

re 2 morti ogni mille persone trattate. Se il tasso di mortalità è invece 30%, allora le morti evitate saranno 30% per 20%, cioè 6%; eviteremo dunque 6 morti ogni 100 persone sottoposte all'intervento. L'inverso delle morti prevenute è il Numero che è Necessario Trattare (NNT), che è $1/0.002 (=500)$ nel primo esempio e $1/0.06 (=17)$ nel secondo esempio. In altre parole, sarà necessario trattare 500 soggetti per evitare una morte nel primo caso e solo 17 nel secondo caso. Chiaramente, l'NNT veicola molta più informazione dell'Odds Ratio, in quanto include la frequenza assoluta dell'evento che si intende prevenire, in questo caso il tasso di morte. Benché l'efficacia relativa dell'intervento sia la stessa, la sua efficienza — legata al consumo di risorse — è molto maggiore per il secondo caso. Tuttavia, per il singolo paziente questo ragionamento non è perfettamente comprensibile, perché per lui/lei vi sarà sempre una riduzione del rischio di morte del 20%.

Secondo lo stesso ragionamento, Geoffrey Rose, in un importante libro intitolato *Le strategie della prevenzione* ha sottolineato che ci dovremmo attendere vantaggi maggiori, nella politica preventiva, da strategie mirate ad ampi settori della popolazione anziché a piccoli gruppi ad alto rischio. L'idea di Rose è semplice e tipicamente utilitaristica sul piano morale: la vasta maggioranza dei casi di malattia non si verifica nella minoranza di soggetti che hanno rischi estremi, ma in coloro che hanno rischi medio-bassi. Questo significa che gli interventi più efficaci sono quelli che diminuiscono di poco il rischio (relativo) individuale, ma diminuiscono molto il rischio (assoluto) nella popolazione. La tabella 1 mostra come diverse misure di efficacia presentano un quadro diverso dei benefici di due pratiche cliniche: la riduzione del rischio relativo (RRR) suggerisce che la mammografia ha un beneficio molto maggiore nel ridurre la mortalità da cancro della mammella, mentre l'NNT è molto più favorevole per la riabilitazione cardiologica (31 soggetti da trattare per avere un evento favorevole, verso 1592).

Tabella 1

	MAMMOGRAFIA	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
RRR	34%	20%
ABSOLUTE RISK REDUCTION	0.06%	3%
%EPISODE-FREE PATIENTS	99.8 vs. 99.82%	84 vs. 87%
NNT	1592	31

La tabella 2 mostra che diverse pratiche cliniche hanno NNT radicalmente diversi (cioè diversi impatti sulla popolazione), e anche che queste diversità dipendono dalle caratteristiche delle popolazioni che vengono studiate.

Tabella 2**NNT per diversi tipi di pratiche cliniche**

ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA	9
IPERTENSIONE GRAVE	15
IPERTENSIONE MODERATA	700
IPERTENSIONE MODERATA OLTRE 60 ANNI	18
TRATTAMENTO DELL'ANGINA	25
ASPIRINA NEI MEDICI AMERICANI	
ASINTOMATICI (prevenzione di eventi coronarici)	500

Il conflitto tra individuo e popolazione ha molte sfumature, come espresso nella Tabella 3 da Muir Gray.

Tabella 3. Da Muir Gray, modificata

Pratica clinica	Sanità pubblica
Rivolta agli individui	Rivolta alle popolazioni
Trattamento di soggetti sintomatici (che si sentono male)	Trattamento di asintomatici (che si sentono bene)
Basso NNT	Alto NNT
Decisioni specifiche per l'individuo	Decisioni comuni a una popolazione
Difficile produrre sistemi e linee-guida	Facile produrre sistemi e linee-guida

Il libro di Muir Gray sull'assistenza sanitaria basata sulle prove è un tentativo di ricorrere sistematicamente alle prove scientifiche per effettuare scelte competenti ed efficaci nella sanità. L'idea generale del libro è che la migliore politica sanitaria è quella che offre le pratiche cliniche più efficaci nel modo più efficiente possibile ai pazienti che ne possono beneficiare di più.

Ma chi sono i soggetti che ne beneficeranno di più? E chi sono coloro che non ne beneficeranno? Considereremo questo problema nei prossimi paragrafi.

