

LE UNITA' SANITARIE LOCALI

di GIACOMO PERICO

1. Introduzione.

La legge 23 dicembre 1978, n. 833 (1), istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), è entrata in vigore il 1° gennaio 1979. Essa perfeziona il processo di unificazione di tutta l'assistenza sanitaria, avviato qualche anno prima principalmente da due provvedimenti legislativi: dalla legge 17 agosto 1974, n. 386 (che prevedeva l'estinzione delle mutue entro il 30 giugno 1977 e il passaggio delle loro funzioni alle Regioni) (2), e dalla legge 29 giugno 1977, n. 349 (che, stante il notevole ritardo subito dalla legge di riforma e la prossimità del termine stabilito per l'estinzione delle mutue — 30 giugno 1977 —, doveva servire come provvedimento ponte, per evitare il « vuoto di legge » nell'assistenza sanitaria) (3). Tale estinzione è pure ribadita dal D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616 (4).

Nella volontà di assicurare la rapida attuazione della riforma, la legge 23 dicembre 1978, n. 833, fissa i termini di attuazione delle **principali tappe di trasformazione**: — dal 1° gennaio 1979, istituzione dei servizi psichiatrici ed eliminazione graduale degli istituti manicomiali (art. 34); — dalla stessa data, inizio dei versamenti sul Fondo Sanitario Nazionale dei contributi assicurativi destinati nel passato alle varie

(1) Cfr. Legge 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, in « Gazzetta Ufficiale », 28 dicembre 1978, n. 360 (Supplemento ordinario).

(2) Cfr. Legge 17 agosto 1974, n. 386, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria*, in « Gazzetta Ufficiale », 29 agosto 1974, n. 225, pp. 5682 ss.

(3) Cfr. Legge 29 giugno 1977, n. 349, *Norme transitorie per il trasferimento alle regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici e per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario in relazione alla riforma sanitaria*, in « Gazzetta Ufficiale », 30 giugno 1977, n. 177, pp. 4883 ss.

(4) Cfr. *Decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, Attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382*, in « Gazzetta Ufficiale », 29 agosto 1977, n. 234 (Supplemento ordinario).

mutue (artt. 52 e 69); — entro l'11 febbraio 1979, creazione del Consiglio Sanitario Nazionale (artt. 8 e 60); — entro il 30 aprile 1979, presentazione in Parlamento del primo Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1980-1982 (art. 72); — entro il 27 giugno 1979, emanazione delle leggi regionali per la definizione dei territori da assegnare alle Unità Sanitarie Locali (artt. 12 e 61); — entro il 30 ottobre 1979, approvazione dei Piani Sanitari Regionali (art. 56); — entro il 31 dicembre 1979, costituzione da parte delle Regioni delle Unità Sanitarie Locali (art. 61).

Le **Unità Sanitarie Locali** rappresentano certo, nella nuova struttura sanitaria, **lo strumento più centrale e operativo di tutta la riforma**. Infatti, mentre lo Stato si limita, con il Piano Sanitario Nazionale, a fissare gli obiettivi più generali e coordina l'azione delle Regioni (art. 6), e le Regioni, in esecuzione del Piano Sanitario Nazionale, elaborano propri Piani Sanitari Regionali (art. 7), le Unità Sanitarie Locali, attraverso una adeguata rete di presidi e di servizi, assistono i cittadini sia in fase di prevenzione, sia in fase di cura e di assistenza farmaceutica.

Tenuto conto della centralità che nel nuovo sistema sanitario occupa l'Unità Sanitaria Locale, e della scarsa informazione che si constata circa il loro posto nella riforma e circa le loro strutture, ci siamo proposti di raccogliere in questo saggio alcune **note informative** e alcune **indicazioni pratiche** per una maggiore conoscenza degli aspetti più concreti del nuovo Servizio Sanitario Nazionale, nonché alcuni **elementi di valutazione** sulla bontà e sulla funzionalità della riforma sanitaria.

