazione di fatto	20,0
Altro	18,0
Gruppo informale.....	40,0
TOTALE ...	50,0

Tab. 2. - ANNO DI COSTITUZIONE DEI GRUPPI RILEVATI -

a) Indagine nazionale del Ministero del Lavoro

ANNO DI COSTITUZIONE	Gruppi associati ad organizzaz. nazionali	Gruppi autonomi locali	Gruppi autonomi coordinati	TOTALE
Fino al 1969	51,5	16,7	28,1	39,6
1970-1976	17,8	20,3	21,0	19,0
1977-1983	31,0	63,0	50,9	41,4
TOTALE ...	4.155	1.327	1.535	7.017

b) Indagine IRS sul Comune di Milano

ANNO DI COSTITUZIONE	Rilevanza cittadina	Rilevanza in due circoscrizioni
Prima del 1945	11,8	10,1
1945-1967	29,4	20,3
1968-1975	26,5	18,8
1976-1983	32,4	50,7
TOTALE ...	69	72

c) Indagine del Comune di Modena

ANNO DI COSTITUZIONE	Percentuale
Prima del 1945	14,0
1945-1967	14,0
1968-1975	20,0
1976-1983	52,0
TOTALE ...	50

2. - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E PARTECIPAZIONE.

2.1. - *Il ruolo della partecipazione nella Riforma sanitaria.*

Il ruolo che la partecipazione occupa nella legge istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale (833/78) è di fondamentale importanza. Non a caso l'istanza partecipazionistica è stata scritta dal legislatore tra i cinque principi ispiratori della Riforma Sanitaria.

Secondo l'art. 1, il Servizio Sanitario Nazionale è rivolto, infatti, « alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzioni di condizioni individuali e sociali, e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio », (...), « garantendo la partecipazione democratica di ogni cittadino ».

Nella legge n. 833/78 sono contenuti, inoltre, principi ed obiettivi che anticipano la riforma dell'assistenza sociale. Viene ipotizzato il collegamento ed il coordinamento con le attività di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi o/e associazioni di volontariato che svolgono, nel settore socio-sanitario, interventi comunque efficaci sullo stato di salute dei singoli cittadini o dell'intera comunità (art. 1, 4° comma).

Tra le finalità sono infatti incluse « la tutela della salute degli anziani e dei tossicodipendenti e handicappati fisici e psichici, al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione » (art. 2, lett. f).

La realizzazione di tali obiettivi programmatici richiedeva certamente da una parte « una copertura amministrativa » di strutture e personale, capaci di tradurre operativamente le innovazioni contenute nella Riforma Sanitaria, ma soprattutto una reale trasformazione socio-culturale del rapporto Stato-Amministrazione/Società Civile. È chiaro che tale trasformazione implica un passaggio da un atteggiamento passivo nei confronti degli stati di malattia, corrispondente ad una impostazione del rapporto struttura sanitaria/utenza che privilegia sul piano organizzativo i presidi quali l'ospedale, l'ambulatorio ed il centro diagnostico, ad un atteggiamento attivo di difesa della salute dei cittadini. Per fare ciò occorre realizzare prima di tutto le strutture dei servizi socio-sanitari di base, nonché dotarle di équipes professionalmente qualificate, ma, in specie e non ultimo, interrelare rapporti continui con l'utenza: privilegiando gli interventi nella comunità residente nel presidio; promuovendo allora la partecipazione, per la gestione sociale del territorio, delle strutture sanitarie e sociali; e soprattutto adoperandosi attivamente per la tutela della salute.

Esaminando allora sistematicamente gli articoli della legge n. 833 che riguardano appunto il tema della partecipazione, pare emergano diverse tipologie di partecipazione.

Per tale ragione, in questa sede e in primo luogo, si cercherà di rispondere alla domanda: quale tipo di partecipazione è prevista dalla Riforma Sanitaria? Solo in un secondo momento si tenterà di formulare il concetto di partecipazione.

Infine saranno definiti da una parte le strutture e gli ambiti istituzionali « partecipatori » previsti dal legislatore, evidenziando quelli ancora da realizzare; e dall'altra i soggetti attivi della partecipazione, cioè chi può effettivamente partecipare alla gestione sociale del territorio.

Per quanto riguarda la tipologia delle forme di partecipazione prevista dal legislatore nella legge n. 833/78, va osservato come nell'articolato della legge non ci sia alcuna definizione esplicita del termine mentre il concetto di partecipazione figura in molti articoli e precisamente negli artt. 1, 13, 15, 33, 48.

Non in tutti gli articoli citati il concetto di partecipazione sembra comunque traducibile in modo univoco. In alcuni casi esso può essere meglio tradotto con il concetto di « consultazione », e cioè « partecipazione come accoglienza di inviti di consultazione rivolti dall'autorità a categorie di persone, o a singoli rappresentanti, altrimenti non ammessi al processo di formazione delle decisioni pubbliche ».

L'uso improprio del concetto di partecipazione e la sinonimia con quello di consultazione risulta manifesto all'art. 11, 2° comma, il quale afferma che: « le Regioni svolgono la loro attività secondo il metodo della programmazione pubblica e della più ampia partecipazione democratica... A tal fine ... (le Regioni) predispongono piani sanitari regionali, previa consultazione degli enti locali, delle università presenti nel territorio regionale, delle organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori della sanità ... ».

In un altro articolo, la partecipazione sembra potersi tradurre in qualcosa di diverso dall'accettazione di un invito ad essere consultati e si amplia fino a divenire opportunità di collaborazione per l'attuazione operativa di programmi già decisi in sede istituzionale. È questo il concetto di partecipazione che si evince dall'art. 48, 3° comma, in cui si parla della « partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitarie ».

Lo spirito delle norme presentate chiarisce comunque ciò che non deve intendersi per partecipazione, che non è né può essere semplice informazione o neutra e passiva consultazione.

* * *

Per partecipazione dovrà intendersi allora « qualsiasi attività volontaria di liberi cittadini singoli, in aggregazioni, in associazioni formali, in movimenti, che siano o meno riconosciuti dall'autorità pubblica ». Innanzitutto dunque un'attività di cittadini « liberi », volta al fine di influenzare efficacemente, dall'esterno o dall'interno, un processo di decisione pubblico in corso.

Là dove, invece dei processi di decisione pubblici, vi fossero attività formative ed educative, si dovrà parlare di collaborazione, ma non di vera e propria partecipazione, nel senso degli artt. 1 e 13 della legge n. 833/78, senso che corrisponde al concetto di partecipazione democratica amministrativa.

È inoltre attività di quanti, pur non investiti di autorità, attraverso gli strumenti dell'opinione pubblica o con manifestazioni pubbliche, in movimenti anche informali, o mediante associazioni formali dentro canali riconosciuti o meno, incidono intenzionalmente nei confronti di un procedimento amministrativo decisionale, d'interesse pubblico e collettivo. In tale ottica la gestione democratica delle strutture amministrative locali (Comuni, U.S.S.L., distretti socio-sanitari di base, circoscrizioni, ecc.) non potrà realizzarsi senza un reale ed attivo coinvolgimento della popolazione entro canali di partecipazione diretta e costante per riferimento alla attività programmatica ed organizzativa dei servizi pubblici e sanitari.

* *
* *

La novità della Riforma Sanitaria è consistita infatti nel decentrare a livello territoriale i poteri dello Stato al fine di realizzare una gestione partecipata dei servizi socio-sanitari locali, sotto il controllo di efficienza-funzionalità degli operatori sanitari e di efficacia-funzionalità della comunità dei cittadini.

La partecipazione è prevista per 5 distinti momenti, ciascuno dei quali combina qualità di processi di decisione con livelli ed ambiti istituzionali.

I processi per i quali è prevista la partecipazione sono:

- il piano sanitario nazionale;
- la programmazione dell'attività dell'unità socio-sanitaria locale;
- la gestione sociale dei servizi delle U.S.S.L.;
- il controllo sulla funzionalità dei servizi e sulla loro rispondenza alle finalità della riforma sanitaria, nonché agli obiettivi dei piani sanitari triennali;

– l'attuazione dei singoli servizi ed una articolazione organizzata del Comune rispondente alla strutturazione dei servizi di primo livello, cioè dei distretti socio-sanitari di base.

Per quest'ultimo punto occorre rilevare quanto disposto dall'art. 10, secondo il quale il distretto socio-sanitario di base « è una struttura tecnico-funzionale dell'U.S.S.L., di primo livello e di pronto intervento ». Per questo, dunque, proprio il livello privilegiato al quale la volontà dei cittadini deve farsi valere, con piena consapevolezza e responsabilità.

Va peraltro precisato che per realizzare una reale opera di coinvolgimento comunitario in direzione di una riorganizzazione dei servizi socio-sanitari locali, occorre elaborare anche una legge quadro di riconoscimento costituzionale, ancora oggi in fase di progettazione legislativa, in grado di offrire maggiori garanzie giuridiche, di tipo « contrattuale » alle varie formazioni sociali (ivi comprese quelle direttamente coinvolte come le comunità terapeutiche, le cooperative di solidarietà sociale e le associazioni di carattere religioso, ecc.).

In tal senso, la legge di « riordinamento delle autonomie locali » avrebbe dovuto precedere sia la legge di Riforma Sanitaria, sia la legge n. 382/75, « Norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della Pubblica Amministrazione », o almeno avrebbe potuto essere integrata nel testo di legge 8 aprile 1976, n. 278, « Norme sul decentramento e sulla partecipazione dei cittadini nell'amministrazione del Comune ».

Approfondendo ancora il ruolo della partecipazione ai diversi livelli possiamo osservare che nel rapporto Comune-U.S.S.L. emergono preliminarmente due osservazioni:

– solo agli operatori sanitari presenti nel Comune e nelle U.S.S.L. viene assicurata la pienezza della partecipazione, nell'accezione delineata precedentemente;

– manca invece qualsiasi spazio istituzionale per la partecipazione diretta dei cittadini nelle U.S.S.L.

La divisione delle forme partecipatorie nel Comune e nella U.S.S.L. può essere rappresentata nel modo seguente: — partecipazione nel Comune da parte degli operatori della sanità, nelle fasi di programmazione di gestione sociale dei servizi pubblici, nonché del controllo di funzionalità-efficienza; — partecipazione nel Comune e nei Consigli di circoscrizione da parte delle formazioni esistenti sul territorio ed anche dei singoli cittadini; — partecipazione nelle U.S.S.L. degli operatori sanitari ed amministrativi mediante specifici organi consultivi.

* * *

Per quanto concerne la partecipazione a livello regionale il 3° comma dell'art. 11 della legge n. 833/78 può dare luogo a due interpretazioni, tra loro opposte:

– ipotesi « restrittiva », in quanto risolve l'impegno delle autorità regionali, per « la più ampia partecipazione democratica » con la « consultazione », per i piani regionali, degli enti locali, delle università esistenti sul territorio regionale, delle organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli organi della sanità militare territorialmente competenti;

– ipotesi « estensiva » che non considera realizzata la partecipazione con la consultazione degli enti e dei rappresentanti legittimati precedentemente, ma ritiene indispensabile promuovere la più ampia partecipazione, tramite le forme di convenzioni particolari per la gestione del territorio.

Appare evidente, in ogni caso, da una parte la necessità di elaborare una legge quadro nazionale di riforma che riordini l'assetto dei servizi sociali, così come è stato prefigurato dalla legge n. 382/75 e dal D.P.R. n. 616/77 e come esigono gli artt. 1, 43, 44, 45, 72 della legge n. 833/78; dall'altra di intensificare, da parte delle Regioni, una produzione legislativa volta a definire sia la veste organizzativo-giuridica dei gruppi sociali, sia le modalità di coinvolgimento.

2.2. – La legislazione e la normativa regionale sulla partecipazione ai diversi livelli del Servizio Sanitario Nazionale.

La legge di Riforma Sanitaria affidava alle Regioni, in campo sanitario, quella stessa funzione di sintesi tra esigenze locali ed esigenze generali che già gli era stata attribuita, in diversi settori, dall'insieme delle politiche sociali elaborate dal legislatore negli anni '70.

Nel tentativo di far fronte, in modo nuovo, al grave ed oneroso compito di organizzare le funzioni, i poteri e le strutture dello stato sociale, il legislatore nazionale ha infatti elaborato una serie variegata di strategie politiche.

Così, dopo l'approvazione della legge n. 278/76 e del relativo D.P.R./77, ed in attesa della riforma delle autonomie locali, le Regioni hanno realizzato e gestito modelli diversi, secondo gli orientamenti politici prevalenti e secondo le situazioni più o meno favorevoli a livello territoriale. Il ruolo storico delle Regioni in particolare era apparso decisivo soprattutto nel processo d'implementazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Infatti la legge n. 833/78 delegava alle Regioni le funzioni:

- legislativa;
- programmatrice;
- amministrativa.

Le Regioni, inoltre, avrebbero dovuto tradurre gli obiettivi della Riforma in termini operativi ed in azioni orientate concretamente, coadiuvando i Comuni e le U.S.S.L. nel loro processo di organizzazione del territorio, in funzione del quadro sociale di riferimento locale.

Il metodo doveva essere quello della programmazione democratica sorretto da una gestione budgettaria del fondo sanitario.

Nel processo di definizione legislativa regionale va peraltro rilevato che, specie nel settore sanitario, si è subito non poco l'influenza di molteplici fattori, organizzativi e sociali:

- in primo luogo l'inefficienza delle strutture centrali, che hanno inevitabilmente disorientato le attività delle Regioni: slittamento dei tempi di approvazione del Piano Sanitario Nazionale; mancanza di coordinamento ed indirizzo da parte delle strutture centrali come il Ministero della Sanità;

- in secondo luogo le disfunzioni istituzionali-organizzative delle nuove strutture sanitarie regionali; mancata istituzione nei tempi previsti del Sistema Statistico Sanitario; difficoltà di avvio dell'O.E.R. e dei D. S.S.B.; questa serie di carenze hanno poi determinato l'impossibilità sopravvenuta di emanare un piano programmatico che tenesse conto delle priorità da realizzare nel territorio;

- in terzo luogo il mutamento delle esigenze e dei valori reali della società sulla base delle proposte e delle aspettative cui dava adito la concezione della salute affermata dalla Riforma Sanitaria.

Nonostante tutto ciò le Regioni, proprio in attuazione della legge n. 833/78, hanno provveduto a regolamentare le forme e i contenuti della partecipazione dei cittadini alla gestione del S.S.N.

La documentazione acquisita e di seguito esposta si riferisce a 12 Regioni; i dati sono stati ordinati secondo una tripartizione:

- a) soggetti partecipanti;
- b) poteri e spazi della partecipazione;
- c) forme e modalità di partecipazione.

Ciò allo scopo di razionalizzare il combinato disposto dei diversi articoli e di consentire un esame comparativo delle soluzioni adottate nelle varie Regioni.

È opportuno precisare inoltre:

a) che molte Regioni avevano già da tempo approvato procedure democratiche di programmazione, ma non specificatamente riferite però al settore socio-sanitario;

b) la peculiarità delle leggi esaminate è che in esse è stata esplicitamente messa in rapporto l'esigenza di favorire la partecipazione democratica con la costituzione del sistema informativo, che le Regioni erano tenute ad attuare a partire dal livello delle U.S.S.L.;

c) nell'analisi i soggetti sono riportati, per comodità di analisi e di raffronto, in un ordine che non è quello definito negli articoli di legge, ma che elenca i soggetti della partecipazione a partire da quelli organizzati in forme associative, sindacati, associazioni di volontariato, fino ad arrivare ai cittadini, gli utenti e gli operatori;

d) sono stati esclusi dalle forme di partecipazione i Comitati tecnici regionali previsti in alcune leggi, in quanto si è ritenuto opportuno che essi facessero parte delle normali modalità di interazione istituzionali; per le stesse ragioni non sono stati valutati i riferimenti alle funzioni consultive dell'Ufficio di direzione dell'U.S.S.L. verso il Comitato di Gestione;

e) taluni problemi sono emersi dalla constatazione che le leggi regionali non hanno seguito uno schema omogeneo nel definire, o anche solo accennare, le diverse forme di partecipazione, gli organismi permanenti, le procedure e forme saltuarie più o meno diffuse, che si intrecciano ai diversi livelli.

Per brevità di esposizione si riportano qui solo tre delle schede elaborate secondo i criteri sopra elencati. Esse si riferiscono a tre Regioni peraltro ampiamente rappresentative delle diverse realtà nazionali: il Piemonte, il Lazio e la Basilicata.

PIEMONTE

(legge 21 gennaio 1980, n. 3)

SOGGETTI PARTECIPANTI.

Regione: non previsti.

U.S.S.L.: art. 18:

- forze sindacali;
- forze culturali;
- forze sociali;
- rappresentanti degli interessi originari dei disciolti enti ospedalieri.

Distretto (art. 18):

- i cittadini;
- gli utenti.

POTERI E SPAZI DELLA PARTECIPAZIONE.

Regione: non previsti.

U.S.S.L.: partecipazione propositiva e consultiva negli ambiti già previsti dal 5° comma dell'art. 13 della legge n. 833/78.

Distretto: informazione e partecipazione nell'attività del distretto e nell'attuazione e gestione dei servizi sociali.

FORME E MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE.

Regione: non previste.

U.S.S.L.:

- organismi di partecipazione delle forze sociali;
- riconoscimento della funzione delle associazioni di volontariato previste dall'art. 45 della legge 833/78;
- realizzazione di un articolato sistema informativo finalizzato a diffondere la piena coscienza degli obiettivi e degli strumenti della R.S. con particolare riferimento alla educazione sanitaria, agli aspetti epidemiologici, alla conoscenza delle cause delle malattie e ai modi di prevenirle (art. 18).

Distretto: non previste.

È l'*U.S.S.L.* che provvede con proprio regolamento a fissare le forme e le modalità di esercizio di partecipazione.

LAZIO

(legge 6 dicembre 1979, n. 93)

SOGGETTI PARTECIPANTI.

Regione: assume come obiettivo prioritario l'effettiva partecipazione dei cittadini (art. 1), pertanto promuove e garantisce in armonia con le norme statutarie (art. 37) la più ampia partecipazione democratica e la consultazione de:

- le università;
- le forze sociali (sindacati e associazioni);

- le associazioni ed i gruppi di volontariato;
- i cittadini;
- gli operatori.

Distretto: i Comuni singoli e associati e le Comunità Montane (art. 38) debbono assicurare a livello delle singole unità sanitarie locali la più ampia partecipazione de:

- le formazioni sociali democratiche;
- i rappresentanti degli interessi originari dei disciolti enti ospedalieri;
- gli enti convenzionati;
- i cittadini;
- gli operatori.

POTERI E SPAZI DELLA PARTECIPAZIONE.

Regione (artt. 37, 40):

- d'accesso alle informazioni consultive e di verifica risultate nell'ambito della realizzazione del S.S.N.;
- in particolare: nella determinazione delle scelte di politica socio-sanitaria e per l'elaborazione del piano sanitario regionale.

Distretto (artt. 38, 39):

- partecipazione e controllo nell'ambito dell'attività delle U.S.S.L. e della gestione sociale dei servizi sanitari e sociali nonché del controllo della loro funzionalità e rispondenza alle leggi statali e regionali e agli obiettivi della programmazione; gli utenti interessati partecipano all'attuazione dei singoli servizi.

FORME E MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE.

Regione:

- Consulta socio-sanitaria regionale (art. 40);
- altre forme: i cittadini, le associazioni ed i gruppi a carattere volontaristico possono inviare proposte, pareri, esposti ed osservazioni alla Consulta regionale chiedendo di essere ascoltati (art. 37);
- la Regione assicura la circolazione delle informazioni quale strumento fondamentale per lo sviluppo della partecipazione (art. 41);

– la Regione può prevedere altre forme di consultazione e partecipazione (art. 40).

U.S.S.L.:

– Consulta socio-sanitaria (art. 38);
– organismo di consultazione degli operatori (art. 39);
– altre forme: i cittadini, le associazioni ed i gruppi a carattere volontaristico possono agire nelle stesse forme e modalità previste a livello regionale anche verso la Consulta locale (art. 37). I Comuni singoli e le Comunità Montane stabiliscono le modalità per la pubblicazione e l'accesso in riferimento alle seguenti informazioni: deliberazioni verbali degli organi delle U.S.S.L., bilancio preventivo e conto consuntivo (art. 41). L'organizzazione dei servizi deve tra l'altro assicurare il collegamento con le realtà sociali e sindacali e predisporre strumenti per garantire una corretta informazione e la più ampia partecipazione (art. 20).

Distretto: Organismi:

– Consulta socio-sanitaria (art. 38);
– periodiche consultazioni degli operatori (art. 39).
Altre forme: come per l'U.S.S.L. (artt. 37, 38).

BASILICATA

(legge 3 gennaio 1980, n. 1)

SOGGETTI PARTECIPANTI.

Regione: la partecipazione degli utenti è obiettivo specifico della strutturazione del Servizio Sanitario Regionale (art. 6); nel Consiglio Sanitario Regionale sono rappresentati (art. 24):

– i sindacati dei lavoratori dipendenti;
– i sindacati dei lavoratori autonomi;
– le organizzazioni dei datori di lavoro;
– gli operatori sanitari (medici e non medici).

U.S.S.L.: determina (artt. 7, 8) la più ampia partecipazione di rappresentanze de:

– le formazioni sociali;
– gli interessi originari dei disciolti enti ospedalieri;
– gli utenti;
– gli operatori della sanità.

Distretto: tra i criteri di individuazione del territorio di riferimento dei distretti di base è stabilito (art. 28) che esso deve garantire la partecipazione de:

- gli utenti.

POTERI E SPAZI DELLA PARTECIPAZIONE.

Regione: di proposta e consulenza (art. 24) nell'ambito della programmazione e pianificazione dei servizi sanitari.

U.S.S.L.: d'accesso alle informazioni, di partecipazione, di coinvolgimento nei processi decisionali, di verifica (artt. 6, 7), di proposta e di parere per gli operatori (art. 22) nell'ambito della gestione sociale dei servizi ed in particolare: formazione delle decisioni di particolare rilievo, efficacia dei servizi (artt. 7, 8).

FORME E MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE.

Regione: Consiglio Sanitario Regionale (art. 24).

U.S.S.L.:

- consiglio dei servizi, nell'ambito della struttura centrale della U.S.S.L.;
- organo di consultazione tecnica, nell'ambito di ciascun servizio dell'Unità Sanitaria Locale (art. 22).

Distretto (art. 8): saranno determinate dalla U.S.S.L. nel rispetto del P.S.R.

In una riflessione di sintesi che tenga conto di tale raffronto comparativo su tutte le 12 Regioni prese in esame, si può sicuramente affermare che soltanto tre Regioni tra quelle esaminate, Lazio, Basilicata ed Umbria hanno previsto organismi permanenti di partecipazione a livello regionale con poteri consultivi-propositivi in materia di programmazione e pianificazione dei servizi socio-sanitari. Organismi che presentavano tra l'altro una composizione assai diversa, per molti aspetti insoddisfacente.

Una sola Regione inoltre, la Toscana, ha delineato specifiche procedure democratiche nella formazione dei piani sanitari regionali. Per quanto riguarda poi la partecipazione a livello di U.S.S.L., se si eccettua la possibilità di petizione prevista dalle leggi della Toscana e dell'Umbria, nella maggior parte dei casi la partecipazione alla gestione sociale delle U.S.S.L. viene affidata ad organismi consultivi, distinti tra operatori ed altri soggetti sociali, da attivare nei singoli comuni o nelle singole U.S.S.L.

Solo cinque leggi regionali, infine, hanno trattato esplicitamente il problema di come incrementare i rapporti convenzionali con le associazioni di volontariato previsti, tra l'altro, dagli artt. 1, 45 e 72 della legge istitutiva del S.S.N. (Umbria, Piemonte, Lombardia, Lazio, Abruzzo).

2.3. – *La partecipazione nel Servizio Sanitario Nazionale alla luce delle esperienze: attuazione, prospettive e problematiche tecniche.*

Nelle pagine che precedono si è cercato di analizzare, per quanto possibile organicamente, gli strumenti previsti dalla normativa, prima nazionale e poi regionale, per realizzare una completa partecipazione della cittadinanza ai processi decisori inerenti alla politica della salute. A questo punto l'indagine dovrebbe procedere attraverso la rilevazione del grado effettivo di attuazione di tali disposizioni, in modo da poterne definire pregi e limiti ed eventualmente proporre modifiche.

Tale analisi, purtroppo, per poter rispondere ai requisiti sufficienti di oggettività ed attendibilità, dovrebbe essere supportata da una serie di dati che, allo stato attuale della ricerca, non sono disponibili.

Dovrebbe infatti essere realizzata (ed è auspicabile che lo sia) una organica rilevazione presso enti, strutture, organizzazioni interessate, in modo da poter acquisire dati ed informazioni sulla tipologia partecipatoria messa in essere nel primo quinquennio di attuazione della Riforma Sanitaria.

La ricerca potrebbe essere indirizzata verso due distinte e contrapposte categorie di intervistati: da una parte le strutture del Servizio tenute ad attuare, accettare e/o favorire forme di partecipazione; dall'altro le organizzazioni, gli enti, le associazioni individuati dalle leggi quali possibili soggetti della partecipazione in rappresentanza o accanto alla comunità dei cittadini.

Nel primo caso potrebbe essere interessante verificare il grado di conformità ed osservanza al dettato normativo, specie se facoltativo, ed in caso di non osservanza le motivazioni che l'hanno indotta.

Nel secondo caso potrebbero essere delineate le tipologie differenziali adottate nella rappresentanza degli interessi dei cittadini; il grado di udienza ottenuta presso le sedi decisionali; i rapporti con le strutture impegnate storicamente nella tutela dei cittadini (sindacati, partiti politici, organizzazioni religiose, comitati di quartiere...).

Dall'analisi dei dati raccolti potrebbe allora essere organicamente sviluppata una indagine sulla partecipazione; individuato il grado di efficienza-efficacia dei dettati normativi e, soprattutto, potrebbe emergere quale indicatore di maturità sociale il grado di ricezione del valore della partecipazione all'interno delle strutture pubbliche e della cittadinanza.

3. – POLITICHE DEL PERSONALE.

3.1. – *L'ordinamento del personale del S.S.N.*

3.1.1. – *I rapporti di lavoro previsti dalla legge n. 833/78.*

La legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale ha previsto due tipi di rapporto di lavoro per il personale del quale si avvale lo stesso Servizio ai fini del perseguimento dei propri fini istituzionali.

Il primo di tali rapporti concerne la generalità del personale sanitario e non sanitario delle unità sanitarie locali e, in quanto caratterizzato dall'elemento della subordinazione, si configura come rapporto di pubblico impiego regolato, secondo i principi fondamentali dettati dall'art. 47, dalle norme di uno specifico stato giuridico, per tutti gli aspetti di carattere normativo afferenti all'ammissione in servizio e allo sviluppo e alla cessazione del rapporto, nonché dall'accordo nazionale unico di lavoro, stipulato con le rappresentanze sindacali dei lavoratori, per quanto concerne gli istituti economici e quelli normativi a contenuto economico.

Il secondo rapporto, riservato al personale sanitario, medico e non medico, è quello di natura convenzionale, disciplinato dall'art. 48, nell'ambito del quale il professionista assume l'obbligazione di collaborare in forma autonoma ma in modo coordinato e continuativo, con la propria opera professionale, per la erogazione delle prestazioni assistenziali di sua competenza, alle condizioni normative ed economiche stabilite da accordi collettivi nazionali stipulati con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle singole categorie sanitarie.

3.1.2. – *Il personale a rapporto d'impiego.*

Per la disciplina dello stato giuridico del personale dipendente, l'art. 47 fa espresso richiamo ai principi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego e demanda al Governo di provvedervi con apposite norme delegate sulla base degli altri principi e criteri direttivi da essa stessa fissati.

All'emanazione dello stato giuridico si è provveduto con il D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761.

Nel nuovo ordinamento il personale che opera con rapporto d'impiego nelle strutture del Servizio sanitario nazionale è distribuito nei quattro ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo, comprendenti, rispettivamente gli appartenenti ai seguenti profili professionali:

– ruolo sanitario: medici, farmacisti, veterinari, biologi, chimici, fisici, psicologi, operatori in possesso dello specifico titolo di abilitazione

professionale per l'esercizio di funzioni didattico-organizzative, infermieristiche, tecnico-sanitarie, di vigilanza e ispezione e di riabilitazione;

– ruolo professionale: avvocati e procuratori legali, ingegneri, architetti, geologi e personale di assistenza religiosa;

– ruolo tecnico: analisti, statistici, sociologi, assistenti sociali e assistenti, operatori e agenti tecnici;

– ruolo amministrativo: direttori amministrativi, collaboratori, assistenti, coadiutori amministrativi e commessi.

In ciascun ruolo il personale è iscritto in distinte tabelle per i rispettivi profili professionali e in relazione al titolo di studio richiesto. I singoli profili sono articolati in due o tre posizioni funzionali.