Se consideriamo la descrizione delle missioni della Cochrane Collaboration, è presente un chiaro riferimento all'etica, con una particolare enfasi sul consenso informato:

“La Cochrane Collaboration è un'organizzazione internazionale che mira ad aiutare le persone a prendere decisioni ben informate circa l'assistenza sanitaria attraverso la preparazione, aggiornamento e promozione di rassegne sistematiche sull'efficacia degli interventi sanitari. I nove principi chiave cui la Cochrane Collaboration si ispira sono: La collaborazione, attraverso lo sviluppo di buone comunicazioni interne ed esterne, processi decisionali aperti e lavoro di gruppo. Costruire sull'entusiasmo degli individui, coinvolgendo e fornendo supporto a persone con differenti competenze e retroterra professionali. Evitare la duplicazione degli sforzi, attraverso una buona gestione e coordinamento per massimizzare

**Etica, EBM
e sanità
amministrata**

l'efficienza. Minimizzare le distorsioni, attraverso una varietà di approcci come il rigore scientifico, un'ampia partecipazione e la lotta ai conflitti d'interesse. L'aggiornamento, con un impegno ad assicurare che le rassegne Cochrane siano aggiornate attraverso l'identificazione e l'inclusione di nuove prove scientifiche. Un impegno per la appropriatezza, attraverso la promozione della valutazione di interventi sanitari che utilizzano esiti di interesse reale per i pazienti. Promuovere l'accesso, attraverso un'ampia disseminazione dei risultati della Collaborazione, traendo vantaggio da alleanze strategiche e promuovendo prezzi, contenuti e mezzi adeguati per rispondere alle esigenze degli utenti di tutto il mondo. Assicurare la qualità, essendo aperti e disponibili alle critiche, applicando metodologie avanzate e sviluppando sistemi per il miglioramento di qualità. Continuità, assicurando che la responsabilità delle rassegne, dei processi editoriali e delle funzioni chiave sia mantenuta e rinnovata".

Pertanto, nelle premesse dell'EBM è contenuto un forte impegno in senso etico, con l'enfasi posta sulla trasparenza, il rigore scientifico e i diritti degli utenti della sanità.

Tuttavia, il quadro è diverso se consideriamo gli usi dell'EBM nel contesto della sanità amministrata (Managed Care), una prospettiva leggermente differente. La Managed Care è un esempio di come una *terza parte* può esercitare un controllo sull'uso di servizi medici influenzando sul processo decisionale del paziente e sul rimborso delle cure. Questo sistema tende ad avere profonde influenze sull'autonomia professionale del medico e sull'autonomia decisionale del paziente. La Managed Care tende a riferirsi all'EBM per giustificare scelte basate sulle prove scientifiche. Tuttavia, numerosi argomenti potenzialmente rilevanti per l'etica possono essere sollevati. Un argomento importante è se le prove scientifiche siano egualmente disponibili per tutti i problemi rilevanti affrontati dalla Managed Care. Questo è chiaramente non vero: mentre sono disponibili un gran numero di RCT sui trattamenti farmacologici (per esempio il trattamento dell'infarto), la medicina d'urgenza e in generale i problemi organici, l'ammontare e la qualità delle prove scientifiche riguardanti altri livelli delle cure (supporto psicologico, privazione, reti di supporto sociale) sono molto inferiori. Questo dipende da ragioni obiettive (vi sono maggiori difficoltà nello studio degli argomenti citati, che si prestano poco al modello del RCT), soggettive (minore interesse da parte degli scienziati) e legate al mercato (investimenti minori o assenti da parte dell'industria). In aggiunta agli obiettivi di ricerca, anche diverse categorie della popolazione possono essere diversamente affette dalla Managed Care. Per esempio, uno dei principi della Managed Care è quello di basare le decisioni su indicatori di costo-efficacia come gli anni di vita guadagnati. Tuttavia, gli

anziani possono essere svantaggiati da questo approccio, considerato che possono trarre — in proporzione — minori benefici da trattamenti che prolungano la vita. Inoltre, vi sono prove del fatto che le sperimentazioni cliniche sono condotte preferenzialmente tra pazienti giovani. I maggiori trials sull'iperlipidemia (4S, CARE, LIPIDS) sono stati condotti in pazienti di 60-75 anni, ma in WOSCOPS il limite di età era 65 anni.

