

In questo numero viene ospitata una analisi della legge lombarda n. 1 del 7.1.1986 "Riorganizzazione dei servizi socio-assistenziali"; il contributo è di Paolo Ferrario, collaboratore di PSS e dell'IRS e docente della Scuola Regionale per Operatori Sociali del Comune di Milano.

La Regione Lombardia come altre regioni si è dotata da tempo di una normativa quadro di riordino delle funzioni e dei servizi socio-assistenziali.

Di recente anche la Regione Calabria ha emanato una normativa di riordino che PSS pubblicherà su uno dei prossimi numeri.

Nonostante la mancanza di una legge quadro nazionale di riordino ormai la metà delle regioni italiane, dispone di norme legislative in materia socio-assistenziale. Pur scontando significative disomogeneità di indirizzo, ciò rappresenta un importante passo avanti per arginare il vuoto legislativo che lo Stato ancora non ha saputo rimuovere. Tale vuoto, che si accompagna alla mancata riforma delle autonomie locali, comporta non pochi problemi nel governo e nella gestione dei servizi alla persona e soprattutto notevoli disfunzioni sul fronte dell'offerta assistenziale.

Il contributo di P. Ferrario pur riferendosi alla normativa lombarda affronta una serie di nodi cui le diverse realtà regionali hanno di fronte. Questi riguardano tanto gli assetti istituzionali, quanto le procedure di programmazione, l'integrazione con i servizi sanitari ma anche le politiche dell'insieme dei servizi sociali, sanitari, educativi, del tempo libero, le modalità organizzative ma anche le risorse, i rapporti con il volontariato e le istituzioni private, il problema della partecipazione.

La legge lombarda presenta luci ed ombre, su cui si sofferma l'articolo di P. Ferrario.

Un aspetto che tuttavia ci sembra importante sottolineare si riferisce all'attenzione portata alle relazioni tra i diversi soggetti istituzionali coinvolti, particolarmente nella fase programmatica ed operativa. È questo a nostro parere un importante passo in avanti che tende a superare un orientamento prevalente nel legislatore italiano più volto a definire il quadro istituzionale e poco attento a predisporre norme che permettano al sistema dei servizi di funzionare.

Ci auguriamo che queste attenzioni contribuiscano a rendere più efficace l'attività dei diversi attori coinvolti nelle politiche socio-assistenziali.

L'analisi della normativa Lombarda vuole essere naturalmente occasione di confronto e dibattito cui vorremmo partecipassero le regioni, in particolare quelle che già sono intervenute a riordinare i servizi socio-assistenziali.

Le pagine di PSS sono perciò a disposizione per ospitare interventi e riflessioni sul problema delle politiche assistenziali cui la rivista dedicherà in questa annata un numero monografico.

Riorganizzazione dei servizi socio-assistenziali: il modello lombardo

di Paolo Ferrario

Premessa

A partire dal 1980 alcune regioni italiane (1), perdurando la mancanza della legge nazionale di riforma dell'assistenza (che era esplicitamente prevista all'art. 25 del D.P.R. 616 1977) hanno elaborato e approvato proprie normative di riordino dei servizi socio-assistenziali, il cui esame è interessante sotto un duplice profilo: per gli effetti indiretti che potrebbero avere sul legislatore nazionale e, a fini comparativi, per le diverse soluzioni date agli assetti istituzionali ed organizzativi dei servizi.

Il presente scritto ha l'obiettivo di analizzare la Legge Regionale 7 gennaio 1986 *Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali* della Regione Lombardia, sulla base di una griglia di lettura che tiene conto dei seguenti elementi: vincoli normativi esterni; soggetti del sistema e rapporti tra strutture pubbliche e private; raccordo fra comuni singoli e U.S.S.L.; processi programmatici (2).

Si tratta di una "legge quadro" che apre un nuovo ciclo nella politica regionale dei servizi e che si caratterizza per una serie significativa di effetti sul sistema di offerta delle prestazioni, fra cui:

- abrogazione delle precedenti leggi di settore: 13 in modo totale e 8 in modo parziale (art. 30);
- formazione di un fondo regionale per i servizi socio-assistenziali (artt. 41,42);
- fissazione dei criteri per decidere il livello territoriale più idoneo (comune o zona) per la gestione degli interventi (art. 14);
- chiara individuazione di un modello per le procedure programmatiche (con rimando a piano regionali e zonali e la previsione di standards organizzativi e strutturali) (artt. 32-34);
- definizione di una tipologia di interventi socio-sanitari da attivare su specifiche aree di bisogno (artt. 21; 57-89).

