

INTRODUZIONE

Il servizio sanitario tra riforma e controriforma

Dipartimento Stato, Programmazione economica-sociale e Pubblica Amministrazione della CGIL Lombardia, a cura di Angelo Ruggeri (*) Responsabile Dipartimento

Si è verificata, negli ultimi mesi, una recrudescenza della campagna per modificare la Legge 833 di riforma sanitaria del 1978.

Per capire la portata di tale campagna, occorre evitare di ragionare in termini settoriali e rifarsi ad una visione democratica dell'organizzazione amministrativa che è tale proprio perché supera la separatezza del significato delle funzioni, tipica dell'aziendalismo, per realizzare una ricomposizione e una unitarietà delle funzioni istituzionali pubbliche.

Bisogna cioè avere chiaro che in occasione della elaborazione della riforma sanitaria si tenne ben presente quale doveva essere il ruolo delle autonomie locali.

L'attacco controriformatore che viene portato oggi agli assetti istituzionali e gestionali della sanità e alle Ussl in particolare nasce da una divisione che non è più tra chi è a favore e chi è contro le autonomie, ma su come si collocano le autonomie dentro l'assetto istituzionale complessivo.

Da qui l'importanza di una affermazione come quella sottolineata dalla Federazione nazionale Cgil-Cisl-Uil che esclude ogni ipotesi di definizione dell'assetto delle Ussl fuori da una contestualità con la legge di riforma delle autonomie.

La questione della sanità e delle Ussl si colloca cioè, all'interno della necessità di superare la nuova contraddizione tra una legge di riforma, che va verso una coerente regionalizzazione e il tentativo, che dal '78 in poi, si è profilato, di fare delle Regioni un nuovo momento neocentralistico.

La Regione Lombardia e il ceto politico amministrativo lombardo, sono rimasti dentro questa contraddizione quando definirono le Usl come un'Ente giuridico separato dalla rete delle autonomie e poi, ancora di recente, sulla questione degli Ospedali **multizonali**. Il tentativo di sottrazione degli Ospedali **multizonali** alle Ussl (quindi all'Assemblea degli Enti locali comunali) non era solo un'operazione di potere per **accentrare** ulteriormente a livello regionale, ma era, obiettivamente, un'ulteriore tentativo di affossamento della riforma che ha nell'Ussl come Assemblea dei Comuni, la trave portante della democratizzazione del servizio e della **deospedalizzazione** della sanità.

Altrettanto significativo è stato il tentativo della Regione di sottrarre alle Ussl parte della composizione dei Consigli di amministrazione dei **multizonali** attraverso il meccanismo di nomine dirette da parte dell'Ente Regione.

Stravolgimenti e rallentamenti del processo riformatore sono venuti anche da amministrazioni locali dove, come nel caso di Milano, hanno continuato ad operare tendenze al mantenimento della gestione centrale del servizio, svuotando così funzioni e poteri delle Ussl.

Anche per il sindacato è un errore farsi affascinare da facili slogan e parlare di "riforma della riforma" della sanità. Si possono definire riforme solo quelle modifiche che **spostano** il potere verso il basso e che lo avvicinano ai cittadini. Al contrario, tutti i processi di **accentramento** e di **verticalizza-**

zione dei poteri sono processi controriformatori.

I progetti di **riforme istituzionali** e di **riforma della riforma**, che sono stati avanzati, tendono ad un rafforzamento dei poteri e delle prerogative dei vertici e dei vari "Centri" e come tali configurano processi controriformatori.

Il sindacato non può prestarsi in alcun modo a tale gioco che, come dimostra ampiamente il "progetto Degan", mira a svuotare la Legge 833 dei suoi contenuti più qualificanti, conquistati dal sindacato con le sue lotte.

Questi progetti e le spinte controriformatrici che li sottendono sono indubbiamente stati favoriti non solo da errori di gestione, ma da errori di impostazione politica fatti dalle stesse Ussl e dall'attentismo dei suoi amministratori.

Basti ricordare che in Lombardia le spese per la medicina preventiva ammontano a solo l'1,86% contro il già infimo 3,7% nazionale, mentre le spese ospedaliere con il 64% superano di molto il 55,9% nazionale. Il nuovo contratto unico risulta inapplicato e il precariato enormemente diffuso ancora, mentre continua a mancare un piano sanitario regionale.

Lo scarso sviluppo della prevenzione, lo scarso sviluppo dell'assistenza di base, il decadimento dell'esperienza di formazione degli operatori, la sottovalutazione del ruolo del personale e degli uffici di direzione, l'elusione delle aspettative dei medici rispetto alla qualità del lavoro, la mancanza d'interventi a favore degli anziani, la non funzionalità dei consultori,



la mancanza di servizi nel campo dell'igiene mentale, della medicina scolastica, della tutela della salute nei luoghi di lavoro, il sabotaggio delle forme di partecipazione e così via, sono tutti errori d'impostazione politica, prima ancora che limiti di gestione. Limiti d'impostazione politica che hanno portato non già ad affermare una cultura riformatrice e di trasformazione del servizio, ma a perseguire una cultura di gestione delle vecchie e preesistenti strutture, così come esse erano.

Il fronte riformatore si è mosso poco e quando lo ha fatto è rimasto sovente nell'ambito della sfera dell'*autonomia del politico*, il che ha comportato una separazione dalla sfera delle domande e dei bisogni presenti nel sociale e una preponderante attenzione ai problemi di schieramento e ai rapporti di vertice, con il conseguente prevalere delle logiche spartitorie dei partiti rispetto ai programmi.

È così che si sono aperti, anche nelle Ussl, spazi alle spinte corporative e al prevalere di un "realismo regressivo", tutto volto alla subalternità rispetto agli ostacoli frapposti dall'azione del Governo.

Per rompere queste logiche e meccanismi perversi bisogna al-

largare la capacità di lotta saldando il fronte delle autonomie con quello delle forze sociali, dei cittadini e degli operatori stessi, anche per battere una politica fatta di *separatezza* rispetto al territorio e contribuire, anche così, al recupero della filosofia vera della riforma: l'incontro tra medicina e territorio.

Un nuovo fronte di lotta per rilanciare la riforma sanitaria

Per il rilancio del movimento riformatore, una funzione essenziale spetta al sindacato, che in questi anni non è sempre riuscito a indicare linee e iniziative capaci di riprendere, sui problemi di attuazione della riforma, la battaglia condotta per la nascita del Servizio Sanitario Nazionale. Assorbito forse anch'esso nella logica dell'*autonomia del politico*, ha finito con l'esercitarsi nella ricerca della mediazione tra posizioni considerate immutabili anziché mobilitare forze ed energie sociali per cambiare e combattere le posizioni antagonistiche con una logica di riforma.

Ora però, per rilanciare la riforma sanitaria è necessario ricostruire (anche su temi nuovi) il

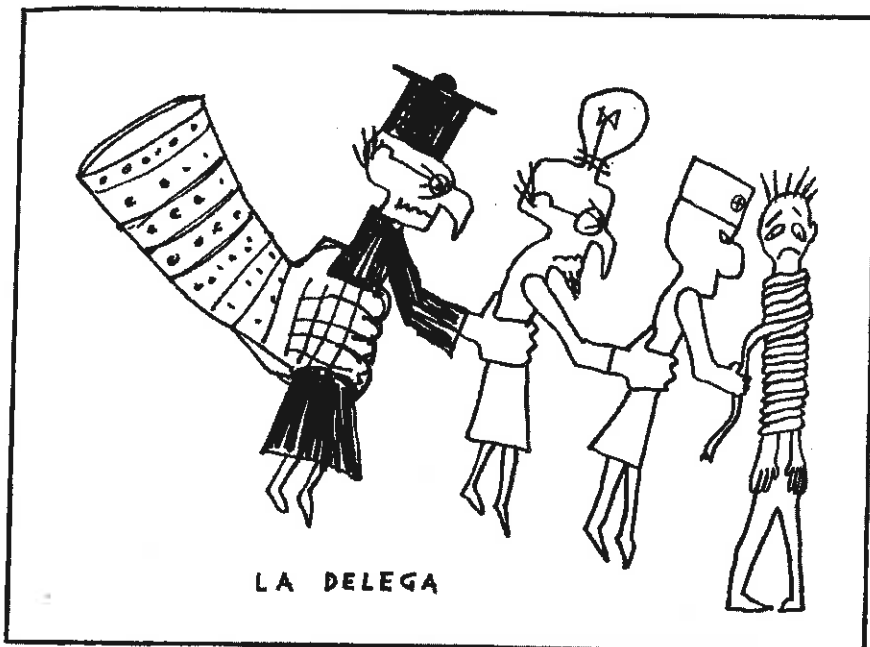
movimento e l'aggregazione di svariati soggetti sociali e professionali che hanno combattuto per ottenerla.

Per riuscire in questo, oltre al recupero di una capacità d'iniziativa sociale del sindacato in quanto tale, può essere di grande importanza la capacità di trovare e individuare nuovi strumenti con i quali saldare nuovamente il fronte riformatore e aggregare i vari soggetti interessati al rilancio del servizio riformato.

A questo proposito è da notare che sono sorti numerosi **Comitati per la difesa della Legge 180** sulla psichiatria. Ma tale Legge è stata ormai inglobata nella Legge di riforma sanitaria di cui è ormai parte integrante. Ci sembra dunque in qualche modo limitativo il ruolo dei **Comitati** che difendono solo un capitolo della riforma sanitaria, quando anche le conquiste ottenute nel campo della psichiatria non saranno difendibili se l'attacco controriformatore colpirà la Legge 833. I **Comitati di difesa** sono uno strumento importante, ma occorre sollecitare l'ampliamento della loro funzione a tutto il campo della riforma sanitaria e favorire la nascita e la formazione di *Comitati per la difesa e il rilancio della riforma sanitaria*, come luogo di unificazione, sull'intera tematica sanitaria, di vari soggetti sociali e istituzionali; dal sindacato agli Enti locali; dai Consigli d'Azienda agli operatori sanitari; dalle donne agli anziani; dai medici di lavoratori e agli utenti in genere, ecc.

Il primo comitato del genere è stato costituito in una delle Ussl in cui è stata condotta la ricerca dell'Ires: l'Ussl n. 7 di Tradate (Va), ma si trattava di iniziativa da generalizzare.

Gli ultimi sviluppi della politica sanitaria mettono in evidenza che si sta accelerando un processo teso a fare uscire le Usl non solo dall'**ordinamento** configurato dalla L. 833, ma a farle uscire dall'*ordinamento previsto e disegnato*



dalla Costituzione.

Le misure legislative attuate in materia con decreti e con leggi come la Finanziaria, tendono a *subordinare* la politica sanitaria alla politica economica, anzi al contenimento della spesa pubblica. In contrasto con sentenze come quella della Corte costituzionale che ha di recente ribadito che **diritti costituzionalmente garantiti** devono fare "superare la prospettiva del puro contenimento della spesa pubblica". L'unico imperativo che sembra guidare l'azione di governo è il controllo e la riduzione di questo settore della spesa sociale. Ciò avviene in tre fondamentali direzioni: a) la trasformazione degli strumenti di programmazione in strumenti di puro e solo controllo contabile; b) l'impedimento all'elaborazione e all'attuazione del **Piano sanitario nazionale** permettendo così, in questo modo che sia la Legge finanziaria a decidere annualmente la ripartizione della spesa sanitaria; c) un *atutturazione* della Legge finanziaria (perfezionata con la legge per l'84-85) che prevede un meccanismo in base al quale il **piano di riparto** sanitario viene stabilito all'interno della Legge finanziaria stessa. Il meccanismo è stato ribadito con le **norme precet-**

tive del Piano sanitario, approvate in Commissione del Senato a maggioranza, prevedendo che al Fondo sanitario non venga attribuita tutta la quota spettante, ma solo una parte. Un'altra parte viene trattenuta dal governo: non solo quella in **conto capitale** (che è tutta trattenuta) ma anche una parte di quella per le spese correnti e a destinazione vincolata. Tale quota verrà assegnata solo **quando e se** i programmi regionali verranno considerati dal ministro di bilancio e della Sanità conformi alle direttive rigide del governo. La legge quadro di riforma risulta dunque scorrettamente trasformata da strumenti istituzionali tra cui quelli di controllo "interni" ed "esterni" al sistema sanitario.

Per realizzare questa subordinazione si inducono meccanismi di controllo sull'attività delle Ussl, **assolutamente atipici** non solo rispetto alla 833, ma anche rispetto il sistema delle autonomie locali.