L'accesso alle cure è stato definito come "l'uso tempestivo di servizi sanitari per raggiungere gli esiti di salute migliori possibili a costi ragionevoli". Popolazioni particolari possono avere speciali problemi di accesso, per esempio gli anziani o i poveri. Vi sono vari modi in cui gli anziani possono essere affetti da problemi di accesso ai servizi medici: per esempio, nel caso dei tumori spesso sottovalutano i loro rischi, e hanno una media di tre o più condizioni mediche croniche associate, una situazione che tende a disincentivare l'identificazione tempestiva di un tumore e a sconsigliare le attività di screening. Inoltre, la classe sociale è un potente determinante di un minore accesso ai servizi. La sopravvivenza per cancro della mammella può essere addirittura del 60% inferiore nelle classi sociali più basse rispetto a quelle più alte. Gli afro-americani tendono ad avere uno stadio più tardivo alla diagnosi, e questo fenomeno è quasi interamente spiegato dalla classe sociale.

Vi sono prove a favore dell'efficacia del supporto sociale?

Nonostante i conflitti potenziali tra l'etica e l'EBM, produrre prove scientifiche a favore dell'efficacia del supporto sociale e degli interventi non-farmacologici è un obiettivo importante e un modo per riconciliare l'EBM con l'etica. Un esempio è rappresentato dal supporto sociale per i bambini nati da madri ad alto rischio. I bambini nati in condizioni di svantaggio socio-economico hanno un rischio maggiore di incidenti, abuso e abbandono, e hanno maggiori problemi sanitari nell'infanzia. L'obiettivo di una revisione Cochrane era di valutare gli effetti dei programmi di assistenza che offrivano un supporto domiciliare alle donne che di recente avevano dato alla luce un bambino e che erano socialmente svantaggiate, in confronto con l'assenza di tale supporto aggiuntivo. Sono stati identificati 11 studi, che includevano 2992 famiglie. Vi era un trend verso un minor tasso di incidenti tra i bambini le cui madri ricevevano il supporto domiciliare (Odds Ratio 0.74, cioè una riduzione relativa del 26%). Apparentemente non vi erano differenze per l'abuso e l'abbandono. I bambini appartenenti al gruppo che riceveva un supporto avevano una maggiore probabilità di essere adeguatamente vaccinati.

**Popolazioni
particolari
e il problema
dell'accesso**

**Confini
della medicina
e false speranze**

Ancora riguardo agli aspetti etici dell'assistenza sanitaria, essi sono espressi in un modo molto chiaro da Daniel Callahan nel suo libro più recente (*False Hopes*), che esprime un punto di vista radicale ma coerente con tutta la sua precedente riflessione. Secondo Callahan la medicina deve ancora entrare nella sua terza era: la prima fu l'era della medicina pre-scientifica caratterizzata da "accettazione e rassegnazione"; la seconda è l'era della medicina scientifica, caratterizzata da una dipendenza dalla tecnologia e dalla coltivazione di "false speranze" (e dalla ambivalenza degli effetti, secondo una terminologia che Callahan prende a prestito da Jonas). La terza era, in cui dobbiamo ancora entrare, dovrà necessariamente essere un'era di sobrietà e di parsimonia, in base a considerazioni legate fondamentalmente allo sviluppo esponenziale delle tecnologie, e all'impossibilità di assicurarne l'accesso a tutti, con la conseguenza di gravi disparità sociali. La terza fase avrà dunque un grande bisogno di continue valutazioni di ciò che è efficace e ciò che non lo è nella pratica clinica, e dunque di un connubio tra l'epidemiologia clinica (medicina basata sulle prove di efficacia), l'economia sanitaria (una razionale allocazione delle risorse) e la bioetica (una giusta allocazione delle risorse), tutte discipline ancora largamente assenti nella formazione del medico. La medicina attuale propone soluzioni tecnologiche — spesso di dubbia efficacia — a problemi di natura sociale per i quali la società nel suo complesso non riesce a trovare risposta; e, creando false speranze, induce una cultura individualistica di cui vediamo molti segni, come per esempio la litigiosità giuridica nei rapporti tra medico e paziente: il primo in atteggiamento sempre più difensivo e dunque portato a un abuso di strumenti tecnologici, il secondo ansioso e potenzialmente insoddisfatto.