2. Compiti delle USL (Unità Sanitarie Locali).

Per comprendere la **vastità dei compiti** che la riforma sanitaria affida alle Unità Sanitarie Locali, va tenuto presente che la legge ha notevolmente ampliato il concetto di « salute ». Questa non significa semplicemente « assenza di malattia », ma « **stato di benessere fisico, psichico e sociale** ». Per cui i compiti dell'Unità Sanitaria Locale, ricalcando gli obiettivi generali indicati nell'art. 1 della legge n. 833, non si restringono alle sole prestazioni di diagnosi e cura, ma si estendono alle iniziative di **igiene personale e ambientale**; di **prevenzione** delle malattie fisiche e psichiche, degli infortuni, degli inquinamenti; e di **riabilitazione** degli invalidi.

1. « L'unità sanitaria locale è il **complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane**, i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale [...]. Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale i comuni, singoli o associati, o le comunità montane

articolano le unità sanitarie locali in **distretti sanitari di base**, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento » (art. 10).

« **L'ambito territoriale** di attività di ciascuna unità sanitaria locale è delimitato in base a gruppi di popolazione di regola compresi tra 50.000 e 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona. Nel caso di aree a popolazione particolarmente concentrata o sparsa e anche al fine di consentire la coincidenza con un territorio comunale adeguato, sono consentiti limiti più elevati o, in casi particolari, più ristretti » (art. 14).

Qualora l'Unità Sanitaria Locale ricopra una zona geograficamente molto vasta e i suoi presidi siano distanti l'uno dall'altro, si prevedono, per i casi in cui risulti necessario un pronto intervento, *Distretti Sanitari di Base*, dove sia possibile prestare al paziente un pronto soccorso o le prime cure, in attesa di avviarlo alla più vicina Unità Sanitaria Locale. Tale distretto eredita, in qualche misura, le funzioni che un tempo svolgevano i vecchi ambulatori di paese; vi è prevista la presenza di personale medico e paramedico molto qualificato.

2. I **compiti** che la legge assegna alle Unità Sanitarie Locali sono, per sommi capi, i seguenti: educazione sanitaria; igiene dell'ambiente; prevenzione delle malattie; protezione materno-infantile; assistenza pediatrica; tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile; igiene e medicina scolastica; igiene e medicina del lavoro; medicina dello sport; assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale; assistenza medico-specialistica; assistenza ospedaliera; riabilitazione; assistenza farmaceutica; igiene della produzione e del commercio di alimenti e bevande; profilassi e polizia veterinaria; vigilanza sulla alimentazione umana e zootecnica, e sulle malattie trasmissibili dagli animali (cfr. art. 14).

3. Anche **gli stabilimenti ospedalieri fanno parte delle Unità Sanitarie Locali**. E' compito delle Regioni disciplinare con legge « l'articolazione dell'ordinamento degli ospedali in dipartimenti, in base al principio dell'integrazione tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, a quello del collegamento tra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali, nonché a quello della gestione dei dipartimenti stessi sulla base della integrazione delle competenze in modo da valorizzare anche il lavoro di gruppo » (art. 17).

4. L'Unità Sanitaria Locale è a disposizione di ogni cittadino, che ha il diritto di esigere da essa le necessarie prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale.

Inoltre, il cittadino ha « **il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura** », ovviamente « nei limiti oggettivi » dei servizi sanitari; nonché il « diritto di accedere, per motivate ragioni o in casi di

urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale, ai servizi di assistenza di qualsiasi Unità Sanitaria Locale » (art. 19).

3. Struttura e funzioni delle USL.

1. « L'unità sanitaria locale [...] è una **struttura operativa dei comuni**, singoli o associati, e delle comunità montane. — Organi della unità sanitaria locale sono: — 1) l'assemblea generale; — 2) il comitato di gestione e il suo presidente.

« *L'assemblea generale* è costituita: — a) dal consiglio comunale se l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale coincide con quello del comune o di parte di esso; — b) dall'assemblea generale dell'associazione dei comuni, [...] se l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale corrisponde a quello complessivo dei comuni associati; — c) dall'assemblea generale della comunità montana se il suo ambito territoriale coincide con quello dell'unità sanitaria locale. Quora il territorio della unità sanitaria locale comprenda anche comuni non facenti parte della comunità montana, l'assemblea sarà integrata da rappresentanti di tali comuni. [...]