1. Vincoli normativi esterni

La portata di "legge regionale quadro" è certamente limitata dal contesto normativo ed istituzionale nazionale che presenta ancora un vuoto

1) Di seguito si indicano le regioni, con l'anno di emanazione delle rispettive leggi: Basilicata (1980); Emilia Romagna (1985); Friuli-Venezia Giulia (1981); Lombardia (1986); Piemonte (1982); Sicilia (1986); Toscana (1976, 1985); Umbria (1982); Veneto (1982, 1985); Calabria (1987).

2) La legge in esame è stata seguita dalla Circolare del settore assistenza e sicurezza sociale del 18.2.1986 n. 1/ass "Prime indicazioni attuative della L.R. 7.1.1986 n. 1. Per una presentazione della normativa si veda: Sparacio De Laude R., "Il riordino dei servizi socio-assistenziali nella Regione Lombardia", in *Aggiornamenti Sociali* n. 7/8 1986. Per un commento critico si segnala: Micucci D., "La legge della Regione Lombardia sui servizi assistenziali: un pessimo esempio", in *Prospettive assistenziali* n. 76 1986.

to sia in ordine alla riforma dell'assistenza sia in rapporto agli aspetti di governo delle autonomie locali (con particolare riferimento al problema della polverizzazione di gran parte dei comuni italiani e, all'opposto, della presenza di grandi aree metropolitane) (3).

Per quanto concerne il tema del livello di esercizio delle funzioni sanitarie e di quelle socio-assistenziali, in estrema sintesi si possono individuare alcune tendenze per ora consolidate a livello di norme statali:

- il servizio sanitario nazionale è collegato e coordinato con le istituzioni che svolgono attività nel settore sociale (L. 833, art. 1);

- spetta alle regioni determinare gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sanitari e sociali e promuovere forme anche obbligatorie di associazione fra i comuni (D.P.R. 616, art. 25);
- gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali debbono coincidere con quelli di gestione dei servizi sociali (L. 833, art. 11);

- le regioni, con legge, stabiliscono le norme per la gestione integrata dei servizi dell'U.S.L. con i servizi sociali (L. 833, art. 15);

- le prestazioni socio-assistenziali sono a carico dei comuni, ma possono essere gestite dalle U.S.L. (L. 730/1983 art. 30);

- le attività a rilievo sanitario connesse con quelle assistenziali sono a carico del fondo sanitario nazionale (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8.8.1985).

Dall'insieme di questi riferimenti si può osservare l'esistenza di un contrasto fra alcune norme di principio, che puntano ad una stretta connessione fra sistema sanitario e strutture assistenziali, ed i più recenti provvedimenti finanziari che sostanzialmente li separano.

In tale contesto istituzionale rappresentato dai vincoli sopra ri-

3) Sull'argomento si veda, fra l'altro: Ministero dell'interno-direzione generale dei servizi civili, Coordinamento e integrazione dei Servizi Socio-Assistenziali - studio condotto dall'I.R.S., Roma 1984; l'organizzazione dei Servizi nelle grandi città saggi vari a cura di E. Ranci Ortigosa, Giuffrè, Milano 1986.

Grafico 1: titolarità ed esercizio delle funzioni



chiamati, la L.R. 1/1986 propone un modello di ricomposizione dell'offerta dei servizi, anche mettendo in relazione il settore pubblico con quello privato.

2. Sistema dei servizi: settore pubblico

La regione (art. 13) si definisce quale ente programmatore e finanziatore, delegando parte delle proprie funzioni ad altri enti (per esempio la vigilanza), ma anche mantenendo alcuni compiti amministrativi propri (per esempio il riconoscimento degli enti privati).

Le province (art. 16) da una parte esercitano compiti programmatori sub-regionali (pareri sul coordinamento delle varie pianificazioni ed approvazione dei piani di localizzazione dei presidi socio-assistenziali) e dall'altra sono destinatarie di una delega amministrativa regionale, consistente nell'autorizzazione al funzionamento delle strutture (art. 50). Come vedremo il compito di provvedere alla programmazione in sede locale è stato affidato direttamente alle U.S.S.L.: su questo punto la scelta lombarda si differenzia nettamente da quella emiliana, dove sono le province ad esercitare tale funzione.

Con il grafico 1 si rappresenta in modo sintetico il sistema pubblico che concorre alla realizzazione dei servizi.