Conclusioni

L'EBM è basata su forti premesse etiche che riguardano la trasparenza e i diritti dei pazienti. Tuttavia, vi sono anche pericoli potenziali nell'EBM da una prospettiva etica: vi sono difficoltà nel trovare un compromesso bilanciato tra il ricorso a conoscenze su base di popolazione e i bisogni del paziente individuale; troppa enfasi viene posta sugli RCT come standard aureo, un punto di vista appropriato se consideriamo i trattamenti farmacologici, ma non se siamo interessati a interventi come il supporto sociale o psicologico (anche se alcuni trial randomizzati sono disponibili anche su questi temi, ci si chiede se questo sia il disegno dello studio più appropriato); l'uso dell'EBM per la Managed Care può introdurre disuguaglianze legate alla mancanza di prove adeguate e pertinenti per sot-

to categorie della popolazione, come gli anziani. Chiaramente questi argomenti richiedono particolare attenzione nel contesto dei mutamenti in atto nei sistemi sanitari europei.

CAPITOLO 3

**QUADRO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO
DEL SISTEMA****3.1. AUTONOMIE LOCALI E SANITÀ****3.1.1 Dalle condotte mediche alle Unità sanitarie locali**

Le funzioni e il ruolo delle autonomie locali, e in particolare dei Comuni, nei confronti della tutela della salute e dei servizi sanitari hanno subito sostanziali variazioni nel tempo. Nei primi decenni del dopoguerra i Comuni italiani hanno diretta competenza su molti servizi territoriali, quali gli uffici di igiene, le condotte mediche ostetriche e veterinarie, la medicina scolastica, i servizi psicopedagogici, le farmacie comunali. Naturalmente la loro consistenza e qualità è molto diversa, soprattutto in rapporto alla dimensione e alla localizzazione dei Comuni.

All'inizio degli anni '70 vengono finalmente costituite le Regioni, cui sono gradualmente trasferite le competenze amministrative che la Costituzione loro riconosce, fra le quali quella sanitaria (1972, 1977). Il sistema delle autonomie locali è a sua volta interessato dalla normativa sulle comunità montane (1971), dalla istituzione dei consigli di circoscrizione (1976) e soprattutto dalla redistribuzione delle funzioni operata dalla L. 382/75 e dal DPR 616/77.

In questi stessi anni una forte iniziativa sociale tocca anche il tema della salute e della sanità, genera significative esperienze sul territorio e nei luoghi di lavoro e stimola il legislatore nazionale e regionale ad introdurre nuove funzioni e servizi. Nascono così consultori, asili nido, servizi di medicina del lavoro, per le tossicodipendenze, per i portatori di handicap, per la salute mentale, che vengono via via inquadrati in prospettive più ampie ed integrate.

Comitati e poi veri e propri consorzi di enti locali (consorzi sanitari, o socio sanitari, di zona) in parecchie Regioni centro settentrionali esprimono l'impegno delle autonomie locali ad associarsi per operare più efficacemente per la salute e la sanità, anticipando così orientamenti che la legge di riforma tenderà poi a istituzionalizzare e generalizzare.

A fine 1978 viene infatti approvata la L. 833 che rinnova radicalmente il

**Il ruolo delle
autonomie locali**

**Una forte
iniziativa sociale
genera esperienze**

quadro delle istituzioni, delle funzioni e delle competenze sanitarie, con la costituzione del Ssn e la riunificazione delle funzioni sanitarie in capo alle USL, strutture operative dei Comuni singoli o associati e delle comunità montane che, in un ambito territoriale determinato, assolvono ai compiti del Ssn (artt. 10, c. 2 e 15, c. 1).

3.1.2 Comuni e Regioni nella riforma sanitaria

**La L. 833/78
in merito
al ruolo
dei Comuni**

In realtà la L. 833 sul ruolo dei Comuni in sanità rappresenta un compromesso fra opposte posizioni, con un dettato in parte ambiguo, in cui si giustappongono affermazioni di opposto segno.