La disciplina degli istituti normativi tipici del rapporto di impiego è rigidamente ancorata a quella dettata dallo statuto degli impiegati civili dello Stato, al quale infatti il D.P.R. n. 761/79 fa di frequente esplicito rinvio. Per altri aspetti, invece, specie per quelli concernenti gli istituti normativi a contenuto economico, lo stato giuridico rinvia all'accordo unico di lavoro del personale del settore che l'art. 30 del ripetuto D.P.R. n. 761 definisce come un distinto comparto di contrattazione, anticipando anche per questa parte la disciplina di cui alla legge quadro sul pubblico impiego.

È da sottolineare che l'ammissione in servizio, a seguito di pubblico concorso, avviene non più nel posto, bensì nella posizione funzionale secondo il criterio di delega stabilito dall'art. 47 della legge n. 833 ed avente lo scopo di consentire la più ampia mobilità degli operatori in rapporto alla nuova organizzazione territoriale dei presidi e delle attività sanitarie.

Secondo il D.P.R. n. 761/79, la indizione dei concorsi dovrebbe avvenire annualmente a cura delle Regioni in relazione ai posti disponibili nelle piante organiche delle U.S.L. Per i medici e i veterinari i concorsi alla posizione iniziale dei rispettivi profili sono espletati per le diverse aree funzionali e danno accesso a un periodo di formazione triennale, al termine del quale il sanitario è inquadrato a domanda nei posti di organico vacanti nei diversi reparti di specialità, servizi o settori di attività nei quali si articola l'area funzionale.

Anche alle posizioni funzionali intermedie si accede di norma mediante concorso per titoli e per esami; altrettanto dicasi per le posizioni apicali, con la precisazione che per l'accesso ai concorsi nell'ambito dei profili professionali medici, veterinari e farmacisti continua ad essere richiesto anche il possesso dell'idoneità alle funzioni apicali conseguita mediante esame nazionale.

Per quanto riguarda i medici, particolare importanza rivestono le norme riguardanti la disciplina dei rapporti a tempo pieno e a tempo defi-

nito e dell'esercizio dell'attività libero-professionale intra ed extra-murale, dell'aggiornamento professionale obbligatorio e delle attività didattiche, di ricerca e aggiornamento scientifico.

Altri provvedimenti importanti, emanati nel settore del personale dipendente delle U.S.L., concernono:

- la normativa concorsuale contemplata dall'art. 12 del D.P.R. n. 761/79 e dettata dal decreto ministeriale 30 gennaio 1982, modificato con successivo decreto in data 2 dicembre stesso anno;

- la disciplina degli esami di idoneità alle funzioni apicali sanitarie, stabilita con il decreto ministeriale 31 gennaio 1983, al quale fa da corollario il decreto ministeriale 10 marzo stesso anno concernente l'elenco delle discipline principali e delle discipline affini ai fini della valutazione dei titoli e della composizione delle commissioni esaminatrici;

- lo schema tipo di convenzione regione-università previsto dall'art. 39 della legge n. 833 e adottato con decreto interministeriale 9 novembre 1982;

- le attribuzioni del personale determinate, per quello medico, direttamente dall'art. 63 del D.P.R. n. 761/79 e per tutto quello restante con separato decreto del Presidente della Repubblica.

Particolare rilevanza hanno avuto, anche per il contenzioso che ne è scaturito, le norme di primo inquadramento del personale nei ruoli normativi regionali, in base alla tabella di equiparazione delle qualifiche rivestite e dei servizi prestati presso gli enti e le amministrazioni di provenienza.

Infine, il trattamento economico del personale delle unità sanitarie locali è stato disciplinato, in conformità all'accordo stipulato, ai sensi dell'art. 30 del D.P.R. n. 761, con il D.P.R. 25 giugno 1983, n. 348.

3.1.3. - *Il personale convenzionato.*

I principi fondamentali per la regolamentazione dei rapporti con il personale convenzionato e le procedure per la sua definizione in sede collettiva sono fissati dall'art. 48 della legge n. 833.

L'art. 19, secondo comma, della stessa legge secondo cui « la tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana », assicura ai cittadini « il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura nei limiti oggettivi della organizzazione dei servizi sanitari »; nonché dai successivi articoli 20, 25, 26 e 28 che specificano le possibilità e le modalità di utilizzazione del personale

convenzionato. Si tratta di rendere effettivo l'esercizio del diritto di libera scelta del medico da parte del cittadino, rispondendo altresì ad un preciso indirizzo politico-istituzionale che caratterizza l'intera legge n. 833/78 e che riserva, pur in un sistema sanitario eminentemente pubblico, il giusto spazio alle attività assistenziali svolte dai privati e dai professionisti sanitari in particolare, in ossequio tra l'altro, per quanto riguarda questi ultimi, al principio dettato dall'art. 35 della Costituzione.

3.1.4. - *L'uniformità dei trattamenti e l'omogeneizzazione economica.*

Le disposizioni degli articoli 47 e 48 garantiscono, tanto per il personale a rapporto d'impiego quanto per quello a rapporto convenzionale, l'uniformità su tutto il territorio nazionale dei trattamenti economici e normativi delle singole categorie di operatori.

A questo fine, vengono sanzionati tutti i comportamenti dai quali possono scaturire deroghe, a livello locale, alle condizioni dettate in sede nazionale. È prevista, in particolare, la nullità di qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina di rapporti convenzionali. La stessa nullità colpisce, di diritto, qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie cui si riferiscono le normative nazionali e gli atti adottati in contrasto con tale principio « comportano la responsabilità personale degli amministratori ».

Una disciplina uniforme per l'intero territorio è il presupposto per l'attivazione di flussi informativi e per l'acquisizione di dati, ai fini sia della verifica dell'attuazione degli accordi collettivi, sia del controllo qualitativo-quantitativo delle prestazioni assistenziali erogate attraverso i medici convenzionati, sia delle ricerche epidemiologiche e delle indagini statistiche sulle condizioni di salute della popolazione.

La introduzione del principio di uniformità rappresenta uno degli aspetti innovativi di maggior rilievo della riforma sanitaria, rispetto alla situazione che caratterizzava il settore delle attività convenzionate nel regime mutualistico. Nei confronti del personale sanitario, e di quello medico in particolare, detto principio risulta peraltro inadeguato rispetto alle esigenze di un sistema sanitario unitario, nel quale al personale dipendente e a quello convenzionato devono essere necessariamente garantite una sostanziale parità di trattamento, a parità di funzioni, di responsabilità professionali, di oneri complessivi sopportati dal S.S.N. e di oneri connessi alla produzione del reddito, nonché le medesime opportunità di inserimento e di realizzazione professionale.

A questa più ampia esigenza si riferisce il principio della omogeneizzazione economica tra il settore del lavoro medico dipendente e quello del convenzionamento, normativamente introdotto dall'art. 20 dell'accordo

nazionale unico di lavoro per il personale dipendente delle U.S.L. di cui al D.P.R. 25 giugno 1983, n. 348. In forza della norma citata, detto principio costituirà per l'avvenire punto obbligatorio di riferimento per il confronto tra le parti stipulanti dell'accordo di lavoro ai sensi dell'art. 47 e delle convenzioni di cui all'art. 48. Per la sua attuazione dovrà essere disciplinato in via legislativa il regime delle incompatibilità tra le diverse attività mediche e si dovrà pervenire alla contestualità e contemporaneità nella definizione delle discipline collettive del rapporto di dipendenza e dei rapporti convenzionali. A questo secondo fine l'art. 24 della legge n. 730 del 1983 ha stabilito che gli accordi ex art. 48 scaduti il 31 dicembre 1983 siano rinnovati per soli diciotto mesi (fino al 30 giugno 1985), anziché per un triennio.

3.1.5. – *Le categorie sanitarie convenzionabili e gli accordi in atto.*

La disciplina dettata dall'art. 48 si riferisce essenzialmente alle categorie mediche, ma lo strumento del rapporto convenzionale è utilizzabile, almeno in linea di principio, per l'espletamento di tutte le attività di natura sanitaria, considerata l'ampia dizione usata dal quarto comma dell'articolo nel prevedere la possibilità di stipula di « convenzioni » con le altre categorie non mediche di operatori professionali.

In pratica, per la natura stessa del rapporto convenzionale, che implica una prestazione d'opera professionale in forma autonoma, il campo di applicabilità dell'art. 48 resta necessariamente circoscritto alle attività inerenti alle professioni riconosciute ed esercitate da soggetti abilitati a norma dei rispettivi ordinamenti professionali.

Questa delimitazione è indirettamente confermata dalla stessa presenza consultiva, alle trattative per la stipula dell'accordo collettivo, dell'Ordine o Collegio professionale nazionale, la quale è prevista in via generale e con carattere di obbligatorietà, come ad escludere, appunto, che possa accedersi alla regolamentazione di rapporti convenzionali con una categoria esercente un'attività non riconosciuta quale professione intellettuale dall'ordinamento vigente e disciplinata ai sensi dell'art. 2229 e segg. cod. civ.

Fermo restando questo limite è però da tener presente che, almeno nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, l'espressione « personale sanitario » sembra non coincidere più con quella tradizionale, riferita agli esercenti le professioni sanitarie e sanitarie ausiliarie contemplate dal T.U. delle leggi sanitarie e dalla legislazione successiva.

Nel « ruolo sanitario » del personale dipendente delle U.S.L. sono stati inclusi infatti gli esercenti di alcune professioni (come quelle di biologo e di chimico) finora non comprese tra quelle sanitarie e che anche

lo stato giuridico del personale ospedaliero (D.P.R. n. 130/1969) teneva distinte da queste ultime inquadrandone gli appartenenti in appositi ruoli speciali direttivi come addetti alle attività sanitarie.

Questa innovazione non può non riflettersi sul campo di operatività dell'art. 48 talché è da ritenere che rapporti convenzionali possano essere instaurati, sempre ben inteso sulla base di un accordo collettivo nazionale, anche per lo svolgimento di attività non strettamente sanitarie, purché inerenti a una professione riconosciuta ed esercitata da soggetti regolarmente abilitati a norma di legge.

Per quanto riguarda i medici, le categorie convenzionabili sono espressamente indicate nel punto due del terzo comma dell'art. 48 e sono costituite da:

- medici di medicina generale;
- medici specialisti pediatri di libera scelta;
- medici specialisti e generici ambulatoriali;
- medici specialisti convenzionati esterni.

Peraltro, avuto riguardo alla esigenza dell'assistenza, la prassi contrattuale instauratasi in questi anni, sulla base dei principi sanciti dall'art. 48, ha portato all'individuazione di altre categorie mediche preposte allo svolgimento di attività integrative o collaterali di quelle svolte da alcune delle categorie sopra specificate: tali sono i medici addetti ai servizi di guardia medica e i medici addetti ai servizi di medicina di massa o del territorio.

Fra le categorie non mediche convenzionabili secondo le norme dell'art. 48 è compresa, per espressa indicazione del sesto comma dello stesso articolo, quella dei titolari di farmacia, ai fini dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica di cui all'art. 28 della legge n. 833. Per questa categoria è stato infatti stipulato l'« accordo nazionale recante la disciplina dei rapporti con le farmacie » reso esecutivo con D.P.R. 15 settembre 1979.

Oltre i titolari di farmacia, la sola categoria non medica finora convenzionata ai sensi dell'art. 48 è quella dei biologi, per i quali, a conferma di quanto più sopra rilevato a proposito del concetto di personale « sanitario » è stato stipulato l'« accordo collettivo nazionale recante la disciplina per il convenzionamento dei biologi ambulatoriali », reso esecutivo con D.P.R. 30 ottobre 1979. Va ricordato inoltre che l'accordo per il convenzionamento esterno di cui al D.P.R. 16 maggio 1980 riguardava non solo i medici specialisti ma anche i biologi operanti nei propri studi professionali, relativamente alle analisi di laboratorio rientranti nella competenza della loro professione.

3.2. – *La gestione del personale nella fase di attuazione del S.S.N.*

3.2.1. – *Difficoltà di applicazione del nuovo ordinamento.*

La gestione del personale del Servizio sanitario nazionale ha risentito, nella fase di attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, di un complesso di problemi in parte comuni a tutta la pubblica amministrazione, in parte specifici del settore sanitario, in parte ancora derivanti dalla carenza di una politica della formazione del personale destinato ad operare nelle strutture e nei presidi delle unità sanitarie locali.

Sotto il primo profilo hanno inciso negativamente sia la mancanza, almeno all'epoca del varo della riforma sanitaria, di una definita linea di politica del personale nei confronti dei pubblici dipendenti, sia la mancanza di precisi modelli organizzativi peculiari per la pubblica amministrazione e più in particolare per tutte quelle attività finalizzate alla produzione di servizi, alle quali appartiene quella demandata alle unità sanitarie locali.

Il secondo ordine di problemi è costituito dalle difficoltà connesse al carattere composito ed eterogeneo del personale, già appartenente ai diversi centri di gestione dell'assistenza sanitaria nel sistema antecedente la riforma sanitaria, che doveva confluire nei ruoli nominativi regionali per essere inserito, secondo i principi del rapporto di pubblico impiego fissati dall'art. 47 della legge n. 833/78, nelle funzioni connesse alla tutela della salute.

L'inquadramento del personale dipendente ai sensi dell'art. 47 ha costituito un passaggio legislativo molto difficile per l'attuazione della riforma sanitaria, non priva di ritardi e di inconvenienti, ed è stato finalmente sancito con l'emanazione dei D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761.

La complessità delle operazioni consistente nel far confluire circa 700.000 dipendenti, il cui stato giuridico era in precedenza definito dalle più svariate normative settoriali, in una disciplina unitaria, prevedendosi altresì processi di mobilità e di decentramento, ha comportato soluzioni per alcuni versi giudicate « positive », per altri « negative ». Ma soprattutto nella prima fase è mancata l'esatta definizione delle attribuzioni di tutte le categorie del personale così come la definizione delle procedure concorsuali, carenze che hanno dato luogo a notevoli ed ancor oggi persistenti inconvenienti, nonostante l'avvenuta emanazione del decreto del Ministero della Sanità 30 gennaio 1982: « Normativa concorsuale del personale delle Unità sanitarie locali in applicazione dell'art. 12 del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761 », e successive modifiche e integrazioni.

Un rilievo decisamente negativo sullo sviluppo di un idoneo e più funzionale rapporto tra attivazione delle strutture e disponibilità di personale hanno avuto inoltre i ripetuti provvedimenti — assunti in conse-

guenza delle difficoltà economiche attraversate dal Paese — concernenti il blocco degli organici delle Unità sanitarie locali.

Effetti altrettanto distorcenti sulla gestione del personale, specie per quanto riguarda la normale dinamica della assunzione del personale di ruolo — disciplinata da apposite norme di leggi statali — hanno avuto i provvedimenti di proroga degli incarichi temporanei conferiti a personale di ruolo e non di ruolo delle U.S.L., al di fuori delle ordinarie procedure concorsuali; nonché dei molteplici rapporti di lavoro, della più varia natura, costituiti con personale non di ruolo per fronteggiare soprattutto le esigenze dei nuovi servizi di prevenzione e di medicina del territorio. Invero l'adozione di tali provvedimenti si è resa necessaria, in un primo tempo, dal ritardo con il quale sono state emanate le norme sulle procedure concorsuali; e, successivamente, dalle pressioni dei lavoratori interessati — che, per effetto delle proroghe, avevano ormai maturato legittime aspettative alla definitiva conferma nel posto — nonché dall'esigenza di assicurare il funzionamento dei servizi e delle strutture.

Dal canto loro, le regioni — che pure hanno completato, intorno agli anni 1980-81, l'emanazione delle rispettive leggi sui ruoli nominativi regionali — non sono prive di responsabilità per il ritardo con il quale si è proceduto alla definizione delle piante organiche, almeno provvisorie, condizione necessaria, da un lato per l'individuazione esatta dei servizi (e relativa funzionalità), e dall'altro per la normalizzazione delle procedure di assunzione dal momento che i concorsi di cui all'art. 71 del D.P.R. n. 761 del 1979 sono collegati alla presenza di posti in organico disponibili.

Questa serie di inconvenienti — in parte almeno riconducibili alla difficile interpretazione di alcune norme del D.P.R. n. 761 del 1979, ma più generalmente connessi all'entità del processo di « omogeneizzazione » del personale ricompreso nell'art. 47 della legge n. 833 del 1978 — ha fatto del « settore del personale » uno degli aspetti più critici per il regolare evolversi dello sforzo di strutturazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

In effetti gran parte delle attenzioni e degli sforzi si sono esauriti da un lato nelle procedure di definizione nell'applicazione degli accordi per i medici a rapporto convenzionale, dall'altro nella difficile gestione dell'ultimo accordo nazionale unico degli ospedalieri (1979), nel momento in cui tale personale è transitato in un comparto unitario di pubblica dipendenza, costituito da elementi provenienti anche dalle mutue, dai comuni, dalle provincie e dai consorzi fra enti locali. La situazione di grande disparità normativa delle condizioni di partenza non poteva non provocare forti stati di conflittualità, arginabili peraltro solo con il primo accordo unico per il personale del comparto sanitario. Ciò, sebbene con

difficoltà tuttora presenti, è parzialmente avvenuto. Peraltro, molto frequente in sede applicativa è stato ed è ancora oggi il ricorso al giudice amministrativo, soprattutto in tema di inquadramento economico.

3.2.2. – *Carenze della qualificazione professionale.*

Come accennato all'inizio del paragrafo precedente notevoli difficoltà sono derivate all'attuazione del nuovo assetto del sistema sanitario dalla circostanza che una parte considerevole del personale confluito nelle U.S.L. fosse sostanzialmente impreparato ai compiti che avrebbe dovuto assolvere nelle nuove posizioni, in rapporto all'impostazione e agli obiettivi della riforma sanitaria.

Va da sé, naturalmente, che questo problema ha investito soprattutto le categorie dirigenti, tanto quelle amministrative quanto quelle sanitarie e tecniche in genere, anche se una forte esigenza di riqualificazione professionale, in relazione ai nuovi compiti di servizio, si è manifestata ed è tuttora avvertita anche nei confronti di altre categorie di personale, specie di quelle ausiliarie.

In realtà, le carenze evidenziate ai livelli superiori di responsabilità sono da ascrivere nella maggior parte dei casi a fattori culturali, ossia al tipo di formazione di base e di esperienza professionale acquisite nella precedente attività.

In larga misura la classe dirigente ereditata dal S.S.N. non era formata ad una attività di « governo », ma piuttosto di gestione dell'esistente, nell'ambito oltretutto di apparati eminentemente burocratici di tipo verticistico nei quali l'iniziativa dei livelli dirigenziali periferici molto spesso non aveva altro compito che quello di curare la corretta applicazione delle direttive centrali.

Non può sorprendere quindi che, almeno nella prima fase, essa abbia incontrato forti difficoltà nell'assolvere i compiti e le responsabilità connessi ad una attività di produzione di servizi, qual è quella demandata all'« azienda » U.S.L. per l'attuazione dell'intervento di tipo unitario e globale finalizzato alla tutela della salute dei cittadini.

Un peso non indifferente sul travagliato processo di riconversione del personale ha avuto la mancata definizione di un preciso modello organizzativo della U.S.L., che almeno in molte realtà regionali ha accentuato il disorientamento degli operatori di fronte a questo organismo istituzionalmente nuovo nel nostro ordinamento.

In sostanza può dirsi che né il legislatore della riforma, né quello regionale hanno subito dato la dovuta rilevanza al problema della riqualificazione professionale che, nel caso dei livelli dirigenziali, si poneva

invece in termini condizionanti della stessa attuazione del nuovo assetto istituzionale dell'importante settore.

Non si percepì evidentemente che tale assetto presupponeva la possibilità di affidare la direzione delle U.S.L. e dei suoi servizi a una dirigenza dotata di vera e propria capacità imprenditoriale, in possesso non solo di specifica preparazione professionale ma soprattutto di capacità di guida, di animazione, di proposizione e attuazione di modelli e metodi organizzativi e comportamentali.

Le carenze in questo settore non potevano non riflettersi — com'è di fatto avvenuto — sulla gestione del personale che non è stata subito orientata verso criteri atti a favorire anzitutto la partecipazione attiva (all'occorrenza critica) e la responsabilizzazione personale a tutti i livelli operativi, nonché a sviluppare le capacità decisionali autonome specie degli operatori professionali e dei livelli superiori, nella ricerca costante di dimensioni organizzative ottimali, capaci quindi di assicurare il più elevato rendimento del « fattore umano » e il più favorevole rapporto tra costi e risultati sul piano assistenziale.

Problemi analoghi, legati in larga misura alla formazione culturale di base, si sono incontrati anche nei confronti delle categorie sanitarie, non escluse quelle a rapporto convenzionale, il cui coinvolgimento negli obiettivi della riforma sanitaria ha incontrato resistenze di natura appunto psicologico-culturale, che il considerevole impegno, che pure è stato posto da tutte le parti interessate nella elaborazione e nella gestione degli accordi nazionali per la regolamentazione dei rapporti convenzionali, non ha ancora superato del tutto.

In effetti, anche nei confronti delle categorie professionali sanitarie non sono state adottate, insieme alla riforma e ancor prima di questa, le misure necessarie per adeguare tempestivamente la loro cultura professionale alle nuove esigenze e ai nuovi compiti.

Questa lacuna si è rilevata particolarmente grave nel caso degli studi universitari di medicina, perché il loro mancato rinnovamento ha privato la riforma di un supporto scientifico aderente ai suoi principi e obiettivi e ha impedito di dare agli operatori, in primo luogo ai medici, una cultura professionale coerente con la concezione della globalità dell'intervento sanitario.

Deve ammettersi, in conclusione, che è del tutto mancata nel settore sanitario una « politica » della formazione professionale, rivolta alla qualificazione del personale del nascente Servizio sanitario nazionale; come pure è mancata, nell'ambito di tale politica, una qualsiasi programmazione del fabbisogno di medici e di altri operatori professionali sanitari, sia sotto il profilo numerico che sotto quello della qualità della loro formazione.

3.3. – *Problemi e prospettive delle politiche del personale.*

3.3.1. – *Qualifica funzionale e posto di organico.*

In una struttura in fase di assestamento e, contemporaneamente, di trasformazione, di consolidamento come di ricerca di soluzioni organizzative e gestionali sempre più efficacemente praticabili, quale è l'Unità Sanitaria Locale, si avverte la necessità di poter fruire delle risorse secondo schemi non immutabili e criteri elastici a mano a mano che l'esperienza, maturando, suggerisce nuove soluzioni. Vi è quindi un rapporto strettissimo fra la ricerca di una maggiore efficienza che comporti la migliore resa possibile di ogni singola unità di personale all'interno delle unità operative ed il regime di maggiore o minore vincolatività cui è sottoposto dalla norma e dalla prassi il personale stesso delle Unità Sanitarie Locali.

A questi fini, l'art. 47, punto 5, della legge n. 833 ha stabilito che le norme dovessero, fra l'altro, prevedere « disposizioni volte a stabilire che nell'ambito delle singole Unità Sanitarie Locali l'assunzione avviene nella qualifica funzionale e non nel posto ».

Questa impostazione anticipava quanto prevederà, cinque anni più tardi, la legge quadro sul pubblico impiego (legge n. 93/1983) laddove, delimitando le molteplici dimensioni della mobilità, comprende le ipotesi di inquadramento nella « qualifica funzionale ».

La stessa legge quadro delinea le « qualifiche funzionali » come ampie fasce longitudinali (rispetto alle strutture delle diverse amministrazioni) idonee a rappresentare in modo omogeneo le attività lavorative, sostanzialmente sulla base dei requisiti culturali, dell'esperienza professionale, nonché dei compiti di guida di gruppo, di ufficio o di organi ed alle derivanti responsabilità. La qualifica (o « posizione » secondo la nomenclatura del D.P.R. n. 761) funzionale viene introdotta per facilitare il superamento di una esasperata parcellizzazione delle mansioni e il conseguente ampliamento della dimensione professionale del dipendente; nonché per ottenere una maggiore funzionalità della divisione del lavoro e quindi, possibilmente, un contenimento anche numerico delle unità di personale.

La « qualifica funzionale » si è rilevata strumento peraltro delicatissimo la cui applicazione ha richiesto un approccio realistico e inevitabili aggiustamenti involutivi.

In questo senso, il D.P.R. n. 761/79 ha operato una serie di scelte che restringono di fatto l'estensione delle posizioni funzionali rinchiudendole all'interno dei parametri fissati dai profili professionali e che introducono alcuni elementi di notevole rigidità all'interno dei meccanismi

di reclutamento, di inquadramento e, quindi, di gestione del personale delle UU.SS.LL.

Sinteticamente si possono ricondurre a due grandi aspetti gli elementi di contraddizione rispetto al principio di ampia flessibilità di utilizzo del personale implicitamente contenuto nell'art. 47 della legge n. 833.

Con il D.P.R. n. 761/79 si è manifestata, in primo luogo, una tendenza al frazionamento dei compiti con il ribaltamento delle modalità di incrocio fra posizione funzionale e profilo professionale e con la proliferazione delle posizioni funzionali.

In secondo luogo, il D.P.R. n. 761, non dà specifica attuazione al principio secondo cui l'assunzione deve avvenire « nella qualifica funzionale e non nel posto », ma introduce anzi formulazioni normative (vedansi, ad esempio, gli artt. 17 e 66) che sembrano configurare l'ipotesi esattamente opposta.

È plausibile ritenere che talune di queste impostazioni del nuovo stato giuridico del personale delle U.S.L. nascono da finalità di miglioramento economico in sede contrattuale e dalla tendenza (peraltro legittima) alla salvaguardia delle posizioni lavorative acquisite dal dipendente rispetto a provvedimenti di modalità non determinati, in concreto, da ragioni di funzionalità dei servizi. Resta da valutare, però, quanto i principi introdotti dall'art. 47 della legge n. 833 e dalla legge quadro sul pubblico impiego siano realmente aderenti alle esigenze specifiche del settore sanitario e, all'interno di questo, delle attività assistenziali in senso stretto. In rapporto a tali esigenze si rivela infatti illusoria la possibilità di una osmosi tra i diversi profili professionali nell'ambito di una medesima posizione funzionale (come sembra ipotizzare la legge quadro sul pubblico impiego con riguardo, forse, a funzioni e attività di norma eminentemente amministrativo-burocratica), tenuto conto della stretta correlazione che esiste — e deve continuare ad esistere, ai fini della qualificazione dell'intervento sanitario pubblico — tra i contenuti peculiari delle singole prestazioni e i titoli professionali e di abilitazione indispensabili richiesti (oltre che dalla legge) per l'esercizio delle attività sanitarie.

3.3.2. - *Mobilità interna.*

Il grado di flessibilità della gestione di una struttura complessa dipende dalla possibilità di riconversione d'uso delle risorse e, fra queste, in primo luogo, del personale. In questa prospettiva la ricerca di una maggiore efficienza comporta inevitabilmente la necessità di rideterminare il rapporto tra le attività via via programmate, secondo standards quantitativi e qualitativi, la entità e l'organizzazione delle strutture operative corrispondentemente previste per svolgerle e la relativa dotazione di personale.

Quanto più è rapido il cambiamento tanto più frequentemente si muta questo rapporto.

Inoltre, nella recente esperienza delle U.S.L. (organismi in cui sono confluiti le dotazioni strutturali, strumentali e di personale, gli stili di comportamento, le modalità di organizzazione, la mentalità di conduzione, ecc., propri dei tre grandi, distinti sottosistemi sanitari preesistenti — quello degli enti locali, degli enti mutualistici e degli enti ospedalieri —) si è sempre di più evidenziata l'esigenza di perseguire un più efficiente uso del personale attraverso processi di concentrazione, fusione ed integrazione conseguenti alla eliminazione totale o parziale di servizi e presidi una volta autonomi.

Né va dimenticato l'obiettivo del c.d. « riequilibrio territoriale » che, abbinato alla adozione di moduli organizzativi nuovi, ha richiesto e richiede una cospicua redistribuzione di unità di personale sul territorio della U.S.L.

Tutto ciò è possibile solo a patto che nelle Unità Sanitarie Locali si riesca ad acquisire un adeguato livello di mobilità interna del personale.

Al contrario, nell'ultimo decennio, si è assistito alla esasperazione di un garantismo di segno opposto, frutto di una malintesa azione di tutela sindacale, tale da provocare una forte, progressiva sclerosi dei servizi ed un contemporaneo dissolvimento del potere e delle responsabilità di organizzazione dei dirigenti.

3.3.3. — *Personale dipendente e personale convenzionato.*

Attraverso il processo di programmazione il fabbisogno di personale viene stimato in riferimento sia alla più razionale collocazione di quello già esistente che alla valutazione di un eventuale incremento di unità operative. È bene però ricordare che questi due campi di progettazione debbono tener conto tanto del personale dipendente di ruolo quanto di quello convenzionato interno ed esterno.

Le Unità Sanitarie Locali peraltro non sempre si trovano nelle condizioni per poter esprimere al meglio le proprie funzioni programmatiche nella ricerca di soluzioni organizzative che rendano praticabile un uso integrato e pieno delle risorse convenzionali.