Si coglie così una volontà d'ingerenza del governo centrale sulle Ussl, che fa scempio delle competenze delle Regioni: anche di quelle previste dall'art. 117 della Costituzione.

A loro volta le Regioni, come è il caso della Lombardia, si rival-

gono sui Comuni e sulle Ussl per recuperare "pezzi" di potere, come nel caso dei **multizonali**, che non competono loro.

In questo modo, con l'inglobamento delle Ussl nell'organizzazione regionale e con la trasformazione delle Regioni in "enti serventi" del governo, si ingabbiano le Regioni e si annulla il ruolo dei Comuni che vengono aggirati dal "combinat" (per usare l'espressione efficace di un giurista) *Governo-Regioni-Ussl*.

Anche in questo caso, strumento privilegiato della manovra centralistica è lo strumento della dipendenza finanziaria.

Insufficienza della risposta sindacale

Rispetto a questa manovra e ai contenuti del progetto del Ministro Degan, appare debole e contraddittoria la posizione assunta dalla Federazione Cgil-Cisl-Uil nazionale, esplicitata nel documento del 6 maggio 1984.

Debole perché, pur richiamando giustamente la necessità di affrontare il problema di assetto delle Usl nel contesto della riforma delle autonomie locali, tralascia di indicare i contenuti di autonomia e di democrazia che deve caratterizzare la riforma e a cui deve rifarsi anche l'assetto delle Ussl.

Contraddittorio perché mentre individua giustamente, come una delle cause maggiori della disfunzione del sistema sanitario il fatto che le Usl sono andate configurandosi come Enti "separati", dotati di loro autonomia, sembra accettare peraltro l'ipotesi di una trasformazione dei Comitati di gestione in una sorta di "Ente delegato di gestione", in una specie di **Municipalizzata** che ratificherebbe, esasperandola, la separazione e l'autonomismo di questi **Enti di zona**.

Occorre, invece, accelerare i tempi per una soluzione che definisca da subito una collocazione

delle Usl nell'ambito dell'ordinamento costituzionale italiano e, in particolare, all'interno del sistema delle autonomie locali per fini di *socializzazione* dei bisogni, sia soggettivi che collettivi. In questa direzione, rifiutando ogni ipotesi di "aziendalizzazione" delle Ussl, intende muoversi la Cgil come si evince dal documento conclusivo del seminario nazionale che pubblichiamo in questo fascicolo.

Una risposta riformatrice deve cioè, a nostro avviso, necessariamente partire dall'impianto della Legge di riforma e dalla ricerca di una sua coerente attuazione, sia per rafforzare l'impostazione della L. 833 sia per fare di essa uno strumento che contribuisca alla realizzazione di un coerente processo riformatore dell'intero sistema delle autonomie locali e, dunque, dello Stato.

tuzionali, tenendo comunque presente la necessità che essi risultino funzionali anche alla risoluzione delle altre "questioni".

Aspetti istituzionali

Nel rapporto **Regioni-Comuni** ci sembra in primo luogo necessario impedire, se necessario anche con modifiche della legislazione regionale, invasioni di campo che riproducano su scala regionale le dinamiche centralistiche del governo nazionale.

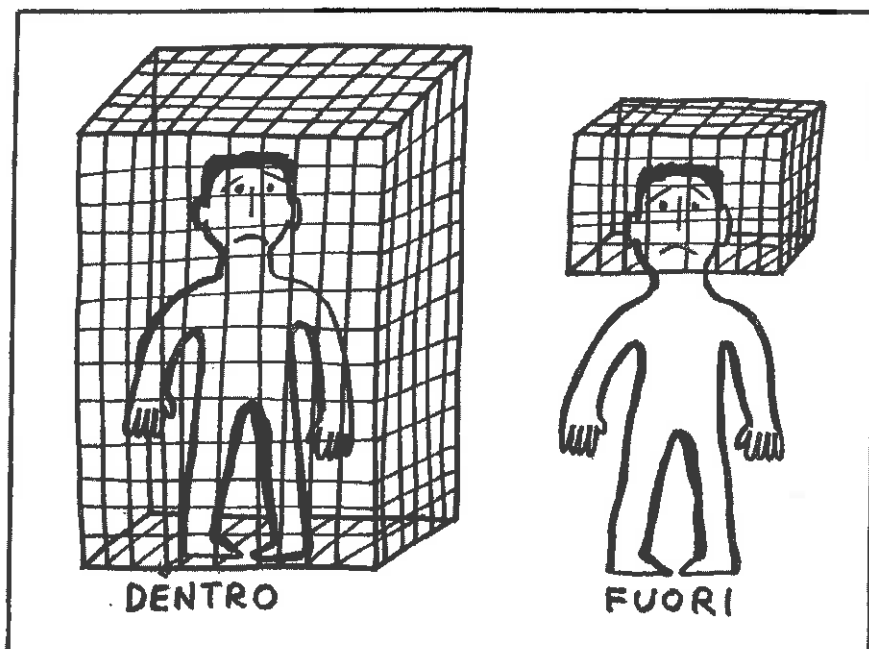
La legge 833 parla opportunamente, solo di indirizzo e coordinamento nella delineazione dei rapporti tra governo-Regioni, ma evita, non a caso, di **prolungare** questa funzione anche nel rapporto Regioni-Comuni, sottintendendo opportunamente che l'omogeneità e l'unitarietà debbono

proprio dal fatto che le Regioni hanno spesso mancato al loro compito di definizione dei **Piani sanitari**.

Sempre a livello regionale, per una omogeneità e unitarietà d'indirizzo è indispensabile rivendicare una **ricomposizione** tra funzioni sanitarie e assistenza, che oggi fanno capo ad assessori diversi ed operanti in modo separato e talvolta contrapposto.

Per quanto riguarda il **livello locale-territoriale**, se siamo d'accordo che occorre partire dall'impianto della Legge di riforma, è bene ricordarsi che l'art. 1 della 833 delinea un Servizio Sanitario Nazionale originale rispetto a quello di tutti gli altri paesi europei e internazionalmente riconosciuto all'avanguardia. È stata cioè rifiutata la strada di un comparto amministrativo separato, per definire il S.S.N. come un'area di **finalizzazione** delle politiche sanitarie realizzate nei livelli istituzionali ordinari del **Centro** e del **decentramento** regionale e locale. **Stato, Regioni e Comuni** sono cioè individuati come i titolari delle competenze sanitarie proprie di ciascun livello istituzionale.

Ogni soluzione deve quindi corrispondere alle due qualità indicate dalla Legge 833 per il S.S.N.: essere unitario e ripartito tra più soggetti istituzionali, ognuno dei quali deve godere dell'autonomia costituzionalmente garantita. Il rilancio della riforma sanitaria passa quindi prima di tutto attraverso il ristabilimento e il rispetto di quanto previsto dalla 833 in ordine alla titolarità e all'autonomia degli Enti locali in materia sanitaria e di programmazione (attraverso i Piani del **Centro** nazionale e delle Regioni. Quindi, attraverso una definitiva collocazione delle Ussl nel sistema costituzionale e delle autonomie. Le modifiche e le proposte debbono quindi esercitarsi nella ricerca di soluzioni legislative in primo luogo regionali, che garantiscano la riappropriazione delle Usl da par-



Per ottenere una riappropriazione delle Ussl da parte dei Comuni singoli o associati (tramite l'Assemblea Ussl), oltre ai problemi di assetto istituzionale, occorrerà affrontare altre questioni come la programmazione, il finanziamento e la gestione del personale.

Per ora ci limitiamo ad un approfondimento degli aspetti isti-

essere affidate al processo politico della programmazione e non ad un rapporto gerarchico-amministrativo. La condizione imprescindibile per realizzare questo è la elaborazione e attuazione coerente dei **Piani sanitari regionali** e di quello nazionale.

L'insufficiente capacità d'indirizzo e la mancanza di unitarietà che si sono manifestate derivano

te degli Enti Locali e non viceversa, una separazione "aziendalistica".

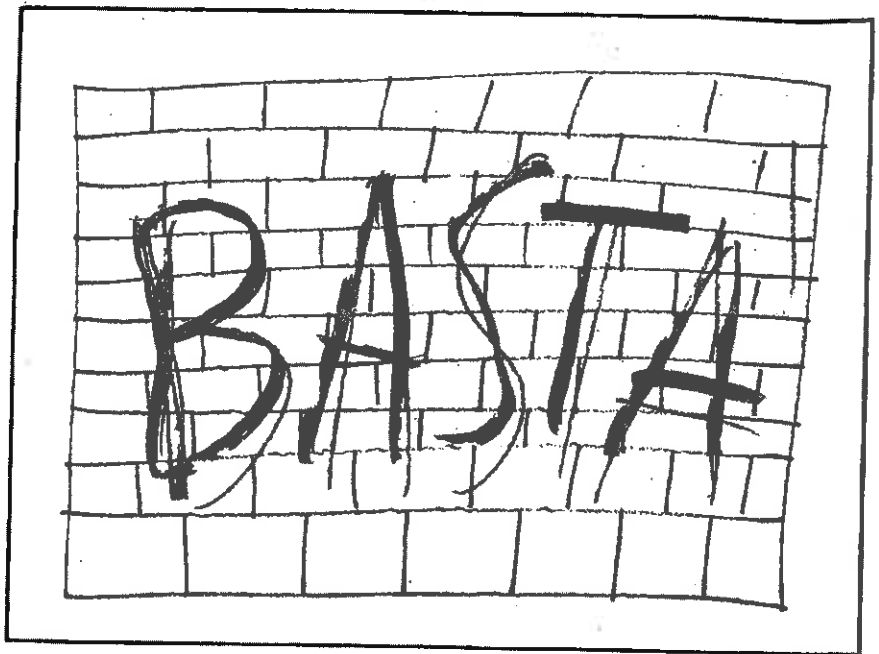
Si tratta dunque di formulare proposte che vadano in direzione opposta a quella cui tende il "progetto Degan", che vorrebbe, appunto, equiparare le Ussl a delle **Municipalizzate**.

Al contrario, vanno corrette quelle normative regionali che, come in Lombardia, hanno teso già nel passato a configurare i *Comitati di gestione* quasi come il *Consiglio di Amministrazione* di una Municipalizzata.

A coloro che pensano che una limitazione delle funzioni dell'Assemblea e una delega delle maggiori funzioni ai **Comitati di gestione**, possa essere un rimedio, diciamo di guardare al fatto che questa soluzione, in Lombardia, (dove questo, in pratica, è già stato posto in essere), *non ha risolto alcun problema*. Anzi ha aggravato alcuni problemi come dimostra il fatto che in Lombardia si registra la *più bassa percentuale di spesa per la medicina preventiva di tutto il paese*.

Non è un caso che ciò avvenga in una Regione dove in base all'art. 20 della Legge regionale 35/1980, già oggi l'Assemblea generale dell'Ussl, delega la stragrande maggioranza delle funzioni al **Comitato di gestione**. L'Assemblea, già dal 1980, si trova dunque ad avere solo funzioni di indirizzo generale e di controllo (oltre che ad avere il potere di nomina e di revoca degli organi ma, attenzione, non del Presidente, che invece risponde solo al **Comitato di gestione** che lo "elegge" come in una Municipalizzata, appunto).

Quello che emerge dall'esperienza dell'assetto istituzionale delle Ussl in Lombardia è che il ruolo delle Assemblee dell'Ussl, che è la sede dove si esercita maggiormente una presenza diretta dei Comuni, è estremamente limitato e che i **Comitati di gestione** sono per molti aspetti similari al



Consiglio di amministrazione di una municipalizzata, mentre i Comuni sono sostanzialmente tagliati fuori. Tutto questo è molto diverso dal modo come i riformatori (sindacato in testa) avevano pensato l'Ussl e l'articolazione di un sistema sanitario nazionale *democratizzato e localizzato* in virtù della potestà politica degli enti locali elettivi in rappresentanza dei cittadini del territorio in cui opera l'Ussl.

Questo non giustifica il fatto che Consigli comunali e partiti non discutano nella sede istituzionalmente prevista (il Comune) della sanità nel proprio territorio. Spiega in parte però, il disinteresse e la demotivazione, persino alla partecipazione alle riunioni dell'Assemblea della Ussl.