Una serie di articoli (artt. 10, 13, 15, 65, 66), infatti, affermano che:

- tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle Regioni sono attribuite ai Comuni, che le esercitano in forma singola o associata, mediante le USL, loro strutture operative;
- l'assemblea generale dell'USL è il consiglio comunale, nel caso di ambito territoriale monocomunale; l'assemblea generale dell'associazione dei Comuni, formata dai rappresentanti dei Comuni associati, nel caso di ambito territoriale pluricomunale; l'assemblea generale della comunità montana, nel caso di ambito territoriale coincidente con quello di quest'ultima;
- la legge regionale deve prevedere forme di preventiva consultazione dei singoli Comuni sulle decisioni di particolare rilievo dell'associazione di Comuni;
- è il Comune singolo o associato che espone la relazione annuale sullo stato dell'assistenza al presidente della giunta regionale;
- autorità sanitaria locale è il Sindaco;
- i beni dei soppressi enti mutualistici, ospedalieri ed altri enti relativi ad attività sanitarie, sono trasferiti al patrimonio del Comune in cui sono collocati, e così i rapporti giuridici;
- le USL non hanno personalità giuridica.

Questo complesso di affermazioni normative dovrebbe dare piena soddisfazione a quanti affermano che gli obiettivi di una valida tutela della salute possono essere perseguiti solo coinvolgendo e responsabilizzando il sistema delle autonomie locali. Ma i sostenitori di opposte posizioni possono loro contrapporre questi altri contenuti della stessa legge 833:

- gli ambiti territoriali sono stabiliti dalla Regione, mentre il Comune esprime solo un parere;

- la programmazione e l'organizzazione dell'USL è determinata dalla Regione e gestita da organi dell'USL che non sono parte del sistema comunale;
- le USL non sono dotate di personalità giuridica, ma hanno però una capacità giuridica idonea al perseguimento del loro fine;
- il loro personale è iscritto ai ruoli regionali e dipende funzionalmente, disciplinarmente e per la retribuzione dalle stesse USL;
- i finanziamenti statali sono assegnati direttamente alle USL;
- rispetto al patrimonio con vincolo di destinazione alle USL, il Comune, pur titolare, non può esercitare alcuna scelta discrezionale;
- al Comune non viene esplicitamente attribuito alcun potere di vigilanza sulle USL.

Questo secondo gruppo di norme non cancella il primo, ci mostra però che la normativa specifica in parte svuota le affermazioni di principio, definendo per le USL spazi e gestioni separate, rispetto alle quali il Comune non ha alcun potere giuridico, ma solo l'influenza politica che riesce nei fatti ad acquisire ed esercitare. Soprattutto per organizzazione, finanziamenti, spesa, personale, l'USL ha per interlocutore esterno la Regione, mentre il Comune ha un ruolo assai marginale¹.

3.1.3 Comuni e sanità negli anni '80: separati in casa

I limiti e le incertezze che la stessa L. 833 evidenzia nella declinazione istituzionale e operativa delle sue opzioni fondamentali, vengono amplificati negli anni seguenti dalla assenza già a livello nazionale di una gestione convinta e coerente delle riforme. Anche le Regioni nel loro complesso non assunono un ruolo traente.

La legislazione regionale di attuazione della riforma è tardiva e spesso piattamente ripetitiva. Solo alcune Regioni introducono elementi innovativi e dinamici, soprattutto sul terreno dell'integrazione socio sanitaria, costituendo appunto unità locali socio sanitarie, più collegate quindi ai Comuni e alle loro competenze socio assistenziali, di cui viene favorita la delega alle USL, per una gestione integrata. Così soprattutto Piemonte,

**Negli anni
si amplificano
i limiti
della L. 833**

¹ v. E. Ranci Ortigosa e altri, *L'Unità sanitaria locale: organizzazione e funzionamento*, Angeli, 1981.

Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Toscana. Sono le stesse Regioni che approvano proprie leggi socio assistenziali di riordino anche in assenza di una riforma nazionale.