Solo in alcuni ordinamenti sanitari regionali, infatti, si è previsto di adottare soluzioni organizzative che impongono un raccordo stretto sia dal punto di vista programmatico che gestionale fra specialistica ospedaliera ed extra ospedaliera istituendo specifiche strutture orizzontali di collegamento e di integrazione (ad esempio le Unità operative della Regione Toscana e della Regione Lombardia).

In molti altri casi il mantenimento di una netta distinzione fra le strutture centrali competenti per materia (l'una coincidente con tutta la attività di ricovero ed ambulatoriale svolta dall'ospedale e l'altra conglomerante invece la specialistica convenzionata interna ed esterna, ad es.) rende invece estremamente difficile trovare poi al livello di ogni singola U.S.L. gli accorgimenti opportuni per recuperare una modalità unitaria di coesione progettuale ed operativa per tutto il campo della specialistica ambulatoriale.

A questa difficoltà connaturata all'impianto istitutivo delle Unità Sanitarie Locali di ciascuna regione si aggiunge spesso, per quanto concerne la convenzionata specialistica esterna, quella derivante dalle resistenze delle categorie mediche al suo inglobamento all'interno di una previsione globale della distribuzione e dell'uso delle risorse del personale.

Una ulteriore condizione di difficoltà si manifesta poi nella predisposizione di piani di attività che contemplino un ben definito coinvolgimento operativo dei medici di base convenzionati. L'accordo unico nazionale e numerosi Piani sanitari regionali già approntati, od in fieri, tendono giustamente a rappresentare il medico di base convenzionato come il centro dell'intervento sanitario, collettore di tutte le informazioni utili riguardanti il paziente; punto di irradiazione di gran parte degli interventi ritenuti necessari per approfondire la conoscenza dello stato di salute e per potenziare il trattamento terapeutico occorrente al proprio assistito; principale vettore dei consumi sanitari in genere e farmaceutici in particolare, il medico di « fiducia » è chiamato a svolgere una funzione determinante all'interno del sistema sanitario italiano.

Senonché, questo rilevante ruolo del medico di base — che pure è enunciato con estrema chiarezza nelle premesse di principio degli accordi collettivi — non trova nella regolamentazione del rapporto convenzionale adeguata esplicitazione e comunque non sembra aver avuto nella realtà una soddisfacente attuazione. In effetti sono mancati finora i meccanismi necessari — siano essi di tipo incentivante o di tipo sanzionatorio — per impegnare il medico a svolgere il ruolo assegnatogli sia rispetto ai suoi assistiti sia rispetto a quegli adempimenti di « medicina pubblica » contemplati come facoltativi dalla convenzione e che egli sarebbe in grado di assolvere con elevati margini di efficienza.

Un utilizzo più articolato del medico di base verrebbe invece a rafforzare da un lato il principio della sua centralità nel sistema delle Unità Sanitarie Locali e sarebbe dall'altro presupposto per una programmazione più puntuale delle prestazioni di primo livello erogabili attraverso quel peculiare modulo organizzativo che è il Distretto Sanitario di base.

All'interno di questo, infatti, il medico di base può massicciamente sviluppare le sue potenzialità di collegamento con altre figure professio-

nali al fine di allargare il campo di osservazione e di valutazione delle condizioni psico-fisiche, sociali ed ambientali, di ciascuno dei propri pazienti e può potenziare le proprie capacità di intervento per migliorarne lo stato complessivo di salute. In collegamento con alcune delle figure professionali componenti la équipe distrettuale egli può inoltre realizzare tutta una serie di attività di medicina pubblica: attività previste come parte di un programma più vasto nel quale si definiscono nel dettaglio non solo i contenuti delle prestazioni ma anche i corrispondenti standards operativi e le modalità organizzative che, per ciascuna di esse, disegnano il profilo integrato della interdisciplinarietà. Infine, nell'ambito del distretto il medico di base può, con maggiore facilità, mantenere organici rapporti di collaborazione, a fini informativi, diagnostici e terapeutici, con svariate figure specialistiche ambulatoriali.

Quanto ora rilevato circa la necessità di procedere ad un sempre più intenso ed integrato utilizzo del medico di base vale all'ennesima potenza per quanto concerne la categoria dei medici condotti.

In questo caso il problema si riduce a tre punti nevralgici:

- rapidissima definizione degli istituti giuridico-previdenziali che, al momento, ancora impediscono di definire il superamento di un rapporto di lavoro che aveva e mantiene ampi margini di atipicità e di ambiguità;

- rapida conclusione della fase, immediatamente successiva, della opzione fra convenzione per la medicina generale e rapporto di dipendenza dalle Unità Sanitarie Locali;

- rapida realizzazione da parte di ogni U.S.L. di una programmazione di contenuto che chiaramente individui i settori in cui riutilizzare gli ex condotti che optino per il rapporto di dipendenza.

È possibile peraltro affermare che un orientamento già manifestatosi con sufficiente coerenza e razionalità indirizza le ipotesi di riconversione verso quella grande area della medicina pubblica che è l'igiene ambientale e verso una funzione peculiarmente nuova quale è quella che si identifica con i compiti del coordinatore di distretto.

3.3.4. - *Meccanismi di incentivazione della produttività.*

Pare indiscutibile che per ottenere una maggiore efficienza di gestione si debbano ricercare soluzioni in grado di massimizzare la « produttività » di ciascun dipendente.

È altresì noto che uno dei più rilevanti ed interpretati istituti contrattuali è quello della « incentivazione della produttività », introdotto

dal D.P.R. n. 348/83 con il duplice intento di rispondere all'esigenza di una più intensa e razionale utilizzazione del personale al fine di conseguire livelli di maggiore efficienza e di superare al tempo stesso l'anacronistico sistema delle « compartecipazioni », divenuto, per effetto della legge n. 833/78, del tutto incongruo sul piano giuridico formale.

Si tratta ora di vedere se dal punto di vista sostanziale l'incentivo della produttività è concretamente in grado di stimolare una maggiore efficienza dei servizi.

L'istituto si fonda su due caposaldi:

- la capacità di fornire una misurazione della produttività da incentivarsi;
- la trasformazione dello sforzo di incrementare i rendimenti nella stima di una certa quantità di « plus orario ».

Per entrambi questi presupposti si riscontra un enorme divario tra l'impostazione concettuale e la loro pratica applicazione.

Infatti, per giustificare l'esigenza di un incremento di produttività le U.S.L. dovrebbero disporre di un rigoroso sistema informativo capace di:

- fornire i parametri di valutazione del rendimento medico in riferimento ai quali si possa stabilire il fabbisogno di una produttività aggiuntiva. Va sottolineato come detti parametri (protocolli operativi) dovrebbero riguardare non solo l'attività relativa alle c.d. « prestazioni tariffabili » (ossia quelle per la cui effettuazione è possibile richiedere plus orario), ma anche la produttività della normale attività di servizio;

- mettere a punto indicatori di valutazione della qualità del servizio svolto in relazione alle risorse impiegate (rapporto efficacia/efficienza) in modo tale che si possa fondatamente parlare di produttività e non di mero incremento di produzione determinato dalla erogazione di prestazioni supplementari;

- giustificare il ricorso al plus orario come conseguenza di una disamina complessiva delle modalità di impiego degli operatori e della relativa organizzazione del lavoro, di modo che le prestazioni fornite in plus orario non figurino come un'appendice, volontariamente consentita ed accettata, alla ordinaria attività di istituto, ma rientri a tutti gli effetti negli obblighi di servizio (a fronte di una domanda inevasa).

In assenza di una tale strumentazione informativa e valutativa l'applicazione degli incentivi di produttività ha dato luogo a frequenti degenerazioni del nuovo istituto contrattuale:

a) il plus orario viene richiesto sulla base di una valutazione di fabbisogno lasciata ad ogni singolo servizio od équipe (e non infrequen-

temente si scivola dal bisogno reale a quello più o meno inconsciamente prodotto dagli operatori stessi);

b) gli incentivi di produttività vengono rivendicati e concessi come se fossero un diritto soggettivo del dipendente, comunque dovuti, e l'introduzione di rigide predeterminazioni di plus orario per svariate categorie di personale tende, oggettivamente, a confermare tale interpretazione;

c) le trattative per l'applicazione del nuovo istituto spesso prescindono completamente dai problemi di merito relativi alla misurazione del rendimento per soffermarsi invece sugli aspetti distributivi dei compensi in una logica non di programmazione e di riorganizzazione delle attività bensì di pura contrattazione parasindacalistica.

3.3.5. – *La formazione degli assistenti medici e dei veterinari collaboratori.*

Il sistema introdotto dall'art. 17 del D.P.R. n. 761 per la formazione degli assistenti medici e dei veterinari collaboratori neoassunti si è rivelato scarsamente funzionale.

La sua applicazione — peraltro piuttosto limitata — ha posto in evidenza una serie di conseguenze decisamente negative:

– una scarsa propensione del dipendente ad impegnarsi al meglio in settori in cui si trova in posizione di transito e nei quali non permane a sufficienza per poter entrare in sintonia con i ritmi formativi di una preparazione specifica;

– una limitatissima risposta alle esigenze di servizio che hanno motivato la indizione del concorso; esigenze collegate allo specifico della attività di servizio o di reparto e quindi all'immediato e costante prodursi di interventi squisitamente specialistici;

– una notevole difficoltà a programmare l'assestamento dell'organigramma di ciascun servizio ospedaliero in relazione al disposto dell'ultimo comma dell'art. 17 del D.P.R. n. 761 secondo il quale la dotazione di medici assistenti deve essere pari a quella degli aiuti corresponsabili.

Quanto meno le prime due delle sopra enunciate disfunzioni incidono in termini pesantemente limitativi sull'efficace svolgimento delle attività ospedaliere. Appare quindi necessaria la revisione dell'art. 17 del D.P.R. n. 761 onde adottare un sistema che, pur realizzando l'obiettivo della qualificazione dei sanitari neoassunti, non introduca elementi di disturbo e di dispersione delle scarse risorse di personale.

A questo fine potrebbe essere considerata la possibilità di prevedere la indizione di concorsi per l'ammissione a corsi di formazione in una determinata disciplina, a conclusione dei quali si procederebbe alla for-

mazione di una graduatoria di merito e quindi alla assunzione dei migliori classificati nel numero dei posti da coprire, ferma restando la possibilità di utilizzazione della graduatoria stessa per le successive assunzioni, che abbiano luogo entro un termine prestabilito.

3.3.6. – *L'inquadramento nei ruoli nominativi regionali.*

L'inquadramento del personale confluito nel ruolo nominativo regionale secondo le tabelle di equiparazione allegate al D.P.R. n. 761/79 ha comportato che la qualificazione dei posti risentisse delle funzioni svolte e dell'inquadramento acquisito da ciascun dipendente presso gli enti di provenienza.

L'art. 66, 4° comma, del D.P.R. n. 761 ha stabilito infatti che « la regione detta norme per la collocazione negli organici delle Unità Sanitarie Locali (...), garantendo al personale la posizione giuridica e di livello funzionale corrispondente a quella ricoperta nell'ente, istituto o gestione di provenienza secondo le tabelle di equiparazione allegate ». Il vincolo del rispetto delle tabelle di equiparazione viene specificato ancor più puntualmente dall'ultimo comma dell'art. 64, secondo cui « i requisiti e le condizioni inerenti alle qualifiche, ai livelli, all'esercizio di funzioni, alle anzianità di servizio e di qualifica, nonché al numero di posti letto di assistiti e di assicurati, sono riferiti a quelli già deliberati, ed approvati alla data del presente decreto... ».

L'operazione del primo inquadramento nel ruolo nominativo regionale è risultata quindi delicatissima perché non è intervenuta nei confronti di un oggetto amorfo che ha solo una astratta rilevanza giuridica, quale è il posto di organico vacante, ma ha investito direttamente i caratteri qualificanti del rapporto di impiego già posto in essere con ciascun dipendente. Inoltre tale prima qualificazione assumeva grande rilevanza per il dipendente giacché ne precostituiva di fatto l'ampiezza di esercizio delle funzioni, il grado di responsabilità e l'insieme delle possibilità future di « sviluppo di carriera ».

Era quindi di estrema importanza che l'inquadramento in ruolo avvenisse in modo equilibrato, al fine di evitare reazioni, anche di ordine psicologico ed emotivo, profondamente negative che finiscono per incidere sul complessivo rendimento dell'operatore.

Non sempre, purtroppo, si è riscontrato in sede operativa un atteggiamento coerente in tal senso da parte di tutte le amministrazioni regionali.

Le tabelle equiparative sono state spesso interpretate con eccessiva disinvoltura e scarso rispetto sia della lettera della norma che dei termini esplicativi cui i requisiti previsti dalla norma stessa devono essere riferiti in relazione al citato ultimo comma dell'art. 64.

Si sono così determinati due fronti di turbativa conflittuale: l'uno, inter-regionale, giacché trattamenti di particolare favore adottati da alcune regioni per alcune categorie di dipendenti non potevano non scatenare contestazioni rivendicative nei confronti di altre amministrazioni che si sono attenute ad interpretazioni più rigorose; l'altro, all'interno di ciascuna regione, che ha dato luogo ad un notevole contenzioso amministrativo. Era del resto inevitabile che, a fronte di un'interpretazione e di una applicazione di alcune parti delle tabelle equiparative tale da comportare, talvolta con evidente dispregio degli stessi chiarimenti forniti dagli organi istituzionali, palesi privilegi ed altrettanto evidenti penalizzazioni, si manifestasse un ampio disagio, una marcata contestazione ed un frequente ricorso agli strumenti della tutela giurisdizionale da parte dei veri o presunti danneggiati.

L'introduzione di taluni correttivi alla tabella di equiparazione del D.P.R. n. 761 potrebbe valere probabilmente a rimuovere talune situazioni di disparità di trattamento e le tensioni e il malessere che caratterizzano tuttora una quota non trascurabile del personale delle U.S.L.

3.3.7. — *Tempo pieno e tempo definito.*

La regolamentazione di questo istituto — basata sull'art. 47 della legge n. 833/78 e sull'art. 35 del D.P.R. n. 761/79 — ha segnato il consolidamento del principio ordinatorio secondo il quale anche le U.S.L. mantengono la possibilità di destinare singoli sanitari al tempo pieno. Al tempo stesso, ha segnato un ulteriore consolidamento del diritto alla libera professione per i sanitari a tempo pieno, in quanto ha espresso una nuova, idealmente ineccepibile ed edificante giustificazione dell'istituto, affermando (art. 35, D.P.R. n. 761) che « l'attività libero-professionale (...) è intesa a favorire esperienza di pratica professionale, contatti con i problemi della prevenzione, cura e riabilitazione ... nell'interesse degli utenti e della collettività ».

Risultano invece attenuati notevolmente quei caratteri peculiari che rendevano pur sempre l'attività libero-professionale un impegno compatibile con la « totale disponibilità » che il medico deve garantire nei confronti dei compiti di istituto richiesti dalla struttura pubblica da cui dipende. A questa valutazione inducono alcune disposizioni contenute nello stesso art. 35 che, da una parte, fanno obbligo alle regioni di garantire il diritto dei sanitari a tempo pieno anche mediante l'utilizzazione di strutture private appositamente convenzionate; dall'altra, prevedono per gli stessi tempo-pienisti il « diritto alla attività libero-professionale al di fuori dei servizi e delle strutture della U.S.L., limitatamente a consulti e a consulenze non continuativi, sulla base di norme regionali ». Non v'è dubbio che queste due norme, insieme a quella, dettata dal vigente

stato giuridico, che privilegia il medico a tempo pieno nel conferimento di incarichi didattici e di ricerca, rischia di ridurre notevolmente, nella realtà, la « totale disponibilità » verso il pubblico servizio; la quale, del resto, è espressamente richiesta anche al medico a tempo definito, con la conseguenza che ne risulta stemperato il significato come elemento distintivo della diversità di status fra le due categorie di sanitari.

L'unica distinzione che permane, di fatto, fra il sanitario a tempo pieno e quello a tempo definito si identifica ormai nella facoltà concessa solo a quest'ultimo di esercitare l'attività libero-professionale in regime convenzionale.

In relazione a questo quadro, appare opportuno tentare di individuare linee di tendenza che modifichino la normativa nazionale, orientino quella regionale concorrente e suscitino alcune opportune attività di gestione locale, in modo tale che si riesca a rendere plausibile l'obiettivo di indirizzare verso una comune finalità di pubblica assistenza e cura dei malati attività con caratteristiche differenziate cercando di rendere coerenti gli interventi realizzati, a diverso titolo, da un medesimo soggetto (considerato sia come pubblico dipendente sia quale esercente libera attività professionale). Una nuova disciplina in materia dovrebbe sancire la impossibilità di imputare allo stesso operatore una pluralità di rapporti di impiego con il Servizio Sanitario Nazionale; nonché il divieto di qualsiasi attività — diretta o indiretta — che possa configurare un contrasto di interesse o una posizione concorrenziale con il Servizio pubblico.

Il venir meno di una netta distinzione tra tempo pieno e tempo definito sembra avere aperto comunque la prospettiva della possibile introduzione del « tempo unico ». Probabilmente, tale soluzione verrebbe a ledere oggi, assai meno di qualche anno fa, gli interessi dei medici orientati ad acquisire il tempo definito. La saturazione sempre maggiore del mercato libero-professionale esterno e la contemporanea, forte tutela della libera professione esercitata in presenza di tempo pieno, rende infatti progressivamente più contenuta, da parte delle giovani leve, la domanda di esercizio della attività pubblica a tempo definito.

Per converso il tempo unico consentirebbe una relativa, maggiore retribuzione del lavoro medico, mediante la riduzione dell'orario settimanale di impegno e, nel contempo, una regolamentazione unitaria dell'esercizio dell'attività libero-professionale.

3.3.8. — *La dirigenza delle UU.SS.LL.*

Una dirigenza tecnica capace costituisce senza dubbio un presupposto importantissimo per il miglioramento della efficienza gestionale delle Unità Sanitarie Locali. Questa affermazione, apparentemente scontata, richiede che si definisca con maggiore precisione che cosa debba

intendersi per « capacità » della dirigenza in riferimento ai problemi di gestione posti da una struttura complessa, qual è quella della U.S.L.

Non è più pensabile infatti governare fenomeni di compenetrazione e di trasformazione simili a quelli fisiologicamente legati al costituirsi del nuovo sistema sanitario, semplicemente valutando la professionalità amministrativa in termini di produzione di atti formali e di controllo formale sugli atti e quella sanitaria in base al solo vincolo deontologico ed alla quantità delle prestazioni erogate.

Ai dirigenti si richiede oggi di ragionare per progetti esprimendo valutazioni critiche motivate sull'esistente, giudicandone il livello di modificabilità, fornendone le ipotesi operative a questo collegate, controllandone costantemente il processo di attuazione. Un mutamento di mentalità, questo, che richiede da parte degli amministrativi la comprensione del merito dei problemi che le strutture sanitarie devono affrontare e da parte dei sanitari l'essere avvertiti delle oggettive, molteplici difficoltà che ogni fatto nuovo comporta sotto il profilo della sua definizione formale e della sua altrettanto formale gestione senza che ciò significhi indulgere ad eccessi di burocraticismo.

Entrano dunque in gioco conoscenze nuove e diverse non rintracciabili in alcun curriculum formativo primario, né acquisite, nella quasi totalità dei casi, tramite la maturazione di una concreta esperienza professionale all'interno delle sedi di lavoro. Tendono inoltre ad essere valutate in termini più lusinghieri attitudini e abilità che mai sono entrate nel novero dei requisiti formalmente valutati in qualsivoglia sede di accertamento delle competenze preventivamente considerate come sufficienti a consentire l'inquadramento in un posto di livello dirigenziale.

Appare pertanto necessario adottare nuovi criteri di selezione e di reclutamento, il più possibile affini a quelli propri della « politica del personale » delle aziende private.

Una prima innovazione potrebbe essere quella di estendere il criterio di nomina per incarico, già adottato nei confronti dei due coordinatori, anche a tutti i responsabili delle strutture operative di maggiore ampiezza e complessità; in altri termini, quanto meno a tutti i componenti l'Ufficio di Direzione.

Si amplierebbe, in questo modo, l'area di applicazione del principio che tende ad esaltare il rapporto fra la resa della gestione, le capacità tecniche chiamate a porla in essere e la responsabilità politica espressa nella scelta di tali capacità.

Cade l'alibi comodo dell'amministratore che imputa ad un apparato rigido ed immutabile la colpa del disgoverno dell'ente e, contemporaneamente, vengono ad estinguersi le rendite di posizione garantite a vita a dirigenti comunque stabilizzati anche se non propriamente capaci.

È peraltro vero che la nomina affidata esclusivamente all'«intuitu personae» del Comitato di Gestione può offrire il destro a scelte non del tutto dettate da valutazioni di natura professionale o ad altrettanto improprie discriminazioni.

Sarebbe quindi opportuno prevedere alcuni criteri di salvaguardia, quali, ad esempio, la non revocabilità dell'incarico fino alla scadenza naturale prevista dalla norma e la formulazione di graduatorie per titoli, orientate a valorizzare il curriculum professionale, l'attività di studio e di ricerca, ecc., rispetto al dato puro e semplice della progressione di carriera.

Pertanto, mentre l'accesso alla posizione funzionale conseguirebbe ad un accertamento generico e generalizzabile di conoscenze acquisite e di esperienza documentata dall'anzianità di impiego, l'acquisizione della specifica responsabilità di gestione delle grandi strutture operative della U.S.L. verrebbe invece condizionata ad un ulteriore accertamento mirato alla capacità professionale specifica e ad un giudizio discrezionalmente affidato al Comitato di Gestione. Detta responsabilità, conferita a termine, viene così ad essere costantemente verificabile e su di essa si continuerebbe ad esprimere un giudizio di qualità e ad esercitare un controllo reale da parte della dirigenza politica della U.S.L.

3.3.9. - *La disponibilità di personale.*

Una variabile, del tutto oggettiva, dell'efficacia con cui vengono svolte le attività di U.S.L. è riconoscibile nel dato quantitativo, ossia in un numero sufficiente di unità di personale rispetto alla entità ed al tipo degli interventi da realizzare.

La mancata indicazione di uno standard di realistica ed equilibrata sufficienza ha determinato il verificarsi di una grande varietà di situazioni, ma può dirsi che si è avuto nel complesso un sotto dimensionamento reale del fabbisogno di personale. Ciò ha comportato in molti casi una operatività limitata ed ha impedito di fatto di adottare soluzioni innovatrici sul piano organizzativo, volte a garantire un migliore funzionamento delle strutture.

Tale situazione trae origine essenzialmente dalla non tempestiva copertura dei posti resisi vacanti, per effetto sia delle difficoltà applicative delle procedure concorsuali contemplate dal D.M. 30 gennaio 1982 emanato — peraltro con notevole ritardo — ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. n. 761/79, sia delle leggi sul c.d. «blocco degli organici» susseguitesi nel tempo e che prevedono lunghe e complesse procedure autorizzative di limitata deroga al divieto di assunzioni.

La più grave conseguenza del mancato espletamento dei pubblici concorsi è stata quella di un massiccio ricorso alla copertura dei posti vacanti mediante il conferimento di incarichi provvisori.

In questa fase si è riscontrata una estrema difformità nei comportamenti delle amministrazioni regionali nei confronti delle richieste di deroga inoltrate dalle singole U.S.L. e in quelli della Presidenza del Consiglio dei Ministri nel valutare il rapporto fra richieste regionali e relative proposte ministeriali. Nell'esercizio così ampio e frastagliato delle autonome discrezionalità si è andati molto spesso nel senso opposto a quello del riequilibrio e si è continuato a perpetuare il criterio di una soddisfazione proporzionale delle richieste, prescindendo da qualsiasi valutazione comparativa delle condizioni di partenza, assai spesso profondamente sperequate.

È stata comunque alimentata a dismisura l'area del precariato, con la proliferazione delle fattispecie più atipiche — e in molti casi di dubbia legittimità — per la definizione del rapporto di lavoro (convenzionati di ogni genere, gettonati, ecc.), cui ha fatto seguito l'inevitabile richiesta di un provvedimento di « sanatoria » per l'inquadramento diretto nei ruoli nominativi regionali delle molte decine di migliaia di operatori « assunti » con tali discutibili criteri.

Per quanto il fenomeno del « precariato » possa essere considerato uno degli aspetti più gravi e sconcertanti della fase di attuazione del Servizio sanitario nazionale, l'adozione di una legge di sanatoria non poteva non essere considerata realisticamente come una misura di risanamento necessaria e inevitabile.

3.3.10. — *Il problema del « ruolo » medico.*

La problematica relativa alla definizione del ruolo medico nasce dalla avvertita esigenza di una valorizzazione globale della figura professionale del medico e di una precisazione dei compiti e delle funzioni dei medici nell'ambito gestionale del Servizio sanitario nazionale, volta a dar loro un adeguato spazio decisionale sul piano tecnico-sanitario nel quadro di una managerialità sanitaria aderente alle nuove caratteristiche del sistema di tutela della salute.

In questa ottica ed in relazione alla garanzia di un nuovo e più qualificato impegno da parte del medico sul piano della formazione professionale — che necessariamente dovrà estendersi anche alle cognizioni economiche e all'attitudine gestionale per una congrua figura manageriale — l'esigenza di definire al più presto le connotazioni fondamentali del ruolo medico non si pone — o in ogni caso non si deve porre — come richiesta corporativa e disaggregante rispetto alle altre categorie operanti nel servizio sanitario, ma semmai come aspirazione in positivo ad uno spazio più adeguato e più specifico nell'ambito del servizio, chiaramente riconosciuto e valorizzato.

Si tratta appunto di concepire e di definire una « specificità », allo stesso modo della concezione ormai da più parti sostenuta, della specificità del « settore sanitario » rispetto al più generale « comparto pubblico »

Sulla base della specificità, dunque, occorre procedere ad una attenta riflessione circa facoltà e poteri, obblighi e doveri inerenti alla figura professionale che si vuole definire; la tutela sindacale propria e la peculiarità degli strumenti contrattuali ne derivano in conseguenza.

Una problematica di questo tipo è stata sollevata in sede di stipula del primo accordo unico del personale dipendente allorché il riconoscimento della specificità della professione medica fu una delle rivendicazioni sostenute da tale categoria.

Significativamente se ne prese atto, tanto che nel D.P.R. 25 giugno 1983, n. 348, all'art. 21, « si riconosce che nella materia contrattuale del comparto della sanità esistono questioni particolari di esclusivo o prevalente interesse del personale medico, quali il tempo pieno ed il tempo definito, l'emergenza medica, la libera professione, l'attività ambulatoriale, specialistica, l'aggiornamento professionale specifico per il medico, le indennità mediche ».

D'altra parte si intendeva valorizzare la specificità, evitando però, come già rilevato, di favorire forme di corporativismo e di disaggregazione; si stabiliva, infatti, sempre allo stesso art. 21, che « le predette questioni che si configurano in singoli istituti o in aspetti particolari di essi, a vari livelli di negoziato previsto dalla normativa generale, saranno oggetto di momenti di trattazione specifica da ricondurre successivamente nell'ambito della trattativa generale, quale specificità nella unicità contrattuale ».

Successivamente, il 3 novembre 1983, il Governo, anche sulla base delle indicazioni emerse in sede di contrattazione collettiva, ha presentato al Senato il d.d.l. n. 279 sull'istituzione del ruolo medico, giustificato dalla particolare rilevanza e dalla specificità della figura professionale del medico e considerato altresì uno strumento idoneo a realizzare una maggiore efficienza e funzionalità dei servizi, senza alcuna svalutazione delle altre figure professionali del settore sanitario.

Nella relazione al provvedimento si faceva presente che in altri Paesi europei che hanno adottato modelli di servizio sanitario simili a quello italiano i medici costituiscono un corpo avente caratteristiche di autonomia, motivate da esigenze attinenti al rapporto fiduciario medico-paziente, all'osservanza di un codice deontologico e di un aggiornamento permanente.

Il disegno di legge, tuttavia, si limita a prevedere la istituzione di un ruolo medico, distinto dall'omnicomprensivo ruolo sanitario, e a confermare al suo interno l'attuale articolazione delle posizioni funzionali, con la sola aggiunta dell'assistente medico in formazione.

Non sono quindi prese in considerazione altre tematiche — come quelle relative alla definizione dell'area specifica di attività e dei rapporti con il Servizio sanitario, al rapporto unico e alle incompatibilità, al tempo pieno o definito, all'aggiornamento professionale, al diritto di esercitare la libera professione — che ad una più approfondita riflessione appaiono essere elementi tra loro connessi, qualificanti di una disciplina legislativa del ruolo medico.

In tal modo, la ricerca delle soluzioni più approfondite della problematica attinente a tali istituti peculiari del medico viene lasciata alla contrattazione collettiva. Sembra di dover rilevare in proposito che, una volta riconosciuta la specificità della professionalità del medico, soprattutto in relazione al carattere diretto, personale e insostituibile del rapporto fiduciario intercorrente tra il medico e il paziente, la collocazione giuridica del medico del S.S.N. debba essere definita dalla legge dello Stato, la quale sola può garantire la piena tutela di una funzione pubblica di particolare rilevanza sociale.