Può essere concettualmente utile distinguere la titolarità di

una funzione dal suo esercizio. Infatti i comuni sono titolari sia delle funzioni socio-assistenziali che di quelle sanitarie; tuttavia, per quanto riguarda l'esercizio delle stesse, c'è una differenza, poichè i comuni possono esercitare direttamente i loro compiti, mentre le funzioni sanitarie sono svolte attraverso la mediazione delle U.S.L. (in Lombardia definite U.S.S.L.). È anche questa frattura una delle cause della divaricazione fra i due livelli amministrativi: e tale problema non è certamente stato risolto dalla recente riforma dell'art. 15 della L. 833 (4). Per comprendere il grafico occorre fare anche un chiarimento terminologico: gli "Enti responsabili dei servizi di zona" sono, in rapporto alle zonizzazioni, o le associazioni intercomunali, o le comunità montane, o i comuni singoli. La relazione fra regioni ed enti responsabili è definita "forte" in quanto questi ultimi sono direttamente finanziati attraverso il fondo sanitario regionale; la relazione regione-comuni è definita "debole" poichè questi conservano una maggiore autonomia, essendo destinatari di proprie quote di finanza locale, autonome da quella regionale.

Questo rapido esame si è reso necessario per evidenziare il significato di una delle operazioni

4) Legge 15.1.1986 n. 4 Disposizioni transitorie in attesa della riforma istituzionale delle unità sanitarie locali.

Grafico 2



condotte dalla L.R. 1: essa infatti intende stimolare il collegamento fra comuni e U.S.S.L. mediante un meccanismo di finanziamento che fa passare i fondi socio-assistenziali destinati ai comuni attraverso i comitati di gestione, come si vede nel grafico 2.

Di questa procedura si segnalano i momenti fondamentali. Nelle aree pluricomunali viene istituito un "comitato di coordinamento zonale" (art. 15) composto dai sindaci o assessori delegati, con il compito di esprimere pareri su varie materie di competenza del Comitato di gestione (piani, programmi, bilanci, conti consuntivi, piante organiche, livelli di esercizio delle funzioni), ma anche di formulare proposte sui piani operativi delle stesse U.S.S.L.. Si tratta dunque di un organo a vocazione programmatica che pone direttamente in contatto gli amministratori comunali con l'organo di gestione dell'U.S.S.L.: a rafforzamento di questo rapporto il dirigente-coordinatore del servizio di assistenza sociale dell'U.S.S.L. svolge le funzioni di segretario. Tuttavia il fatto che tale comitato si riunisca, in via ordinaria, su convocazione del Presidente del comitato di gestione fa supporre che la regione con questo strumento punti molto sul livello associato nella gestione dei servizi: effettivamente tutto il processo sembra centrato sulla ipotesi di una reale capacità da parte delle U.S.S.L. di gover-

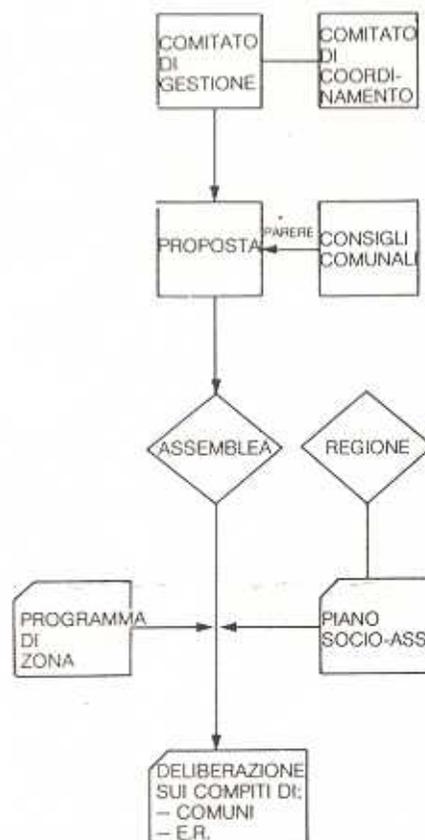
nare i servizi a livello zonale.

Esiste comunque la possibilità che il comitato venga convocato, in via straordinaria, anche da un solo rappresentante dei Comuni.

La L.R. 1/1986 propone questo modello di integrazione istituzionale fra i due livelli di esercizio delle funzioni socio-assistenziali: l'esperienza dirà se in tal modo sarà possibile favorire un rapporto realistico e fondato su precisi progetti di lavoro, piuttosto che su un conflitto strutturale fra il ruolo dei Comuni e quello delle U.S.S.L. Il grafico 2 chiarisce anche la procedura finanziaria: i fondi regionali vengono assegnati ai comuni attraverso il Comitato di gestione, realizzando così quel trasferimento alle U.S.S.L. delle funzioni programmatiche che era già stato anticipato con provvedimenti amministrativi nel periodo 1982-1985 (5).