Le Ussl, ecco il punto che l'esperienza lombarda mette a fuoco ulteriormente, non sono e non possono essere delle **municipalizzate**. Non possono essere ridotte od equiparate ad aziende collegate con il Comune, per finalità di tipo **industriale** come appunto le aziende municipalizzate. La salute non è l'azienda del gas e non può essere affidata a un soggetto gestore equiparabile a soggetti "del" mercato. Ciò è quello che invece ritiene chi pensa che un be-

ne e un fine pubblico **costituzionalmente garantito** (sentenza della Corte Costituzionale) come la salute debbano essere subordinati al contenimento della spesa pubblica e a logiche di mercato "di tipo privatistico". Si vorrebbe cioè ignorare che l'amministrazione pubblica persegue valori generali diversi dagli interessi corporativi delle amministrazioni private che hanno come unico fine il profitto.

Bisogna dunque fare attenzione, non solo perché le forze culturali che si sono impegnate su questo terreno dell'organizzazione sono quelle la cui formazione è tipicamente **aziendalistica**, che avevano sempre ignorato l'importanza del **pubblico** ma che ora, di fronte alla rilevanza del ruolo pubblico, vorrebbero mettere in discussione la forma pubblica, per **delegificare e privatizzare**. Ma soprattutto perché non si può parlare genericamente di **azienda pubblica** in quanto non tutte le forze istituzionali sono uguali.

Va bene parlare giornalisticamente di una "Azienda Italia".

Ma quando si vuole qualificare il discorso in termini **politico-scientifici** non si può accettare una teoria che porta a ritenere che *lo Stato sia un'azienda*, quindi che al suo interno, con la teoria dei sub-

sistemi, ci sono delle sub-aziende per cui ci sarebbe una sub-azienda Regione, una sub-azienda Comune e così via altre sub-aziende.

Lo stato centrale, i Ministeri, le Regioni (soprattutto quelle che non dovrebbero amministrare ma programmare) non possono in alcun modo essere considerate Aziende.

Persino le Aziende di Stato sono dei servizi pubblici che non seguono strettamente la logica dell'economicità (solo l'Enel in parte, che però non è Ente di Stato).

Qualificare le Ussl come Aziende vuol dunque dire fare una deformazione politica. Eppure proprio dalle risultanze del gruppo di lavoro governativo del prof. Pastore si parte apoditticamente dall'affermazione che le Ussl sono aziende e, dunque, si dice, occorre definire meglio questa azienda, perché la Legge 833 sarebbe equivoca.

Ma con la riforma sanitaria si voleva (noi per primi) fare un'altra cosa, dare vita ad uno strumento che non fosse né un'Ente pubblico né una Municipalizzata.

La Legge 833 quindi non è ambigua perché è sfuggita ad una definizione, ma perché le Ussl non dovevano rientrare nel novero di quelle due definizioni, stanti i suoi scopi. Perché Ussl è espressione di un'articolazione complessiva, istituzionale, che si chiama Servizio Nazionale.

L'unico modo per battere una burocrazia centralizzata (che era uno strumento nazionale) e per soddisfare un bisogno generale era di fare un'altra cosa nazionale ma democratica.

Uno strumento che permettesse di conoscere i bisogni attraverso un legame, dal territorio (dove ci sono i bisogni) fino alle sedi centrali e soprattutto, uno strumento per affermare che le scelte sono da fare là dove i bisogni si verificano.

Ecco anche, perché il rilancio della riforma passa per un rilancio della funzione delle autonomie locali e il recupero ad esse delle Ussl per definire democraticamente (non centralisticamente) l'uso sociale della spesa.

Quello che però ci importa è rilevare che le Ussl non debbono

divenire lo strumento di una nuova autocrazia, sostitutivo dei Comuni ma, come è stato previsto dalla Legge di riforma, debbono essere e diventare l'Assemblea permanente dei Comuni per una gestione programmata delle risorse a livello territoriale.

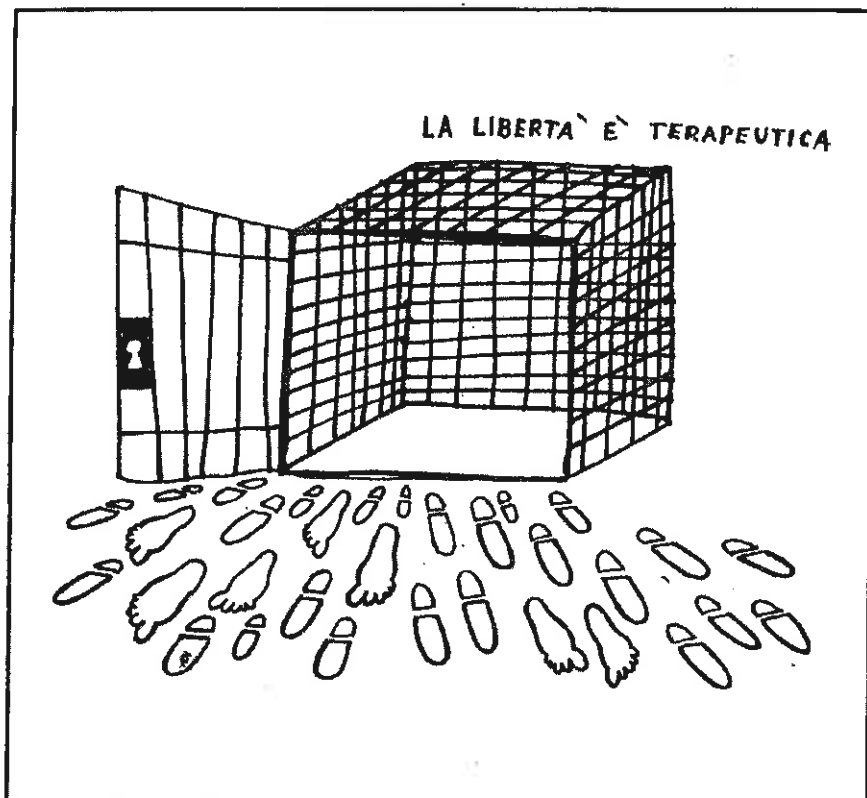
Perciò se sono i Comuni che debbono assicurare la democraticità della programmazione e l'efficacia dell'indirizzo politico, diventa necessario prevedere una diversa e più sicura presenza degli enti locali comunali nell'ambito dell'Ussl, con una responsabilità diretta oltre che nell'Assemblea anche nel Comitato di gestione, al fine di correggere la 'separatezza' che si è verificata sino ad oggi.

L'intervento che occorre operare è appunto, una modifica di tutte quelle normative regionali che hanno impedito alle Ussl di essere come erano state pensate nella riforma sanitaria: una "struttura operativa dei Comuni" per rigenerare davvero la riforma in una seconda fase che, come è stato detto, sia una seconda fase riformatrice e non controriformatrice.

Questa esigenza è tanto reale che già in passato ci si era proposti di soddisfare attraverso il Comitato di coordinamento dei Sindaci, che rischiava però di incrementare le procedure del processo decisionale senza essere risolutivo, in quanto avrebbe avuto una funzione semplicemente propositiva verso i Comitati di gestione.

Oggi ci sembra che l'indicazione che da tempo avevamo dato, per una presenza diretta dei Comuni nell'Assemblea e nei Comitati di gestione, possa trovare una soluzione nell'ipotesi che è stata da alcune parti avanzata, di una presenza diretta del Comune nel Comitato di gestione per il tramite dell'Assessore alla sanità.

Una proposta di nuovo assetto istituzionale delle Ussl; basato sul rapporto diretto tra Enti locali e Comitato di Gestione delle Ussl non è stata formalizzata solo in sede di dibattito politico.

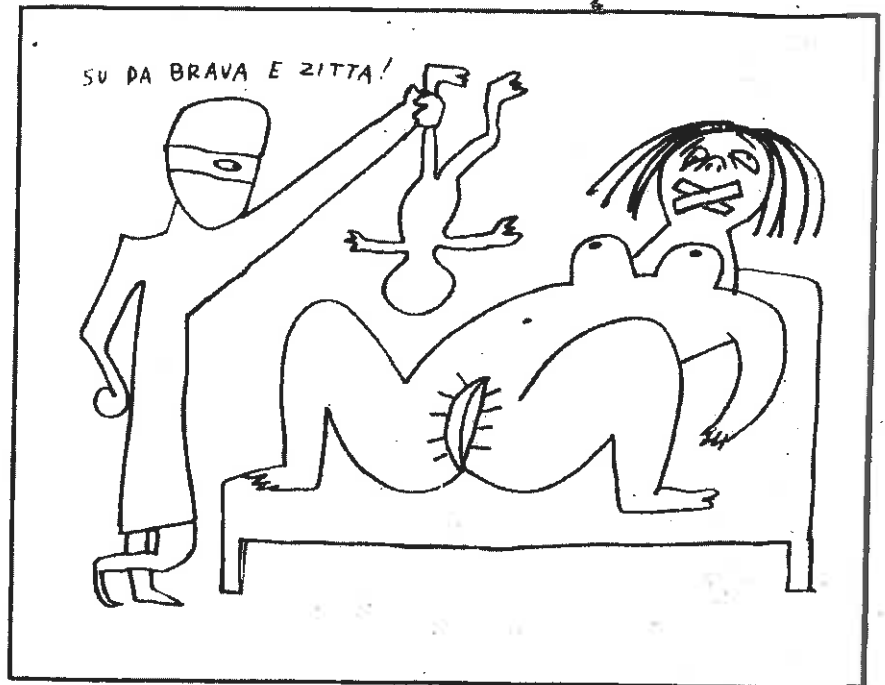


La concretizzazione delle ipotesi di riassetto istituzionale in una Regione e in un Disegno di Legge del Senato

In sede istituzionale l'ipotesi formulata trova un suo specifico riferimento nella Legge per il riassetto istituzionale della Regione Emilia Romagna dove, in tema di **Associazioni Intercomunali**, si afferma che "le Associazioni intercomunali hanno un'Ufficio di Presidenza che, in quanto sede di impulso proposta e raccordo delle attività dell'Assemblea, è costituito dai Sindaci facenti parte dell'Associazione Intercomunale (o dai loro delegati)".

Quindi, *mutatis mutandis*, per le Ussl possono essere gli Assessori alla Sanità dei Comuni a rappresentare direttamente gli Enti Locali nei **Comitati di Gestione**. Dunque, per prima cosa, si propone di prendere come punto di riferimento della nostra discussione sul riassetto istituzionale delle Ussl una Legge regionale già in vigore come quella dell'Emilia Romagna.

Deve inoltre essere tenuto pre-



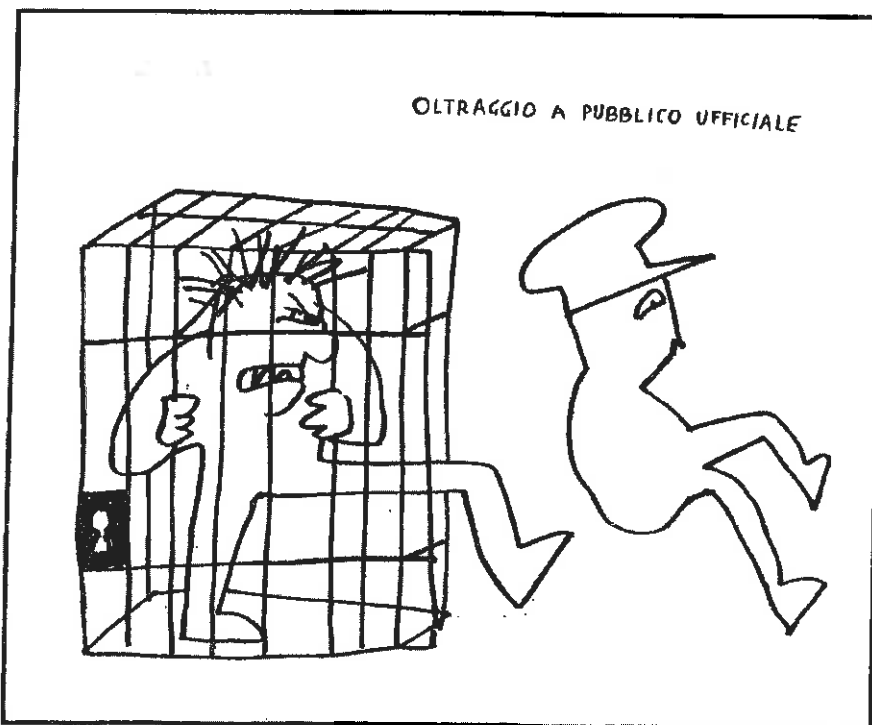
sente il **progetto di riforma delle autonomie** unitariamente definito dai senatori nel mese di giugno del 1984. Cgil, Cisl e Uil hanno giustamente richiamato e rinviato la questione della Sanità alla riforma delle autonomie. Occorre sapere (pur nei limiti di un progetto che potrebbe anche non passare così com'è), che c'è un'accordo politico tra tutti i partiti politici

costituzionali, in cui all'articolo 40 del progetto di riforma ci si colloca all'opposto delle proposte governative illustrate da Degan (ma anche all'opposto di ogni ipotesi di regionalizzazione del servizio):

Dice infatti l'art. 40: "Le funzioni socio-sanitarie sono esercitate secondo quanto previsto dalla legge quadro nazionale e dalla conseguente normativa regionale, dai Comuni che le gestiscono in modo singolo od associato, nelle forme previste dalla legge, ferma restando la responsabilità politica ed economica del Comune".