3.3.11. — *Formazione e aggiornamento professionale.*

In attesa che possano essere adottati più efficaci meccanismi di selezione della classe dirigente, si impone, in riferimento all'attuale livello medio di qualificazione circa i contenuti teorici ed operativi del « management », la predisposizione di iniziative mirate di formazione e di aggiornamento professionale dei quadri dirigenti.

Occorre rilevare in proposito che se l'attività formativa e di riqualificazione di tutto il personale è di estrema importanza, quella relativa alla dirigenza appare anche di particolare urgenza, poiché ne deve discendere la capacità di meglio orientare e governare i processi di assestamento e di trasformazione delle Unità Sanitarie Locali.

Invero, diversi organismi pubblici e privati hanno assunto iniziative in questo settore ma finora è mancato un disegno strategico unificante su scala nazionale, tendente ad orientare, discernere ed incentivare, al fine di evitare il più possibile programmi ripetitivi o dai contenuti scontati.

Urge quindi una vera e propria « politica della formazione » che abbia come necessaria sede di promozione e di riferimento gli organi istituzionali di programmazione e coordinamento del S.S.N. e che punti al raggiungimento anzitutto dell'obiettivo di rapportare strettamente la formazione ai problemi di gestione delle U.S.L. collegando organicamente i contenuti riferibili agli aspetti generali di natura istituzionale, finanziaria, di « politica del personale », organizzativi, ecc., con altri relativi alle metodologie di intervento ed alle tecniche operative.

Nell'ambito di tale politica è necessario poi individuare gli organismi e le istituzioni pubbliche e private idonei allo svolgimento delle attività di formazione; nonché predisporre un piano generale dei moduli di formazione. Ciò al fine di evitare lo svilupparsi di iniziative incongrue e ripetitive e di promuovere invece una o più sequenze logiche di occasioni formative organicamente interconnesse le une con le altre. A questo piano generale dovrebbe ovviamente essere condizionato il flusso dei possibili finanziamenti.

Una simile iniziativa potrebbe evitare la necessaria premessa alla costituzione di una « scuola superiore di amministrazione sanitaria » o anche solo alla organizzazione di corsi-concorso nel caso si decidesse di introdurre questo nuovo sistema formativo e selettivo.

3.3.12. - *Considerazioni conclusive.*

L'analisi delle « politiche » sviluppatesi nel settore del personale nella fase di attuazione della legge n. 833/78 evidenzia il notevole impegno posto, soprattutto a livello legislativo, per realizzare l'unificazione del trattamento normativo del personale dipendente confluito nelle U.S.L. dai diversi enti preposti alle funzioni sanitarie nel precedente ordinamento. Altrettanto può dirsi per quanto riguarda la regolamentazione dei rapporti con le categorie mediche e non mediche convenzionate con le U.S.L. ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833. Gli accordi collettivi stipulati in questo settore dalle delegazioni pubbliche con le Organizzazioni sindacali sono sostanzialmente aderenti agli obiettivi della riforma e all'assetto organizzativo del servizio sanitario a livello di base, anche se nell'applicazione concreta non hanno ancora assicurato una risposta del tutto soddisfacente alle attese e alle esigenze dei cittadini assistiti.

Va rilevato, per contro, l'eccessivo ritardo con il quale si è giunti alla stipula del primo accordo nazionale di lavoro per i dipendenti delle U.S.L.

Il protrarsi per lunghi anni di situazioni differenziate nel trattamento economico del personale ha prodotto sulla funzionalità dei servizi effetti negativi che il nuovo inquadramento economico solo in parte ha consentito di superare.

Dall'esame delle problematiche del personale risulta evidente, d'altra parte, che né lo stato giuridico di cui al D.P.R. n. 761/79, né l'accordo di lavoro di cui al D.P.R. n. 348/83 hanno creato le condizioni per valorizzare le professionalità delle quali necessita il Servizio sanitario nazionale e per garantire agli operatori, in particolare ai medici e ai livelli dirigenziali in genere, la dovuta autonomia decisionale nell'ambito della rispet-

tiva sfera di competenza tecnica. In non poche realtà locali essi hanno anzi indotto fenomeni di burocratizzazione dell'intervento assistenziale, con conseguenze talora gravi sul piano del rapporto con l'assistito, della qualità delle prestazioni e della produttività dei servizi.

Difficoltà non secondarie nella gestione del personale sono scaturite, inoltre, dalle carenze (non solo numeriche) di talune figure professionali, specie nel settore dell'assistenza diretta agli ammalati e soprattutto dalla scarsa operatività dei meccanismi concorsuali.

L'esperienza sembra quindi evidenziare la necessità, pur nell'ambito dei principi del pubblico impiego, di introdurre elementi di flessibilità del rapporto di lavoro del personale delle U.S.L. onde favorire la mobilità, incentivare la produttività, privilegiare la professionalità e il merito nelle modalità di selezione, come nel trattamento economico, particolarmente al livello di responsabilità dirigenziale.

Esigenze analoghe si pongono nel settore delle attività professionali svolte in regime convenzionale.

Una politica del personale volta al recupero dell'efficienza e dell'efficacia dell'intervento sanitario pubblico non può prescindere peraltro da una contestuale politica della formazione e della qualificazione professionale.

L'azione in questo campo deve prendere le mosse necessariamente dalla riforma legislativa organica della facoltà di medicina, per investire tutti i settori della formazione del personale sanitario: dalla formazione di base e specialistica del medico, a quella complementare in medicina generale, a quella del personale infermieristico e tecnico sanitario, in cui si registra un notevole divario e un pesante ritardo rispetto ai livelli e alle metodologie formative adottati in altri Paesi ad elevato sviluppo economico e sociale.

La facoltà medica deve essere inserita nel processo di programmazione sanitaria, affinché possa rispondere, pur nella salvaguardia della propria autonomia scientifica e didattica, alle esigenze del Servizio sanitario nazionale quanto al numero e al tipo di formazione dei medici e degli altri operatori non medici. In tale contesto programmatico va definita una regolamentazione degli accessi ai corsi di laurea e di diploma della facoltà di medicina capace di garantire il graduale riequilibrio della disponibilità delle diverse figure professionali sanitarie.

La politica della formazione dovrà affrontare inoltre il grave e delicato problema dei quadri dirigenziali — la cui soluzione ottimale è costituita certamente dalla istituzione della Scuola superiore di Amministrazione sanitaria — nonché quello di una disciplina più organica e uniforme sul piano nazionale della formazione permanente e dell'aggiornamento professionale obbligatorio, con particolare riguardo al personale medico e sanitario in genere, sia dipendente che convenzionato delle U.S.L.

4. - AMBIENTE DI LAVORO E SALUTE DELL'UOMO.

4.1. - *Le scelte della legge n. 833 in materia di prevenzione e tutela della salute in ambiente di lavoro.*

In materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro la legge n. 833 ha introdotto numerose novità e modifiche al precedente ordinamento, nella forma e nell'assetto dei servizi, modificando i contenuti della materia, basata sul privilegio del momento preventivo e sulla volontà di rendere più democratica la gestione della salute: la sua completa realizzazione richiede numerosi adempimenti a carico dello Stato e delle Regioni.

Al livello centrale dello Stato competono in base al dettato legislativo della legge n. 833:

- le funzioni di indirizzo e coordinamento;
- l'istituzione dell'I.S.P.E.S.L.;
- l'emanazione di un testo unico in materia di igiene e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro e di omologazione;
- il trasferimento dei compiti di vigilanza e controllo già attribuiti all'I.L., E.N.P.I. e A.N.C.C. alle UU.SS.LL. e all'I.S.P.E.S.L.;
- con la legge n. 42/82 il governo è tenuto altresì ad emanare norme per l'attuazione delle direttive della C.E.E.

La legge n. 833, trasferendo al Ministero della Sanità la gestione delle attività di prevenzione e controllo, precedentemente svolte dal Ministero del Lavoro, gli ha conferito importanti funzioni di coordinamento e di indirizzo generale in materia di igiene e sicurezza del lavoro. Lo svolgimento di tali compiti è stato sino ad oggi ostacolato dalla mancanza di un piano sanitario nazionale (entro il 30 aprile 1979 doveva essere presentato in parlamento per il triennio 1980-82, art. 54), dal mancato pronunciamento del C.S.N. in merito alla programmazione delle attività di prevenzione delegate alle Regioni e ai Comuni, dalla inattuazione del previsto riordinamento degli uffici del Ministero della Sanità.

Il venir meno della funzione amministrativa di guida dello Stato ha generato altresì conflitti e sovrapposizioni di competenza con le Regioni, non realizzandosi quella uniformità di condotta necessaria allo svolgimento corretto delle attività di prevenzione.

L'I.S.P.E.S.L. è stato formalmente istituito e posto alle dipendenze del Ministero della Sanità con il D.P.R. n. 619/80.

Con la conversione in legge (n. 97/82) del D.L. n. 22/82 è stato rimandato al 1° luglio 1982 il termine per la sua effettiva entrata in funzione.

Il D.L. n. 390/82, convertito nella legge n. 597/82, ha attribuito all'I.S.P.E.S.L. le funzioni omologative di nuova istituzione (ai sensi dell'art. 2) e quelle svolte in passato dagli enti disciolti. In merito ai compiti di omologazione e controllo affidati all'I.S.P.E.S.L. sono state sollevate (in particolare dalle Regioni) numerose obiezioni, come quelle di aver compreso tra le sue funzioni attività di verifica di spettanza delle UU.SS.LL. (ad es. il controllo dei prodotti industriali di serie); l'accorpamento nelle finalità di omologazione sia della prevenzione e sicurezza del lavoro che della qualità dei prodotti, sottoponendo con ciò l'I.S.P.E.S.L. alla vigilanza di altri Ministeri oltre quello della Sanità.

Con i quattro decreti ministeriali del 23 dicembre 1982 (*Gazzetta Ufficiale* n. 356 e 536 del 1982) è stata data parziale attuazione alla legge n. 597/82. In base a tali provvedimenti sono stati istituiti trentatré dipartimenti periferici per l'attività omologativa dell'I.S.P.E.S.L.; sono state autorizzate le UU.SS.LL. ad esercitare in nome e per conto dell'I.S.P.E.S.L. alcune attività di primo o nuovo impianto; sono state identificate e attribuite all'I.S.P.E.S.L. le funzioni omologative già svolte dai soppressi enti; sono stati determinati i contingenti del personale dell'ex-E.N.P.I. ed ex-A.N.C.C. da assegnare all'I.S.P.E.S.L. ed alle UU.SS.LL. Infine con D.M. 29 dicembre 1982 il personale dell'ex-E.N.P.I. ed ex-A.N.C.C. è stato assegnato in via provvisoria all'I.S.P.E.S.L. ed alle UU.SS.LL. A parziale modifica del decreto riguardante l'autorizzazione alle UU.SS.LL. ad esercitare alcune attività omologative di primo o nuovo impianto in nome e per conto dell'I.S.P.E.S.L., il D.M. 4 febbraio 1984 ha riaffidato all'I.S.P.E.S.L. le funzioni omologative ed alle UU.SS.LL. i compiti di verifica.

In base al disposto dell'art. 24 della legge n. 833 il Governo avrebbe dovuto emanare entro il 31 dicembre 1979 un testo unico integrato e coordinato che innovasse e riordinasse le numerose normative vigenti. Le attuali disposizioni in materia di igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita e di omologazione, concepite dal legislatore degli anni '50, non rispondono più adeguatamente alle mutate esigenze di sicurezza e talora contrastano con l'impostazione preventiva della Riforma Sanitaria.

È auspicabile che si provveda al rinnovo della delega al Governo di emanare un testo unico di norme generali di igiene del lavoro e di omologazione che sia valido strumento di prevenzione e contenga gli elementi più qualificanti ed innovativi espressi dalla legge n. 833/78. Ritenendo peraltro tale ipotesi poco possibile, si dovranno, nell'immediato, percorrere altre strade.

A questo proposito è opportuno, in osservanza di quanto previsto dall'art. 24 della legge n. 833, affrontare le seguenti questioni:

- l'unitarietà degli obiettivi della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro;
- la determinazione dei requisiti ambientali e personali per lavorazioni particolarmente rischiose e di metodologie per il controllo ambientale e sanitario nei luoghi di lavoro;
- la definizione delle procedure di aggiornamento e l'individuazione dei livelli normativi e correlativamente dei soggetti che li producono in relazione:
 - alla nuove tecnologie;
 - alle normative emanate da organizzazioni internazionali;
 - alle risultanze della ricerca epidemiologica;
 - all'applicazione dei mezzi di prevenzione;
- l'introduzione del principio generalizzato dell'omologazione.

Le vigenti normative in materia di igiene e sicurezza del lavoro per la genericità delle disposizioni impartite permettono una ampia discrezionalità che se da un lato sembra offrire maggiori garanzie di intervento, dall'altro si presta a contestazioni tecniche e legali di vario genere che finiscono per vanificarne la loro stessa efficacia. Altresì la mancanza di una visione unitaria dei molteplici problemi che affronta, la valutazione separata dell'ambiente di lavoro da quello di vita, l'assenza di punti di riferimento per la progettazione dei sistemi uomo-macchina-ambiente oltre la dispersione in una serie di norme generiche sulla protezione rappresentano ulteriore motivo di inadeguatezza della normativa vigente che finisce con assolvere più ad una attività di tipo ispettivo che preventivo.

Per concludere è fondamentale, con la realizzazione di un nuovo testo unico, assicurare quella unitarietà di indirizzi e omogeneità di comportamenti, in tutto il territorio nazionale, per l'applicazione delle disposizioni in materia di sicurezza del lavoro che rappresenta un atto di estrema importanza per incidere a fondo sui rapporti lavoro-salute.

A partire dal 31 dicembre 1979 sarebbe spettato alle UU.SS.LL. lo svolgimento dei compiti di vigilanza e controllo già attribuiti all'I.L., E.N.P.I. e A.N.C.C. Tale data ha subito numerosi spostamenti in avanti: con legge n. 33/80 il termine fu rimandato sino a istituzione dell'I.S.P.E.S.L. e all'effettivo trasferimento delle funzioni alle UU.SS.LL.; con legge n. 441/80 si fissò il termine del 31 dicembre 1980 per la effettiva costituzione delle UU.SS.LL.; con D.P.R. n. 619/80 si istituì l'I.S.P.E.S.L. e si fissò la data del 31 ottobre 1980 per la presentazione delle domande di comando all'I.S.P.E.S.L. e alle UU.SS.LL. del personale dell'ex-E.N.P.I., ex-

A.N.C.C. ed I.L.; tale scadenza fu quindi prorogata al 1° luglio 1981, per subire con il D.P.R. n. 660/81 e la legge n. 97/82 le due ultime proroghe, rispettivamente al 1° febbraio 1982 e 1° luglio 1982, che sono il termine definitivo per l'effettivo inizio di esercizio da parte delle UU.SS.LL. e dell'I.S.P.E.S.L. delle funzioni svolte dall'ex-E.N.P.I., ex-A.N.C.C. ed I.L.

L'attribuzione alle UU.SS.LL. delle funzioni di vigilanza e controllo, limitatamente alla applicazione delle norme di sicurezza e igiene del lavoro, realizza così uno dei punti più significativi della legge di riforma sanitaria.

Al momento attuale molte UU.SS.LL. sono in grado di svolgere le suddette funzioni, sebbene numerosi e complessi siano i problemi che si oppongono al dispiegarsi degli interventi ispettivi, da quelli di ordine organizzativo a quelli conseguenti alla incerta definizione dei poteri attribuiti: alla controversa attribuzione del potere di disposizione al personale delle UU.SS.LL. con qualifica di polizia giudiziaria, allo stato di comando virtuale presso le UU.SS.LL. e l'I.S.P.E.S.L. del personale degli enti soppressi seppure incaricato delle funzioni precedentemente svolte, alla scarsa esperienza e preparazione nello svolgimento delle attività ispettive del personale proveniente dai servizi degli enti territoriali e parastatali.

4.2. - *Principali adempimenti legislativi regionali.*

Le Regioni, in attuazione di quanto previsto dalla legge n. 833, hanno provveduto in larga parte a disciplinare con proprie leggi l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro e a definirne le funzioni di vigilanza e le attività di prevenzione.

Tale processo normativo che si può sintetizzare in due tipi di provvedimenti:

- leggi di costituzione ed organizzazione dei servizi della prevenzione;
- leggi per la programmazione delle attività di prevenzione nell'ambito dei piani sanitari regionali e/o dei progetti obiettivo di tutela della salute nei luoghi di lavoro,

non è ancora concluso, essendo alcune regioni ancora sprovviste di una adeguata normativa di settore e/o di un piano sanitario regionale; anche se vanno segnalate numerose iniziative nel campo della prevenzione e l'ormai avanzato iter di realizzazione di alcuni piani sanitari regionali.

Abruzzo, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria, Veneto hanno già organizzato con proprie leggi i servizi di tutela della salute nei luoghi di lavoro.

Per quanto concerne il loro assetto organizzativo è prevalsa la tendenza, ad eccezione di Emilia-Romagna e Toscana, di aggregare in un unico

servizio di igiene pubblica l'unità operativa di igiene e sicurezza del lavoro e igiene del territorio ed in qualche caso di veterinaria. Soltanto due regioni Emilia-Romagna e Toscana hanno scelto a favore di un servizio autonomo in ogni U.S.L., in Abruzzo è stata accorpata ad un servizio autonomo di medicina preventiva dei lavoratori l'unità operativa di medicina legale. Vi sono altresì formulazioni organizzative intermedie che senza istituire servizi separati di prevenzione conferiscono ad essi autonomia di gestione pur all'interno di un più complessivo servizio di igiene pubblica.

È comunque opportuno impedire, al di là delle differenti impostazioni, che i differenti modelli organizzativi non si traducano all'atto pratico in una separazione ormai anacronistica dei problemi della fabbrica da quelli del territorio.

In base alle leggi regionali, ai servizi di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, che hanno assunto denominazioni differenti secondo le Regioni (Servizio di Medicina Preventiva e igiene del lavoro in Emilia, S. di Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro in Toscana e Veneto, S. per la prevenzione e la tutela della salute nei luoghi di lavoro in Umbria, ecc.), sono attribuiti compiti di coordinamento e di promozione della ricerca e degli interventi preventivi, ispettivi e di controllo volti alla conoscenza e alla eliminazione dei fattori di nocività e di pericolosità presenti negli ambienti di lavoro.

Tali compiti si esplicano in:

- individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività negli ambienti di lavoro;
- attività di vigilanza e controllo con conseguente verifica delle misure adottate;
- comunicazione e diffusione dei dati accertati anche a livello di luogo di lavoro;
- indicazione di misure idonee alla eliminazione dei fattori di rischio e al risanamento degli ambienti di vita e di lavoro;
- formulazione delle mappe di rischio e degli infortuni professionali;
- accertamenti sanitari sui lavoratori esposti a rischio;
- iniziative nel campo della formazione e dell'educazione sanitaria;
- formulazione di pareri preventivi sui progetti di insediamenti industriali e sulle attività produttive in genere.

Funzioni integrative e di supporto ai servizi di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro sono svolte dai presidi o servizi multizonali di prevenzione, istituiti a livello di una U.S.L. ma a disposizione di ambiti territoriali più vasti comprendenti più unità locali per far fronte con mezzi

tecnici più sofisticati e con competenze professionali specialistiche a problemi di particolare complessità e che si presentano con frequenza non sistematica.

Le leggi regionali sino ad oggi emanate istitutive dei servizi multinazionali di prevenzione prevedono la loro organizzazione interna nelle seguenti unità operative:

- chimica ambientale;
- fisica ambientale;
- biotossicologia;
- attività impiantistiche e antiinfortunistiche.

Altresì è prevista la costituzione al loro interno di gruppi di lavoro interdisciplinari che affrontino globalmente le problematiche di maggiore complessità. Tale processo di ristrutturazione pur incontrando varie e numerose difficoltà rappresenta un momento fondamentale nella attivazione completa dei servizi zionali della prevenzione che fondano parte della loro attività sui contributi scientifici e metodologici del S.M.P.

4.3. - *Piani sanitari regionali.*

L'esame dei piani sanitari finora prodotti o approvati (Alto Adige, Emilia-Romagna, Marche Piemonte, Toscana, Umbria) evidenzia la volontà di affrontare in modo particolare le problematiche connesse alla tutela della salute dei lavoratori. L'obiettivo comune è quello di ricondurre a livelli più bassi il fenomeno infortunistico e la frequenza delle malattie professionali.

A tal fine i piani sanitari regionali predispongono indagini mirate per settore o comparto produttivo dirette a conoscere i fattori di rischio presenti nell'ambiente di lavoro e nel territorio e le condizioni di salute ad esso connesse. Altresì prevedono la organizzazione delle strutture necessarie all'espletamento degli interventi preventivi per la riduzione dell'esposizione al rischio.

L'assenza fino ad oggi di informazioni più precise sulle diverse realtà lavorative regionali non ha permesso una definizione più particolareggiata dei progetti di ricerca.

I progetti obiettivo relativi alla tutela della salute nei luoghi di lavoro si sviluppano secondo una metodologia già consolidata di approccio ai problemi del mondo del lavoro cui si è dato da tempo il nome di « modello operaio » e che è stata prevista, oltre dalla legge n. 833, dai contratti e accordi collettivi di lavoro.

L'analisi dei piani sanitari ed in particolare dei progetti obiettivo di tutela della salute dei lavoratori evidenzia nei seguenti punti gli obiettivi generali da raggiungere:

- attuazione degli artt. 20, 21, 22 della legge n. 833 e dotazione ai servizi delle attrezzature e del personale necessari all'espletamento delle funzioni istituzionali;
- individuazione di fattori di rischio mediante l'attivazione degli strumenti informativi, operativi ed organizzativi preposti;
- confronto costante tra organi del S.S.N. e associazioni sindacali e degli imprenditori;
- stesura delle mappe di rischio e degli infortuni ed elenchi dei lavoratori esposti al rischio;
- attività di vigilanza nei settori lavorativi già conosciuti e verifica dei fattori di rischio contenuti nella piattaforma sindacale;
- effettuazione delle visite periodiche mirate a rischio da parte di medici competenti su protocolli diagnostici concordati con i servizi di medicina preventiva dei lavoratori;
- disponibilità nei luoghi di lavoro di informazioni utili per indagini o valutazioni sullo stato di salute o sulle condizioni ambientali (registro dati biostatistici, libretti di rischio, mappe di rischio, ecc.).

Le differenze tra i vari progetti obiettivo regionali riguardano i settori lavorativi in cui esplicitare gli interventi preventivi in relazione alle diverse realtà economiche ed occupazionali. In alcune regioni si pone particolare attenzione a specifici campi di ricerca mediante la elaborazione di dettagliate schede di intervento.

È di auspicio che l'esperienza delle regioni sino ad oggi in possesso di un piano sanitario rappresenti una traccia per le altre al fine di ottenere un quadro conoscitivo uniforme della situazione sanitaria nei luoghi di lavoro e permettere omogeneità di condotta nella esplicazione degli interventi preventivi.

4.4. - *Gli interventi delle UU.SS.LL.*

In relazione a quanto predisposto dai piani sanitari regionali ed in particolare dai progetti obiettivo di tutela della salute nei luoghi di lavoro, ma anche nelle regioni non ancora in possesso di un piano sanitario, numerosi interventi sono già stati svolti dalle UU.SS.LL. d'Italia ed altri sono in corso di realizzazione.

Riportiamo di seguito gli interventi più significativi:

– U.S.L. 1/23, Piemonte. Il Servizio di igiene e sicurezza del lavoro in collaborazione con l'Area di epidemiologia ha condotto indagini ed interventi ispettivi in materia di cancerogenesi chimica ed ha portato avanti un lavoro complessivo di mappatura dei rischi.

– U.S.L. II, Lombardia. L'Unità operativa di tutela della salute nei luoghi di lavoro ha svolto una indagine nel settore delle tintostamperie del comasco, analizzando i rischi presenti e promuovendo interventi di prevenzione primaria.

– U.S.L. 70, Piemonte. La Sezione di tutela della salute dei lavoratori ha presentato una comunicazione sui criteri per la pianificazione delle attività di prevenzione.

– U.S.L. 34, Piemonte. Il Servizio ha svolto una indagine sul rischio di infortunio nelle industrie del territorio della U.S.L.

– U.S.L. 12, Liguria. L'Unità operativa di igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro ha effettuato interventi di bonifica da amianto nei cantieri navali del porto.

– U.S.L. 36, Veneto. Il Servizio di igiene e medicina del lavoro ha presentato una comunicazione sui criteri metodologici ed operativi per l'attività di prevenzione, riportando i risultati degli interventi svolti.

– U.S.L. 58, Lombardia. Il Servizio ha svolto un intervento nel settore metalmeccanico; la comunicazione riporta le modalità operative seguite e la procedura dei controlli nelle aziende.

– U.S.L. 77, Lombardia. L'Unità operativa di tutela della salute nei luoghi di lavoro ha condotto un'indagine sulle condizioni di lavoro nel settore carpenterie, elaborando una mappatura dei rischi lavorativi.

– U.S.L. 5, Emilia-Romagna. Il Servizio ha lavorato sui metodi di rilevamento ed elaborazione dei dati per la mappatura dei rischi mediante procedimento di autonotifica.

– U.S.L. 68, Piemonte. La Sezione per la tutela della salute nei luoghi di lavoro ha svolto una esperienza di mappatura dei rischi nel territorio della U.S.L.

– U.S.L. 75/II, Lombardia. Il Servizio ha elaborato un programma di indagine di rilevamento inquinamento atmosferico nello studio dei rischi igienico-ambientali correlati alle attività di lucidatura, laccatura e finitura del legno.

– U.S.L. 20, Toscana e U.S.L. 36, Emilia-Romagna. I Servizi di prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro hanno svolto nelle rispettive regioni interventi di prevenzione nel comparto calzaturiero.

– U.S.L. 58, Lombardia. L'Unità operativa di tutela della salute nei luoghi di lavoro ha operato nel settore edile, raccogliendo dati sulle caratteristiche tecnologiche ed organizzative delle diverse tipologie produttive, sui principali rischi per la salute degli addetti e sugli infortuni, effettuando interventi di prevenzione primaria e sorveglianza sanitaria.

– U.S.L. 3, Umbria. Il Servizio ha in corso di formulazione una mappa dei rischi nel territorio della U.S.L.

– U.S.L. 23, Toscana. Il Servizio di PISLL sta conducendo una indagine nel settore lavorazione metalli preziosi con analisi dei rischi e valutazione dello stato di salute degli addetti; ha inoltre svolto una esperienza di prevenzione relativamente ai nuovi insediamenti produttivi.

– U.S.L. 24, Toscana. Il Servizio ha svolto numerosi interventi nel settore edile; ha presentato alla conferenza i risultati di una indagine sull'uso di sostanze chimiche nelle piccole imprese edili ed è intervenuto nel settore dell'abbigliamento.

– U.S.L. 19, Toscana. In collaborazione con l'Istituto di Medicina del lavoro dell'Università di Siena, il Servizio di PISLL ha elaborato, sulla base della notevole esperienza acquisita, un rapporto sui rischi e la patologia da lavoro nel settore del legno e del mobile.

– U.S.L. 6, Marche. Il Servizio di igiene del lavoro ha realizzato un censimento delle attività produttive appartenenti alla piccola e media industria.

– U.S.L. 63, Lombardia. Il Servizio di medicina del lavoro ha svolto interventi relativi alla prevenzione sanitaria in ambito ospedaliero, in particolare sul rischio da anestetici volatili; ha altresì in corso di realizzazione una indagine nel settore « finitura legno ».

– U.S.L. 11, Lombardia. L'Unità operativa di tutela della salute nei luoghi di lavoro ha condotto un'indagine nel settore delle imprese tessili artigiane, studiando in particolare le tintostamperie, il ciclo tecnologico e le sostanze chimiche impiegate, e attuando interventi di bonifica ambientale; ha altresì svolto una indagine sulla patologia riscontrata negli addetti e sul fenomeno infortunistico.

– U.S.L. 16 e 17, Lombardia. I Servizi di medicina del lavoro hanno operato nel comparto della cantieristica stradale, svolgendo indagini sulla patologia respiratoria ed uditiva negli addetti e sugli infortuni.

– U.S.L., Roma 2. Il Servizio ha analizzato i rischi conseguenti all'uso di impianti elettrici a bassa tensione in edifici ad uso sanitario, illustrandone le caratteristiche tecniche, i criteri generali di progettazione ed i sistemi di protezione; ha svolto inoltre uno studio sui rischi derivanti dall'impiego di video-terminali.

– U.S.L. 30, Toscana. Il Servizio ha realizzato una interessante indagine sui rischi presenti nel settore della estrazione dei materiali lapidei e sulla lavorazione del travertino.

– L'I.N.A.I.L. ha fornito i dati relativi al fenomeno infortunistico nel settore agricolo negli ultimi anni.

– Regione Piemonte. Alcune UU.SS.LL. hanno svolto esperienze nel settore agricolo, intervenendo nei diversi comparti produttivi, svolgendo indagini epidemiologiche e sanitarie.