Ancor più tardiva l'attività programmatica delle Regioni. Pochi i piani sanitari, e così quelli sociali, e anche questi poco gestiti e quindi poco efficaci.

Ai ritardi e alle debolezze normative, programmatiche e operative si aggiungono ricorrenti manovre rivolte ad evidenziare già in partenza la non agibilità del progetto riformatore, e l'esigenza quindi di rimmetterlo in discussione e rivederlo radicalmente².

Sopravvengono altri elementi critici: più stringenti tensioni sulla spesa pubblica; crescenti diffidenze verso le gestioni pubbliche; accuse a politici e amministratori di lottizzazioni, sprechi, inefficienze, incompetenze, clientelismo e corruzione anche nella gestione della sanità.

Criticità reali e manovre strumentali convergono nel rimettere in discussione anche il ruolo delle autonomie locali in campo sanitario. Vengono così soppresse prima le assemblee generali (1986) e poi i comitati di gestione, cui subentrano amministratori straordinari di nomina regionale (1989).

Fra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 si susseguono vari progetti ministeriali e parlamentari, che, a seconda dei loro contenuti e della lettura che ne viene data, possono essere collocati in una strategia di correzione della riforma, o di controriforma.

**L'estromissione
dei Comuni
dalla gestione
dei servizi
sanitari**

Il confronto politico porta nel 1992 all'approvazione della legge di delega 421 e al successivo D.Lgs. 502, integrato nel 1993 dal D.Lgs. 517, che codificano e completano la estromissione dei Comuni dalla gestione dei servizi sanitari.

Si può osservare che la gran maggioranza dei Comuni ha abdicato al proprio ruolo nella dimensione sanitaria senza resistenza alcuna, anche perché da parte di essi non c'è mai stato in merito un reale coinvolgimento né un forte investimento. Nei fatti gli organi di gestione dell'USL sono altro da quelli del Comune; Sindaci e Giunte comunali generalmente non svolgono un ruolo determinante neppure nella elezione dei comitati di gestione, in cui l'elettorato attivo è dei consiglieri comunali e la regia è frequentemente direttamente partitica. L'USL insomma è di fatto altro e fuori dai Comuni, interlocutore esterno con cui i Comuni non trattano tematiche sanitarie, ma semmai quelle del coordinamento o dell'integra-

² v. E. Ranci Ortigosa, *I disservizi sociali*, in R. Scartezzini e C. Tullio Altan (a cura di), *Una modernizzazione difficile*, Liguori, 1992.

zione fra funzioni e servizi socio sanitari dell'USL e loro funzioni e servizi socio-assistenziali. Anzi con l'accentuarsi delle difficoltà e delle critiche sulla sanità e la sua riforma, anche la estraniamento da tale ambito dei Comuni si accentua. La grande frammentazione e disomogeneità dei Comuni italiani e la diffusa refrattarietà all'associarsi concorrono certo a spiegare le loro timidezze, il loro disinteresse e talora il loro vero e proprio rifiuto al coinvolgimento sulle tematiche sanitarie, al di là di episodiche sortite localistiche. I Comuni avvertono evidentemente una propria inadeguatezza di scala, e ne traggono le conseguenze, anche se così abdicano alla rappresentanza delle loro comunità in ordine ad una componente essenziale del loro benessere. Anche fra i grandi Comuni, che potrebbero avere risorse e competenze più adeguate, poche sono le iniziative significative in materia³.

3.1.4 Regionalizzazione e aziendalizzazione nel D.Lgs. 502/92

D'altra parte, a diverso livello istituzionale, si va definendo in questi anni un patto fra Stato e Regioni, in base al quale queste assumono una sempre più diretta responsabilità finanziaria sulla sanità, e contestualmente viene loro riconosciuto non solo il ruolo normativo o programmatico, ma anche una competenza e un potere esclusivo sulla gestione e sul finanziamento dei servizi sanitari. Questi vengono infatti riorganizzati in aziende configurate come enti strumentali della Regione, dotati di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Tali aziende sono gestite da un organo monocratico, il direttore generale, che detiene tutti i relativi poteri, è nominato dalla Regione e alla Regione risponde (art. 3 del D.Lgs. 502/92).

Nello stesso decreto pochi sono i riferimenti ai Comuni.