Questo significa che nelle sedi dove la politica si riaccosta alle questioni generali di assetto istituzionale si afferma come punto fermo la necessità di un Servizio sanitario basato sulla *localizzazione* del potere. Addirittura questo aspetto viene esaltato proprio nella sede in cui si ha una visione globale del sistema delle autonomie.

Si può quindi dire che esiste una possibilità reale e fondata, per rilanciare, come sindacato, una battaglia per la riforma sanitaria, sapendo che le forze politiche, unitariamente, tengono fermo e saldo un punto estremamente importante.



Tecnica e politica, pubblico e privato, democrazia ed efficienza nell'applicazione della riforma sanitaria

Adottando il criterio di riportare il contenuto degli interventi legislativi effettuati nella fase di attuazione della riforma sanitaria, si può constatare in modo sufficientemente chiaro sia come in concreto si snodi la successione di questioni che in sede di elaborazione della riforma presentano un diverso ordine logico, sia come la fase attuativa costituisca l'occasione per ispirare le scelte concrete ad una visione "congiunturale" contrastante con l'indirizzo politico della riforma. In altri termini, così come i rinvii per decenni di interventi riformatori hanno potuto determinarsi mediante quella che dalle forze riformatrici era denunciata come politica dei "due tempi" — prima le esigenze immediate e congiunturali, poi le riforme —, per converso, la strategia controriformatrice dopo l'entrata in vigore della legge di riforma — nel nostro caso, la legge n. 883/78 — si è palesata anzitutto attraverso forme di intervento che nascondono il loro carattere strategico dietro una tattica non tanto dilatoria e di rinvio, quanto di erosione dei principi riformatori interni alla pratica attuativa della riforma, quando cioè è più difficile distinguere tra "congiunturalismo" e "controriforma".

La necessità di intervenire a fini programmatori e di finanziamento da un lato, e quella di apprestare condizioni di operatività amministrativa dall'altro lato — sempre in una linea che si poneva co-

me attuazione dell'impegno riformatore —, sono valse a presentare quindi in forme meno vistose ma sostanzialmente più incisive quelle questioni "generali" che frattanto in sede politica — fra i partiti e nei partiti, fra le istituzioni e nelle istituzioni — venivano dibattute intorno ai fondamenti stessi della riforma, nei termini della congruità delle forme istituzionali del SN rispetto agli obiettivi ad esso affidati.

Non si può capire allora quanto riferito nella prima parte di queste annotazioni, se non si parte da una precisa consapevolezza del fatto che l'attacco più complessivo che è in corso in nome della "governabilità" contro il potere democratico che si esprime nel ruolo del Parlamento al centro, e nel ruolo del sistema delle autonomie in sede decentrata, manifesta i suoi effetti dannosi più penetranti attraverso il disegno ormai sempre più evidente e preciso di sconvolgere la riforma sanitaria, proprio per la ragione già accennata e che ora cercheremo di sottolineare in modo articolato. Essa dopo un quarantennio di lotte "sociali", è venuta alla fine del 1978 a introdurre la prima riforma amministrativa dello stato democratico, delineando in un campo dei bisogni sociali di indubbio valore prioritario come quello della salute, un tipo di modello di organizzazione del potere destinato certo non a riprodursi meccanicamente in altri campi dell'organizzazione

pubblica, ma a segnare una svolta decisiva in quella "riforma dello stato" che tardava a incamminarsi, e rispetto alla quale si diceva e si continua a dire che la sinistra era ed è priva di una cultura istituzionale, già dall'epoca dell'elaborazione della Costituzione.

Quel che va in primo luogo puntualizzato — proprio per dare un senso alla portata della discussione in corso — è che la riforma sanitaria ha fatto seguito immediato e coerente all'emanazione delle norme sul trasferimento delle funzioni e del personale statale alle Regioni (col' Dpr n. 616/77, sulla base della legge n. 382/75), rappresentando perciò il prototipo di quella socializzazione e democratizzazione del potere che è la condizione necessaria perché la gestione dello stato — cioè la sua efficienza — sia lo sviluppo conseguente della democrazia politica, economica e sociale avviata dalla Costituzione con riguardo al nesso dell'organizzazione del potere con i valori fondamentali in essa accolti, ivi compreso il diritto alla salute come bene individuale e collettivo di cittadini e di lavoratori. La stessa durata delle lotte sociali che sono state la causa fondante della riforma, fornisce una chiave interpretativa essenziale per valutarne i contenuti. Entrando in vigore nel 1979 la riforma sanitaria, risulta necessariamente la proiezione, su un terreno socialmente qualificante come quello della salute, di tutto un impegno "generale" che



tra difficoltà ricorrenti e di tipo nuovo è riuscito a determinare una svolta decisiva — anche se, come i fatti confermano proprio con riguardo alla riforma sanitaria, mai irreversibili, se non permane una volontà attuativa coerente — sulla questione dello stato come questione che identifica un rapporto sociale complessivo.

Ciò significa che non si può comprendere realmente la portata della riforma sanitaria (non solo per i suoi preminenti obiettivi sociali ma anche nei suoi specifici risvolti istituzionali), se non si risale al dato determinante di ogni ulteriore fase del processo di riforma dello stato (di cui la riforma sanitaria è, nella situazione attuale, il primo stadio, in assenza di altre riforme, a cominciare da quella più strettamente connessa con la riforma sanitaria, come quella relativa all'assistenza sociale), cioè l'istituzione delle Regioni a statuto ordinario. L'assenza della riforma dell'assistenza e di altre riforme è identificabile non tanto nel fatto istituzionale-organizzativo, quanto nel contenuto degli obiettivi statuari, che con varie formulazioni derivanti dalla natura pluralistica dell'ordinamento decentrato fanno riferimento sia al diritto alla salute, sia alle forme

organizzative democratiche e partecipative dei rapporti tra regione ed enti locali. Tanto che nel caso dello Statuto della Regione Toscana non solo si menziona l'impegno per l'assistenza sociale e la sanità, ma si chiama in causa la stessa istituzione delle "unità sanitarie locali", con un'anticipazione di ben sette anni sulla loro introduzione nel sistema giuridico tramite — appunto — la legge n. 833/78.

L'introduzione del SN concreta un processo che a partire dall'istituzione delle Regioni è passato per vie diverse ma collegate, con un andamento che — com'è ben noto — ha i caratteri contraddittori conseguenti al tipo di dialettica sociale e politica che ha percorso gli anni settanta ed ancora manifesta acuendo i contrasti di fondo che riguardano i rapporti tra potere centrale e potere decentrato e, all'interno del sistema regionale e locale, riguardano la dimensione istituzionale e la qualità del potere rispettivamente di Regioni, province e comuni. Rapporti questi ultimi, la cui lettura in termini esclusivamente istituzionali non aiuta a comprendere quale peso specifico sull'identità del potere locale e delle sue forme organizzative ha la qualità dei bisogni sociali

da soddisfare, come si può evincere da una valutazione attenta delle questioni sollevate intorno al ruolo del così detto "ente intermedio", al c.d. "riassetto" degli enti locali con particolare riguardo e alla tematica "comprensoriale" e a quella del collegamento tra più comuni per il miglior esercizio di funzioni su un'area ultra comunale. La creazione del SN, infatti, in una fase caratterizzata dal succedersi e dall'intrecciarsi (in assenza ancora dell'emanazione della legge generale sul sistema delle autonomie locali) di normative statali e regionali, (con particolare riguardo alle leggi nazionali di settore, a quella sul decentramento e la partecipazione, e alle leggi regionali o settoriali di delega di funzioni amministrative agli enti locali), rappresenta un tipo di scelta che non può essere chiaramente valutata in sede di interpretazione giuridica se non se ne commisurano gli aspetti specifici alle tipologie venutesi a succedersi — cumulandosi o meno — nell'arco di tempo che va dal 1970 in poi. Questo sempre badando naturalmente a tener presente il collegamento tra finalità sociali e forme istituzionali che va visto non secondo criteri di "ingegneria istituzionale", ma secondo la più corretta esigenza di congruità tra gli obiettivi specifici e i rispettivi strumenti organizzativi.

Servizio sanitario e concezioni dello stato sociale

In una pur rapida considerazione del tratteggiarsi delle questioni richiamate, occorre fissare i punti nodali di una problematica complessa e articolata che la formula accentrato, decentramento e autonomia non è sufficiente ad esprimere compiutamente. Questo perché non basta evidenziare la portata dell'autonomia politico-amministrativa introdotta dalla

Costituzione in una visione nuova dello stato, concepito non più solo come "apparato" ma anche e soprattutto come "comunità", risultando necessario poi verificare se il potere decentrato e autonomo di Regioni ed enti locali è realizzato con forme di concorso dei soggetti istituzionali diversi dallo stato-centrale nella qualificazione di funzioni statali nel significato della "Repubblica" ripartita in Regioni, province e comuni. In altri termini, per capire la portata del disegno istituzionale del SN, è necessario dar conto di quale innovazione si è resa possibile alla luce di una stratificazione normativa che, mentre scriviamo, è ancora segnata dall'esistenza della legge comunale e provinciale come normativa pre-costituente e propria dello stato liberale, e quindi dalla modellistica istituzionale che fa individuare il comune e la provincia come soggetti collegabili mediante l'istituto del "consorzio" eminentemente "monofunzionale". Tale normativa è stata progressivamente affiancata e non ancora definitivamente superata da una normativa che da un lato ha istituito le "comunità montane", e dall'altro lato — come già accennato — nel procedere all'attuazione della Costituzione, ha dato un nuovo ruolo agli enti locali nello spirito dell'art. 118 C. secondo cui le Regioni "normalmente" non esercitano funzioni amministrative se non mediante "delega" agli enti locali.

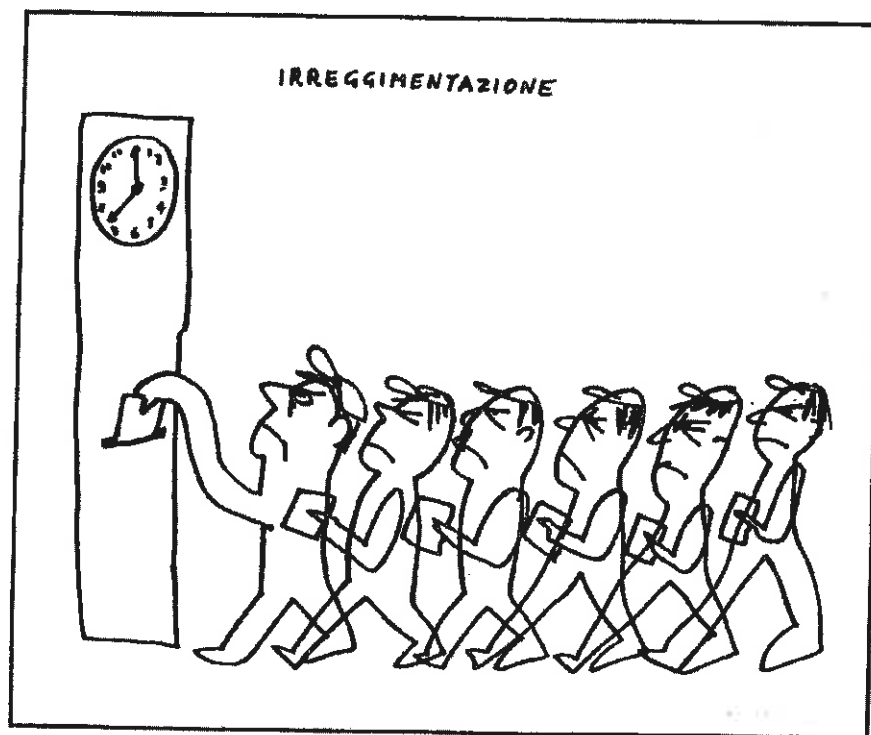
Questa stratificazione di normative "affiancate", mentre ha via via accentuato la propensione degli enti decentrati e locali a svolgere un ruolo di indirizzo politico in funzione del soddisfacimento dei bisogni della società (rappresentata in virtù di un rapporto più diretto di quello istituito con le sedi centrali dello stato), non produceva ancora i mutamenti profondi auspicati dalla cultura più genuinamente autonomistica. Mutamenti impossibili se ed in quanto mancassero riforme intese

non solo a introdurre soggetti nuovi (ad esempio, le comunità montane e le Regioni) o rapporti nuovi tra soggetti vecchi e nuovi (ad esempio, tra Regioni ed enti locali), ma anche a modificare la relazione complessiva tra stato, Regioni ed enti locali, ripartendo tra tali soggetti non più titolarità ed esercizio di funzioni — la titolarità allo stato ed alle Regioni, e l'esercizio agli enti locali —, ma al contrario ripartendo tra loro la titolarità stessa delle funzioni, sì che il livello più "basso" del potere, quello dell'ente locale — ed essenzialmente del comune — finisca di essere "strumentale" (sia pure in forme di autonomia politica) per divenire "equifordinato" al ruolo dello stato e delle Regioni. Questo sarebbe determinante per una nuova e democratica forma di esercizio dell'attività amministrativa, per la coincidenza nell'ente comunale di titolarità ed esercizio di funzioni pubbliche e quindi "statali" nel senso della Repubblica delle autonomie.