– U.S.L. Fidenza. Il Servizio di medicina e d'igiene del lavoro ha realizzato una inchiesta sulle condizioni di vita e di lavoro degli agricoltori.

– U.S.L. 30, Toscana. Il Servizio ha condotto approfondite indagini sull'uso di fitofarmaci nell'area senese fornendo protocolli per l'analisi dei rischi ed indicazioni di prevenzione.

4.5. – *Problematiche del mondo del lavoro e della produzione nei loro riflessi sulla salute degli addetti e lo sviluppo dei servizi.*

4.5.1. – *Il mutamento del quadro nosologico.*

Da diversi anni, con una maggiore accentuazione nei più recenti, sta progressivamente cambiando il modo di produrre; l'innovazione della tecnologia produttiva, associata ad un generale svecchiamento degli impianti e delle macchine (pur se imposta da esigenze interne ad una logica di incremento della produttività e spesso anche a scapito dei livelli occupazionali), ha comunque prodotto un cambiamento generale delle condizioni di lavoro. Ciò ha contribuito a mutare il quadro della patologia professionale caratterizzato, nel passato, dallo sviluppo di forme specifiche, causate da un unico ben determinato agente etiologico in genere di natura fisico-chimica, come il benzolismo, il saturnismo, il mercurialismo, l'asbestosi, le polineuropatie dei calzaturieri, il cancro alla vescica negli addetti alla produzione dei coloranti azoici, l'angiosarcoma epatico da cloruro di vinile.

In seguito ai processi di ristrutturazione tecnologica che sono andati avanti nel contesto di una più generale riorganizzazione del lavoro, nei

luoghi di lavoro sempre più raramente si verificano ancora esposizioni massive a singoli fattori di nocività (I e II gruppo), ma sono più diffusi i rischi di natura chimica (e non solo) più complessi, rappresentati in genere da un insieme di sostanze inquinanti a livelli di concentrazione prevalentemente medio-bassi; ciò impone da un lato un salto di qualità nella ricerca epidemiologica occupazionale, allo scopo di arrivare a definire indicatori più sensibili e specifici di valutazione della qualità degli ambienti di lavoro e della salute degli addetti, con una particolare attenzione agli effetti a lungo termine di esposizioni prolungate e a basse dosi.

Accanto ad un mutamento della tradizionale nocività legata a fattori fisici e a sostanze chimiche, assumono crescente importanza i rischi del IV gruppo, vale a dire quegli elementi collegati strettamente all'organizzazione del lavoro, che sono chiamati in causa nel determinismo dello stress.

Vedremo più avanti come, da un lato, lo sviluppo delle tecnologie informatiche applicate al lavoro abbia ulteriormente peggiorato questa situazione, dall'altro come sia urgente darsi un nuovo, più complessivo modello di intervento per la lotta alla vecchia e nuova nocività del lavoro.

Il mutamento dei fattori di rischio e delle condizioni di esposizione trovano una ricaduta nel cambiamento della tradizionale patologia da lavoro. Si assiste oggi, infatti, allo sviluppo di patologie di tipo degenerativo, ad andamento cronico ed etiologia non univoca, che interessano prevalentemente l'apparato digerente, l'apparato cardio-vascolare, il sistema osteo-articolare, il sistema nervoso. Esse generalmente vengono definite come « malattie aspecifiche », intendendosi con questo termine la difficoltà a riconoscere un agente etiologico specifico, ben individuato, e con ciò stesso allontanando le ragioni di fondo della loro insorgenza da un contesto sociale, quale quello dell'ambiente lavorativo, per ricondurle a un problema di ordine quasi esclusivamente individuale.

Si tratta invece in molti casi di malattie ricollegabili alla situazione globale di lavoro e talora di vita, tanto che è stato coniato un termine apposito per indicare queste nuove patologie, « malattie correlate al lavoro » (work related diseases), proprio a significare la non totale attribuibilità ad un solo e specifico ambiente.

Da questo punto di vista, a seguito del modello sul quale è andato sviluppandosi storicamente il pensiero medico ufficiale, basato su una filosofia di tipo prettamente meccanicistico, la lista delle malattie professionali attualmente riconosciute, e per le quali i lavoratori sono assicurati, appare totalmente inadeguata. Essa infatti comprende esclusivamente forme patologiche per le quali è stato dimostrato un nesso di causalità con l'esposizione a ben determinate sostanze tossiche e/o col lavoro in presenza di un ben preciso fattore di rischio di tipo fisico. Questo

atteggiamento della scienza ufficiale e delle tradizionali scuole di medicina del lavoro, che analizza ogni problema di etio-patogenesi secondo la equazione « da una precisa causa-un preciso effetto », appare francamente inadeguato a prendere in esame questa nuova patologia e non è un caso che ad essa viene negato qualsiasi collegamento, in termini etiologici, alla situazione di lavoro.

Questo discorso vale anche per la patologia tradizionale, quando si rileva che sulle 51 malattie professionali previste nella tabellazione ufficiale, solo per 10 gli indennizzi superino (nel 1980) le 100 unità e quasi il 90 % dei casi indennizzati risulta concentrato in malattie cutanee, saturnismo, silicosi, ipoacusie e sordità da rumore (queste ultime assommano al 54 % del totale).

Nella realtà molto più complessa e articolata, di fronte alla tradizionale metodologia di analisi, che tenta di estrapolare dal contesto un singolo fattore di rischio come unico agente causale delle malattie da lavoro, c'è bisogno di un metodo più complessivo e più adeguato alle mutate condizioni del lavoro ed alla esposizione a rischi professionali diversi.

L'attenzione rivolta all'igiene del lavoro soprattutto da parte del movimento operaio in lotta per un lavoro non nocivo negli anni '60 e primi '70, ma anche da settori avanzati della ricerca scientifica (si pensi ai lavori sullo stress e sulle posture), ha avuto, da questo punto di vista, due conseguenze fondamentali:

- 1) ha fatto sì che venissero considerati, nell'analisi del rapporto tra condizioni di lavoro ed effetti negativi sulla salute, tutta una serie di elementi che a diversi livelli di importanza causale concorrono ad alterare l'equilibrio psico-fisico del lavoratore e che in tal modo contribuiscono, in varia misura, all'instaurarsi di una patologia che non è espressione diretta di una intossicazione ma dell'effetto prolungato di una serie di stimoli che possono essere definiti fattori di stress;

- 2) proprio perché si tratta di disturbi e malattie che sono favoriti e causati da una molteplicità di fattori di stress non ben quantificabili, ciascuno con potenziale azione dannosa che può variare a seconda del soggetto su cui agisce, il tradizionale metodo clinico deve essere integrato con un'analisi epidemiologica del fenomeno, basata su riscontri e validazioni statistiche rigorose.

4.5.2. – *Il cambiamento del modo di produrre.*

Sull'argomento fattori di nocività-patologia professionale vengono ricordati solo i più importanti fenomeni che stanno svolgendosi da alcuni

anni con un particolare sviluppo in questa fase attuale e che hanno anche riflessi sulla tematica della prevenzione nei luoghi di lavoro.

Il primo dato da considerare è il processo di terziarizzazione della società, con un sempre crescente numero di addetti a fronte di un calo relativo nel primario e nel secondario. Questo processo, che si caratterizza sia come supporto qualificato per l'introduzione di nuova tecnologia nell'industria (terziario avanzato) sia come sviluppo autonomo di nuove attività, direttamente produttive e non, ha portato gli addetti al terziario al 49,3 % del totale degli occupati.

È evidente che l'ampia espansione di questo mercato del lavoro determina un cambiamento rispetto all'identità tradizionale del lavoratore e al tipo di ambiente di lavoro in cui questi opera.

Questo processo di terziarizzazione è ulteriormente sostenuto e favorito dallo sviluppo delle tecnologie informatiche, sempre più diffuse nei diversi settori lavorativi. Il livello di informatizzazione appare particolarmente esteso nel settore del credito (52,4 %), della grande industria (43,5 %) e della piccola industria (38,7 %). In misura minore nell'agricoltura (21,3 %). A livelli ancora inferiori l'informatica è presente nel settore dell'artigianato, nel quale più forti sono le resistenze all'introduzione di queste nuove tecnologie da parte dell'artigiano, legato profondamente al prodotto del suo lavoro.

L'indagine CENSIS '84 riporta una percentuale del 50,5 sul totale degli occupati; e circa 7 milioni risulterebbero i dipendenti nel terziario non di mercato.

A livello soprattutto delle grandi aziende industriali la diffusione dei mezzi informatici è estremamente elevata. Essa è adottata prevalentemente in aree gestionali (ad esempio il personale, l'archivio clienti, il magazzino, ecc.) ma appaiono molto diffuse anche tecnologie applicate direttamente al funzionamento delle linee di produzione (macchine a controllo numerico, robot, ecc.).

A fronte delle modifiche complessive cui abbiamo fatto cenno e che interessano diverse fasi lavorative, praticamente in tutti i settori, vanno immediatamente sottolineati alcuni problemi che i processi innovativi pongono a coloro che sono addetti al nuovo modo di lavorare. Diminuiscono l'impegno fisico e la fatica muscolare; il lavoratore è chiamato non più a un lavoro manuale ma ad un intervento autonomo, su un processo complessivamente programmato da altri. È necessario un più alto livello di attenzione e concentrazione; cresce la responsabilità personale, peraltro non accompagnata da un adeguato livello decisionale. In definitiva aumenta la fatica mentale mentre, nel contempo, sorgono problemi di natura psicologica. Non va trascurata infine la problematica del lavoro ai videoterminali che presenta ugualmente rischi riconducibili al

IV gruppo di fattori (tensione nervosa, stanchezza generale, monotonia, dequalificazione, impossibilità a comunicare con gli altri colleghi), assieme ad altri di tipo più tradizionale (I gruppo).

4.5.3. – *Il cambiamento dei rapporti di lavoro.*

La forte conflittualità tra lavoratori e organizzazioni imprenditoriali, durata sin oltre la seconda metà degli anni '70, ha fornito la spinta alla realizzazione di importanti mutamenti sociali. In passato le problematiche della salute erano praticamente assenti dalla contrattazione sindacale, demandate allo Stato e all'iniziativa privata, che utilizzava il supporto tecnico di enti o istituti privati o di diritto pubblico (E.N.P.I.). Con la legge n. 300 del 20 maggio 1970 (Statuto dei diritti dei lavoratori) si ha una prima risposta giuridico-normativa alla nuova attenzione in materia di sicurezza del lavoro, che le lotte sindacali avevano posto come elemento qualificante nelle piattaforme contrattuali: l'art. 9, in particolare, istituzionalizza il diritto dei lavoratori « di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca ... ».

Con questo nuovo ruolo dei lavoratori, non più destinatari della sicurezza ma parte attiva e responsabile del sistema di prevenzione e di tutela della salute dell'ambiente di lavoro, la contrattazione aziendale acquisisce strumenti più adeguati ad affrontare le problematiche connesse ai rischi presenti negli ambienti di lavoro.

La Conferenza Nazionale triconfederale di Rimini rappresenta una altra tappa fondamentale di questo processo innovativo, in quanto in essa si delineano i punti fondamentali di quello che sarà definito il « modello operaio ».

I concetti di soggettività operaia, gruppo omogeneo, validazione consensuale, non delega e la introduzione di strumenti come i registri dei dati ambientali e biostatistici sono recepiti in ogni contratto collettivo di lavoro, come anticipazioni della futura legge di Riforma Sanitaria.

Tali trasformazioni nella gestione della salute in fabbrica hanno comportato quindi un adeguamento innovativo rispetto al modello tradizionale, spostando l'attenzione e l'impegno di risorse dal momento curativo a quello della prevenzione.

In questo contesto si collocano prima le iniziative regionali per la istituzione dei servizi di medicina preventiva dei lavoratori e in un secondo tempo la legge di Riforma Sanitaria.

Verso la fine degli anni '80, tuttavia, la profonda crisi economica ha determinato una diminuzione dell'attività sindacale sulle tematiche della salute e sono così venute a mancare, proprio nel momento attuativo della

legge n. 833, le condizioni sociali ed economiche necessarie alla sua realizzazione.

Parallelamente all'aggravarsi della recessione economica, con la messa in pericolo di numerosi posti di lavoro, i rapporti tra organizzazioni sindacali e imprenditoriali hanno subito profonde modificazioni.

Ciò ha contribuito a far riprendere un certo ruolo di iniziativa, anche in materia di ambiente di lavoro, agli imprenditori. Stiamo infatti assistendo da alcuni anni ad un processo di innovazione tecnologica molto profondo che interessa soprattutto le grandi e medie aziende industriali. Questo processo è stato reso possibile da una inversione di tendenze all'interno dei luoghi di lavoro.

I lavoratori in sostanza pur avendo acquisito, come risultato delle lotte condotte per anni contro la nocività del lavoro, numerosi e qualificanti strumenti di controllo e di cambiamento per la prevenzione, di fatto si trovano oggi a subire l'introduzione delle nuove tecnologie con tutti i risvolti negativi che queste in alcuni casi comportano, senza la necessaria partecipazione, ai diversi livelli, del momento decisionale.

È in questo contesto che prendono avvio i servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro delle UU.SS.LL., previsti dalla Riforma Sanitaria. Lo Stato, mediante questi servizi, intende così assicurare la gestione del controllo della normativa, inserendosi nella dinamica conflittuale e rischiando con la sua funzione garantista di ridurre la partecipazione operaia e limitare gli spazi di manovra del movimento sindacale.

In questi ultimi anni si è assistito altresì ad una ripresa dei rapporti di lavoro su basi diverse caratterizzate da una minore attenzione delle parti ai problemi della salute e da una maggior forza e potere dell'ente pubblico. Vanno comunque segnalate recenti iniziative sindacali tese a promuovere un dibattito costruttivo e stimolante sui temi della salute.

4.5.4. - *Un nuovo modello di intervento.*

Le trasformazioni avvenute nel mondo del lavoro riguardo sia al modo di produrre che di organizzare il lavoro hanno generato problematiche sanitarie, il cui approccio e risoluzione non può prescindere dalla applicazione di nuove metodologie di ricerca e di intervento.

Lo studio delle situazioni di stress ed in generale della patologia cosiddetta aspecifica presuppone difatti il coinvolgimento di varie discipline scientifiche (sociologia, fisiologia del lavoro, psicologia industriale, ergonomia, igiene e medicina del lavoro) che superando la visione unilaterale dei problemi affrontino in modo (coordinato) le differenti situazioni di lavoro. È difatti necessario valutare, ai fini di una corretta analisi dei danni sulla salute, oltre le classiche variabili fisico-chimiche connesse

all'ambiente di vita e di lavoro, quelle biologiche, psicologiche e sociali connesse all'organizzazione del lavoro. L'analisi ha bisogno pertanto degli apporti delle suddette discipline i cui contributi è necessario integrare evitando sovrapposizioni di competenze verificatesi in passato.

Questo metodo di analisi è condizione necessaria e fondamentale per la realizzazione di un nuovo modello di intervento.

Dal punto di vista organizzativo la metodologia di lavoro dei Servizi per la tutela della salute dei lavoratori, basata classicamente sulla conoscenza dei rischi lavorativi, sulla socializzazione delle informazioni acquisite e sulle modifiche in senso preventivo delle macchine o impianti e della organizzazione del lavoro, non ha subito cambiamenti sostanziali almeno per quanto concerne lo schema dell'intervento. È necessario altresì affinare e modificare gli strumenti sino ad oggi utilizzati:

- la soggettività operaia difatti deve assumere sempre maggiore importanza nella valutazione dei rischi connessi allo stress, cioè nella definizione ergonomica generale del rapporto uomo-macchina;

- l'informazione sanitaria si pone come mezzo fondamentale per stimolare l'attenzione e la partecipazione dei lavoratori sulle tematiche della salute;

- l'azione preventiva deve essere più sviluppata a monte del processo produttivo attraverso l'analisi dei progetti edilizi dei nuovi insediamenti industriali e l'omologazione ed il collaudo, ai fini della sicurezza, degli impianti o macchine.

È auspicabile che l'intervento dell'Ente pubblico (U.S.L.) trovi nel contempo un interlocutore tecnicamente valido all'interno delle aziende. Ciò significherebbe, in questa visione che certo presuppone lo sviluppo di una mentalità aziendale orientata non solo nel senso della produttività ma anche con lo sguardo rivolto alla prevenzione della patologia professionale, individuare all'interno delle aziende uno staff di tecnici competenti al controllo della tecnologia di produzione, in grado di organizzare il lavoro recuperando il contributo scientifico anche delle discipline finora poco utilizzate a questi fini.

Sul piano dei rapporti aziendali è opportuno che si realizzi attraverso un ampio dibattito un coinvolgimento delle organizzazioni sindacali, imprenditoriali e dell'ente locale nella gestione della salute superando così i limiti attuali di un rapporto talvolta esclusivo tra le parti.

Altra premessa necessaria al dispiegarsi degli interventi in campo preventivo è una maggiore qualificazione professionale degli operatori: difatti la loro impostazione di lavoro ricalca modelli ormai superati di fare la prevenzione, incompatibili in alcuni casi con le attuali tendenze. A questo proposito l'attività di vigilanza ed ispezione attribuita agli ope-

ratori dei servizi non deve essere intesa unicamente come momento punitivo ma deve bensì rappresentare una fase del processo che attraverso la partecipazione operaia realizzi concretamente la prevenzione. Di conseguenza anche le attuali normative sulla sicurezza del lavoro, con riferimento in particolare al D.P.R. n. 547/55 e al D.P.R. n. 303/56, non rispondono più alle nuove esigenze degli operatori e soprattutto ai nuovi rischi determinatisi con l'avvento di nuove tecnologie e con il cambiamento del modo di produrre.

5. - EDUCAZIONE SANITARIA.

La definizione concettuale della materia « Educazione Sanitaria » (E.S.) non può prescindere, dato che si tratta di una attività scientifica che si svolge in un contesto squisitamente sociale, dalla definizione del contesto globale che la informa ed in cui opera. Se oggi possiamo assumere come definizione generale della E.S. quella in cui si afferma che « l'Educazione Sanitaria è un *processo* educativo che tende a responsabilizzare i cittadini, singoli ed a gruppi, nella difesa della salute propria e altrui » (A. Seppilli), è solo da una più ampia analisi storica della materia che possiamo cogliere il valore orientativo e pratico che tale definizione contiene.

L'evoluzione concreta della società, con il conseguente variare delle patologie dominanti, ha determinato l'affermazione di più concezioni e modelli di « Sanità » ed ogni cambiamento ha influenzato l'impostazione di fondo con cui le varie branche della scienza medica sono state impiegate per l'applicazione dei vari modelli e concetti.

Così il « sistema assicurativo », che pure si è sviluppato e consolidato dopo decenni di lotte sociali, era strutturalmente concepito per permettere l'accesso di quote rilevanti della popolazione alle cure mediche ed ha avuto come obiettivo la cura delle malattie, servendosi come strumentario delle tecniche diagnostiche e terapeutiche messe a disposizione dall'evoluzione delle scienze biologiche e mediche e come strutture di ospedali, poliambulatori e laboratori diagnostici. In questo sistema la responsabilità dell'efficacia delle prestazioni ricadeva innanzitutto sui medici e sulle strutture ospedaliere e poliambulatoriali, e per quanto concerneva la normativa settoriale e la sua applicazione le decisioni dipendevano da quelle politiche del sistema assicurativo; solo per quanto atteneva alla prevenzione venivano investite le autorità comunali, sempre limitate dalla inadeguatezza dei bilanci.

L'attenzione dei tecnici e dell'opinione pubblica, e le risorse in personale ed economiche, venivano sempre più a concentrarsi sulla cura

delle malattie, e sempre meno sulla prevenzione. Anche l'educazione sanitaria era, per la maggior parte, concepita come strumento per rinforzare la delega della popolazione ai tecnici, allontanandola da un approccio critico ai problemi della sua salute e favorendo il consumismo dei beni sanitari, il tutto in una ottica tutta interna agli interessi del sistema che si era sviluppato intorno alle logiche delle cure.

In questa ottica, ad eccezione di alcuni provvedimenti di igiene pubblica e per le vaccinazioni (indubbiamente efficaci), la prevenzione è stata intesa come « ricerca del malato in fase precoce » e l'E.S. è stata impostata in maniera precettistica, servendo a diffondere nozioni e norme dettate dai medici su temi e problemi da essi scelti, concentrando i suoi sforzi per ottenere l'adesione del paziente alle cure o per incentivare l'uso dei servizi che si offrono.

Perciò gli interventi di E.S. si sono caratterizzati ed in parte in questa fase di transizione ancora si caratterizzano per essere informativi, accentrati e sporadici.

Vari fattori hanno concorso a mettere in crisi nel corso degli ultimi decenni questo particolare sistema sanitario.

L'evoluzione della patologia.

Nei Paesi a sviluppo industriale avanzato, accanto ad una riduzione della mortalità generale, infantile e per malattie infettive, si è avuto un aumento per la mortalità da tumori, da infarto e da incidenti del traffico, una persistente ed alta diffusione di condizioni di malessere della sfera psichica, una persistente diffusione di patologie che, pur non provocando direttamente decessi, per il loro carattere cronico ed invalidante, sono causa di malessere e costi sociali. La patologia dominante oggi deriva da fattori causali multipli, in gran parte di origine ambientale o comportamentale, e la sintomatologia, diventando evidente solo nelle fasi avanzate della malattia, difficilmente consente una diagnosi precoce.

La definizione di una nuova strategia da parte dell'O.M.S.

A livello mondiale l'O.M.S., di cui l'Italia è membro, dopo aver valutato negativamente, in base ai risultati pratici sulla salute dei popoli, i sistemi sanitari basati sull'approccio diagnostico terapeutico, ha stabilito con la dichiarazione di Alma Ata del 1978 che lo strumento che può permettere alla comunità internazionale di « accedere ad un livello di salute che consenta di condurre un'esistenza socialmente ed economicamente produttiva è l'Assistenza Sanitaria di Base » e nel definirne le caratteristiche strutturali afferma che questa « comprende come minimo: l'educazione

sanitaria della popolazione in relazione sia ai problemi che si pongono nel concreto, sia ai metodi di prevenzione e di lotta che possono essere messi in opera; ... ».

La risposta istituzionale alle lotte sociali del decennio 1968-1978.

Nella società italiana, il vasto movimento di lotte sociali dall'impronta fortemente progressista che ha caratterizzato il decennio 1968-1978, forte della coscienza del fatto che la salute è un valore sociale al contrario della produttività, ha imposto l'emanazione di leggi innovatrici quali lo « Statuto dei Lavoratori », la legge sui Consultori familiari, quelle sull'aborto, sulle tossicodipendenze, sull'infanzia e sull'età evolutiva, sugli anziani, sugli handicappati, ecc. Queste leggi, per l'accento che hanno posto rispetto al problema della partecipazione dei cittadini alla gestione ed alla impostazione degli indirizzi di attività delle strutture pubbliche e rispetto alla responsabilizzazione degli stessi nei confronti dei propri comportamenti ed in particolare nella difesa della propria ed altrui salute, possono essere considerate i « prodromi » della legge n. 833 del dicembre 1978.

Questo insieme di fattori ha determinato, in misura diversa, l'impostazione della legge n. 833 del dicembre 1978 che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale; da questa legge di cui riportiamo più avanti quegli articoli che definiscono la funzione ed i legami dell'E.S. nel S.S.N., derivano indicazioni circa il ruolo e la misura in cui l'E.S. debba legarsi ai programmi ed ai servizi e su come questa vada intesa:

- come principale strumento per la prevenzione primaria nel campo della patologia soprattutto non infettiva;
- come supporto indispensabile per realizzare le funzioni partecipative previste dalla legge n. 833 e perché la politica sanitaria proceda attraverso scelte conformi agli obiettivi della riforma sanitaria anche in riferimento alla necessità di stabilire priorità legate alle vicende congiunturali del sistema economico e finanziario nazionale;
- come elemento promozionale per conquistare a livello individuale e sociale nuovi « stili di vita » supportati da comportamenti funzionali alla conquista ed al mantenimento dei più alti livelli di salute;
- come strumento di supporto terapeutico e riabilitativo.

Quale attività scientifica collocata nell'ambito di un sistema sanitario fondato sulla « difesa della salute » e quindi sulla prevenzione, l'E.S. richiede una articolata e precisa organizzazione che investa non solo l'ambito del sistema sanitario, ma anche quello della scuola e quello dei sistemi di comunicazione sociale.

Da quanto precede derivano appunto le linee per il metodo di lavoro da adottare per l'E.S. che richiede agli operatori socio-sanitari e scolastici di lavorare insieme alla popolazione dalla raccolta delle informazioni alla valutazione dei risultati, attraverso le varie fasi (conoscitiva, di programmazione, operativa e valutativa) del processo educativo, realizzando un continuo rapporto di scambio tra popolazione e tecnici.

L'E.S. è lo strumento per attuare quella partecipazione specifica che è prevista dall'art. 13 della legge n. 833 e che include « tutte le fasi della programmazione », « la gestione sociale », « il controllo della funzionalità » dei servizi sanitari.

5.1. – *Iniziative nazionali.*

Dal punto di vista storico e documentativo, è possibile affermare che l'E.S. è entrata istituzionalmente in Italia con il D.P.R. 11 febbraio 1961, n. 249, in cui si prevede l'istituzione di centri per le malattie sociali ai quali è affidato il compito di curare l'educazione sanitaria (art. 6, lett. g). Questa legge, che succedeva di tre anni alla costituzione del Ministero della Sanità, istituzionalizzava appunto il lavoro svolto in questo settore da organizzazioni, nazionali e non, da lungo tempo. Tra i « pionieri » troviamo la Federazione Italiana contro la tubercolosi e le malattie polmonari sociali, l'Istituto Italiano di Medicina Sociale, la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori ed il Comitato Italiano per l'Educazione Sanitaria (CIES), fondato nel 1953 e membro dell'Union International d'Education pour la Santé, che rappresenta l'organizzazione internazionale di indirizzo e riferimento per il settore E.S. a livello degli organismi non governativi.

È dagli sforzi congiunti di queste strutture a cui se ne venivano mano a mano affiancando molte altre (Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria di Perugia, Centro lombardo per l'educazione sanitaria del popolo, Unione Nazionale dei Medici collaboratori della Stampa d'informazione italiana, Centro di cinematografia sociale di Trieste, Associazione Pro Loco di Casalecchio del Reno, Centro italiano per la propaganda dell'educazione sanitaria e per il progresso degli Studi di Diritto Sanitario STUDES, Centro di Educazione Sanitaria della Regione Molise, Centro sperimentale per l'educazione sanitaria di Torre Annunziata, Centro Studi per l'Educazione Sessuale di Venezia-Mestre, Comitato Regionale del Lazio per l'Educazione Sanitaria, Centro Sperimentale sardo per l'Educazione Sanitaria, Associazione Italiana per l'Educazione Sanitaria), peraltro non tutte sopravvissute dato il non favorevole contesto in cui si

sono trovate ad operare, che si è arrivati in Italia all'inizio di attività organizzate di E.S.

Dopo la Mostra Internazionale della Sanità a Roma nel 1960, nel 1966 sempre a Roma si svolgeva la prima Conferenza Italiana di Educazione Sanitaria, organizzata dal CIES. Nel 1975 a Firenze, organizzata dal CIES e dall'Istituto Italiano di Medicina Sociale, si è tenuta la seconda Conferenza Italiana di Educazione Sanitaria sul tema: « Educazione Sanitaria e Politica per la Salute ». Nel 1979 a Roma, organizzata dal CIES e dall'Istituto Italiano di Medicina Sociale, si è svolta la terza Conferenza Italiana di Educazione Sanitaria sul tema: « Educazione Sanitaria e Promozione della Salute ». Nel 1983, a Torino, organizzata dal CIES e dalla Regione Piemonte, si è svolta la quarta Conferenza Italiana di Educazione Sanitaria sul tema: « L'Educazione Sanitaria e l'Assistenza Sanitaria di Base ».

Nel contesto dei più significativi momenti di dibattito e di elaborazione delle problematiche dell'E.S. nell'ambito del S.S.N., vanno ancora segnalati:

– il Convegno sul tema: « L'Educazione Sanitaria nel Servizio Sanitario Nazionale », organizzato a Perugia nel 1970 (27-28 giugno) dall'Istituto di Igiene, con gli auspici del Ministero della Sanità e dell'O.M.S.;

– il Convegno che si è svolto a Perugia nel 1981, organizzato dalla Regione dell'Umbria e dal Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia, sul tema: « Organizzazione dell'Educazione Sanitaria nel Servizio Sanitario Nazionale »;

– la Conferenza Internazionale sul tema: « Tabacco e Giovani » svoltasi a Venezia nel 1981 grazie all'organizzazione della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e dell'Assessorato alla Sanità della Regione Veneto, in collaborazione con l'O.M.S., l'UIES ed altre prestigiose organizzazioni internazionali;

– il Convegno che si è svolto a Milano nel 1981 sul tema: « Bambini ed Educazione Sanitaria » organizzato dall'Istituto « Mario Negri »;

– il Convegno Nazionale svoltosi a Roma nel 1982 ed organizzato congiuntamente dai Ministeri della P.I. e della Sanità sul tema: « Il ruolo della scuola per l'E.S. »;

– il Convegno Nazionale annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, tenutosi nel 1983 sul tema: « Il metodo epidemiologico nella ricerca e negli interventi di E.S. », che per lo sviluppo della ricerca nel settore ha aperto un colloquio fra chi si occupa di E.S. e chi si occupa di ricerca epidemiologica.