Un problema cruciale nel rapporto fra comuni e U.S.S.L. è la definizione dei rispettivi compiti in ordine alla gestione dei servizi socio-assistenziali: il grafico 3 rappresenta la procedura decisionale prevista dall'art. 14.

È da segnalare il tentativo di porre su una base consensuale, e non puramente rivendicativa, la scelta del livello di esercizio delle

Grafico 3:
Articolazione delle funzioni

5) Di questa fase della politica socio-sanitaria lombarda è stata data ampia informazione in: Ministero dell'interno COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE op. cit. pagg. 125-146.

funzioni che, soprattutto nel caso di comuni di medie dimensioni e dotati di strutture proprie, provoca quei conflitti tra enti che sono stati ricordati sopra. Più in particolare, dalla normativa si ricava l'idea di un tendenziale orientamento da parte della regione a promuovere la scelta del livello associato, attraverso il suggerimento dei seguenti criteri attorno cui far ruotare la valutazione: complessità tecnica e gestionale del servizio; bacino di utenza; omogeneità delle prestazioni; sviluppo e riequilibrio dell'offerta; presenza di prestazioni sanitarie e a rilievo sanitario nelle unità di offerta socio-assistenziali.

Il piano socio-assistenziale individua inoltre le funzioni che devono esercitarsi a livello zonale, oltre a quelle programmatiche e di coordinamento: attività consultoriale; servizi di salute mentale; trattamenti di prevenzione, cura e riabilitazione per le tossicodipendenze; strutture protette per anziani non autosufficienti; centri socio-educativi per portatori di handicap.

In certi casi, esplicitamente previsti, il comune singolo può esercitare, in deroga, le funzioni attribuite all'ente responsabile.

Infine è sempre possibile in conferimento volontario di singoli servizi dai comuni alle U.S.S.L.

La stessa procedura, carica di suggerimenti e di eccezioni, lascia capire che si tratta di una decisione complessa che sicuramente provocherà dibattiti e soluzioni contraddittorie: sarà il piano regionale e socio-assistenziale ad indirizzare tutto il processo.

L'apertura, la trasformazione e la prosecuzione di gestione delle strutture residenziali destinate all'ospitalità (istituti educativi, centri diurni, case di riposo, asili nido ecc.) sono soggette alla autorizzazione da parte delle province (art. 50). Si tratta di una funzione molto importante che può consentire un graduale miglioramento della qualità delle prestazioni offerte, soprattutto tenendo conto del fatto che gran parte di tali strutture si sono formate e sviluppate in modo spontaneo e, dunque, al di fuori di corretti criteri tipologici, ambientali e gestionali.

C'è da augurarsi che il compito non venga espletato in modo formale e burocratico e che le province si dotino delle necessarie risorse professionali per il suo svolgimento.

Le funzioni di vigilanza sulle I.P.A.B. e, in generale, sulle strutture, sono delegate dalla regione agli enti responsabili che vi devono far fronte con la costituzione di apposite équipes costituite da esperti amministrativi, psicologi, assistenti sociali, medici, tecnici, specialisti (art. 54).

In conclusione si avverte il tentativo di qualificare l'intervento pubblico definendo in modo molto minuzioso tutti i fattori che sono in gioco nello sviluppo della

politica dei servizi: rimangono le incertezze in ordine all'operatività che è in gran parte affidata ai contenuti del piano regionale socio-assistenziale e all'entità delle risorse finanziarie che verranno mobilitate.

3. Sistema dei servizi: settore privato

La L.R. 1/86 mette in relazione il settore pubblico e il settore privato attraverso lo strumento amministrativo delle convenzioni secondo la procedura che appare nel grafico 4.

Il problema è, però, più complesso, poiché la legge fa una netta distinzione fra assistenza privata (associazioni, fondazioni coo-