Le questioni risultano di una grande complessità nella loro consistenza oggettiva, poiché si contrappongono così due conce-

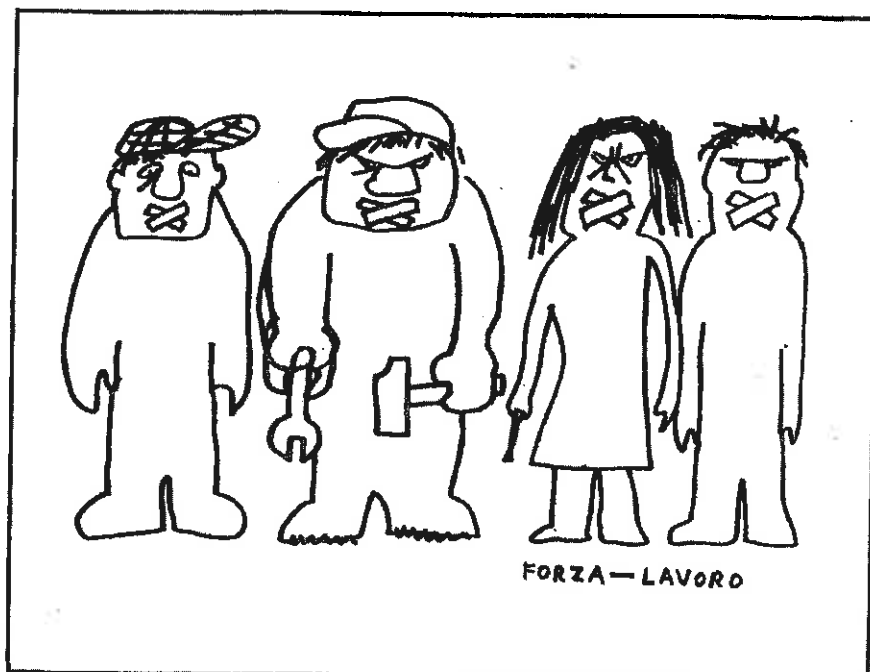
zioni dello stato sociale attraverso opposte concezioni del ruolo del decentramento e delle autonomie per sé considerate; l'introduzione di alcuni principi innovatori è occasione di un contrasto tra le forze politiche e culturali che puntano sulla costruzione di un nuovo tipo di assetto istituzionale della democrazia non solo politica ma anche sociale ed economica, e quelle forze che puntano ad un "riassetto" volto a razionalizzare l'attuale situazione sulla base di criteri che rimuovono la prospettiva dell'autonomia politica accolta dalla Costituzione in vista di una mera funzionalità istituzionale dell'apprestamento di servizi reali e personali in dimensioni territoriali e sociali diverse.

Benché sia opportuno evidenziare l'importanza del contraddittorio politico e culturale che riguarda il superamento della vecchia legge comunale e provinciale, tuttavia per ragioni non tanto connesse alla necessità di prendere posizione sulla portata di tale contraddittorio, quanto per l'obiettivo concreto e non secondario di chiarire le ragioni del modello del SN e delle critiche che ne



hanno accompagnato e seguito l'emanazione, va colta tale occasione per precisazioni di portata più generale. Se infatti la legge n. 833/78 viene esaminata per le sue caratteristiche di impianto, una prima constatazione ci obbliga a fare, nel senso che a differenza di ogni altra normativa prima esistente — ma anche successiva ad essa — **la riforma sanitaria non solo rappresenta una scelta nuova in un campo decisivo** per la qualità della vita con gli obiettivi che essa propone alla società e allo stato raccogliendone le istanze più sollecitanti; ma contemporaneamente e proprio perciò, **introduce da un versante così qualificato dei rapporti sociali su cui si fonda lo stato democratico, una concezione "generale" che muta la collocazione di stato, Regioni e comuni nel coinvolgimento di ciascuno di tali soggetti istituzionali nella titolarità delle funzioni amministrative riguardanti la sanità, a tal fine introducendo un elemento organizzativo di tipo nuovo identificato nella formula della "unità sanitaria locale" (Usl).**

Anche per fini non meramente descrittivi, ma di esplicazione del significato del dibattito volto a verificare se occorre procedere a interventi legislativi tesi a fare la "riforma della riforma" — come ci si è abituati a dire —, o a rilanciare e rafforzare la riforma (come sembra preferibile), va detto che la lettura della riforma proprio perché mirante a innovare il sistema organizzativo degli enti pubblici istituzionali — per loro specifica natura enti "burocratici" — come espressione di un sistema "statale" e "accentrato" di intervento, comporta l'individuazione di un sistema organizzativo "alternativo" di carattere "nazionale" e decentrato secondo i principi dell'art. 5 della Costituzione che, nel confermare la natura della Repubblica come "una e indivisibile", non solo afferma che suo compito è di riconoscere e promuovere le autonomie locali, ma



molto più incisivamente la impegna ad *adeguare i principi e i metodi della sua legislazione alle esigenze dell'autonomia e del decentramento* e quindi a dare alle riforme sociali le forme istituzionali di una corrispondente riforma dello stato.

I tratti fondamentali della legge n. 833/78 che la connotano ai sensi del citato art. 5 C. sono pertanto i seguenti: *a*) le regioni concorrono con lo stato a determinare gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale (art. 3); *b*) le Regioni esercitano sia le funzioni legislative proprie (ex art. 117 C.) che le funzioni amministrative proprie e loro delegate (come si ricava dal nesso dell'art. 11 con l'art. 7); *c*) i comuni sono titolari di tutte le funzioni non riservate allo stato e alle Regioni. Tale asse non può essere equivocado, tanto limpido ed esemplare è il disegno, la cui essenzialità risulta ben più chiara quando si passa all'analisi del contenuto della ripartizione di titolarità di funzioni amministrative tra stato, Regioni e comuni e province (queste ultime con competenze su localizzazione di presidi e servizi, nonché sulle delimitazioni territoriali della gestione dei servizi, secondo l'art. 12).

L'impianto istituzionale della riforma negli art. 10, 13 e 15

Infatti, a segnare il carattere di una riforma dello stato improntata alle esigenze dell'autonomia e del decentramento, il cuore della riforma sanitaria è rappresentato dall'art. 10 della legge n. 833/78, poiché come dice il suo titolo — "l'organizzazione territoriale" — i comuni (e le comunità montane) sono considerate come il punto istituzionale di aggregazione degli elementi che configurano il SN come alternativa al sistema precedente, attraverso la "rete completa di unità sanitarie locali", intesa ciascuna delle Usl come *complesso* dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni e delle comunità montane articolato in distretti sanitari di base. Ogni valutazione — allora — del significato del raccordo istituzionale tra comuni e Usl (del quale parleremo sia dal punto di vista degli scopi della legge n. 833/78, sia dal punto di vista delle interpretazioni che se ne sono date in sede applicativa, sia dal punto di vista delle prospettive controriformatrici che di rafforzamento della riforma sanitaria),

è dotata di maggiore o minor rigore a seconda del ruolo che si assegna all'art. 10, che fissa un principio istituzionale di fondo incardinato sulla partizione di titolarità di funzioni amministrative per la sanità tra stato, Regioni e comuni, poiché *il SN corrisponde, tramite la rete di Ussl, alla rete del sistema delle autonomie locali* imperniata sui comuni.

Ciò richiede una prima valutazione che aiuti a comprendere il passaggio che c'è tra l'individuazione del modello legislativo previsto dall'art. 15 e la sua applicazione mediante la legislazione regionale in ordine al rapporto tra comuni e Usl. Tale valutazione concerne il fatto che attraverso tale impianto della riforma sanitaria i comuni divengono portatori di un interesse sociale fondamentale come quello concernente la sanità — e per connessione l'assistenza sociale —, sì che non bisogna contrapporre il ruolo organizzativo dei comuni per far fronte alla vastità dei bisogni dei cittadini e dei lavoratori, al ruolo istituzionale della rete delle Usl come complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni. Non solo quindi, v'è coerenza di impostazione tra gli artt. 10, 13 e 15 della legge n. 833/78 (l'Usl è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni (art. 10), i comuni esercitano le funzioni amministrative sanitarie mediante le Usl (art. 13), l'Usl è una *struttura operativa dei comuni* (art. 15)), ma il problema era ed è appunto quello di capire che il tipo di scelta istituzionale fatta, come scelta **originale e innovativa** di ogni schema teorico intorno all'organizzazione pubblica (e quindi al *rapporto tra indirizzo politico e indirizzo amministrativo*), riguarda la *democratizzazione della gestione* dei servizi amministrativi, e quindi non solo la *socializzazione della politica* ma anche la *socializzazione dell'amministrazione*. Tale tipo di scelta è intrinseco al fatto che i comuni sono titolari delle funzioni

amministrative sanitarie che non siano riservate allo stato e alla Regione, prima ancora che al fatto che le Usl siano la forma operativa, lo strumento dei comuni; sì che l'operazione interpretativa indicata dalla legge n. 833/78 non riguarda l'individuazione del grado di autonomia (o separazione) tra i comuni e le Usl, ma al contrario il tipo di compenetrazione organica che tra comuni e Usl è previsto in funzione degli obiettivi di socializzazione dell'amministrazione sanitaria proposti dalla riforma sanitaria come riforma sociale e come conseguente riforma dello stato.

In proposito, per un chiarimento effettivo del dibattito che è aperto: non tanto a rivisitare il passato ma a riproporre le motivazioni originarie per le prospettive di controriforma o di rafforzamento della riforma, ha importanza notevole il fatto che le forze che più si erano impegnate per la riforma sanitaria — e cioè i lavoratori organizzati nelle confederazioni sindacali maggiormente rappresentative — davano addirittura una formulazione diversa da quella suggerita dalle forze politiche (e poi raccolta nella legge n. 833/78) della struttura operativa dei comuni, chiamandola *"unità locale sanitaria"* proprio per marcare il carattere innovativo della riforma sociale che stava loro a cuore sul terreno del *potere delle autonomie locali e della partecipazione dei cittadini*. Così come, per converso — e per aiutare a capire come mai si sono sviluppate le antinomie che hanno preso corpo nei provvedimenti antiriformatori — va tenuto presente che nelle posizioni dei partiti (Dc, Psdi e Pli in particolare) fino alla fase di definitiva elaborazione della legge di riforma, erano stati presenti orientamenti intesi sia a fare delle Usl dei soggetti istituzionali separati dai comuni, sia a farne delle istituzioni dipendenti direttamente dalla Regione. Nell'intendimento di mantenere cioè un tipo di assetto burocratico compatibile con l'elimi-

nazione degli enti burocratici nazionali di cui nessuno aveva la forza di riaccreditare il modello dopo l'entrata in campo delle Regioni, nel momento in cui — com'è noto — era aperto un fronte di lotta per sopprimere gli "enti inutili".