Richiamato il diritto dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio sanitario delle comunità locali nei confronti dell'azienda (art. 3, c. 1), il D.Lgs. 502/92 afferma che il Sindaco, o la conferenza dei Sindaci, definiscono nell'ambito della programmazione regionale, linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività; esaminano i bilanci; verificano l'andamento generale dell'attività. Le loro eventuali osservazioni in merito vanno trasmesse al direttore generale e alla Regione.

**Le Regioni
assumono
responsabilità
finanziaria
sulla sanità**

³ E. Ranci Ortigosa, *L'organizzazione dei servizi nelle grandi città*, Giuffrè, 1986.

L'Ente locale, nella figura del Sindaco che la L. 142/90 individua come centrale, ha così una funzione di rappresentanza della domanda e di interessi sociali non sostenuta da poteri formali, ma affidata ad una eventuale capacità di convinzione o di pressione politica sul direttore generale e sulla Regione, in assenza comunque di qualsiasi supporto informativo e tecnico.

L'esercizio di tale funzione è reso peraltro ancor più problematico dalla dimensione provinciale indicata per le nuove aziende, che, per la sua ampiezza, ricomprende generalmente un gran numero di Comuni, che incontrano quindi grande difficoltà a relazionarsi fra di loro, a concordare contenuti e strategie, ad attuarle efficacemente.

Il nuovo assetto istituzionale non può che ulteriormente allontanare i Comuni dall'occuparsi della sanità se non in occasioni e con logiche che rischiano di cadere nel campanilismo, quali ad esempio le ricorrenti opposizioni alla chiusura o alla riconversione di presidi ospedalieri e di servizi in eccesso o inadeguati. E in effetti non solo quasi nessuno di essi realmente si avvale della facoltà di definire linee di indirizzo (fra le grandi città forse solo Torino fa eccezione), ma molti dei Comuni che hanno scala dimensionale significativa e quindi potenzialità di azione autonoma reagiscono mettendo in discussione la delega di funzioni e di servizi socio-assistenziali deliberata in passato a favore dell'USL per una gestione dei servizi socio sanitari pienamente integrata. Si possono citare le scelte in tal senso di Firenze e di Genova.

Il sistema sanitario si separa dagli altri sistemi

Nel complesso il sistema sanitario viene così a collocarsi in una posizione separata dal sistema delle autonomie locali e dal complesso delle altre politiche relative all'ambiente, al territorio, alle comunità locali, alle persone e alle famiglie.

Come momenti istituzionali di raccordo con le politiche complementari rimangono il livello nazionale e il livello regionale, che a loro volta producono peraltro normative e programmi spesso assai poco coordinati. Nella dimensione locale e gestionale i raccordi istituzionali sono debolissimi, mentre crescono i fattori di distacco e di separatezza.

3.1.5 Nuovi orientamenti su autonomie locali e salute

Alle esigenze incontrovertibili di governo della spesa e di miglioramento della funzionalità e dell'efficienza del sistema sanitario, si risponde quindi con scelte che comportano questi effetti critici, e rispetto ai quali nel complesso debole è la reazione delle autonomie locali, delle organizzazioni politiche e sociali, degli esperti, dei mass media. Si fatica a com-

prendere e far comprendere la "specialità" e "specificità" del bene tutelato, la salute; la molteplicità dei fattori e quindi delle politiche su di essa incidenti, e la necessità conseguente di una forte connessione fra di esse; il carattere del mercato sanitario e il suo squilibrio strutturale a favore dei "produttori" che richiedono che esso sia "amministrato" e che si possa contare su una espressione consapevole e organizzata dei bisogni e della domanda di salute; l'esigenza di responsabilizzazione e di iniziativa in tal senso delle autonomie locali rispetto ad un benessere delle popolazioni e delle famiglie di cui la salute è tanto componente che prodotto essenziale; l'importanza di una attivazione e partecipazione delle popolazioni in termini di educazione, promozione e protezione della salute, che richiede riferimenti anche istituzionali riconosciuti dalle popolazioni, presenti, attivi.