« Il *comitato di gestione* compie tutti gli atti di amministrazione dell'unità sanitaria locale. Gli atti relativi all'approvazione dei bilanci e dei conti consuntivi, dei piani e programmi che impegnino più esercizi, della pianta organica del personale, dei regolamenti, delle convenzioni, sono predisposti dal comitato di gestione e vengono approvati dalle competenti assemblee generali » (art. 15).

2. Per ciò che si riferisce all'**attività di prevenzione**, la legge affida alle USL i compiti seguenti: — individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e di lavoro, anche mediante collaudi e verifiche di macchine, impianti e mezzi di produzione; — comunicazione dei dati e adeguata diffusione della loro conoscenza; — indicazione delle misure idonee alla eliminazione dei fattori di rischio e all'azione di risanamento; — profilassi degli eventi morbosi; — verifiche degli insediamenti industriali e dei piani urbanistici, in ordine alla tutela dell'ambiente. Queste attività di prevenzione sono effettuate con le rappresentanze sindacali e il datore di lavoro, secondo le modalità contrattuali (cfr. art. 20).

Sempre in ordine all'attività di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, « le Unità Sanitarie Locali organizzano propri servizi di igiene ambientale e di medicina del lavoro anche prevedendo, ove essi non esistano, presidi all'interno delle unità produttive » (art. 21).

Perché questa attività di prevenzione sia debitamente coordinata, la legge regionale individua le Unità Sanitarie Locali in cui si trovano presidi e servizi multinazionali di carattere preventivo, e prevede forme di coordinamento degli stessi con i presidi e servizi di carattere preventivo di ciascuna Unità Sanitaria Locale interessata. Detti presidi e servizi multinazionali restano in gestione all'unità sanitaria, nel cui territorio sono situati (cfr. art. 22).

3. Per quanto concerne le **prestazioni curative**, la legge stabilisce che l'Unità Sanitaria Locale provveda all'assistenza medico-curativa, specialistica, infermieristica e ospedaliera. Le prestazioni potranno essere erogate sia in forma ambulatoriale sia in forma domiciliare. La scelta del medico di fiducia deve avvenire nell'ambito del personale dipendente o convenzionato operante nelle Unità Sanitarie Locali o nel comune di residenza del cittadino (cfr. art. 25).

L'assistenza specialistica e le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio sono fornite di norma dagli ambulatori o dalle strutture dell'Unità Sanitaria Locale di cui l'utente fa parte, o presso gli ambulatori o le strutture convenzionati. L'assistenza ospedaliera è prestata di norma dagli ospedali pubblici o altri istituti convenzionati (cfr. art. 25). Anche le prestazioni riabilitative (dirette cioè al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche o psichiche o sensoriali) sono erogate dall'Unità Sanitaria Locale o con servizi propri o presso istituti convenzionati (cfr. art. 26).

4. Anche l'**assistenza farmaceutica** rientra nei compiti dell'Unità Sanitaria Locale, tramite le farmacie di cui sono titolari gli enti pubblici o altre farmacie convenzionate. La ricetta compilata dal medico curante è titolo sufficiente per ottenere i preparati galenici o specialità medicinali compresi nel prontuario terapeutico del Servizio Sanitario Nazionale (cfr. art. 28). Questo prontuario viene approvato dal ministro della Sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale e previa proposta di uno speciale comitato (cfr. art. 30).

La produzione e la distribuzione dei farmaci sono condizionate dagli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale. Una legge dello Stato dovrà regolare la disciplina delle autorizzazioni alla produzione e all'immissione in commercio dei farmaci, la revisione delle autorizzazioni già concesse, la disciplina dei prezzi, la individuazione dei presidi autorizzati e la definizione delle modalità di sperimentazione clinica, la brevettazione dei farmaci, la definizione delle caratteristiche necessarie per la immissione nel commercio degli stessi, il servizio di informazione scientifica sui prodotti, la revisione e la pubblicazione periodica della farmacopea ufficiale (cfr. art. 29).

