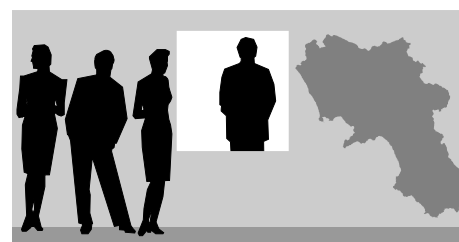


qui italia

6

Napoli, 14mila «soccorsi sociali» estivi

I Servizi sociali del Comune di Napoli, in luglio e agosto, hanno attuato 14.171 interventi. Le richieste più numerose sono pervenute ai «pony della solidarietà» (5.399), dai soggiorni estivi (3.000) alla fornitura di pasti ai senza fissa dimora (2.240), e dai ragazzi in città (1.821). Altri interventi hanno riguardato il segretariato sociale, il tele-soccorso, l'assistenza domiciliare agli anziani e l'ospitalità a 30 bambini saharawi.



Val di Setta, sanità «troppo debole»

Il sindaco di Marzabotto, Andrea De Maria, chiede «maggiore attenzione al territorio montano in termini di risorse finanziarie, attraverso la loro redistribuzione in sede di Ausl Bologna Sud e di ripartizione, a livello regionale, fra le diverse aziende». In particolare, De Maria chiede il rafforzamento dei servizi sul territorio, come i poliambulatori, e della realtà «particolarmente debole» della sanità nella Val di Setta.

La riforma

Un complesso programma del governo per ridare centralità all'obiettivo «salute»
Federalismo e concertazione i punti cardine

Il ruolo del Comune nel sistema sanitario? Da mettere a punto

BRUNO BENIGNI - Responsabile nazionale sanità Lega Autonomie locali e Spi-Cgil

IL DECRETO PER LA «RAZIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE» AFFRONTA IL PROBLEMA E PREDISPONE ALCUNE SOLUZIONI INNOVATIVE. MA PER L'ATTUAZIONE CI VOGLIONO LE LEGGI REGIONALI

Con la legge n. 502 del 1992, che ha introdotto nel sistema sanitario italiano, opportunamente, la cultura e l'organizzazione aziendale, il Comune è stato collocato in una posizione di totale precarietà istituzionale: potrebbe, infatti, formulare indirizzi, esprimere pareri e anche valutazioni, ma senza che i suoi atti abbiano un valore cogente, né per la Regione né per le Aziende sanitarie.

Eppure la distinzione fondamentale, allora operata, tra gestione e programmazione poteva aprire la strada ad una soluzione funzionale nell'articolazione dei poteri a livello locale: da un lato le istituzioni rappresentative, Regioni e Comuni, deputate a compiere le scelte, a programmare, ciascuna ai propri livelli di governo, dall'altro le Aziende sanitarie incaricate di attuare le scelte, di gestire i fattori della produzione con efficienza ed efficacia.

Così non è stato. Il Comune è stato posto in una sorta di parcheggio istituzionale, le Aziende sanitarie, in tutto e per tutto dipendenti dalle Regioni, si sono trovate strette nella morsa del centralismo regionale, private di un referente democratico diretto e autorevole, il Comune o la Conferenza dei sindaci appunto.

Il danno è stato evidente: un progressivo isolamento e restringimento del sistema sanitario, tutto avvitato su logiche interne, l'assenza di verifiche esterne dei comportamenti del sistema e una perdita netta di potenzialità democratiche e di risorse, soprattutto per la prevenzione e per l'integrazione tra sanità ed assistenza. Nessuno spazio per la concertazione con le parti sociali.

La salute, anche per questo motivo, è praticamente scomparsa dagli obiettivi del Servizio sanitario nazionale.

Questa eredità è ancora presente, sotto gli occhi di tutti.