Tanto è vero, allora, che il **"locale"** era il punto di riferimento che collegava le forze riformatrici del campo dei partiti e del campo sindacale, che la legge nei suoi punti più qualificanti ha precisato due cose tra loro raccordabili e coesenziali ad esprimere la socializzazione dell'amministrazione: **da un lato** che le Ussl vanno *articolate in distretti sanitari di base* per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento (art. 10), e **dall'altro lato** che per tutte le fasi della programmazione dell'attività delle Usl, per la gestione sociale dei servizi sanitari, per il controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del SN, *i comuni devono assicurare la più ampia partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali esistenti sul territorio e dei cittadini, disciplinando altresì la partecipazione degli utenti direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi anche ai fini dei compiti di educazione sanitaria propri dell'Usl* (art. 13).

Di fronte a tale quadro di principi che introducono elementi di "socialismo" — come sottolineato con accenti critici da De Mita, nell'impostare la sua strategia — volendo individuare le cause che hanno potuto condurre lo stato della riforma all'attuale contraddittorietà, occorre fare riferimento a quell'aspetto della questione istituzionale della riforma che concerne le "dimensioni" della rete dei comuni in quanto titolari di funzioni amministrative sanitarie "polverizzati" rispetto alla struttura del territorio e alla composizione della popolazione. Problema che è stato presente nella fase che ha accompagnato l'avvio delle Regioni a statuto ordinario e il

trasferimento delle funzioni statali, mediante il raccordo tra la legge n. 382/75 e il Dpr n. 616/77.

Mettendo in relazione tra loro l'art. 25 del Dpr n. 616 e gli artt. 10, 13 e 15, risulta infatti che al centro dell'elaborazione di una nuova disciplina delle funzioni degli enti locali è stata l'esigenza di proiettare l'azione di più comuni in aree sociali e territoriali tra loro omogenee, indicando a tal fine l'uso di "forme associative" tra comuni.

Nella legge n. 833/78 si parla sia di comuni "singoli o associati",

Le "deviazioni" regionali dall'impianto istituzionale della legge 833

Gli elementi che in tale tipo di previsione legislativa inducivano ad uno sviluppo regionale coerente del modello istituzionale del SSN sopra riassunto, sono costituiti, nel caso della coincidenza dell'Usl con l'ambito territoriale del comune o di parte di esso, dalla identificazione dell'assemblea dell'Usl con il *consiglio comunale*, e nel caso dei comuni associati, dalla precisazione contenuta nello

persone giuridiche pubbliche o organi dotati di una particolare autonomia? Qui entrano in campo le questioni generali sopra ricordate, nel senso che la complessità del SSN è stata *deviata* dal suo impianto conduttore, espresso chiaramente dal raccordo segnalato tra gli artt. 10, 13 e 15 della legge n. 833/78 (la cui nitidezza non può comunque essere messa in discussione nel caso del rapporto tra Usl e comuni singoli), quando si è posto mano all'ipotesi di fatto prevalente delle **associazioni tra comuni**, poiché si sono sovrapposte la tendenza **razionalizzatrice** (che si è insinuata nell'esperienza regionale come "strategia globale") e le forme di adempimento legislativo regionale richieste dalla legge di riforma sanitaria (che contiene già al suo interno i tratti di una concezione "generale" dello stato).

Ciò è provato dal tipo di legislazione regionale che è venuta disciplinando concretamente le Usl, assecondando cioè la tendenza a perseguire un modello di **ingegneria istituzionale** pragmaticamente imperniato: *a)* sul superamento della disciplina formale dell'istituto del **consorzio amministrativo** (monofunzionale e polifunzionale), previsto dalla legge comunale e provinciale; *b)* sul riferimento formale al comune, come soggetto istituzionale indefettibilmente previsto dalla Costituzione; *c)* sulla contrapposizione di una visione "**garantista**" del comune isolato, e di una visione "**funzionalista**" del comune collegato con altri comuni (ipotesi dell'**associazione intercomunale**), e con altri soggetti (ipotesi dell'**ente comprensoriale**); *d)* sulla contrapposizione dell'associazione intercomunale di tipo "**monofunzionale**" — ipotesi dell'Usl-associazione —, rispetto all'**associazione** di tipo "**plurifunzionale**", ipotesi che ha consentito di procedere sia all'elezione di un "**comitato esecutivo**" della associazione inteso come strumento di organizzazione e di



sia di esercizio di funzioni amministrative comunali "in forma singola o associata" (art. 13, in particolare). Tuttavia — pur potendosi in astratto avere forme associative diverse dalla associazione — l'art. 15 ha operato un tipo di scelta che le Regioni hanno poi attuato con modelli diversi, sul presupposto appunto che la Usl, il cui ambito territoriale si inquadra in quello complessivo dei comuni associati, corrisponda alla somma di più comuni, attraverso l'assemblea generale formata con criteri di proporzionalità da "rappresentanti" dei comuni associati.

stesso art. 15 sulla **centralità del comune in quanto ente elettivo autonomo**, laddove prevede che con legge regionale si assicurino "forme di *preventiva consultazione dei singoli comuni* sulle decisioni di particolare rilievo dell'associazione dei comuni". Com'è potuta determinarsi allora quella situazione per cui si domanda insistentemente se le Usl sono da considerare entità giuridica istituzionalmente diverse dai comuni, e quindi — prendendo in considerazione le figure e le categorie concettuali tradizionali — "enti pubblici", o "aziende municipalizzate",

gestione coordinata dei servizi e delle funzioni esercitate dalle amministrazioni locali, sia all'elezione di un "comitato di gestione" delle Usl; e) sulla contrapposizione dell'associazione intercomunale come ente plurifunzionale alla provincia, di cui altre forze politiche (specialmente il Pri) chiedono la formale abrogazione; f) sul collegamento diretto dell'associazione intercomunale come nuovo tipo di soggetto istituzionale con la Regione, allo scopo duplice e convergente di fare dei Comuni non tanto dei soggetti generali del coordinamento repubblicano, ma dei soggetti funzionali ad obiettivi non più dello stato centrale ma della Regione, e nello stesso tempo di fare dei Comuni lo strumento regionale di programmazione della spesa.

Anziché quindi seguire le spire di una discussione angolata esclusivamente sulla natura delle Usl come enti o come aziende locali, che (come vedremo meglio tra poco) ha un suo obiettivo perverso di snaturamento della riforma sanitaria, sembra necessario chiarire come questo obiettivo fa parte di un disegno più organico di contrapposizione di un modello di stato "corporativo" — o se si preferisce "neo" corporativo — al modello di stato "democratico-sociale" programmato dalla Costituzione in funzione di un processo di socializzazione della politica, dell'economia e dell'amministrazione, imperniato sull'art. 3 della norma fondamentale che ha come suo referente centrale il ruolo dei lavoratori nella partecipazione "effettiva" all'organizzazione politica, economica e sociale del paese.

La riforma sanitaria tra modello corporativo e stato "democratico sociale"

La visione neo-corporativa ha due implicazioni istituzionali strettamente intrecciate e coerenti tra loro: quella, più visibile sotto il



profilo "economico", della contrattazione verticistica tra sindacati padronali e operai dello scambio politico con il Governo, e quello meno visibile ma altrettanto reale della separazione della democrazia politica dalla democrazia sociale nel rispondere ai bisogni collettivi tramite l'organizzazione pubblica e le prestazioni che essa compie con i suoi apparati amministrativi.

Stando a questo secondo aspetto, che è quello che riguarda il problema della sanità come parte dei servizi sociali, il processo di corporativizzazione è perseguito — in antagonismo anzitutto con la riforma sanitaria che è riuscita a indicare un modello di specializzazione dell'amministrazione — tramite l'assorbimento dei comuni in forme organizzative che come le associazioni intercomunali, rischiano gravemente di corrompere vieppiù la democraticità insita nel sistema delle autonomie locali come disegnate dalla Costituzione. Costituzione che ha un modello preciso di potenziamento delle autonomie e del decentramento in due norme scarsamente

considerate come gli artt. 115 e 128, il primo dei quali afferma che le Regioni sono costituite in "enti autonomi" con propri poteri e funzioni secondo i principi fissati dalla Costituzione stessa, mentre il secondo — che in questa analisi ha rilievo preminente — stabilisce che le Province e i Comuni sono "enti autonomi" nell'ambito dei principi fissati da leggi generali dello stato, che ne determinano le funzioni. Come è possibile verificare, il limite istituzionale — che ne mette in gioco la legittimità costituzionale — delle associazioni intercomunali, non sta nell'ipotesi in sé stessa del collegamento tra più comuni, ma nel criterio con cui tale collegamento è attuato se — al pari che nei consorzi amministrativi — si ha una rappresentanza non delle comunità locali ma degli enti comunali nelle assemblee generali, si da "corporativizzare" i comuni e da allontanare i rapporti tra la società e l'istituzione intercomunale, con la conseguenza di procedere per una strada che rischia di sbiadire, sino a cancellare, il comune come soggetto reale di rappresentanza popolare, senza sostituirvi uno

strumento equivalente.

La ragione che giustifica un'attenzione rigorosa su questo aspetto dell'organizzazione delle autonomie locali, è determinata dalla necessità di approfondire il significato di quella innovazione che la riforma sanitaria indica attraverso il modello di SSN costituito dalla rete complessiva dei comuni e delle Usl, la cui pregnanza come forma di democratizzazione del potere (che ha il suo cuore nella "socializzazione dell'amministrazione"), va verificata alla luce di quel che correttamente va inteso per "amministrazione", e quindi per "amministrare".

Qui ancora una volta vanno chiariti concetti di fondo, essendo noto per tradizione che la formula generica di "pubblica amministrazione" individua anzitutto gli organi centrali dello stato che dipendono dal Governo, per comprendere gli enti nazionali "istituzionali" e gli enti locali territoriali. La Costituzione però, ha operato una innovazione di principio che ha un rilievo decisivo, poiché l'autonomia regionale e l'autonomia locale volute dagli artt. 114,

115 e 128 hanno il preciso compito non solo di introdurre nuove forme di "indirizzo politico" mediante la funzione delle assemblee elettive (regionali, provinciali e comunali), ma anche e soprattutto di qualificare la "gestione amministrativa", in coerenza con la funzione di indirizzo politico del sistema di potere locale.

Ora, la prova che il disegno costituzionale è coerentemente attuato dalla riforma sanitaria, è costituita dal fatto che la titolarità delle funzioni comunali da esercitare tramite le Usl — intese come "complesso di presidi, uffici e servizi" — comporta una dilatazione della organizzazione "politica" comunale, sia nel caso di comuni singoli che nel caso di comuni associati, con la conseguenza che la previsione del ruolo delle assemblee generali e dei comitati di gestione va visto come strumento di "concentrazione" e "articolazione" al tempo stesso di potere "nel" comune e "dal" comune: concentrazione, perché le assemblee comunale e intercomunale, mirano comunque a incentrare negli enti elettivi la sede delle scel-

te degli indirizzi politico-amministrativi per la sanità, e articolazione perché i comitati di gestione traducono in termini istituzionali (sia nel caso di comuni singoli che di comuni associati) l'ipotesi dell'allargamento delle dimensioni funzionali del comune in quanto soggetto coinvolto nel SSN, e che del SSN è l'asse amministrativo.

Per cancellare le deviazioni dalla riforma

La tentazione di trarre dalla legge n. 833/78 il fondamento delle deviazioni che si sono alimentate con il concorso di quasi tutte le forze politiche impegnate ad attuare la riforma sanitaria — e con il disimpegno inspiegabile delle organizzazioni sindacali, che più si erano studiate di dare coerenza istituzionale alla riforma sociale per cui si battevano —, è comprensibile più alla luce di strategie generali di lotta per il potenziamento o l'arretramento della democrazia nella costruzione di un certo tipo di forma di governo e di forma di stato, che non alla stregua della normativa specifica della legge n. 833/78. La Legge 833 con il criterio di organizzazione delle Usl ricavabile dagli artt. 10-13-15, aveva ed ha come obiettivo innovatore quello di dare politicità alla gestione amministrativa precedentemente burocratizzata, ciò che ha nel criterio di formazione degli organismi dirigenti delle Usl il suo "minimo" istituzionale, necessario per dare forza determinante alla partecipazione di circoscrizioni, forze sociali, operatori della sanità ed utenti nella programmazione dell'attività delle Usl, nella gestione sociale dei servizi sanitari e nel controllo della loro funzionalità: sicché il distretto risulta in sede organizzativa, il nucleo di fondo del sistema delle Usl e quindi dell'intero SSN.