Gli obiettivi di efficienza, economicità, e innalzamento della qualità professionale, che in questi anni vengono fortemente tematizzati, devono quindi incontrarsi e comporsi con obiettivi di responsabilizzazione delle comunità locali, di valorizzazione delle risorse umane e sociali, di integrazione delle politiche e delle azioni organizzative e professionali, di partecipazione e controllo democratico sui temi della salute. Sono del resto punti di forza delle strategie e dei programmi dell'OMS in questo passaggio di millennio.

La rinnovata attenzione al ruolo delle autonomie locali nella tutela della salute è favorita anche da tendenze più generali della cultura e del confronto politico, orientate al federalismo e alla cosiddetta "sussidiarietà verticale", che trovano la loro più ampia traduzione nelle leggi e decreti Bassanini.

I limiti dei D.Lgs. 502 e 517 vengono quindi gradualmente evidenziati e si delineano progressivamente, negli anni '90, attraverso dibattiti e confronti, nuovi orientamenti di politica sanitaria, che trovano verso la fine degli anni '90 contestuale espressione nel Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 e nella legge 419/98 di delega al Governo per la razionalizzazione del Ssn e nel relativo decreto legislativo.

Senza mettere in discussione la piena responsabilità delle Regioni e delle direzioni aziendali nel governo e nella gestione dei servizi sanitari, piano sanitario, legge delega e decreto prospettano un loro esercizio più partecipato, a favore del quale possono venire addotte ragioni non solo di democraticità, ma anche di efficacia. L'esperienza concreta e la riflessione teorica evidenziano infatti che, senza il coinvolgimento e il consenso dei vari attori interessati, i processi programmatici e valutativi non riescono a procedere e conseguire i loro obiettivi.

Questa esigenza di coinvolgimento è particolarmente forte dove gli obiet-

**La rinnovata
attenzione
al ruolo
delle autonomie
locali**

tivi perseguiti, come la promozione e la tutela della salute, richiedono la convergenza di più politiche, sviluppate a più livelli di governo, e dove politiche e azioni presentano forti intrecci e anche evidenti sovrapposizioni, come accade appunto fra Comuni e aziende soprattutto nella vasta area del socio sanitario, ma non solo in questa.

Orientare ed investire su una programmazione strategica e partecipata, rappresenta certo una prospettiva innovativa, il cui successo è largamente affidato alla promozione e allo sviluppo di rapporti dialogici e di confronto aperto e dinamico fra Regione, aziende sanitarie e autonomie locali nei singoli contesti regionali.

A tal fine è essenziale che i Comuni singoli o associati, riacquisiscano una capacità di effettiva interlocuzione e negoziazione con le Regioni e le aziende, dotandosi anche delle risorse informative e dei supporti tecnici necessari a tal fine. Senza di queste non potranno andare oltre rivendicazioni localistiche, al di fuori di prospettive strategiche elaborate e coerenti. Va citata in proposito la legislazione recente di Regioni come la Liguria, ad esempio, che prevedono che le conferenze dei sindaci, a livello aziendale e locale, siano supportate da segreterie tecniche, in grado di svolgere funzioni istruttorie e consulenziali. Risorse di tal genere sono indispensabili per Comuni che intendono davvero assumere e svolgere le funzioni che vengono ora loro riconosciute dal decreto legislativo.

3.1.6 Piano sanitario e coordinamento delle politiche per la salute

Il Piano sanitario nazionale⁴, di impostazione profondamente innovativa e centrata sugli obiettivi di salute, afferma che gli interventi in merito ai determinanti non sanitari della salute (fattori ambientali, sociali, economici, ecc.) richiedono un coordinamento intersettoriale, a livello governativo regionale e locale, che deve tradursi in strategie condivise per obiettivi comuni, e che l'integrazione delle responsabilità e delle risorse rappresenta quindi una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi.

**Integrazione
socio-sanitaria
tra Aziende
e Comuni**

Il Psn, anche in relazione ai nuovi e diversi compiti dei Comuni derivanti dalle previste modifiche alla disciplina del D.Lgs. 502/92, dedica specifica attenzione all'integrazione socio sanitaria nella programmazione e realizzazione degli interventi, da perseguire con intese fra le direzioni

4 DPR 23.7 Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, in G.U. 10 dicembre 1998 (in particolare pp. 77-79).