La politica istituzionale e sanitaria del centrosinistra ha colto questo limite strutturale del sistema sanitario italiano e ha avviato un complesso programma culturale, politico e istituzionale per rimettere al centro del sistema la salute, come del resto era nella riforma sanitaria del '78, e per cambiare l'ordinamento del Servizio sanitario, risultato centralistico, burocratico, carico di privilegi, di sacche di spreco, privo di una definizione chiara dei livelli di responsabilità, degli

amministratori come degli operatori. Il federalismo istituzionale, anche per la sanità, è oggi il riferimento imprescindibile per una trasformazione, graduale ma irreversibile, dell'attuale Servizio sanitario.

Momenti essenziali di questo percorso ricostruttivo sono da un lato il Piano sanitario nazionale, approvato nel dicembre '98, e dall'altro la legge n. 59 del 1997, con l'assunzione del «principio di sussidiarietà» come fondamento del riordino dei poteri e come cartina di tornasole per il superamento di tutti i centralismi.

La salute, con il Piano, i cittadini e il Comune, con il federalismo.

Intendiamoci. Il Comune rientra nella sanità come soggetto e interlocutore della programmazione locale, non della gestione che spetta per intero alle Aziende sanitarie e/o ospedaliere.

Il Decreto legislativo per la «Razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale», recentemente approvato dal Consiglio dei ministri, affronta il problema del ruolo del Comune nella sanità e predispone alcune soluzioni innovative e interessanti, anche se per la loro attuazione e per il loro svolgimento bisognerà aspettare le leggi regionali di ciascuna delle venti Regioni italiane.

Infatti ogni Regione dovrà istituire la «Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale», composta dai sindaci o dai presidenti delle Conferenze dei sindaci e da rappresentanti delle Associazioni regionali delle autonomie, che sarà chiamata ad esprimersi sulla proposta di Piano sanitario regionale e a partecipare alla «verifica della realizzazione del Piano attuativo locale, da parte delle Aziende ospedaliere».

LOMBARDIA

Progetto per disabili

Realizzare interventi a favore delle persone che hanno gravi disabilità, sia fisiche che psichiche, è l'obiettivo del programma sperimentale approvato dalla Giunta Regionale della Lombardia, e che verrà presentato al ministero della Solidarietà Sociale per accedere agli appositi fondi previsti dalla legge nazionale in materia. Il programma, di durata biennale per un costo complessivo di 4 miliardi, si articola in quattro progetti attuativi che riguardano quattro diverse aree di handicap i cui bisogni non sono ancora adeguatamente soddisfatti dalla rete dei servizi esistente.



Una programmazione partecipata, dunque, che può realizzare quella collaborazione e quella sinergia tra istituzioni di diverso livello, in questo caso tra Regione e Comuni, indispensabile in un sistema federale, per evitare separazioni autarchiche o, al contrario, centralismi gerarchici.

Ma la novità di gran lunga più grande e più sostanziale, sotto il profilo delle funzioni di governo e delle soluzioni programmatiche, è data dall'introduzione nel circuito della programmazione, insieme al Piano sanitario nazionale e a quello regionale, di un livello di programmazione territoriale, corrispondente agli ambiti di ciascuna Azienda sanitaria, chiamato «Piano attuativo locale», anche se la terminologia usata appare molto riduttiva rispetto al «Patto di solidarietà per la salute» proposto dal Piano sanitario nazionale, che supera l'idea stessa di una programmazione a cascata, dall'alto verso il basso, e apre la strada a forme più ricche di partecipazione e di autogoverno. Non di meno la scelta è di straordinaria importanza.

A questo punto la legge nazionale si è fermata sulla soglia delle competenze regionali e ha disposto che «la legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e pro-

grammazione attuativa locale, definendo in particolare le procedure di proposta, adozione e approvazione del Piano attuativo locale e le modalità di partecipazione ad esse degli enti locali interessati». Così dice, testualmente, il comma 2-quinquies dell'articolo 2 del Decreto legislativo.

Il mandato, dunque, è alle Regioni e alla loro potestà legislativa, non senza un vincolo, però, stabilito nella legge stessa che prevede l'attivazione del potere sostitutivo da parte del Governo, anche «sotto la forma di nomina di un commissario ad acta», in caso di mancata adozione del provvedimento legislativo richiesto.