Al di là delle coordinate generali tracciate negli incontri nazionali e che indicano le linee di riferimento e l'orientamento della tendenza generale, vi è in Italia, dopo la legge n. 833, tutto un pullulare di iniziative che vedono impegnati settori della Pubblica Amministrazione, organizzazioni specifiche, istituti di varia rilevanza e centri privati. Tutto ciò, come avviene in ogni processo reale, viene realizzato talora collocandosi, transitoriamente, al di fuori delle corrette linee di impostazione indicate dallo spirito della riforma e questo va valutato come il portato, non sempre giustificatamente necessario, del periodo di transizione che di fatto vive la Riforma Sanitaria e con essa l'E.S.

5.2. – Attività della Pubblica Amministrazione e dei centri privati.

Non esiste al momento una fonte documentativa unica cui attingere informazioni complessive sulle iniziative di E.S. che si svolgono in tutto il Paese. Le notizie che seguono non possono quindi riflettere tutto l'ambito delle iniziative svoltesi a livello nazionale e tendono a fornire indicazioni orientative, essendo state estrapolate da comunicazioni a congressi, Bollettini dell'Ufficio Studi e Programmazione del M.P.I. e da vario materiale.

A livello universitario e di strutture nazionali:

– Il Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria dell'Università di Perugia svolge nel campo dell'E.S.:

a) attività di formazione con corsi di sensibilizzazione, corsi monografici e corsi di formazione organizzati in collaborazione con la Regione Umbria dal 1979 annualmente;

b) attività editoriale e di produzione: « Educazione Sanitaria e Medicina Preventiva »; « La Salute Umana »; quaderni monografici collegati alle due riviste; materiali didattici (filmini, giochi, pannografie, ecc.) e « kit » multimedia per temi specifici; libri e manuali per insegnanti ed operatori sanitari;

c) attività di ricerca per la didattica, per la definizione delle esigenze educative dei problemi della salute e per la sperimentazione di materiali didattici;

d) rapporti nazionali: tramite convenzione con le U.S.L.; tramite convenzione con la Regione Umbria (Servizio per la Documentazione e la Produzione di sussidi per l'E.S.), è membro del CIES e collabora con la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori;

e) rapporti internazionali: con l'O.M.S., l'U.I.E.S., Ministero degli Esteri.

- L'Istituto Italiano di Medicina Sociale nel settore E.S. organizza ogni anno una mostra antologica delle ricerche di gruppo svolte dagli alunni delle scuole elementari e medie inferiori per partecipare ai concorsi nazionali che l'Istituto bandisce ogni anno dal 1974 su temi di igiene e medicina preventiva (per l'83-84 il tema è stato: « L'attività sportiva per la promozione della salute »); inoltre nell'anno scolastico 1982-83 è stato realizzato per gli alunni delle scuole elementari e medie della Sardegna un concorso regionale per una ricerca operativa sull'echinococcosi che sarà ripetuto anche per l'83-84. Cura la diffusione e la stampa di volumi di E.S. per gli insegnanti delle scuole medie superiori ed inferiori e tratta con pertinenza della E.S. nella rivista « *Difesa sociale* », suo organo ufficiale. Inoltre l'Istituto ha curato una indagine « sulla salute riproduttiva della donna lavorativa » che ha costituito un momento educativo di particolare ampiezza.

- La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, in collaborazione con il Ministero della Sanità, della Pubblica Istruzione, con le U.S.L., con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e con il C.O.N.I., ha organizzato una campagna nazionale di E.S. contro il fumo che si è concretizzata tra l'altro con la distribuzione di un contenitore con materiali didattici e sussidi in tutte le scuole medie italiane e con indagini campione per rilevare abitudini, conoscenze ed atteggiamenti dei giovani verso il fumo; ha bandito nelle scuole medie un concorso nazionale sul tema: « Suggestimenti di E.S. contro il fumo » ed ha indetto un congresso sul tema: « Il fumo ed i giovani »; ancora, la Lega ha svolto una campagna dal taglio informativo sulla diagnosi precoce dei tumori del seno, inviando materiali per programmare interventi di E.S. alle Sezioni della Lega e alle U.S.L., nei consultori familiari, nei consigli di quartiere, nelle ditte, nelle fabbriche e nei distretti scolastici, predisponendo corsi di aggiornamento per operatori sanitari.

- La Croce Rossa Italiana prevede nel programma dei corsi di studio per la preparazione delle infermiere volontarie che alcune lezioni debbano avere come argomento l'E.S. e la sua metodologia.

- L'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro - Genova - ha svolto in collaborazione con le U.S.L. genovesi e la Lega Tumori un vasto piano di prevenzione dei tumori rivolto alla popolazione in generale ed agli alunni delle scuole in particolare, organizzando inoltre corsi di aggiornamento per il personale sanitario della scuola.

- L'Istituto Nazionale della Nutrizione ha condotto una campagna per il rilancio dell'alimentazione mediterranea, tramite televisione, radio e periodici. Si è anche impegnato nella pubblicazione di opuscoli infor-

mativi riguardanti i problemi dell'alimentazione nei bambini e la corretta conoscenza degli alimenti alternativi.

– L'Istituto « Mario Negri » di Milano ha svolto una notevole mole di lavoro nel periodo 1979–1982 sull'E.S. in età pediatrica, organizzando poi nel 1981 a Milano il Convegno: « Bambini ed Educazione Sanitaria ».

– L'Istituto di Puericultura dell'Università di Milano ha elaborato un progetto pilota per un programma di informazione ed E.S. avente per argomento la prevenzione degli incidenti in età pediatrica, che ha interessato circa 300 alunni in Lombardia.

– La Cattedra di Fisiologia ed Igiene del Lavoro Industriale dell'Università di Roma « La Sapienza » ed il Laboratorio di Igiene degli Ambienti Confinati dell'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del sottoprogetto finalizzato C.N.R. « Prevenzione della patologia da ambiente di lavoro » hanno condotto un'indagine sulle attività di educazione alla salute in ambiente di lavoro svolte in Italia, arrivando alla produzione di un catalogo critico dei sussidi didattici prodotti ed utilizzati in Italia nel periodo 1968–1983.

– Il Centro Studi « Vittorio Pespani » dell'Associazione Nazionale Medici Condotti ha elaborato un progetto obiettivo di E.S.: « Fumo o salute » ed ha condotto un'esperienza pilota in questo ambito a Campagna Emilia, in collaborazione con la U.S.L. di Correggio. I dati elaborati sono stati inviati alla V Conferenza Mondiale su: « Fumo di tabacco e la salute » tenutasi a Winnipeg, in Canada, nel 1983.

– La Federazione Italiana contro la TBC e le Malattie Polmonari Sociali, congiuntamente al Ministero della Sanità, organizza ogni anno una campagna nazionale indirizzata a particolari settori della patologia polmonare di preminente interesse sociale. Tra le varie campagne merita un rilievo particolare quella del 1980 che si è saldata con le attività dell'anno della lotta contro il fumo, svolte dall'O.M.S.

– La Sezione regionale del Veneto dell'Associazione Italiana per l'Educazione Sanitaria, il cui notiziario si trova sulla rivista « *La Salute Umana* », stampata dallo CSES di Perugia, ha bandito nel 1982 un concorso dal titolo: « Ho un anziano per amico ».

– L'Associazione per l'Assistenza Integrativa ai Lavoratori della SIP (ASSILS) ha organizzato a Rimini nel 1983 in collaborazione con lo CSES di Perugia una campagna odontoiatrica con obiettivi di prevenzione e con implicita rilevanza nel campo dell'E.S.

– La Cooperativa Libreria Editrice per le Scienze Agrarie, Alimentari e Veterinarie (CLESAV) svolge attività di educazione alla salute nel

settore agro-alimentare e veterinario. Pubblica i Quaderni di Centro Informazione Alimentare e organizza su commissione corsi di Informazione alimentare.

- La Lega delle Cooperative, nell'ambito delle attività volte alla tutela dei consumatori, svolge, attraverso le Associazioni regionali Cooperative di Consumatori, interventi di educazione alimentare con tutte le istituzioni sensibili a questo problema. Tra le attività, vanno segnalate le « Giornate dei Giovani Consumatori » che privilegiano la partecipazione attiva dei giovani consumatori, e quali attività permanenti, il « Laboratorio del Giovane Consumatore » e le « Biblioteche del Consumatore » aperte in alcune sedi COOP.

- Il Comitato Difesa Consumatori, la cui attività è appoggiata dal Servizio Ambiente e Consumatori della Commissione delle Comunità Europee, opera anche nel settore della « Protezione della salute e della Sicurezza del Consumatore ».

- L'Associazione Pubblicità Progresso, cui fanno capo tutte le associazioni pubblicitarie italiane, promuove fin dal 1971 campagne di sensibilizzazione dell'opinione pubblica che investono spesso esplicitamente il campo dell'E.S.

A livello di base:

- A Torino, nel quartiere centro, si sono svolte esperienze di aggiornamento permanente in E.S. per operatori di base.

- A Bologna il Consultorio Familiare « Barca » ha svolto un intervento di E.S. per gruppi di caseggiato prevalentemente su problematiche di tipo consultoriale.

- A Genova l'Ufficio Tutela del Consumatore del Comune ha organizzato corsi sull'alimentazione rivolti ai giovani della scuola con la collaborazione di vari esperti, fra cui quelli della Lega Tumori, ed ha prodotto depliant di informazione alimentare; inoltre l'Ufficio ha organizzato un Convegno sul tema: « Alimentazione: difesa della salute e diverso modello di consumo » tenutosi a Genova nel 1984.

- L'U.S.L. n. 13 (Area Livornese) ha attuato un progetto di E.S. sul corretto uso dei farmaci.

- L'U.S.L. n. 8 del Friuli ha predisposto un piano di intervento educativo per la prevenzione della patologia alcool-correlata.

- L'U.S.L. n. 77 di Pavia ha organizzato un corso di aggiornamento per le ostetriche come momento di E.S.; la stessa struttura ha svolto all'interno di un progetto di educazione alimentare per l'età evolutiva una verifica e valutazione degli strumenti didattici usati in tali esperienze.

– L'U.S.L. RM 15 ha realizzato un intervento di E.S. in collaborazione con le strutture scolastiche svoltosi attorno a temi di educazione alimentare per gli alunni delle scuole medie di un distretto socio-sanitario.

– L'U.S.L. n. 35 di Ravenna, in collegamento con il locale Centro di E.S., ha svolto un intervento per la prevenzione degli infortuni in età infantile, snodatosi nell'arco del periodo 1981-83.

– A Milano il Comune, l'Università Statale ed il Provveditorato agli Studi hanno elaborato un progetto sperimentale per la formazione in itinere dei docenti di alcuni consigli di interclasse per la scuola elementare e di alcuni consigli di classe per la scuola secondaria sulla prevenzione degli incidenti in età scolare.

5.3. – *Centri pubblici e strutture private che si dedicano alla produzione di materiali didattici e di sussidi audiovisivi.*

La necessità di legare strettamente i materiali audiovisivi, da impiegare ai programmi specifici del S.S.N. e della Scuola, ha stimolato U.S.L. e Regioni a prevedere una propria produzione di materiali:

– in alcune regioni, quali le Marche e l'Emilia-Romagna, si prevede che i servizi o centri per l'E.S. delle U.S.L. si facciano carico di reperire e/o produrre propri sussidi e strumenti, con qualche progetto produttivo coordinato a livello regionale;

– in altre regioni, tra cui il Piemonte, la Toscana e l'Umbria, si è optato nel prevedere anche un livello centrale di produzione e documentazione, prevedendo a tal fine:

il Piemonte la creazione del « Centro regionale per l'educazione alla salute »;

la Toscana l'adozione di soluzioni non rigidamente centralizzate e che prevedono la costituzione di gruppi di lavoro a termine per la produzione di materiale, mentre per l'acquisto la decisione è presa in forma congiunta da rappresentanti del mondo della scuola e dei settori del Dipartimento;

l'Umbria la costituzione di un « Servizio di Documentazione e produzione di sussidi didattici per i programmi di E.S. », in collaborazione con il CSES dell'Università di Perugia, aperto alla partecipazione di tutte le Regioni.

Nel settore va poi segnalata l'attività del Dipartimento radiotelevisivo delle trasmissioni scolastiche ed educative per adulti (DSE) che è stato istituito con la legge di riforma della RAI n. 103 del 4 aprile 1975 « al fine di valorizzare le attività scolastiche ed educative del mezzo tele-

visivo ». Il DSE trasmette ogni giorno, sulle tre reti televisive e radiofoniche, prodotti di quattro strutture di programmazione. Di tale produzione la RAI rende disponibile una selezione dei migliori programmi realizzati su videocassette. Al di là di questi servizi, esiste tutta una serie di strutture, pubbliche e private, che producono materiale e di cui peraltro non è sempre possibile valutare l'idoneità positivamente rispetto alle esigenze dell'E.S.

Le strutture private che svolgono attività nel settore e di cui si fornisce l'elenco a semplice scopo documentativo sono:

- Studio EssePi: « Diapositive per l'insegnamento », Roma;
- Programmidea, Torino;
- Cipielle Studio audiovisivo, Vicenza;
- IGEA Audiovisivi, Casa Editrice, Pisa;
- Editrice La Scuola, Brescia;
- Società Editrice Internazionale, Torino;
- Q.U.E.R.C.I.A. Sussidi audiovisivi per la scuola, Roma;
- Alessandro Albanese Editore, Roma;
- G.B. Paravia & C. editori, Torino;
- I.C.A. di Giuliano Pozzi, Milano.

5.4. - Iniziative editoriali.

In questo ambito esistono, accanto alle riviste specializzate, tutta una serie di periodici e giornali destinati al pubblico in cui l'informazione riguardante l'E.S. è in genere scarsa, precettistica e soprattutto viene fornita in risposta a fatti ed eventi specifici eclatanti, mentre non si assiste quasi mai ad iniziative originali e di spontanea iniziativa delle testate. Oltre a ciò, va detto che un'analisi settoriale di come viene impostata l'E.S. nei periodici e nei giornali risulta complessivamente poco valida, in quanto non prende in considerazione l'impostazione di tutto il giornale che pure rinforza o invalida il messaggio contenuto nei singoli articoli. Così capita di trovare, su un periodico infarcito di pubblicità sui più disparati beni di consumo, l'articolo fatto bene: ma oltre al fatto che si tratta di eventi rari l'impressione che resta su chi legge viene condizionata negativamente.

Per quanto riguarda la stampa specializzata, segnaliamo le seguenti riviste legate ad organismi specializzati e pubblici:

- « Hygie ». Rivista trimestrale trilingue (inglese, francese, spagnolo), organo ufficiale della Unione Internazionale per l'Educazione Sanitaria, costituisce l'osservatorio internazionale sulla collocazione dell'E.S. nelle varie politiche sanitarie;

– « *Education pour la Santé* ». Rivista che verrà pubblicata dal gennaio 1984 a cura dell'O.M.S., Divisione Informazione del Pubblico ed Educazione Sanitaria in collaborazione con il « John Sparkman Centre for International Public Health Education », esce in francese ed inglese;

– « *La Santé de l'homme* ». Rivista pubblicata dal Comitato francese per l'Educazione Sanitaria, esce ogni due mesi in lingua francese e tratta in maniera divulgativa argomenti di esplicito interesse per l'E.S.;

– « *Educazione Sanitaria e Medicina Preventiva* ». Rivista trimestrale, organo ufficiale del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria della Università degli Studi di Perugia (fondata come educazione sanitaria nel 1956), costituisce la rivista che in Italia si occupa con maggiore proprietà e competenza dell'E.S.; pubblica ricerche, elaborazioni teoriche, dibattiti, schede bibliografiche e notizie (Ed. Il Pensiero Scientifico, Roma);

– « *La Salute Umana* ». Rivista bimestrale divulgativa di educazione sanitaria (fondata nel 1975), edita dal Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia in collaborazione con la rivista « *Santé de l'homme* » del Comitato francese per l'Educazione Sanitaria e con le pubblicazioni e documentazioni dell'O.M.S. Vi appare anche il notiziario dell'Associazione Italiana per l'Educazione Sanitaria e per una convenzione con il Ministero della Pubblica Istruzione viene diffusa in tutte le scuole medie italiane;

– « *Educazione alla salute* ». Rivista che uscirà nel 1984 a cura dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, riflette e analizza le esperienze di ogni U.S.L. regionale e nazionale nel settore.

Oltre a queste riviste, che possono essere definite come « specializzate », esistono altre iniziative editoriali che pur non occupandosi esclusivamente di E.S., dato il diverso ambito di attività in cui operano le strutture di cui sono espressione, ne trattano con pertinenza. Tra queste vanno menzionate:

– « *Difesa sociale* », organo ufficiale dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale;

– « *Salute e territorio* », rivista bimestrale di politica sanitaria edita sotto il patrocinio della Giunta regionale Toscana;

– « *Quaderni di contro informazione alimentare* », editi dal CLESAV di Milano;

– « *Prospettive sociali e sanitarie* », quindicinale edito dal Centro per l'Informazione Sanitaria di Milano;

– « *Salute 2000* », edito dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

5.5. – *Analisi delle iniziative di educazione sanitaria nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.*

5.5.1. – *Documentazione sulle fonti normative.*

Si è già fatto riferimento alle leggi che hanno preceduto la n. 833, considerandole come i « prodromi » di questa.

Rendiamo qui conto di quelle tra esse che prevedono attività di E.S.:

– Legge n. 685 del 22 dicembre 1975 su: « Disciplinare degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza », con riferimento agli artt. 1, 7, 8, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92. Nello stesso settore va ricordato il D.M. 5 luglio 1978, che stabilisce la necessità di dare notizie sugli interventi di E.S. nelle comunità e sulle iniziative di orientamento e aggiornamento del personale;

– Legge n. 405 del 29 luglio 1975 su: « Istituzione dei consultori familiari »;

– D.M. 10 dicembre 1976 sulla Tubercolosi che stabilisce il rimborso per le spese sostenute per la propaganda e l'E.S.;

– Legge n. 194 del 22 maggio 1978 su: « Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza ».

Per quanto concerne la legge del 23 dicembre 1978, n. 833, sulla « Istituzione del servizio sanitario nazionale » si riportano gli articoli che riguardano l'E.S. e delineano il quadro partecipativo e programmatico in cui va inserita:

– art. 1: il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) è costituito dal complesso: delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione; l'attuazione di un S.S.N. che preveda [la partecipazione è compito dello Stato, delle Regioni e degli Enti Locali Territoriali; coordinamento e collegamento con istituzioni che incidono sullo stato di salute della popolazione;

– art. 2 (Obiettivi): adeguata E.S. del cittadino e della comunità per la formazione di una moderna coscienza sanitaria; prevenzione di malattie ed infortuni; protezione e salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale, di vita e di lavoro; la formazione del personale e l'aggiornamento scientifico (con particolare riferimento ai punti b, c, g);

– art. 2 (2° capoverso): coordinamento dell'intervento sanitario delle Regioni attraverso i Piani Sanitari Regionali, con interventi nei vari ambiti sociali (3° capoverso b) e con la determinazione (4° capoverso), negli

ambiti territoriali delle U.S.L., dei distretti scolastici e delle altre unità di servizio;

– art. 13: i Comuni assicurano la più ampia partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali esistenti sul territorio, dei rappresentanti degli interessi originari definiti ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e dei cittadini, a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle Unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonché al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del S.S.N. ed agli obiettivi dei piani sanitari triennali delle regioni. Disciplinano inoltre, anche ai fini dei compiti di educazione sanitaria propri dell'Unità sanitaria locale, la partecipazione degli utenti direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi;

– art. 14: l'E.S. come prima competenza della U.S.L.;

– art. 15: partecipazione dei Consigli Circostrizionali all'attività delle U.S.L.;

– art. 20: le attività di prevenzione;

– art. 24: igiene e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro; aggiornamento della normativa ai progressi tecnologici ed alle conoscenze derivanti dalla esperienza diretta di lavoro; corsi di formazione antiinfortunistica e prevenzionale;

– art. 27 (Strumenti informativi): il libretto sanitario personale ed i registri dei dati ambientali e statistici;

– art. 31 (3° e 4° capoverso): pubblicità ed informazione scientifica sui farmaci finalizzata anche ad iniziative di E.S.;

– art. 33 (4° capoverso): l'U.S.L. opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione ed educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità;

– art. 48 (punti 12 e 13): partecipazione dei medici ai programmi di prevenzione e di E.S. attraverso la compilazione dei libretti sanitari personali di rischio;

– art. 53: definizione da parte del Governo del Piano Sanitario Nazionale (PSN);

– art. 55: definizione da parte delle Regioni dei Piani Sanitari Regionali (PSR);

– art. 59: riordinamento del Ministero della Sanità, che dovrebbe predisporre un organo centrale per le funzioni di coordinamento ed indirizzo.

Per quanto riguarda la normativa esistente nel campo dell'istruzione, l'esame dei programmi didattici di competenza del Ministero della Pub-

blica Istruzione mette in evidenza come il processo di adeguamento, se ha compiuto significativi passi in avanti in alcuni settori, risulti non avviato in altri di notevole importanza.

Gli « orientamenti dell'attività educativa nelle scuole materne statali » (D.P.R. 10 settembre 1969, n. 647) presentano la voce specifica E.S., a cui è intitolato un intero paragrafo, e che viene presentata in una accezione che lascia ampi spazi per l'attività degli operatori.

Nei nuovi programmi per la scuola elementare, a proposito dell'insegnamento di scienze, nel paragrafo « Obiettivi, contenuti ed attività » è scritto che « è indispensabile che gli alunni svolgano indagini dirette ad acquisire conoscenze di base relative a ... il mantenimento e la difesa della salute ... ». Inoltre, al termine del paragrafo « Organismi, piante, animali, uomo » si legge: « la raccolta dei dati sulle abitudini alimentari, il confronto dei dati sulle diete con i fabbisogni in fattori nutrienti per le varie età, la caratterizzazione dei cibi in base ai principi nutritivi che contengono, ecc., saranno alla base di indicazioni di *educazione alla salute* che comprenderanno anche norme igieniche, identificazione di fattori nocivi, ecc. ». Sempre nello stesso capitolo, nel paragrafo « Uomo-natura » si legge: « le attività prevederanno ... osservazioni e raccolta di dati sugli effetti degli insediamenti umani e delle attività industriali sull'ambiente naturale; individuazione di fenomeni nocivi e pericoli presenti nell'ambiente umano e indicazione di esempi di prevenzione ». Tutte queste indicazioni assumono una rilevanza ancora più grande se le si rapporta a quanto è scritto nella premessa al documento: « la scuola non esaurisce tutte le funzioni educative e deve istituire un rapporto di reciprocità e di interdipendenza formativa con la famiglia, gli Enti Locali e le altre formazioni sociali attraverso la partecipazione democratica prevista dalle norme sugli organi collegiali e nel quadro di un più ampio sistema formativo ».

Per la Scuola Media Statale un primo intervento legislativo per l'inserimento dell'E.S. nei programmi si è avuto con la legge n. 348 del 16 giugno 1977 « Modifiche ad alcune norme della legge istitutiva della scuola media statale. Istruzioni per l'applicazione » in cui al capo 2° « Orari e programmi degli insegnamenti » (artt. 2 e 4) nella voce riguardante le scienze matematiche, fisiche, chimiche e naturali, si legge: « Inoltre l'insegnamento delle scienze naturali dovrà essere finalizzato anche all'E.S. ». Successivamente, il D.M. del 9 febbraio 1979 concernente i « Programmi orari di insegnamento e prove di esame per la scuola media statale » precisa (IV parte: Le discipline come educazione. Metodologie dell'apprendimento... 2 - Le articolazioni di una educazione unitaria; ... c) Educazione matematica, scientifica e sanitaria): « In questo ambito didattico si inserisce per la prima volta l'E.S.: essa si propone come obiettivo primario

la consapevolezza dei fattori personali e comunitari che condizionano la sanità fisico-psichica e ambientale nonché dei modi idonei per tutelarla e promuoverla ».

Più avanti a proposito dei « rapporti tra le varie discipline » si afferma: « È nell'ambito di questa collaborazione (tra i docenti di scienze matematiche, chimiche, fisiche e naturali con quelli di tutte le altre discipline) che troverà un posto importante l'impegno di tutti i docenti nel programmare una serie di attività concernenti l'E.S. ».

Contrasta con quanto appena esposto l'obsolescenza del D.P.R. n. 585 del 13 giugno 1958 che in riferimento ai programmi di insegnamento degli Istituti Magistrali (ma anche nella scuola secondaria e artistica) comprende l'educazione igienico-sanitaria nel quadro dei programmi per l'insegnamento dell'educazione civica, configurando così una netta divaricazione tra la formazione di chi insegna e le richieste educative a lui poste dalla normativa di più recente definizione. In questa valutazione negativa va inserita anche la rilevazione del fatto che l'insegnamento di Magistero prevede come fondamentale la disciplina di Igiene (al cui interno poi la E.S. viene trattata in base all'importanza accordatale soggettivamente dal docente) soltanto per l'indirizzo di Vigilanza Sanitaria, mentre per la laurea negli altri indirizzi l'esame di Igiene è ritenuto facoltativo. Ma anche per tutte le altre Facoltà dalle quali provengono i docenti delle varie discipline si può fare lo stesso appunto; persino per gli Istituti Superiori di Educazione Fisica, nei quali i numerosi contenuti riguardanti la salute non sono orientati all'educazione sanitaria.

Nell'ambito dei programmi didattici per il personale sanitario va fatta una distinzione tra quelli per il personale non laureato, le cui scuole dipendono in gran parte dal S.S.N., e il personale laureato che si forma all'Università.

Le incombenze di E.S. riguardanti l'esercizio professionale delle ostetriche sono stabilite nel D.P.R. n. 163 del 7 marzo 1975 che aggiorna il R.D. n. 1364 del 26 maggio 1940 e fissa come loro mansioni: « E.S. della famiglia e informazione sulla regolazione delle nascite » (art. 1); « combattere pregiudizi ed abitudini dannose, indurre le gestanti a seguire norme igieniche; dare consigli sull'alimentazione, ecc. » (artt. 5, 15, 16, 17, 18).

Per quanto riguarda gli infermieri professionali il D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225, assegna loro mansioni per « l'opera di E.S. del paziente e dei suoi familiari » (art. 2, n. 9). Il programma di insegnamento per le scuole infermieristiche seguite nei primi due anni anche dalle allieve ostetriche, approvato con D.P.R. n. 867 del 13 ottobre 1973, elenca tra le materie del 2° anno: « principi e metodologia dell'E.S. ».

Il programma di massima dei corsi di studio per il conseguimento del diploma di Stato di « Vigilatrice d'infanzia e di abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza all'infanzia », approvato con D.M. del 20 febbraio 1978, include l'E.S.

Il programma di insegnamento delle scuole per tecnici di radiologia medica, approvato con D.M. del 19 aprile 1968, comprende l'E.S. tra le materie di igiene e legislazione sanitaria.

Anche se non si tratta di una attività paramedica, va rilevato che nella Scuola Speciale di Servizio Sociale, dove si formano le assistenti sociali, è previsto l'insegnamento della E.S. all'interno della disciplina di Igiene.

Per quanto riguarda le professioni sanitarie principali (medici, veterinari, farmacisti) non esistono indicazioni al riguardo e questa circostanza è stata stigmatizzata nella mozione finale della IV Conferenza Italiana di E.S. che ha denunciato (nel punto n. 4) « i gravi ritardi con cui soprattutto l'Università sta affrontando i problemi della formazione ancora largamente inadeguata » e più in generale ha richiamato « l'attenzione degli organi di Governo sulla indispensabilità della modifica della formazione di base e continua delle professioni, incluse quelle impegnate nella scuola, coinvolte nella E.S. » (punto n. 5).

Solo la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva annessa alla Facoltà di Medicina e Chirurgia prevede quale materia di insegnamento l'E.S.

Il Fondo Sanitario Nazionale prevede un fondo a destinazione vincolata per l'E.S.; tale politica si è dimostrata molto efficace per stimolare le Regioni e le U.S.L. a fare programmi di E.S.

Il Consiglio Sanitario Nazionale ha approvato la ripartizione fra le Regioni del Fondo sanitario nazionale per il 1984 che ammonta complessivamente, come stabilito nella Legge finanziaria, a 34.000 miliardi.

Riportiamo nella *tabella* che segue le somme attribuite alle Regioni e la quota a destinazione vincolata, specificando quella relativa all'E.S. La restante parte, come è noto, riguarda la formazione, la ricerca sanitaria finalizzata ed i progetti obiettivo.

5.5.2. - Leggi regionali (1).

Le Regioni non di rado hanno cominciato a deliberare per l'E.S. prima della approvazione della legge sul S.S.N. Tale attività normativa è andata crescendo dopo la legge, anche se ve ne sono alcune per le quali non si registra nulla.