Il fatto che la diaspora cui si assiste riguarda — con un rovesciamento che vorrebbe essere



della riforma, quando invece deve essere rovesciamento delle deviazioni della riforma, mediante interventi di "rafforzamento" — l'attitudine della Usl a svolgere compiti amministrativi efficienti che sarebbero impediti dalla legge n. 833/78 a causa del privilegiamento che essa incongruamente avrebbe fatto del momento "politico" su quello "gestionale", è conseguenza di un tentativo che ora, alla luce del profilarsi sempre più deciso della concezione politica della "governabilità" *parte dalle deviazioni* dalla legge di riforma per intraprendere una strada controriformatrice, combinando ispirazioni di **neo-accentramento** statale e regionale, con **ispirazioni tecnocratiche** intese a **separare la democrazia dalla gestione**, nella tradizionale concezione dello stato "liberale", anziché a potenziare l'esigenza della funzionalità del SN a partire dagli elementi già presenti nella legge n. 833/78. In questo modo meglio identificando, quindi, i nodi di un processo aperto all'innovazione, e come tale non solo scoperto ad ogni tipo di insidia (dato che la riforma sa-

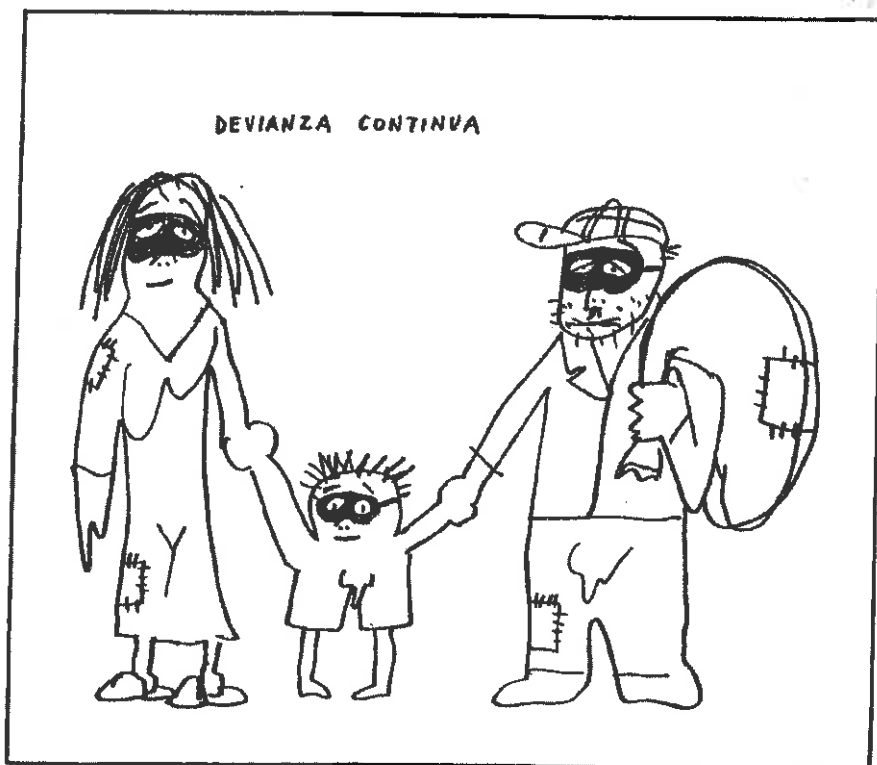
nitaria come prima riforma ha un suo innegabile rischio di isolamento), ma **destinato ad aprire una fase nuova** che, proprio per il suo carattere di **grande novità**, richiede idonei assestamenti, aggiustamenti coerenti con il disegno, cosa che non è garantita però da una formula enfatica e apparentemente eufonica come quella di "riforma della riforma".

Apparati di gestione e socializzazione amministrativa

Quel che infatti l'esperienza in atto suggerisce ai fini **non** di una controriforma, ma al contrario di un potenziamento della riforma, (posto che la sanità come funzione amministrativa dei comuni ne puntualizza una decisiva "ristrutturazione" politico-amministrativa), riguarda non già la ricerca di una **separazione** delle Usl dai comuni per **settorializzare** il SSN dall'organizzazione generale dello stato (ripetendo "mutatis mutandis" a livello locale la burocratizzazione che era compresa dal

sistema mutualistico nazionale), ma piuttosto un adeguamento degli *apparati interni* al meccanismo istituzionale di natura "politica", alla nuova dimensione e qualità che il SSN ha dato alla titolarità delle funzioni amministrative sanitarie. Cioè, una volta chiarito che la sanità è una funzione amministrativa ripartita nella titolarità tra Stato, Regioni e Comuni, e che le Usl sono la **traduzione** di tale ripartizione in un aspetto anzitutto politico — per l'estensione dei compiti sia dei singoli comuni, sia dei comuni associati —, si tratta di verificare quali più precise implicazioni ciò ha nel momento della "gestione", proprio perché la **socializzazione amministrativa** perseguita dalla riforma sanitaria (nel duplice versante dell'organizzazione per "distretti" oltre che per presidi e servizi multizonali (art. 18-), richiede un tipo di organizzazione dell'**ufficio di direzione** corrispondente alla **qualità e dimensione** dei compiti politici della **funzione sanitaria**.

Ecco perché di fronte ad un passaggio obbligato come quello di dar vita ad un nuovo modo di organizzare la gestione della funzione amministrativa assegnata alla titolarità dei comuni tramite la struttura delle Usl, il contrasto di fondo (riguardante nella riforma dello stato, non tanto gli elementi della **democrazia politica** — eppure, una certa visione delle associazioni intercomunali, depprime la stessa democrazia politica — ma quelli soprattutto della **democrazia sociale**), si è puntualizzato sul ruolo della **direzione amministrativa**, mirandosi da una parte considerevole delle forze politiche e culturali a fare un'operazione **biunivoca**: di **scorporazione istituzionale** delle Usl dai comuni (sulla scia di interpretazioni della natura giuridica delle Usl come enti o come aziende anziché come "strutture operative dei comuni" — come testualmente prevede l'art. 15 della legge n. 833/78 —, e quindi di **autonomizzazione**

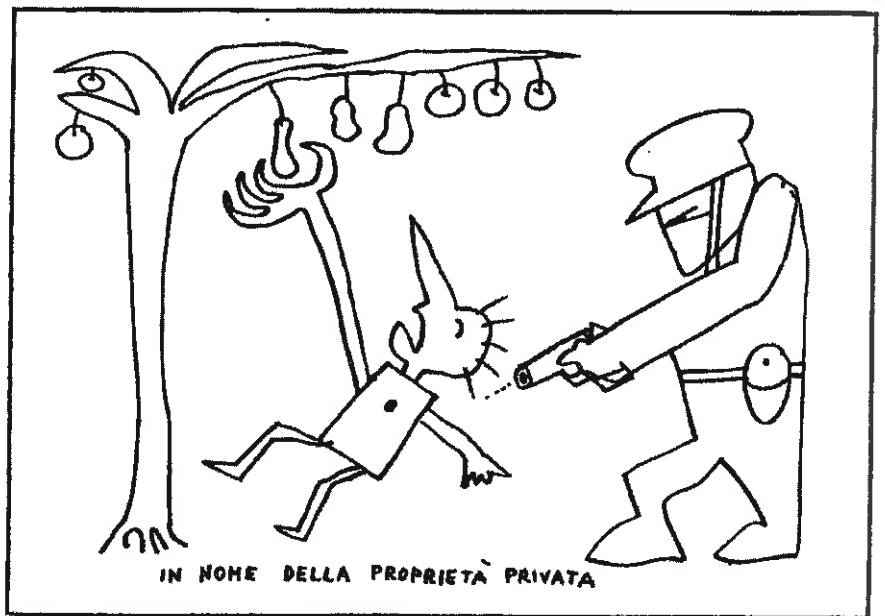


della nuova struttura di direzione amministrativa, come criterio di introduzione nell'amministrazione pubblica italiana di un tipo di tecnocrazia inedita.

Organizzazione degli uffici di direzione: modelli riformatore e controriformatore

Su questo punto occorre soffermarsi, perché gli equivoci che si possono addensare riguardo ad un'esigenza oggettiva — e fatta propria dalla Legge di riforma nell'art. 15 — di attrezzare le Usl dei necessari strumenti "interni" di gestione, sono tali da ribaltare o alternativamente da consolidare le prospettive della riforma sanitaria. Due sono le vie che si possono seguire: quella della ricerca di criteri che precisino meglio la disciplina dell'ufficio di direzione, in coerenza con l'impianto della legge di riforma (eventualmente anche dando regole più precise alla linea ispirativa della legge n. 833/78 in quanto rivolta a democratizzare le funzioni sanitarie); o quella che sta tentando in ogni modo di farsi strada esaltando le deviazioni regionali dal modello della riforma, sì che non tanto vi sarebbero difetti nella autonomizzazione politica delle Usl dai comuni, quanto di lì si dovrebbe muovere per dare ai "tecnici" un potere *determinante* nella organizzazione delle prestazioni sanitarie.

Tale operazione politica ha una sua base culturale, espressa da orientamenti di quella dottrina economico-aziendale che ha recentemente avviato ricerche per dare fondamento nuovo alle problematiche della pubblica amministrazione. Nel senso che rifiutando il tradizionale bipolarismo di **potere politico e potere amministrativo**, che ha consentito a questo di prevaricare su quello, al di là delle apparenze, si propone ora una "strumentalità" dell'amministrazione rispetto al potere politi-



co fondata, singolarmente, su un altro tipo di "separazione", tra la **competenza degli organi politici** (rappresentativi nelle sole decisioni riguardanti gli indirizzi politici e gli obiettivi da perseguire, badando così alla tutela del cittadino) e la **competenza degli organi di amministrazione** per ogni operazione necessaria affinché le scelte di governo conseguano il loro effetto, senza che l'azione e il funzionamento di tali organi quindi, debba rispettare una molteplicità di procedure poste per garantire la correttezza dell'attività strumentale.

Tale orientamento culturale — pur con l'indubbio pregio di una **modernità** volta a superare uno steccato tra **cultura aziendale e cultura giuridica** tradizionale — se ha il pregio di evidenziare il superamento di modelli istituzionali pubblici con forme di esasperato controllo cartolare di ogni singolo atto per il funzionamento degli enti pubblici (sicché oggi si tende a distinguere tra controllo sugli "atti" e controllo "dell'attività" anche nella cultura giuridica), presenta il rischio di ridurre la funzione reale dell'attività di indirizzo politico-amministrativo "esterna" all'azione istituzionale, rispetto all'attività "interna" consi-

derata bensì strumentale e non neutra ma dotata di una valenza sua propria, secondo criteri di "fattibilità" che incorporano gli elementi generali dell'indirizzo politico, pur presentando l'apparenza di una separazione come fase subordinata di decisione concernente solo la creazione dei servizi previsti, e le modalità di acquisizione delle attrezzature necessarie a tali servizi.

Competenze "politiche" e competenze "tecniche"

Proprio perché la crescente complessità della gestione rende sempre più difficile tracciare i confini delle competenze "politiche" e "tecniche", risulta contestabile che il miglior adempimento della legge si abbia riconoscendo piena responsabilità dell'intera procedura attuativa alla direzione amministrativa.

Se si osserva bene il fenomeno secondo le prospettive indicate da questa cultura (rivolta persuasivamente a denunciare la **vecchiezza** di un sistema che impedisce l'azione nel momento stesso in cui afferma il primato del potere politico in modo parcellizzato e segmentato), si deve riconoscere che esso presenta prospettive pericolose a due forme di potere tenden-

zialmente antagonistiche. Perché mentre l'uno è proteso al conseguimento di finalità sociali di un dato tipo mediante i suoi organi istituzionali esterni, l'altro, pur non investito di compiti su tale terreno, è riconosciuto idoneo a rimettere in discussione gli stessi obiettivi della legge e degli organi istituzionali attraverso un autonomo giudizio dell'organo di amministrazione, tanto determinante (nell'apparente strumentalità dipendente o verticale), da doversi concludere che le decisioni politiche "non possono prescindere da un'attenta valutazione delle caratteristiche attuali dell'amministrazione, e delle possibilità di modificarle" (Borgonovi).