Grafico 4: Convenzioni

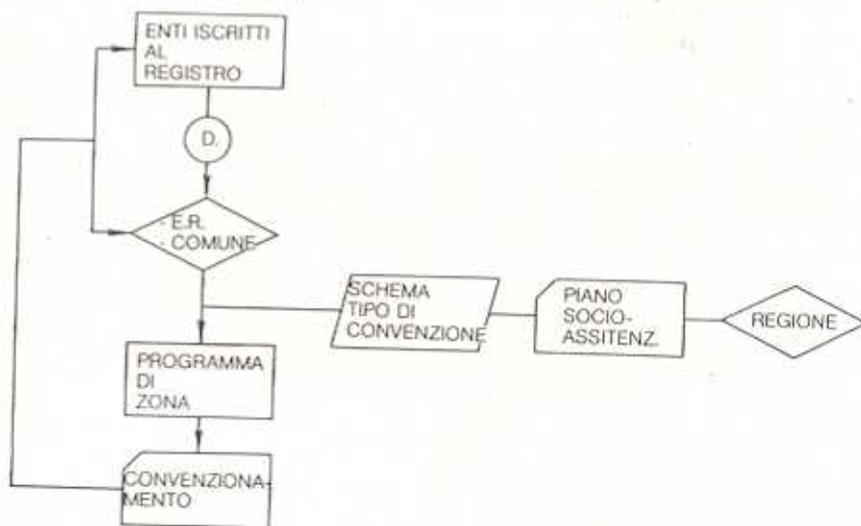
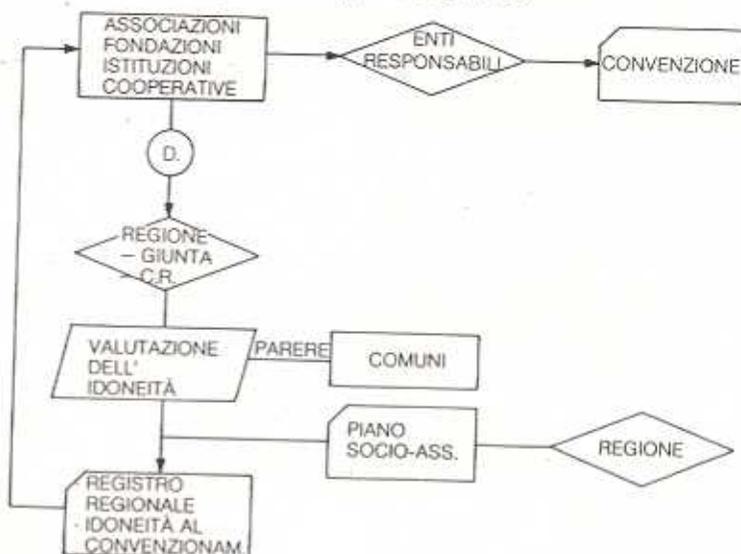


Grafico 5: Assistenza privata: registro regionale



perative, enti morali, ecc.) e organismi di volontariato, prevedendo circuiti di riconoscimento e finanziamento diversi fra loro. Il circuito dell'assistenza privata è rappresentato dal grafico 5 (6).

L'iscrizione nel registro regionale costituisce la condizione necessaria affinché gli enti responsabili o i comuni possano stipulare convenzioni con gli enti privati. L'idoneità è concessa sulla base della corrispondenza ai requisiti strutturali e gestionali previsti nel piano socio-assistenziale regionale.

Diverso è il circuito dell'asso-

6) Costruito sulla base della L.R. 39/1980 (artt. 16,18) e della L.R. 1/1986 artt. 5, 6).

ciazionismo di volontariato che viene correttamente individuato come una espressione solidaristica della società civile (artt. 3, 7). Il grafico 6 mette in evidenza le modalità di riconoscimento.

Anche qui è previsto un apposito registro, diverso da quello dell'assistenza privata e amministrato direttamente dal Presidente della Giunta, che legittima le organizzazioni a divenire interlocutori della politica regionale dei servizi, e ad ottenere eventuali contributi finanziari.

Se, da una parte, la distinzione fra questi due modi di essere del settore privato sembra chiara e corrispondente alla loro diversità strutturale e motivazionale, dal-

l'altra occorre segnalare una operazione che rischia di essere controproducente. Infatti l'iscrizione nel registro del volontariato può anche essere la pre-condizione per stipulare tre tipi di convenzioni con gli enti responsabili ed i comuni (art. 53):

- per attività "in alternativa al servizio pubblico";

- per attività innovative e sperimentali;

- per attività integrative e di supporto a servizi pubblici.