(1) Ricerca fatta per mezzo di terminale collegato al CDA della Camera dei Deputati su termine chiave « Educazione Sanitaria »; aggiornata al 14 luglio 1984.

Regioni a statuto ordinario.

Abruzzo:

– L.R. n. 52 del 24 novembre 1981: « Promozione della E.S. e sportiva e tutela sanitaria delle attività sportive ».

– L.R. n. 68 del 27 agosto 1982: « Modifica della L.R. 24 novembre 1981, n. 52, recante: promozione della E.S. e sportiva e tutela delle attività sportive ».

Basilicata:

– L.R. n. 7 del 24 gennaio 1977: « Educazione sanitaria nei confronti delle madri per le tecniche di alimentazione e di allevamento dei bambini e per l'allattamento ».

Calabria.

Campania.

Emilia-Romagna:

– L.R. n. 32 del 5 maggio 1980: « Promozione dell'E.S. motoria e sportiva e tutela sanitaria delle attività sportive ».

Lazio:

– L.R. n. 46 dell'11 settembre 1976 (Tossicodipendenze: art. 10 « ... anche i consorzi regionali per i servizi sanitari devono per delega della Regione svolgere attività di E.S. »).

Liguria:

– L.R. n. 27 del 30 maggio 1978 (assegna al settore igiene e profilassi lo studio, la ricerca e l'elaborazione di programmi regionali in materia di E.S.).

Lombardia:

– L.R. n. 37 del 5 dicembre 1972: « Istituzione e regolamentazione dei comitati sanitari di zona, finanziamento delle iniziative di medicina preventiva sociale e di E.S. ».

– L.R. n. 44 del 6 settembre 1976: « Educazione dei singoli, della coppia, della comunità, per la formazione di una coscienza sociale e sanitaria ».

– L.R. n. 66 del 30 novembre 1981: « Norme per la promozione dell'E.S. motoria e sportiva e per la tutela sanitaria delle attività sportive ».

Marche.

Molise:

– L.R. n. 16 del 30 gennaio 1975: « Istituzione di un fondo per l'assegnazione di compiti di educazione igienico-sanitaria e demografica ».

Piemonte:

- L.R. n. 38 dell'8 agosto 1977 (stabilisce il ruolo specifico dei Comitati di Partecipazione in materia di E.S.).

Puglia.

Toscana:

- L.R. n. 77 del 29 dicembre 1975 (prevede collaborazione con l'O.M.S., tramite il Ministero della Sanità, per quanto riguarda programmi di educazione e propaganda igienico-sanitaria).

Delibere:

- n. 422 del 14 luglio 1982: « Interventi in materia di E.S. anno 1982 »;
- n. 906 del 28 dicembre 1983: « Interventi in materia di E.S. anno 1983 ».

Umbria:

- L.R. n. 57 del 14 novembre 1974 (fa posto nell'organizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali all'E.S.);
- L.R. n. 23 del 31 maggio 1977: « Norme per l'esercizio delle funzioni regionali in materia di formazione continua degli operatori socio-sanitari e di promozione sociale ed E.S. della popolazione »;
- L.R. n. 54 dell'1 settembre 1977: « Promozione sociale ed E.S. e sessuale »;
- Delibera n. 42 del 29 giugno 1983: « Note di indirizzo per le U.S.S.L. in materia di E.S. ».

Veneto:

- L.R. n. 25 del 3 agosto 1982: « Promozione dell'educazione e tutela sanitaria delle attività sportive ».

Regioni a statuto speciale.

Friuli-Venezia Giulia.

Sardegna.

Sicilia:

- L.R. n. 22 del 24 luglio 1978 (Preparazione, qualificazione e formazione del personale sanitario non medico).

Trentino-Alto Adige:

Bolzano:

- L.R. n. 2 del 15 gennaio 1977: « Interventi nel settore socio-sanitario ».

– L.R. n. 28 del 30 luglio 1977: « Norme per la formazione, specializzazione, riqualificazione ed aggiornamento del personale dei servizi sanitari ».

– L.R. n. 45 dell'11 novembre 1978 (E.S. della donna come attività dei Consultori).

Trento:

– L.R. n. 29 del 29 agosto 1983: « Disciplina dell'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica e norme concernenti il servizio farmaceutico ».

– L.R. n. 56 del 23 novembre 1978: « Unificazione dei presidi sanitari di base ».

Valle d'Aosta:

– L.R. n. 65 dell'11 novembre 1977: « E.S. per la tutela della prima infanzia e della età evolutiva ».

– L.R. n. 19 del 13 maggio 1980: « Norme per la promozione dell'educazione sanitaria motoria e sportiva e per la tutela della salute nelle attività sportive ».

5.5.3. – Piano Sanitario Nazionale e Piani Sanitari Regionali.

Il processo di programmazione che, in ottemperanza a quanto previsto dalla legge n. 833, deve vedere attivi gli organi centrali dello Stato, non si è avviato, provocando così quella lacuna normativa che solo la attività legislativa di alcune Regioni è riuscita a colmare.

La proposta di P.S.N. ha però indicato, facendo anche riferimento all'art. 2 del legge n. 833, tre Progetti Obiettivo (P.O.) densi di implicazioni per l'E.S.:

- tutela della salute materno-infantile;
- tutela della salute nei luoghi di lavoro;
- tutela della salute degli anziani.

Nella piena maturità di quello che avrebbe dovuto essere il secondo triennio di programmazione, relativamente poche sono le Regioni che hanno approvato il P.S.R., e cioè al momento (settembre 1984): Marche, Piemonte, Provincia Autonoma di Bolzano, Valle d'Aosta e Veneto, (l'Emilia-Romagna ed il Friuli-Venezia Giulia non lo hanno rinnovato per il 2° triennio), mentre di imminente approvazione sembra essere il P.S.R. della Toscana e sono sottoposti all'approvazione delle Giunte

quelli di altre Regioni, tra cui l'Umbria. Da un esame dei P.S.R. approvati per il secondo triennio emerge:

– *l'estensione del compito dell'E.S. a tutti i servizi e le strutture è concepita nominalmente senza riserve;*

– *sulla realizzazione delle funzioni partecipative come momento di coinvolgimento nella programmazione e valutazione del servizio da parte della popolazione e per la effettiva realizzazione della assistenza sanitaria di base, si ha un ventaglio di posizioni che vanno dall'ampia accoglienza data a questo presupposto dalle Regioni Toscana e Valle d'Aosta alla non menzione da parte del Veneto;*

– *i rapporti con il mondo della scuola sono anch'essi concepiti in modo più o meno ampio, anche in relazione alla carenze della programmazione in sede nazionale;*

– *la formazione (di base e continua) degli operatori di base viene concepita unanimemente come necessaria;*

– *la formazione di personale specifico è prevista dalle Regioni: Marche, Piemonte, Toscana e Veneto per lo più nella figura del « referente per l'E.S. » che opera a livello di U.S.L.;*

– *la strutturazione della E.S. nel contesto generale del piano avviene: in legame privilegiato con l'Osservatorio epidemiologico regionale per la Valle d'Aosta; nel quadro più generale della formazione del personale per il Veneto; come attività nel quadro dell'assistenza sanitaria di base per Bolzano; come « politica qualificante » per il Piemonte; come prestazione da fornire nel quadro del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica per le Marche.*

Criteri precisi di valutazione, qualitativa e quantitativa delle attività, degli interventi, della razionalità delle soluzioni adottate, sono presenti solo nel P.S.R. del Piemonte.

Al di fuori dell'ambito dei P.S.R. già approvati, risultano vari i modelli già adottati dalle Regioni. Per esempio, in Umbria è previsto che tra i settori dipendenti dall'Ufficio di Direzione vi sia il settore formazione ed educazione sanitaria, diviso poi in tre sezioni specifiche, tra cui quella dove viene collocato un apposito gruppo di lavoro con gli operatori dei servizi sanitari e scolastici.

In Campania, invece, l'Ufficio Direzione guida il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, che a sua volta si occupa di E.S. Ancora la Toscana vede la presenza, a fianco dell'Ufficio di Direzione, del gruppo di lavoro per l'E.S.

5.5.4. – *Attività svolta dalle strutture istituzionali.*

5.5.4.1. – *A livello ministeriale.*

– Ministero della Sanità:

Si è interessato del problema promuovendo Convegni e Conferenze (tra cui di particolare rilevanza quello organizzato insieme al Ministero della Pubblica Istruzione nel 1982 sul tema: « Ruolo della scuola per l'E.S. »).

Il Centro Studi del Ministero ha avviato alcune ricerche sull'E.S., tra cui il « Censimento delle iniziative di E.S. in Emilia-Romagna », svolto dall'IRESS e non ancora pubblicato, in cui si fa un ampio resoconto di tutte le attività svolte nel settore dalla riforma in poi.

Nel quadro dell'art. 2 della legge n. 833 che assegna al S.S.N. il compito di assicurare scelte responsabili e consapevoli rispetto alla procreazione e alla tutela della maternità e dell'infanzia, è stato realizzato il programma « Azione Donna » che ha svolto, anche se parzialmente, opera di E.S. soprattutto per quanto riguarda una migliore utilizzazione dei servizi sociali (Consultori).

Nel contesto della riorganizzazione dell'Istituto Superiore di Sanità, l'E.S. è stata inserita nel Dipartimento di Epidemiologia.

– Ministero della Pubblica Istruzione:

Il Ministero della Pubblica Istruzione è da considerare quello che più tra i vari ministeri interessati si è sforzato di adeguare le sue strutture ai nuovi compiti. La spinta decisiva a muoversi sul terreno della educazione alla salute è sicuramente derivata dall'approvazione della legge n. 685 del 22 dicembre 1975 concernente: « La disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza » in cui al Titolo IX « Interventi informativi ed educativi » si stabiliscono i compiti dei Provveditorati, degli insegnanti, dei consigli di istituto e del Ministero della Difesa nei confronti dell'attività di E.S. e sui danni derivanti ai giovani dall'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, stabilendo altresì nel Titolo X « Centri medici e di assistenza sociale » le strutture cui affidare (fino all'attuazione del S.S.N.) il compito di proporre interventi e compiere le opportune indagini conoscitive ed ispezioni, con riferimento in particolare ai Comitati Regionali per la Prevenzione delle Tossicodipendenze.

Questa legge ha così dato il via ad una serie di rinnovamenti che sono sfociati tanto nel processo di adeguamento dei programmi didattici di competenza del Ministero della Pubblica Istruzione, quanto nella integrazione e nell'arricchimento delle strutture centrali dello stesso in modo

da portare ad una sempre più frequente attivazione dei suoi organi periferici di rappresentanza.

Al centro di questo percorso si colloca l'Ufficio Studi del M.P.I. Nel 1973, per volontà dell'allora Ministro Scalfaro, viene costituito il Servizio Antidroga che istituisce presso alcune Prefetture i Comitati misti per la profilassi sociale nella scuola. Queste strutture costituiranno la falsariga su cui poi, in base all'art. 85 della legge n. 685, si formeranno i Comitati Provinciali per la Prevenzione delle Tossicodipendenze ed è sempre in collegamento con questo servizio che si insedia il 9 aprile 1976 il Comitato Interministeriale per l'Educazione Sanitaria e la Profilassi. Il Servizio Antidroga organizza annualmente a partire dal 1976 dei Corsi Nazionali di aggiornamento per docenti sulla prevenzione dell'uso della droga, corsi che nel loro succedersi risentono dell'allargamento di orizzonti richiesto dalle necessità di evoluzione nel campo dell'insegnamento. Nel 1976 il 1° Corso è sul tema: « Giovani e droga ». Poi, dal 1977 al 1980, si svolgono quattro Corsi già ricalibrati sul tema: « Educare per prevenire ». È dal 1981 in poi (dopo che nel 1980 il Servizio Antidroga ha cambiato nome, lasciato posto al Servizio per l'educazione alla salute e per la prevenzione dalle tossicodipendenze) che accanto alla fondamentale direzione di lavoro che resta « Educare per prevenire » vengono trattati temi più specifici:

- nel 1981: « Programmi scolastici ed educazione alla salute »;
- nel 1982: « Giovani e scuola »;
- nel 1983: « Scuola e territorio per il superamento dello 'svantaggio' nella scuola dell'obbligo »;
- nel 1984: « Il valore della sessualità nel processo educativo ».

Questi corsi peraltro non rappresentano che alcuni dei mezzi di cui si avvale il Servizio; infatti questo si serve anche di Bollettini di informazione, di questionari (il primo nel 1973 per docenti della scuola superiore, il secondo nel 1978 per i direttori didattici e il terzo nel 1981 per i Presidi), di docenti comandati, di rappresentanti degli Organi periferici del M.P.I. in seno ai Comitati Regionali ed infine delle Circolari ministeriali.

Di queste menzioniamo:

- la Circolare n. 98 prot. n. 3092 del 26 marzo 1982 che ribadiva l'obiettivo « della convergenza operativa tra scuola e strutture socio-sanitarie nel territorio, nell'ambito della dimensione distrettuale »;
- la Circolare n. 254 prot. n. 6381 del 2 agosto 1982 dove si sottolineava che « la scuola dovrà intensificare il proprio impegno per una

educazione alla salute, contribuendovi attraverso l'attività didattico-educativa, dalla scuola materna sino alla stessa scuola secondaria superiore, nella quale dovranno essere colte tutte le opportunità per rinsaldare la consapevolezza dei fattori personali e comunitari che condizionano la sanità fisico-psichica ed ambientale nonché dei modi idonei per tutelarla e promuoverla». Inoltre al di là delle enunciazioni di principio, questa Circolare delineava alcuni criteri di indirizzo e di orientamento per lo svolgimento delle attività di educazione alla salute, nella prospettiva di una più feconda collaborazione tra la scuola e le strutture sanitarie nel territorio.

Il Servizio per l'educazione alla salute e per la prevenzione dalle tossicodipendenze dell'Ufficio Studi e programmazione del Ministero della P. I. esplica inoltre le seguenti attività:

a) stampa e diffusione di:

- 1) atti dei predetti corsi;
- 2) opuscolo « *Aggiornamenti sul problema della droga* »;
- 3) pubblicazione sull'educazione sanitaria;

b) promozione di intese per integrazione di attività con Enti Locali e U.S.L. (C.M. n. 8 del 7-1-1981);

c) iniziative volte a coinvolgere direttamente i giovani nella prevenzione educativa:

d) rapporti e intese con i Ministeri della Sanità, degli Esteri e dell'Interno, nonché partecipazione diretta a sessioni del Consiglio d'Europa;

e) attività dei Provveditorati agli studi finalizzate a rendere capillari gli interventi del Servizio centrale;

f) coordinamento a livello regionale delle attività dei Comitati provinciali (ex art. 85 L. 685/75) e dei docenti distaccati presso i Provveditorati agli studi; raccordo con le Amministrazioni regionali per quanto concerne l'educazione alla salute e la prevenzione delle tossicodipendenze.

Nel complesso tutta questa attività di stimolo, di indirizzo e di promozione ha portato ad una sensibile, anche se di fatto non ancora programmata, attivazione dei Provveditorati agli studi e degli operatori dei distretti scolastici, permettendo così di registrare varie forme di collaborazione con gli Enti Locali, le U.S.L., i Consultori familiari, rendendo più completi e coordinati gli interventi delle rispettive strutture e fornendo alla scuola sostegni da parte dei servizi di competenza delle Istituzioni locali per quanto riguarda i compiti di E.S.

- Ministero della Difesa:

In ottemperanza dell'art. 89 della legge n. 685 del 22 dicembre 1975, ha distribuito ai giovani di leva « un opuscolo di informazioni contro le

tentazioni della droga » ed in tutte le caserme e negli ambienti militari in genere sono stati affissi manifesti che mettono in guardia contro i « pericoli derivanti dall'uso della droga ed anche del tabacco e dell'alcool ». La Direzione Generale di Sanità militare ha curato la stampa e la diffusione fino a livello dei comandanti di compagnia di un libro, al fine di dare agli ufficiali medici « un'idea sulle caratteristiche del fenomeno descritto dai tossicomani medesimi ». Inoltre gli ufficiali medici in servizio permanente o di complemento sono istruiti sulla problematica della droga per mezzo di conferenze, films e corsi di aggiornamento pratico, al fine di metterli in grado di effettuare presso i reparti conferenze informative con l'ausilio di diapositive e filmini. Più recentemente, avendo rilevato l'insufficienza di tale azione, il Ministero ha disposto la istituzione di ambulatori di igiene mentale per il supporto psicologico dei giovani di leva.

– Ministero degli Interni:

Ha istituito all'interno della Direzione Generale dei Servizi Civili una Divisione per gli Affari Sociali che nel 1983, per esplicito interessamento del Ministro Rognoni, ha promosso un Convegno a Roma su problematiche inerenti l'informazione sanitaria.

– Ministero della Protezione Civile:

Ha fatto elaborare dalla Commissione tecnico-scientifica per lo Studio dei Problemi Sanitari concernenti la Protezione Civile una ipotesi di modalità di intervento nelle maxi-emergenze in cui si trova un apposito allegato intitolato: « Educazione Sanitaria » che però comprende solo proposte di informazione sanitaria.

– Ministero dei Lavori Pubblici:

Veri e propri programmi integrati di E.S. non sono stati fatti, e le informazioni che si trovano sui cartelloni stradali derivano più da iniziative personali che non da attività integrate.

– Ministero dell'Agricoltura e Foreste:

Si è fatto carico di elaborare dei programmi di educazione alimentare, presentati (24 opuscoli per le scuole su singoli gruppi di alimenti) in specifiche iniziative editoriali, anche in collaborazione con l'Istituto Nazionale della Nutrizione.

5.5.4.2. – A livello delle Regioni.

Le Regioni si sono impegnate nel lavoro di definizione dei ruoli loro spettanti, organizzando, intorno al 1981 ed in occasione del Convegno di Perugia sulla « Organizzazione dell'E.S. nel campo del S.S.N. », il Gruppo Interregionale per l'E.S. che ha funzionato come momento di elaborazione, proposta e verifica riguardo alle mansioni che nel campo della

programmazione potevano essere assolte da esse. Così nel 1981 a Perugia questo Gruppo presentò un documento tendente a definire i loro compiti per l'E.S. stabilendoli in:

- programmazione generale;
- ripartizione della spesa;
- riferimento tecnico-metodologico;
- predisposizione di interventi specifici su particolari problemi di promozione ed informazione.

Parimenti, si stabiliva l'opportunità per ogni Regione di costituire, sul piano organizzativo, un Comitato tecnico-scientifico per l'E.S. in rapporto con l'Ufficio di piano, l'Osservatorio epidemiologico e la ricerca finalizzata, i cui compiti venivano individuati in:

- divulgazione di esperienze;
- predisposizione di interventi per l'aggiornamento del personale delle U.S.L.;
- costituzione di un Centro di Documentazione.

Lo stesso gruppo si è fatto carico di esprimere alla IV Conferenza Nazionale sull'E.S., a Torino, un bilancio sul funzionamento e sull'adeguamento dell'attività delle Regioni sul modello proposto, sottolineando che dall'analisi dei vari documenti (P.S.R., delibere, bozze di piano) emerge una sostanziale valutazione positiva circa le linee di tendenza che si stanno sviluppando, pur lamentando carenze organizzative ed una ancora non adeguata valutazione dell'importanza del ruolo che l'E.S. deve assumere per il decollo della Riforma.

5.5.4.3. - A livello delle UU.SS.LL.

In relazione all'organizzazione del ruolo delle U.S.L., a Perugia nel 1981 lo stesso Gruppo Interregionale aveva definito questi compiti:

- programmazione e collegamento con l'Osservatorio epidemiologico regionale;
- promozione di interventi;
- collegamento con le scuole di ogni ordine e grado, con un modello organizzativo simile a quello individuato a livello regionale, prevedendo presso l'Ufficio di Direzione la costituzione di un gruppo o comitato, composto dai servizi di formazione, piano, ricerca finalizzata, sistema informativo ed educazione sanitaria. Il gruppo avrebbe dovuto attrezzarsi per essere in grado di fornire agli operatori di distretto materiali e

supporti e di svolgere azioni di stimolo e raccordo tra le varie iniziative, con la Regione e con altri Enti, sempre fissando nel livello di distretto il luogo dell'attività educativa.

In sede di valutazione, pur rilevando una notevole disomogeneità nelle soluzioni adottate, sono emerse indicazioni circa il riconoscimento del distretto come punto centrale, mentre a livello di U.S.L. viene riconosciuto il ruolo di coordinamento, la definizione progettuale ed il supporto metodologico ed organizzativo.

Al di là di queste linee di riferimento, anche nell'organizzazione dell'E.S. all'interno delle U.S.L. sono emerse nella pratica organizzativa varie tendenze, che ricalcano i modelli organizzativi già adottati nella strutturazione a livello regionale. Così in Umbria, all'interno delle U.S.L., c'è un settore specifico per l'E.S., in altre regioni (Campania, Emilia-Romagna, Marche) l'E.S. nelle U.S.L. è stata legata al Servizio Igiene e Sanità Pubblica, fatto che può compromettere la necessaria unità della operatività di base.

5.6. - Conclusioni.

Dall'analisi di quanto accaduto nella elaborazione culturale, in quella legislativa, e nella prassi organizzativa, possiamo dire che l'E.S. in Italia ha seguito, forse prima che in molti altri Paesi, quanto richiesto dallo sviluppo dei concetti e metodi dell'assistenza sanitaria di base.

Ritroviamo tale orientamento nelle elaborazioni ed esperienze precedenti la legge n. 833, con particolare riferimento alla pratica della prevenzione negli ambienti di lavoro, quando il coinvolgimento dei soggetti, nell'analisi delle condizioni e nell'attuazione di soluzioni, costituiva il metodo attivo concreto di un'educazione sanitaria finalizzata immediatamente alla salute.

Lo ritroviamo nella legge n. 833, non tanto quanto recita fra gli obiettivi del servizio la preminenza dell'E.S. ma, soprattutto, quanto nell'art. 13 richiama l'attenzione sulla partecipazione di operatori, istituzioni e cittadini alla gestione sociale dei servizi sanitari.

Cominciamo a trovare tale orientamento nei numerosi tentativi che si vanno facendo a livello di U.S.L. e, ancora più perifericamente, nell'attuazione dell'E.S. sul campo; quando operatori sanitari ed insegnanti, ad esempio, attuano progetti congiunti, basati sul metodo della programmazione, partendo cioè dall'analisi dei bisogni, per passare alla definizione di obiettivi, acquisizione di informazioni, decisioni per soluzioni, verifica.

Questi tentativi, vuoi che siano in una scuola, o in un momento del lavoro consultoriale, o nella fabbrica, sono dei contributi preziosi, anche se spesso non evidentemente clamorosi e sottovalutati, d'applicare, sperimentare un metodo.

Il metodo che è il metodo di lavoro per problemi, per problemi concreti della comunità; il metodo che si addice ad un'educazione sanitaria che si inserisce nel sistema della programmazione come previsto dalla legge (art. 13).

REGIONE	TOTALE	Quota a destinazione vincolata	Di cui per l'educazione sanitaria
<i>(In milioni di lire)</i>			
Piemonte.....	2.512.998	35.994	3.599
Valle d'Aosta	58.524	903	90
Lombardia	5.050.077	71.455	7.145
Prov. aut. Bolzano	246.935	3.460	346
Prov. aut. Trento	289.018	3.559	356
Veneto	2.665.147	34.917	3.492
Friuli-Venezia Giulia	352.521	9.916	922
Liguria.....	1.240.575	14.529	1.453
Emilia-Romagna	2.539.314	31.803	3.180
Toscana	2.242.530	28.778	2.878
Umbria	486.291	6.490	649
Marche	889.414	11.350	1.135
Lazio	2.325.919	40.194	4.019
Abruzzo	707.175	9.786	979
Molise	164.997	2.639	263
Campania	3.157.542	43.903	4.390
Puglia	2.181.702	31.113	3.111
Basilicata	300.272	4.904	490
Calabria	1.136.280	16.564	1.656
Sicilia	2.628.771	39.432	3.943
Sardegna	873.498	12.811	1.281
Totale	33.549.500	454.500	45.450
Da ripartire	450.500	50.500	5.050
TOTALE GENERALE ...	34.000.000	505.000	50.500

LEGGI REGIONALI CON RIFERIMENTO DIRETTO
AL VOLONTARIATO SOCIO-SANITARIO (aggiornate al 1983).

1. - Servizio Sanitario Nazionale e Volontariato.

Abruzzo.

- L.R. 28 aprile 1978, n. 22: « Interventi per la prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti in stato di tossicodipendenza ».

- L.R. 15 febbraio 1980, n. 10: « Istituzione delle UU.SS.LL. ».

- L.R. 28 agosto 1981, n. 34: « Modifiche e integrazioni alla L.R. 20 giugno 1980, n. 60, recante interventi a favore dei cittadini portatori di handicaps ».

- L.R. 16 settembre 1982, n. 75: « Interventi promozionali per la realizzazione e il potenziamento dei servizi socio-assistenziali in favore degli anziani ».

Basilicata.

- L.R. 18 dicembre 1981, n. 55: « Norme per l'incentivazione della raccolta e distribuzione del sangue ».

Calabria.

- L.R. 22 maggio 1980, n. 10: « Norme per la promozione e lo sviluppo dell'assistenza domiciliare agli anziani e per la creazione dei centri di incontro ».

- L.R. 17 dicembre 1981, n. 20: « Disciplina delle funzioni per la tutela della salute mentale ».

Campania.

- L.R. 4 marzo 1977, n. 18: « Prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza da stupefacenti e sostanze psicotrope ».

- L.R. 9 giugno 1980, n. 57: « Norme per la costituzione e il funzionamento delle UU.SS.LL. ».

- L.R. 30 luglio 1977, n. 28: « Norme per la formazione, specializzazione, riqualificazione e aggiornamento del personale dei servizi sanitari ».

Emilia-Romagna.

- L.R. 18 maggio 1979, n. 14: « Formazione del piano sanitario regionale 1980-82 ».
- L.R. 1 settembre 1979, n. 30: « Interventi promozionali per la realizzazione e il potenziamento di servizi di assistenza sociale a favore delle persone anziane ».
- L.R. 29 dicembre 1979, n. 48: « Interventi per favorire l'autonomia economica e sociale di cittadini portatori di handicaps ».
- L.R. 8 gennaio 1980, n. 2: « Disciplina per l'apertura, l'esercizio e le convenzioni delle istituzioni sanitarie di carattere privato ».
- L.R. 7 febbraio 1981, n. 6: « Piano sanitario regionale per il triennio 1981-83 ».
- L.R. 4 maggio 1982, n. 19: « Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, veterinaria e farmaceutica ».

Friuli-Venezia Giulia.

- L.R. 22 luglio 1978, n. 81: « Istituzione dei consultori familiari ».
- L.R. 23 aprile 1979, n. 18: « Modifiche ed integrazioni alla L.R. n. 81 del 22 luglio 1978 istitutiva dei consultori familiari ».
- L.R. 3 giugno 1981, n. 35: « Promozione e riordino di servizi e interventi in materia socio-assistenziale ».
- L.R. 23 agosto 1982, n. 57: « Tutela della salute dei tossicodipendenti ».
- L.R. 23 giugno 1983, n. 67: « Interventi a favore delle persone non autosufficienti ».
- L.R. 21 novembre 1983, n. 80: « Interventi per favorire il funzionamento degli organi e delle strutture delle associazioni che perseguono la tutela e la promozione sociale dei cittadini invalidi, mutilati ed handicappati ».

Lazio.

- L.R. 6 dicembre 1979, n. 93: « Costituzione, organizzazione, gestione e funzionamento delle UU.SS.LL. e coordinamento e integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari, in attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e del D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616 ». « L'organizzazione del servizio di pronto intervento socio-sanitario ».
- L.R. 8 febbraio 1980, n. 13: « Concessione di contributi per il recupero dei tossicodipendenti ».

– L.R. 14 settembre 1982, n. 39: « Riorganizzazione dell'assistenza neo-natale e norme per l'assistenza del bambino spedalizzato ». « Attività di prevenzione e riabilitazione degli alcolisti e delle tossicodipendenze ».

– L.R. 28 aprile 1983, n. 24: « Interventi a favore di associazioni, fondazioni e unioni di disabili operanti nel territorio nazionale ».

Liguria.

– L.R. 15 gennaio 1974, n. 1: « Norme sull'assistenza agli anziani ».

– L.R. 6 febbraio 1980, n. 12: « Tutela della condizione del bambino ricoverato in ospedale ».

– L.R. 1 luglio 1981, n. 25: « Norme per il riordino del servizio veterinario nelle UU.SS.LL. ».

Lombardia.

– L.R. 5 aprile 1980, n. 35: « Ordinamento dei servizi di zona ».

– L.R. 5 aprile 1980, n. 36: « Integrazioni e modifiche alla L.R. n. 35 del 5 aprile 1980 ».

– L.R. 11 aprile 1980, n. 39: « Organizzazione e funzionamento delle UU.SS.LL. ».