Tali considerazioni — meritevoli di un'attenzione più adeguata in una ricostruzione complessiva del dibattito teorico sulla *forma dello stato* e sulla *forma dell'impresa* — vanno tenute ben presenti nel momento in cui i progetti controriformatori presentati negli ultimi mesi dal Governo (per ispirazione del Ministro Degan) e dalla Dc al Senato (Bompiani ed altri), hanno un punto comune di

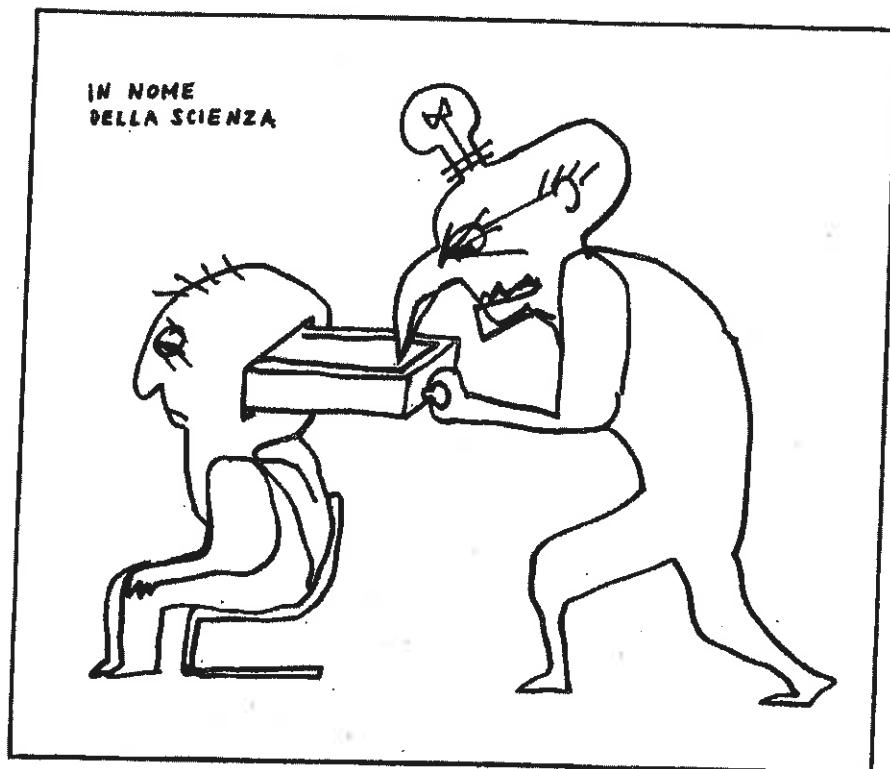
orientamento fondato su una diversa distinzione tra le decisioni dei vari livelli istituzionali che entrano in gioco nella riforma sanitaria. Distinzione che facendo leva sui livelli "politico", "di indirizzo" e "gestionale-esecutivo", in realtà opera essenzialmente una modifica organizzativa di fondo, dando per presupposto un profilo giuridico che invece è negli obiettivi delle proposte stesse. Dando cioè per presupposto che la legge n. 833/78 nei già citati artt. 10 e 15 abbia configurato le Usl come "aziende" locali non rientranti "di per sé" nel modello delle aziende speciali di cui al t.u. sulla municipalizzazione (n. 2578 del 1925).

La diversità tra funzione politico - amministrativa locale e attività di produzione di servizi

A parte la gravità dell'operazione mirante a dare apparente coerenza con la riforma ad un tentativo di snaturarla per ritornare su modelli vecchi anche se non formalmente richiamati, è necessario sottolineare che le proposte

hanno per obiettivo dichiarato quello di esaltare la separazione tra il momento dell'indirizzo politico e il momento dell'indirizzo amministrativo, che la legge n. 833/78 ha cercato — come visto — di intrecciare. Con la conseguenza che l'obiettiva esigenza di configurare un modello di organizzazione amministrativa "interna" coerente con le prospettive di socializzazione dell'amministrazione intrinseche al rapporto tra comuni e Usl, è stata colta come facile occasione per ritornare su una strada che per un duplice motivo va respinta: perché l'autonomizzazione degli enti pubblici istituzionali dal tronco dello stato democratico (sia esso lo stato centrale o lo stato decentrato) è tanto deleteria sul terreno dell'uso del potere da essere divenuta causa fondamentale della "questione morale"; perché la stessa qualifica di "azienda" speciale è insincera, posto che le aziende locali di pubblico servizio altro non sono che imprese pubbliche locali, e come tali meccanismi di specie diversa da quelli adottabili per il perseguimento di obiettivi che hanno carattere "sociale" e non "economico". In altri termini, non può ammettersi che la ricerca del modulo istituzionale più acconcio per la corretta funzionalità dell'ufficio di direzione delle Usl, possa far scambiare la prestazione dei servizi sanitari che qualificano la funzione politico-amministrativa dello stato delle autonomie, con l'attività economica di produzione di un bene o di un servizio, come prova il fatto che le aziende municipalizzate possono trovare un'alternativa istituzionale nelle società per azioni locali, e come conferma in modo più pertinente con la questione in esame l'affermazione dei controriformatori secondo cui l'assunzione della forma di azienda speciale da parte delle Usl le farebbe assimilare alle strutture aziendali di tipo "privatistico".

Un'operazione del genere va respinta in linea di principio dato



che già le strutture imprenditoriali pubbliche, secondo la dottrina prevalente — seppure anche lì discutibilmente dopo l'entrata in vigore della Costituzione repubblicana, che pone vincoli alla stessa impresa privata — dovrebbero sottoporsi alla stessa disciplina prevista per quest'ultima. Ma più rigorosamente va tenuta netta una distinzione che le tendenze "economicistiche" tentano di oscurare, tra l'esercizio di "funzioni", nelle quali si riconosce l'identità dello stato sociale per la prestazione di servizi sociali, e l'organizzazione imprenditoriale di attività secondo le regole del mercato. Nel modello proposto di Usl come aziende, il ruolo del soggetto "politico" — il comune — viene ridotto dietro l'enfasi ben nota della titolarità delle "funzioni di indirizzo generale" e del potere di "direttiva", ad un ruolo di mera legittimazione dell'autonomia delle Usl come soggetti dotati di personalità giuridica di diritto pubblico, sulla base di un orientamento dottrinale alquanto consolidato quanto ideologicamente imperniato sui principi di autonomia "privata" dei soggetti che manovrano "risorse" finanziarie, quasi che l'essere "centro di spesa" consenta l'inversione tra il ruolo dell'erogatore di flussi finanziari e il produttore di beni o servizi.

Consigli di amministrazione e totale discrezionalità nei progetti di privatizzazione delle Ussl

Nel contempo il consiglio di amministrazione, che dovrebbe sostituire sia l'assemblea generale che il comitato di gestione delle attuali Usl, condividerebbe con l'ufficio di direzione il compito di organizzare l'attività delle Usl, dando vita ad un impianto istituzionale inedito per l'organizzazione pubblica, la cui matrice si rinviene nell'organizzazione dell'impresa pri-

vata. Com'è noto nella società per azioni è il consiglio di amministrazione l'organo in cui è accentrato il potere: in tale versione inedita si mira a fare un passo ulteriore verso i modelli privatistici, facendo sì che l'ufficio di direzione sia — in quanto *tecnostuttura* — un organo costitutivo dell'Usl, dotato di poteri discendenti da quelli del consiglio di amministrazione e concorrenti in tale ambito a rappresentare la capacità gestionale dell'ente, arrivandosi per tale via persino a conferire un potere di

strazione sanitaria, dato che devono sovrintendere, in obbedienza agli obiettivi stabiliti dal consiglio di amministrazione, all'attività aziendale.

Le proposte per il rilancio della riforma e della "democrazia". Le indicazioni dell'indagine conoscitiva del senato

Questi accenni — con la precisazione che il collegio dei revisori



decisione (entro i limiti di cento milioni di spesa) agli stessi dirigenti degli uffici e dei servizi che formano la struttura interna delle Usl.

Il tutto è reso più coerente in senso tecnocratico, se si pensa che membri del consiglio di amministrazione "devono essere in possesso di specifiche e documentate competenze ed esperienze acquisite in servizio reso con funzioni di amministratore o di dirigente di enti pubblici o privati", e che i componenti dell'ufficio di direzione devono possedere specifici titoli ed esperienze di servizio in materia di organizzazione e di ammini-

dei conti, introdotto (come osservato nella prima parte) dalla legge n. 181/1982, viene confermato come organo delle Usl —, sono eloquenti per testimoniare quale partita si stia giocando sulla riforma dello stato attraverso le questioni istituzionali concernenti la riforma sanitaria, ed è importante rimarcare che le tendenze a rilanciare la riforma anziché a contraddirla hanno la base non solo nei principi costituzionali, statuari e nella stessa normativa che vorrebbe snaturare, ma in orientamenti politici e culturali ancor diffusi e non disponibili a cancellare quanto costruito progressivamente.

mente in lunghi e contrastati anni di lotta.

Ciò risulta da vari comportamenti, come le proposte di forze politiche o di istituzioni governate dalla sinistra (e particolarmente dai comunisti), tendenti a **semplificare il raccordo tra comuni e Usl**, evitando la duplicazione degli **organi esecutivi** nei casi di coincidenza dei rispettivi ambiti territoriali, ed **attribuendo il ruolo di assemblea** nelle aree comunali con più Usl **al consiglio comunale**; e — per conferire maggiore consequenzialità al nesso tra comuni ed Usl — **ricostituendo l'assessorato alla sanità presso i comuni**, anche allo scopo di garantire che i **comitati di gestione** siano costituiti da assessori alla sanità.

Molto significativa risulta poi l'“Indagine conoscitiva sulla attuazione della legge n. 833/78” promossa dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato, la cui Relazione (Bompiani), diffusa il 5 gennaio scorso, contiene una precisa e ragionata documentazione del concorso critico di esponenti politici e culturali convergenti in prevalenza nell'impegno a valorizzare gli elementi innovatori della riforma, sulla base dell'assunto che il **“processo rivoluzionario rispetto al tradizionale impianto ‘verticale’ dell'amministrazione sanitaria, non poteva non deter-**

minare una profonda crisi di conversione del precedente sistema di erogazione dell'assistenza, sia a livello istituzionale che di modello produttivo-organizzativo”.

Se su queste basi si ammette, che il punto focale del rilancio, e **non della controriforma**, riguarda una maggiore attenzione al **rapporto tra gli organi politici e l'ufficio di direzione delle Usl**, occorre chiarire sulla **“vexata quaestio”** della relazione tra **“politica”** e **“competenza”**, tra **“politica”** e **“managerialità”**, che essa **non può** correttamente impostarsi sul presupposto, dichiarato o sottaciuto, del primato di quella che viene chiamata **“gestione organizzativa”** sugli indirizzi politici, poiché non ha senso nascondersi che la **qualità e il contenuto** dei problemi politici e di quelli amministrativi è **il medesimo**, e che la tensione tra i due momenti, quello **“politico”** e quello **“tecnico”**, è determinata dalla oggettiva polarizzazione dei criteri **“sintetici”** propri della **politica come forma della responsabilità verso la società**, e dei criteri **“analitici”** propri della **competenza come forma della responsabilità verso le istituzioni di governo**.

La conseguenza che se ne può trarre — dopo l'esito fallimentare dell'**organizzazione ereditata dallo stato liberale** e ancora non riformata, soprattutto nelle sedi cen-

trali dello stato — non può consistere né nella sostituzione del potere politico con quello della **“tecnostuttura”** — come nei progetti controriformatori della sanità —, né nell'elevazione della tecnostuttura ad un rapporto **“interno”** agli organi di governo, per una sorta di **“cogestione”** senza fondamento coerente: dovendosi viceversa riconoscere che tra i due momenti **politico e tecnico va instaurata una dialettica imperniata sull'autonomia, paritaria nel suo svolgersi ma necessariamente conclusa dalle determinazioni proprie degli organi istituzionalmente previsti per le scelte di indirizzo politico-amministrativo**.

Non solo, ma poiché non si tratta nemmeno di legittimare la **riduzione verticistica di una concertazione occulta tra esecutivi politici e dirigenze** — come si dice oggi — **“apicali”**, essenziale risulta il **rilancio dei principi innovatori già presenti nella legislazione regionale sulla “democrazia organizzativa”**, cioè sulle forme di coinvolgimento di tutto il personale tecnico nella valutazione delle scelte amministrative.

Ciò che si collega a quanto osservato nella prima parte sul modo di disciplinare complessivamente il personale, e l'**organizzazione degli uffici**.