Non solo. Il Decreto legislativo rilancia il distretto come sede di politiche attive e partecipate per la salute e per l'integrazione tra sanità e politiche sociali, come fondamento dell'edificio sanitario.

In rapporto a ciò, la Regione è chiamata a realizzare la nuova rete distrettuale e a disciplinare il ruolo dei Comuni sul «Programma delle attività territoriali».

A dire il vero ci si aspettava di più e di meglio dalla legge nazionale, per un ruolo più incisivo e più responsabilizzato dei Comuni nella programmazione aziendale e distrettuale, tenuto conto delle competenze di cui sono già titolari nel campo della tutela ambientale, delle politiche territoriali, delle attività sociali. Tutte cose, come si sa, che hanno molto a che fare con la salute.

Il lavoro istituzionale è ancora in corso d'opera e l'attenzione si sposta sulla legge regionale di ciascuna delle venti Regioni.

C'è il rischio di soluzioni istituzionali molto divaricanti da Regione a Regione, in un ambito in cui al contrario c'è bisogno di certezza di ruoli istituzionali, per i cittadini come per le parti sociali, perché siano chiare le rispettive responsabilità.

E qui, infatti, che si compiono scelte concrete per la prevenzione, per la qualità delle cure, per sviluppare la rete dei servizi territoriali alla persona, per correggere le distorsioni storiche e gli squilibri territoriali, per integrare sanità ed assistenza.

Sappiamo quanto duro a morire sia il centralismo, anche regionale, e quanto diffuse siano, in alcune Regioni, le incomprendimenti, finanche le lacerazioni, nel sistema delle Autonomie.

È necessario evitare una babele di soluzioni contrastanti e contraddittorie con lo spirito della legge che ha voluto superare esplicitamente l'orizzonte istituzionale del Decreto legislativo n. 502/92.

Ci sono esperienze interessanti, come quelle realizzate in Toscana e in Emilia Romagna, da cui è possibile prendere le mosse, tenendo conto dei problemi che anche in quelle realtà territoriali si sono manifestati nel rapporto tra Comuni, Regioni e Aziende sanitarie.

Senza attendere che si metta in moto la fase di un recepimento passivo e burocratico della norma nazionale, in sede di Conferenza unificata Stato, Regioni e Città si dovrebbero ricercare e predisporre indirizzi e linee guida per comportamenti legislativi omogenei nelle Regioni italiane per dare quelle soluzioni concrete che fin qui sono mancate.

Non dovrebbe costare troppo decidere in tutte le Regioni che spetta ai Comuni approvare i Piani attuativi locali e i Programmi delle attività distrettuali, sulla base di una concertazione obbligatoria e nel rispetto delle risorse assegnate.

Non dovrebbe essere stravolgente stabilire che è compito dei Comuni controllare i risultati della gestione, che è dovere del direttore generale dell'Azienda sanitaria locale rispondere ai Comuni per l'applicazione del Piano attuativo e del Programma delle attività distrettuali.

Altrimenti, a che serve una nuova legge?

Per concludere i lavori, però, il cantiere istituzionale della sanità dovrà rivolgersi anche alla proposta di modifica della legge n. 142 del 1990, «Autonomia e ordinamento degli Enti locali», in discussione in Parlamento, che ignora del tutto le funzioni dei Comuni nella sanità, mentre è indispensabile che per essi si prevedano nuove forme organizzative, a partire dalla disciplina delle Conferenze dei sindaci e dalla definizione degli strumenti operativi necessari ai Comuni per svolgere le funzioni istituzionali ad essi riconosciute in sanità.

per chi si è perso qualche film
ma non ha perso la pazienza



Se vi siete persi un film, un libro, un CD musicale, un CD Rom, un album di figurine, da oggi per voi c'è il nuovo servizio clienti I'U multimedia.

06.52.18.993

I'U
multimedia

L'occasione colta

Basta una telefonata per ricevere gli arretrati.