– L.R. 7 giugno 1980, n. 76: « Promozione di servizi sociali in favore di soggetti handicappati ».

– L.R. 7 giugno 1980, n. 80: « Costituzione del consorzio regionale emoderivati ».

– L.R. 20 agosto 1981, n. 49: « Procedure per l'elaborazione del piano sanitario e del piano socio-assistenziale, modifiche alla L.R. 10 febbraio 1979, n. 24 e abrogazione della L.R. 10 maggio 1980, n. 56 ».

– L.R. 5 febbraio 1982, n. 9: « Disciplina degli accertamenti e certificazioni medico-legali relativi agli stati di invalidità civile, alle condizioni visive, al sordomutismo ».

– L.R. 13 febbraio 1983, n. 11: « Piano pluriennale per la realizzazione delle opere di ristrutturazione e riconversione delle strutture socio-assistenziali ».

– L.R. 30 marzo 1983, n. 21: « Finanziamento per interventi finalizzati alla lotta contro le tossicodipendenze ».

Marche.

– L.R. 12 maggio 1982, n. 18: « Interventi e iniziative della Regione per rimuovere le cause dell'emarginazione ».

– L.R. 6 agosto 1982, n. 30: « Provvedimenti per la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza e delle altre forme di intossicazioni voluttuarie ».

– L.R. 5 novembre 1982, n. 37: « Piano socio-sanitario per il triennio 1982-85 ».

Molise.

– L.R. 13 novembre 1978, n. 28: « Istituzione dei consultori familiari nel Molise ».

– L.R. 23 aprile 1980, n. 10: « Disciplina delle funzioni per la tutela della salute mentale ».

Piemonte.

– L.R. 21 gennaio 1980, n. 3: « Disciplina degli organi istituzionali del servizio sanitario regionale e relative norme transitorie ».

– L.R. 10 marzo 1982, n. 7: « Piano socio-sanitario per il triennio 1982-84 ».

– L.R. 23 agosto 1982, n. 20: « Indirizzi e normative per il riordino dei servizi socio-assistenziali ».

Puglia.

– L.R. 26 novembre 1979, n. 71: « Norme di attuazione della legge 22 dicembre 1975, n. 685, sulla disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope: prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza ».

– L.R. 6 giugno 1980, n. 58: « Interventi per favorire l'integrazione sociale e l'autonomia economica dei cittadini portatori di handicaps ».

– L.R. 20 giugno 1980, n. 72: « Provvedimenti per la tutela della salute mentale ».

– L.R. 31 agosto 1981, n. 49: « Interventi promozionali per la realizzazione ed il potenziamento dei servizi di assistenza sociale in favore delle persone anziane ».

– L.R. 27 maggio 1982, n. 23: « Modifiche ed integrazioni alla L.R. 26 maggio 1980, n. 51 ».

Sardegna.

– L.R. 16 marzo 1981, n. 13: « Individuazione, costituzione e organizzazione delle U.U.S.S.L.L. ».

Sicilia.

- L.R. 24 luglio 1978, n. 22: « Nuove norme in materia di preparazione, qualificazione e formazione del personale sanitario non medico ».
- L.R. 18 aprile 1981, n. 68: « Istituzione, organizzazione e gestione dei servizi per i soggetti portatori di handicaps ».
- L.R. 6 maggio 1981, n. 87: « Interventi e servizi a favore degli anziani ».

Toscana.

- L.R. 14 gennaio 1977, n. 2: « Modifiche alla L.R. 26 aprile 1973, n. 27, recante norme per l'esercizio dell'emodialisi domiciliare ».
- L.R. 12 marzo 1977, n. 18: « Istituzione del servizio di assistenza alle famiglie, alla maternità, all'infanzia e ai giovani in età evolutiva ».
- L.R. 16 aprile 1980, n. 28: « Idoneità delle strutture di ospitalità e dei nuclei familiari affidatari o ospitanti ».
- L.R. 24 maggio 1980, n. 71: « Organizzazione delle UU.SS.LL. ».
- L.R. 21 febbraio 1983, n. 13: « Mostra-convegno dedicata agli ausili tecnici per handicappati ».

Umbria.

- L.R. 17 giugno 1977, n. 29: « Disciplina dell'esercizio delle funzioni amministrative regionali in materia di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza ».
- L.R. 19 dicembre 1979, n. 65: « Organizzazione del servizio sanitario regionale ».
- L.R. 31 maggio 1982, n. 29: « Norme e indirizzi per il riordino delle funzioni amministrative e per la programmazione dei servizi in materia socio-assistenziale ».

Valle d'Aosta.

- L.R. 22 luglio 1980, n. 33: « Organizzazione dei servizi di pronto soccorso sanitario nel territorio ».

Veneto.

- L.R. 23 dicembre 1977, n. 75: « Norme per l'attuazione della legge 22 dicembre 1975, n. 685, sulla disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope ».

- L.R. 25 ottobre 1979, n. 78: « Norme per la costituzione e il funzionamento delle UU.SS.LL. in attuazione della legge 25 dicembre 1978, n. 833 ».
- L.R. 8 maggio 1980, n. 46: « Interventi per l'inserimento sociale, scolastico e lavorativo dei soggetti portatori di handicaps ».
- L.R. 31 maggio 1980, n. 75: « Intervento della regione per l'inserimento sociale e lavorativo dei tossicodipendenti ».
- L.R. 22 ottobre 1982, n. 49: « Competenza e disciplina degli interventi in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti ».
- L.R. 15 dicembre 1982, n. 55: « Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale ».

Provincia autonoma di Bolzano.

- L.P. 7 dicembre 1978, n. 69: « Servizio di prevenzione, cura e riabilitazione delle forme di devianza sociale, tossicodipendenza e alcolismo ».
- L.P. 17 agosto 1979, n. 10: « Istituzione dei consultori familiari ».
- L.P. 2 gennaio 1981, n. 1: « Disciplina del servizio sanitario provinciale ».
- L.P. 30 giugno 1983, n. 20: « Nuove provvidenze in favore di soggetti portatori di handicaps ».
- L.P. 5 gennaio 1984, n. 1: « Piano sanitario provinciale 1983-85 ».

Provincia autonoma di Trento.

- L.P. 20 marzo 1978, n. 14: « Interventi della Provincia autonoma di Trento per la formazione, l'aggiornamento e la riqualificazione professionale del personale dei servizi socio-sanitari ».
- L.P. 6 dicembre 1980, n. 33: « Disciplina del servizio sanitario provinciale ».
- L.P. 19 giugno 1982, n. 9: « Disciplina dell'esercizio delle funzioni in materia di trasporto infermi da parte delle UU.SS.LL. ».
- L.P. 16 agosto 1982, n. 13: « Norme rivolte al miglioramento delle condizioni in cui avviene la nascita negli ospedali di Trento e alla tutela dei bambini in cura o degenti in ospedale ».
- L.P. 29 ottobre 1983, n. 34: « Norme per la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza ed alcolismo ». « Interventi volti a prevenire e rimuovere gli stati di emarginazione ».

ANALISI COMPARATIVA DELLE LEGGI REGIONALI
SULLA PARTECIPAZIONE

ABRUZZO

(legge 15 febbraio 1980, n. 10)

1. *Soggetti partecipanti.*

Regione: garantisce (art. 1), in armonia con le norme statutarie, la più ampia partecipazione democratica e la consultazione de:

- le università;
- le forze sociali;
- le associazioni di volontariato;
- gli operatori.

Unità locale: assicura (art. 10) la più ampia partecipazione delle rappresentanze de:

- le forze sociali;
- i consigli di quartiere;
- gli organismi democratici della scuola;
- gli operatori socio-sanitari.

Distretto: assicura (art. 3) la partecipazione de:

- i cittadini;
- gli utenti.

2. *Poteri ed ambiti.*

Regione: d'accesso alle informazioni, consultivo, propositivo, di verifica dei risultati (art. 1), negli ambiti previsti dall'art. 11/833: predisposizione dei piani sanitari regionali (art. 1).

Unità locale: di partecipazione, proposta e verifica (art. 10) a tutte le fasi della programmazione delle proprie attività e alla gestione dei servizi sanitari e sociali; in particolare: piani e programmi zonali, bilanci preventivi e conti consuntivi, funzionalità dei servizi e loro rispondenza alle leggi e agli obiettivi della programmazione (art. 10).

Distretto: di partecipazione e controllo (art. 3) alla gestione sociale dei servizi, in particolare: controllo della funzionalità ed efficacia dei servizi; i cittadini partecipano alle attività del distretto, gli utenti all'attuazione e gestione dei servizi (art. 3).

3. *Forme e modalità.*

Regione: non specificate.

Unità locale:

a) organismi:

- consiglio socio-sanitario consultivo (art. 10);
- organismo permanente di consultazione degli operatori (art. 4);
- conferenza dei servizi (art. 35);

b) altre forme:

- si fa riferimento (art. 10) alla legge n. 278/1976;
- i criteri di organizzazione dei servizi debbono tra l'altro assicurare il collegamento con le realtà sociali e sindacali e predisporre strumenti per una corretta informazione e la più ampia partecipazione alle scelte operative da parte degli operatori e degli utenti (art. 19).

Distretto:

a) organismi:

- comitato partecipativo di distretto che opera in collegamento con le altre forme organizzate di partecipazione presenti nel territorio (art. 3);

b) altre forme:

- riunioni, incontri, assemblee referendum (art. 3);
- informazione, promozione sociale ed educazione dei cittadini (art. 3).

EMILIA-ROMAGNA (legge 3 gennaio 1980, n. 1)

1. *Soggetti partecipanti.*

Regione: non previsti.

Unità locale: i comuni e gli organismi di decentramento comunali promuovono la partecipazione della collettività interessata (come singoli e come formazioni organizzate) ed in particolare (art. 18) de:

- i sindacati;
- le organizzazioni culturali e sociali;
- le organizzazioni professionali;
- gli interessi originari dei disciolti enti ospedalieri;
- gli utenti;
- gli operatori della sanità.

Distretto: la delimitazione territoriale deve essere tale da garantire (art. *a*) la più ampia partecipazione, coinvolgendo (art. 18):

- gli utenti;
- gli operatori della sanità.

2. *Poteri ed ambiti.*

Regione: non previsti.

Unità locale: d'accesso alle informazioni, di partecipazione e consultazione (art. 18), nell'ambito del perseguimento delle finalità del servizio attraverso i programmi e l'attività dell'unità locale.

Distretto: la partecipazione (con i poteri previsti per l'unità locale) si attua in particolare a questo livello (art. 18), nell'ambito dell'attività del distretto (art. 18); inoltre l'erogazione delle prestazioni nel distretto si realizza in rapporto alle esigenze rappresentate dagli organismi di partecipazione (art. *a*).

3. *Forme e modalità.*

Regione: non previste.

Unità locale:

a) organismi:

- conferenza di organizzazione tra gli operatori dei servizi, secondo le modalità stabilite dall'assemblea dell'unità locale (art. 23);

b) altre forme:

- adeguate forme di partecipazione diretta saranno promosse e attivate dai consigli comunali e circoscrizionali (art. 18).

Distretto: non specificate.

Strumenti e modalità di realizzazione delle forme e dei momenti partecipativi e di consultazione saranno previsti (sia per l'unità, sia per il distretto) nel regolamento (art. 18).

LIGURIA

(legge 5 dicembre 1979, n. 45)

1. *Soggetti partecipanti.*

Regione: non previsti.

Unità locale: è realizzata la partecipazione (art. 19) de:

- le formazioni sociali e sindacali;
- gli interessi originari dei disciolti enti ospedalieri;
- gli operatori sanitari.

Distretto: è realizzata la partecipazione (art. 19) de:

- i cittadini;
- gli utenti.

2. *Poteri ed ambiti.*

Regione: non previsti.

Unità locale: di partecipazione e gestione sociale (art. 19) negli ambiti previsti dall'art. 13 della legge n. 833/78 (art. 19).

Distretto: come per l'unità locale (art. 19).

3. *Forme e modalità.*

Regione: non previste.

Unità locale:

a) organismi:

- comitato rappresentativo delle formazioni sociali e sindacali (art. 19);
- comitato tecnico consultivo presso ciascun servizio dell'unità locale (art. 12);

b) altre forme:

- non specificate.

Distretto:

a) organismi:

- comitato di partecipazione e di gestione sociale (art. 19);

b) altre forme:

- assemblee di cittadini (art. 19);
- l'articolazione demografica e territoriale del distretto deve favorire la partecipazione dei cittadini (art. 14).

La costituzione e l'attività dei comitati e le modalità per lo svolgimento delle assemblee sono disciplinate dai regolamenti dell'unità locale anche con riferimento ai principi della legge n. 278/1976 (art. 16).

* LOMBARDIA

(leggi 5 aprile 1980, n. 35 e n. 36, legge 11 aprile 1980, n. 39)

N.B.: Salvo diversa specificazione, gli articoli di seguito citati fra parentesi si riferiscono alla legge n. 35.

1. *Soggetti partecipanti.*

Regione: non sono previsti.

Unità socio-sanitaria locale (U.S.S.L.): deve garantire la partecipazione (art. 11 che fa riferimento all'art. 13 legge n. 833/78) de:

- i gruppi sociali;
- le organizzazioni sindacali;
- le forze sociali interessate;
- gli organismi di volontariato;
- i cittadini;
- gli utenti;
- gli operatori.

Distretto: come per la U.S.S.L.

2. *Poteri ed ambiti.*

Regione: non previsti.

U.S.S.L.: d'accesso alle informazioni, di consultazione, partecipazione e controllo (art. 11) nell'ambito della gestione dei servizi e dei programmi di attività (art. 11).

Distretto: come per la U.S.S.L.

3. *Forme e modalità.*

Regione: non previste.

U.S.S.L.:

a) organismi:

- organismi consultivi degli operatori previsti dalle convenzioni nazionali uniche di cui all'art. 48/833 (art. 13 legge regionale 28 febbraio 1980);

- conferenze tecniche degli operatori dipendenti e convenzionati, di uno o più servizi (art. 13 legge regionale 28 febbraio 1980);

b) altre forme:

- consultazioni periodiche sui programmi di attività (verso tutti i soggetti) (art. 11/l.r. 35 e 1/l.r. 35);

- pubblicità delle sedute dell'assemblea e degli atti di maggior rilievo (art. 11);

- le convenzioni con gli enti ed organismi privati debbono prevedere la realizzazione di forme di partecipazione dei singoli servizi (art. 8/l.r. 39).

Distretto:

a) organismi non previsti;

b) altre forme: come per la U.S.S.L. e anche:

- le attività informative di base e segretariato sociale (art. 7/l.r. 39);

- ciascun distretto deve avere caratteristiche tali che la popolazione interessata ai servizi disponga delle condizioni necessarie alla partecipazione e alla gestione degli stessi (art. 5).

Le forme e le modalità della partecipazione dovranno essere stabilite negli statuti degli enti responsabili dei servizi di zona (unità locale) e, nel caso delle comunità montane, con deliberazione dell'assemblea adottata a maggioranza assoluta dei componenti (art. 11).

MOLISE
(legge 3 dicembre 1979, n. 34)

1. Soggetti partecipanti.

Regione: non previsti.

U.S.S.L.: garantisce la partecipazione (art. 15) de:

- le formazioni sociali;
- i rappresentanti dei datori di lavoro;
- gli organi collegiali della scuola;
- i sindacati dei lavoratori dipendenti ed autonomi;
- gli enti e le istituzioni portatori di interessi originari;
- i cittadini;
- gli operatori della sanità (ordini e collegi professionali, sindacati).

Distretto: assicura la partecipazione (art. 17) de:

- gli utenti;
- gli operatori.

2. Poteri ed ambiti.

Regione: non previsti.

U.S.S.L.: d'accesso all'informazione, di partecipazione e proposta (artt. 16, 18).

Nell'ambito della scelta politica dei servizi e della loro effettuazione; in particolare: sui bilanci preventivi e i conti consuntivi, sui piani e i programmi, sul regolamento e sugli organici del personale, sulle convenzioni, sulla delimitazione dei distretti, sui regolamenti dell'unità locale (artt. 16 e 18);

Distretto: di partecipazione con compiti di proposta e verifica (art. 17).

Nell'ambito della funzionalità e dell'efficienza dei servizi (art. 17).

3. *Forme e modalità.*

Regione: non previste.

U.S.S.L.:

a) organismi:

– consulta rappresentativa delle espressioni sociali, culturali e professionali (art. 16);

– comitato di consulenza tecnica, con operatori interni ed esterni alla struttura (art. 16); appositi regolamenti disciplineranno le forme di convocazione delle consulta e del comitato, nonché le modalità di svolgimento delle rispettive funzioni (art. 16);

b) altre forme: non previste.

Distretto:

a) organismi (non previsti);

b) altre forme:

– forme e modelli saranno individuati e regolamentati dall'assemblea della U.S.S.L. (art. 17).

TOSCANA

(legge 19 dicembre 1979, n. 63)

1. *Soggetti partecipanti.*

Regione: garantirà la più ampia partecipazione (art. 3 che fa riferimento all'art. 11/833) di rappresentanti di:

- formazioni sociali;
- organizzazioni sindacali;
- università;
- operatori della sanità.

U.S.S.L.: assicura ampie forme di partecipazione, consultazione e informazione (art. 11) de:

- le forze sociali e professionali;
- le forze culturali e sociali;
- gli interessi originari dei disciolti enti ospedalieri.

Distretto: realizza la partecipazione (art. 11) de:

- i cittadini;
- gli utenti.

2. *Poteri ed ambiti.*

Regione: di partecipazione e consultazione (artt. 3, 28), nell'ambito della formazione dei Piani sanitari regionali a cominciare dal primo (artt. 3, 28).

U.S.S.L.: d'accesso all'informazione, di partecipazione consultiva e propositiva (art. 11), negli ambiti previsti dall'art. 13 (3° comma) della legge n. 833/78 (art. 11).

Distretto: poteri come per U.S.S.L. (art. 11) nell'ambito delle attività del distretto e della gestione sociale dei servizi (art. 11).

3. *Forme e modalità.*

Regione: consultazione delle forze sociali (art. 28) con forme da specificare nel Piano sanitario regionale (art. 3).

U.S.S.L.:

a) organismi:

- di partecipazione delle forze organizzate (art. 18);
- realizzazione di un articolato informativo finalizzato a diffondere tra i cittadini la piena coscienza degli obiettivi e degli strumenti della Riforma Sanitaria agli aspetti epidemiologici, alla conoscenza delle cause delle malattie e dei modi di prevenirle (art. 11);
- possibilità di petizione agli organi di gestione per proposte a rilievo in merito all'erogazione delle prestazioni (art. 11).

Distretto:

- a) organismi non previsti;
- b) altre forme non specificate.

VALLE D'AOSTA (legge 22 gennaio 1980, n. 2)

1. *Soggetti partecipanti.*

Regione: non previsti.

U.S.S.L.: l'unica U.S.S.L. coincide con il territorio regionale; la partecipazione è realizzata attraverso i Distretti sanitari di base (art. 26); sono previste forme di partecipazione (art. 34) de:

- gli operatori.

Distretto: è prevista la partecipazione (artt. 10, 14) de:

- le formazioni sociali;
- i cittadini;
- gli operatori.

2. *Poteri ed ambiti.*

Regione: non previsti.

U.S.S.L.: la partecipazione è realizzata attraverso i D.S.B. (art. 26); poteri di consultazione e proposta per gli operatori (art. 34).

Distretto: di partecipazione consultiva, propositiva e di controllo (artt. 2, 10, 26), nell'ambito della gestione sociale e dell'attuazione e per consentire il controllo della loro funzionalità ed efficacia in risposta alle esigenze della popolazione (artt. 2, 10, 14, 26).

3. *Forme e modalità.*

Regione: non previste.

U.S.S.L.:

a) organismi:

- si avvale dei comitati di zona (art. 00);
- conferenza di organizzazione dei servizi (art. 34);

b) altre forme: non previste.

Distretto:

a) organismi: comitato di zona per la partecipazione (la presenza di rappresentanti delle forze sociali, dei cittadini e degli enti interessati ai singoli servizi dovrà essere superiore al 30 %; il resto viene espresso dai consigli comunali (artt. 10 e 11); spetta ai comitati approvare il proprio regolamento (art. 00);

b) altre forme: i comitati operano per assicurare la partecipazione dei cittadini anche convocando assemblee della popolazione (art. 14).

CALABRIA

(legge 2 giugno 1980, n. 18)

1. *Soggetti partecipanti.*

Regione: non previsti.

U.S.S.L.:

- assemblea generale;
- cittadini.

Distretti:

- cittadini;
- forze sociali;
- consigli circoscrizionali.

2. *Poteri ed ambiti.*

Regione:

- coordinamento degli enti locali;
- iniziativa legislativa.

U.S.S.L.:

- controllo di efficienza;
- regolamentazione delle forme di partecipazione.

Distretti:

- controllo di efficacia-funzionalità da parte dei cittadini-utenti;
- integrazione con gli ambiti territoriali dei comuni appartenenti e dei servizi sanitari.

3. *Forme e modalità.*

Regione: consulta regionale.

U.S.S.L.: assemblea generale.

Distretto: consulta locale.

MARCHE

(legge 5 novembre 1982, n. 37)

1. *Soggetti partecipanti.*

Regione (art. 3):

- enti locali;
- università;
- organizzazioni rappresentative delle forze sociali;
- operatori della sanità;
- organi della sanità militare;
- cittadini.

U.S.S.L.:

- operatori;
- forze sociali;
- cittadini;
- consigli circoscrizionali.

Distretto:

- cittadini;
- associazioni di volontariato;
- IPAB infraregionali;
- operatori.

2. *Poteri ed ambiti.*

Regione:

- programmazione pluriennale e gestione del territorio;
- attività normativa regionale;
- piano sanitario.

U.S.S.L.:

- relazione annuale relativa allo stato di salute nella Regione;
- controllo di funzionalità ed efficienza nonché di rispondenza dei risultati raggiunti dal Piano sanitario regionale.

Distretto:

- integrazione degli enti pubblici di assistenza e beneficenza (I.P.A.B.);
- gestione e pianificazione del territorio circoscrizionale.

3. *Forme e modalità.*

Regione:

- consulta regionale (controllo di efficacia-efficienza);
- piano sanitario triennale;
- coordinamento degli interventi di:
 - forze sociali-cittadini;
 - sindacati;
 - volontariato-categorie professionali.

U.S.S.L.: consulta locale (controllo di funzionalità-efficienza).

Distretto: assemblee distrettuali di:

- operatori e cittadini-utenti;
- associazioni di volontariato.

VENETO

(leggi 25 ottobre 1979, n. 78 e 7 marzo 1980, n. 13)

1. *Soggetti partecipanti.*

Regione: non previsti.

Unità locale: assicura la partecipazione di rappresentanti (artt. 27/78, 2 e 11/13) de:

- le forze sindacali e professionali;
- le forze culturali e sociali;
- gli interessi originari dei disciolti enti ospedalieri;
- gli operatori.

Distretto: realizza la partecipazione (artt. 27/78) de:

- i cittadini;
- gli utenti.

2. *Poteri ed ambiti.*

Regione: non previsti.

Unità locale: d'accesso all'informazione di partecipazione propositiva e consultiva (artt. 27/78, 2 e 11/13), negli ambiti previsti dall'art. 13 (3° comma) della legge n. 833/78 (artt. 27/28).

Distretto: poteri come per l'unità locale (artt. 27/28) nell'ambito delle attività del distretto (per i cittadini) e nell'ambito dell'attuazione e gestione dei singoli servizi (per gli utenti direttamente interessati) (artt. 27/28).

3. *Forme e modalità.*

Regione: non previste.

Unità locale:

a) organismi:

- organismo di partecipazione delle forze organizzate (artt. 27/28);
- organo di partecipazione e consultazione tecnica di settore o collegio di dipartimento (artt. 2, 11 e 12/79);

b) altre forme: realizzazione di un articolato sistema informativo finalizzato a diffondere tra i cittadini la piena coscienza degli obiettivi e degli strumenti della riforma sanitaria con particolare riferimento all'educazione sanitaria, agli aspetti epidemiologici, alla conoscenza delle cause delle malattie e ai modi di prevenirle (artt. 27/78).

Distretto:

- a) organismi: non previsti;
- b) altre forme: non specificate.

L'unità locale provvede con proprio regolamento a fissare le forme e le modalità di esercizio della partecipazione (artt. 27/78).

UMBRIA
(legge 19 dicembre 1979, n. 65)

1. *Soggetti partecipanti.*

Regione: oltre ai soggetti istituzionali, nella consulta regionale partecipano (art. 13) 3 rappresentanti de:

- le associazioni di volontariato.

U.S.S.L.: promuove la partecipazione (artt. 25, 29, 30) di rappresentanti de:

- le organizzazioni sindacali;
- le formazioni sociali;
- gli interessi originari dei disciolti enti ospedalieri (art. 00).

Distretto: promuove la partecipazione (artt. 25, 26) de:

- le formazioni sociali;
- i cittadini;
- gli operatori sanitari.

2. *Poteri ed ambiti.*

Regione: di consulenza e di proposta (art. 13) nell'ambito degli atti di competenza del consiglio regionale.

U.S.S.L.: d'accesso all'informazione, di partecipazione consultiva, propositiva e di controllo alla gestione sociale (artt. 25, 28, 29, 30). Nell'ambito della gestione sociale dell'unità locale, per contribuire a migliorare l'organizzazione dei servizi e a dare impulso all'attività programmata, anche controllando l'efficacia e la rispondenza dell'attività alle finalità del servizio sanitario (art. 25).

Distretto: poteri come per la U.S.S.L. (artt. 25, 26, 27, 28) negli stessi ambiti (artt. 25, 26, 27).

3. Forme e modalità.

Regione:

- a) organismi: consulta regionale per la sanità;
- b) altre forme: il Piano sanitario regionale individuerà le forme ed i modi di partecipazione delle associazioni di volontariato (art. 12).

U.S.S.L.:

- a) organismi: consulta (art. 29);
- b) altre forme: al fine di favorire la partecipazione dei cittadini e degli utenti interessati all'attuazione del servizio sanitario le associazioni dei comuni disciplinano la pubblicazione degli atti delle U.S.S.L., garantendo tra l'altro il diritto per ogni cittadino di ottenere il rilascio di copia degli atti (art. 28).

Le modalità relative alla composizione ed al funzionamento della consulta sono disciplinate dallo statuto dell'associazione dei comuni (art. 29).

Distretto:

- a) organismi: comitato partecipativo di distretto (art. 26).

Le modalità per il funzionamento del comitato sono disciplinate nello statuto dell'associazione dei comuni (art. 26);

- b) altre forme: ai cittadini residenti nel distretto (in numero non inferiore ad 1/10) è riconosciuta la possibilità di presentare agli organi di gestione dell'unità locale e al comitato partecipativo di distretto concrete proposte tese al miglioramento dei servizi (art. 27).

GRUPPI LOCALI AUTONOMI E DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA (REGIONI)

REGIONI	Gruppi di assistenza	Gruppi di assistenza per emarginati	Gruppi parrocchiali	Gruppi per Terzo Mondo	Gruppi per handicappati	Gruppi per anziani	Gruppi per animazione culturale, ecc.	Gruppi ecologici Protezione Civile	
Piemonte	4,0	13,6	10,5	5,2	7,0	7,3	5,1	4,1	
Valle d'Aosta	—	—	—	—	0,8	—	0,5	1,0	
Liguria	5,3	7,6	3,0	—	0,8	3,3	4,3	13,3	
Lombardia	16,3	9,1	8,6	31,0	22,7	27,6	13,7	21,4	
Veneto	9,3	19,7	6,6	15,5	16,4	6,5	4,6	10,2	
Friuli-Venezia Giulia	3,7	7,6	5,6	—	1,6	4,1	4,6	8,2	
Trentino-Alto Adige	2,0	4,5	2,5	3,4	3,1	11,4	8,1	2,0	
Emilia-Romagna	6,3	6,1	13,6	12,1	7,8	6,5	4,6	3,1	
Toscana	5,0	3,0	7,1	3,4	7,8	4,9	5,4	6,1	
Marche	2,3	1,5	3,5	3,4	4,7	2,4	3,2	1,0	
Umbria	4,7	4,5	1,5	1,7	1,6	0,8	2,4	—	
Lazio	8,3	1,5	6,6	6,9	2,3	5,7	14,6	9,2	
Campania	6,6	7,6	7,1	—	2,3	4,9	4,6	6,1	
Abruzzo	1,0	—	0,5	1,7	2,3	1,6	3,5	1,0	
Molise	—	—	4,0	—	—	—	2,2	2,0	
Puglia	12,6	6,1	8,5	8,6	7,3	7,3	9,7	2,0	
Basilicata	1,0	—	1,0	—	—	—	0,5	2,0	
Calabria	3,3	1,5	1,0	—	—	—	1,9	5,1	
Sicilia	6,0	1,5	6,1	1,7	3,3	3,3	3,8	1,0	
Sardegna	2,3	4,5	2,5	5,2	2,4	2,4	2,7	1,0	
TOTALE ...	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
	V.A.	301	66	198	58	128	123	371	96

Casi validi: 1.343.