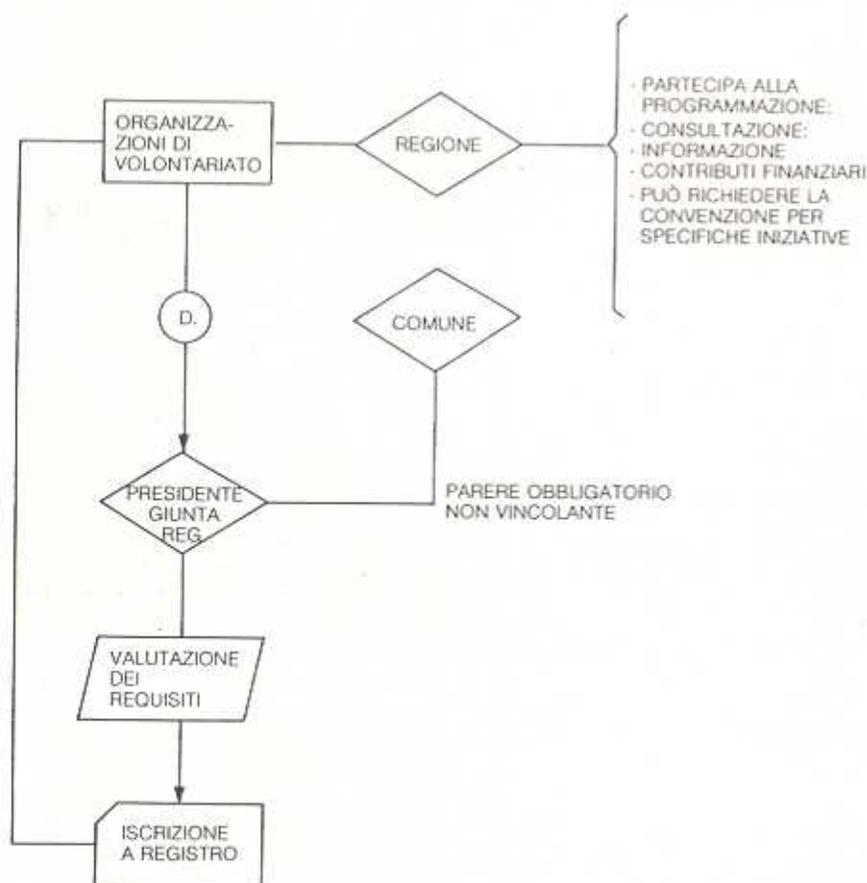
Mentre nel terzo tipo è ben messa a fuoco una funzione necessaria allo sviluppo di prestazioni qualitative, nel primo si può intravedere l'avvio di una politica concorrenziale fra il sistema pubblico e quello privato. È vero che le convenzioni per queste attività sono sottoposte ai vincoli di piano ed alle regole generali, ma è anche vero che, in un contesto di contrazione della spesa sociale e di difficoltà burocratiche e finanziarie nel reclutamento del personale, i comuni e gli enti responsabili saranno spinti ad utilizzare sempre di più questo strumento per rispondere ai bisogni socio-assistenziali. Una simile situazione è dannosa per lo stesso volontariato, che, da libero e flessibile movimento diventa istituzione del tutto simile agli altri enti privati che devono offrire prestazioni. L'ente pubblico forse risparmia qualcosa sulla base del lavoro gratuito dei volontari, ma aumentano i conflitti con i lavoratori dei servizi, con effetti di ricaduta dannosa sugli stessi utenti.

4. Processi programmatori e tipologia degli interventi

Da quanto riferito finora appare evidente che la L.R. 1/86 non è sufficiente ad avviare nessun processo riorganizzativo in assenza del suo strumento programmatore fondamentale: il piano regionale socio-assistenziale. Sono ancora poche le regioni che hanno un simile provvedimento: Piemonte, Toscana, Umbria, Veneto.

La Regione Lombardia aveva elaborato nel 1982 le "Linee programmatiche per il Piano socio-assistenziale" che non avevano un valore vincolante tale da ride-

Grafico 6: Volontariato: registro regionale



finire il sistema dei servizi: la L.R. 1/86 ha reso indispensabile l'adozione del piano, che è in fase di avanzata approvazione.

Il grafico 7 rappresenta il processo programmatico attivato dalla legge.

Si individuano tre momenti di snodo:

- *Piano regionale socio-assistenziale* (art. 33): da approvarsi dal Consiglio Regionale su proposta della giunta; di durata triennale; articolato in progetti obiettivi, azioni programmatiche, prescrizioni organizzative; contenente le risorse finanziarie;

- *Programma di zona* (art. 34): deliberato dall'Assemblea dell'ente responsabile, su istruttoria del Comitato di Gestione e del Comitato di coordinamento zonale; di durata triennale; articolato in analisi dei bisogni, obiettivi, programmi, proposte di sperimentazione;

- *Relazione annuale di zona* (art. 38): elaborata annualmente dal Comitato di gestione e dal Comitato di coordinamento; articolata in valutazione dei servizi, modalità di utilizzo del personale e delle risorse finanziarie; con finalità di consuntivo sulla gestione, anche in rapporto all'aggiornamento del piano regionale.

Il piano regionale deve anche individuare gli "standard di realizzazione dei servizi e degli interventi". Si tratta di precisi valori di riferimento (strutturali e gestionali) in rapporto ai quali misurare e valutare le unità organizzative. La Regione Lombardia già con la L.R. 11/1983 aveva elaborato questo strumento per le seguenti aree di servizio: assistenza anziani, assistenza handicappati, assistenza minori e devianza. Ora si prevede l'estensione a tutto il sistema dei servizi: enti pubblici, enti privati, associazioni di volontariato convenzionate per accedere ai finanziamenti regionali dovranno, sia pure gradualmente, adeguarsi a questi parametri qualitativi. In tale modo è ipotizzabile che le funzioni autorizzate dalle province e quelle di vigilanza degli enti responsabili potranno anche essere realmente produttive e non formali.

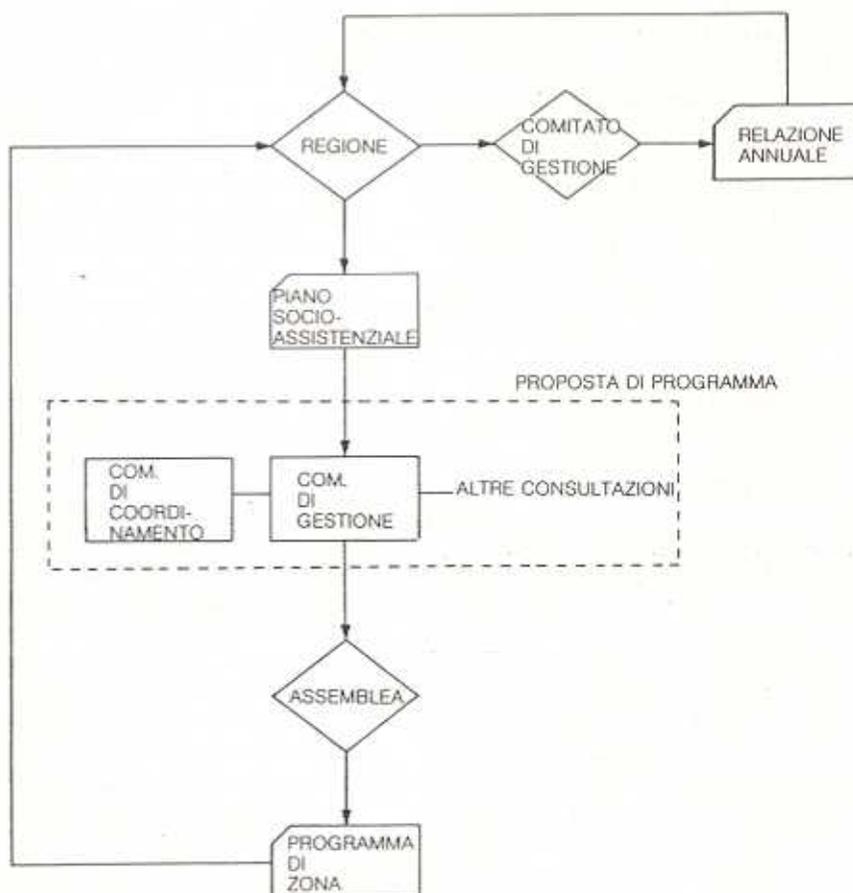
Della programmazione in sede

zonale si è già incidentalmente parlato nell'analisi del sistema pubblico. Dal punto di vista operativo il "programma di zona" può essere l'occasione per un lavoro di grande importanza. Infatti esso, da una parte ha una finalità puramente istituzionale consistente nell'accedere ai finanziamenti, ma, dall'altra, è anche uno strumento di raccordo fra l'analisi dei bisogni e la gestione dei servizi: può dunque essere utilizzato dagli operatori come un proprio specifico spazio di ricerca e come un momento di elaborazione tecnica per facilitare la decisione degli organi amministrativi (Comitato di coordinamento e Comitato di Gestione).

Gli interventi socio-assistenziali sono definiti in modo minuzioso secondo la seguente tipologia:

- interventi generali e di prevenzione (informazione, segretariato, educazione sanitaria, prevenzione, promozione sociale);
- interventi generali e di prevenzione (informazione, segretariato, educazione sanitaria, prevenzione, promozione sociale);
- interventi di sostegno alla persona e al nucleo familiare (assistenza personale, economica, domiciliare, abitativa; case-albergo e di soggiorno; asili nido; centri diurni e socio-educativi; servizi di vacanza; interventi di inserimento sociale);

Grafico 7: Processo programmatico



- interventi di sostituzione del nucleo familiare (minori in rapporto all'autorità giudiziaria; affidamento familiare; centri di pronto intervento; servizi residenziali e di comunità; comunità alloggio; istituti per minori; case di riposo; centri residenziali per handicappati gravi; strutture protette).

A parte il modello culturale familistico che sottintende questa classificazione e l'appesantimento descrittivo portato nella legge, non vi è dubbio che tale tipologia ha il vantaggio di rendere più "leggibile" il sistema dei servizi, di favorire la progettazione locale e di indirizzare in modo meno discrezionale le scelte politico-amministrative.

Conclusioni

La struttura e le caratteristiche della legge mostrano che essa ha l'ambizione di influire anche sul legislatore nazionale. È troppo presto per dare un giudizio sull'impianto, certamente complesso ed impegnativo, della L.R. 1/1986, tanto più che la sua sorte è affidata in gran parte ai contenuti del piano regionale.

I suoi punti di forza sono: la regolazione sistematica e generale dei finanziamenti di tutte le offerte socio-assistenziali; il tendenziale rafforzamento del ruolo del servizio di assistenza sociale all'interno dell'U.S.S.L.; l'individuazione di un modello di integrazione istituzionale ed organizzativa fra comuni e U.S.S.L.; il coinvolgimento programmato delle risorse private; la fissazione delle norme per le autorizzazioni e per la vigilanza.

I suoi punti di debolezza sono: l'attribuzione delle funzioni programmatiche locali alle U.S.S.L. senza un coinvolgimento più diretto delle province; la possibilità di creare un sistema privato parallelo a quello pubblico tale da sovrastare ogni migliore intenzione riorganizzativa di questo sistema; il rimando ad altra legge delle modalità di gestione dei presidi di assistenza multizonali.

Quali prospettive per il servizio di medicina scolastica?

Antonio Bonaldi, Umberto Ferrari, Giorgio Barboglio, Anna Fellin

Il contributo che presentiamo affronta un tema su cui si sta sviluppando un consistente dibattito.

Quello sulla validità, sia scientifica che preventiva, degli screenings adottati in età scolare.

Si tratta di una elaborazione collettiva dell'equipe del servizio di Assistenza Sanitaria di Base della USSL n. 32 di Treviglio (Bergamo).

Introduzione

Chi gestisce i servizi sanitari si trova sempre più spesso a dover fronteggiare gli inevitabili effetti dissonanti indotti da due fenomeni tra loro contrapposti.

A fronte di una infrenabile tendenza alla espansione dei bisogni, che tenderebbe a richiamare nel settore sanitario sempre nuove e più consistenti risorse, si contrappongono, in modo spesso stridente le leggi finanziarie, che al contrario, richiedono, al già magro bilancio della Sanità, ulteriori sacrifici economici, sollecitando, oltretutto, ingenti tagli alle spese correnti. Ci si chiederà, a questo punto, per quale strana ragione il risanamento del bilancio dello Stato debba iniziare proprio da un capitolo così prioritario come quello della salute, a cui nessuno pare disposto a rinunciare.

Uno dei motivi deriva dalla constatazione che gli investimenti operati in settori quali l'occupazione, la casa, le pensioni, l'istruzione, l'ambiente, la cultura, non sono meno influenti, né meno redditizi nel promuovere il be-

nessere e migliorare la qualità della vita della popolazione. Inoltre, la gente non sembra più disposta a sopportare ulteriori tagli nei consumi privati per finanziare l'inarrestabile lievitazione delle spese sanitarie.

L'animato dibattito che si sta sviluppando intorno a questi temi ha contribuito, senza dubbio, ad accrescere la consapevolezza che le risorse finanziarie assegnate al Servizio Sanitario, non solo sono limitate, ma anche insufficienti a garantire cure e servizi per tutti.

In altre parole, si deve prendere atto che il loro gradiente di crescita risulta inferiore a quello che sarebbe necessario raggiungere per poter assicurare a tutti i pazienti, le nuove acquisizioni del progresso scientifico e tecnologico e per soddisfare le crescenti aspettative di salute della popolazione.

La logica conseguente di questo stato di cose è facilmente immaginabile, anche per i non esperti: se non possiamo permetterci tutto quello che sarebbe desiderabile, è meglio concentrare gli sforzi sulle attività realmente importanti, sacrificando, se è necessario ciò che ci offre i minori risultati. Poiché sarebbe illusorio credere, o lasciar credere, che si possano soddisfare in egual misura tutte le richieste, dobbiamo pertanto abituarci ad accettare l'idea di considerare un uso alternativo delle risorse disponibili.

Secondo questo principio, as-