5. Anche le Unità Sanitarie Locali seguono la **norma generale della «volontarietà» di ogni sorta di accertamento e trattamento sanitario**; il che significa che nessun cittadino è per sé obbligato a ricorrere a interventi sanitari concernenti la sua salute e la salute della comunità. Tuttavia, vi sono casi, espressamente indicati dalla legge, in cui possono essere disposti **accertamenti e trattamenti «obbligatori»**, ai sensi dell'art. 32 della Costituzione.

Tali accertamenti e trattamenti obbligatori vengono disposti con provvedimento del sindaco in qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico, e vengono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali anche mediante degenza, dove occorra, nelle strutture ospedaliere. In genere, per

quanto è possibile, deve ottenersi, in tutti questi casi, il consenso dell'interessato. Contro il provvedimento di obbligatorietà può essere fatta richiesta di revoca o di modifica rivolta allo stesso sindaco (cfr. art. 33).

Accertamenti e trattamenti obbligatori possono essere disposti nell'ambito dell'Unità Sanitaria Locale nei confronti di persone affette da malattia mentale. E' compito della legge regionale provvedere l'istituzione dei servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative in ordine alle malattie mentali, ed è a questi servizi e ai presidi territoriali extra-ospedalieri che di norma si rivolgeranno le Unità Sanitarie Locali. Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure siano svolte in condizioni di degenza ospedaliera, presso ospedali generali in specifici servizi psichiatrici (cfr. art. 34).

4. Le strutture Amministrative Unificate (SAU).

1. In attesa della nascita e del consolidamento definitivo delle Unità Sanitarie Locali, cui spetteranno tutti i compiti un tempo svolti dagli enti mutualistici, si è dato vita, con la legge 29 giugno 1977, n. 349, a **Strutture Amministrative Unificate (SAU)**, sparse nel territorio, alle quali affidare i **compiti prevalentemente di carattere burocratico** concernenti l'assistenza sanitaria (5). Tali compiti e le loro modalità sono chiaramente indicati nella direttiva n. 9, emanata dal Comitato Centrale per la liquidazione degli enti mutualistici (6).

I compiti della Struttura Amministrativa Unificata sono: — acquisizione dei dati e documenti relativi al censimento degli assistibili, nonché dei medici generici e pediatri; — accertamento del numero degli assistibili per ciascun medico; — eliminazione delle doppie iscrizioni, cancellazione per decesso, trasferimento, ecc.; — registrazione delle variazioni comunque intervenute, nonché delle nuove scelte, revoche o ricusazioni dei medici di fiducia e degli assistiti; — espletamento di quanto è necessario per la tenuta degli elenchi degli assistibili e dei medici.

2. Le nuove Strutture Amministrative Unificate (SAU), quali uffici amministrativi delle Unità Sanitarie Locali, operano a tre livelli: 1)

(5) In seguito alla emanazione della legge n. 349 gli assessori regionali alla sanità si incontrarono nel luglio 1977 a Catanzaro, e successivamente a Bologna nel febbraio 1978 e a Milano nel gennaio 1980, per concordare una linea comune di iniziative in ordine alla definizione e attuazione delle modalità di azione dei nuovi organismi. A Catanzaro vennero redatti di pieno accordo un documento e un allegato. Nel documento gli assessori dichiaravano definitivamente superato il sistema mutualistico e si impegnavano per la sua liquidazione; si rivolgevano a tutte le forze sociali e alle loro strutture amministrative chiedendo collaborazione perché il passaggio dalle mutue al nuovo sistema avvenisse quanto prima. Nell'allegato essi si accordavano su alcune modalità concrete per facilitare il processo di cambiamento. Cfr. *Le regioni sulla L. 349 e la L. 382*, in « Prospettive Sociali e Sanitarie », 1° novembre 1977, pp. 17 ss.

(6) Cfr. **MINISTERO DELLA SANITÀ, Comitato Centrale per la liquidazione degli enti e gestioni autonome preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico — Legge 29 giugno 1977, n. 349 —, Direttiva n. 9/77 adottata nella seduta del 19 dicembre 1977**, Ciclost.

quali **strutture di base (SAUB)** a disposizione del cittadino per la scelta del medico e per ogni altra procedura inerente ai servizi sanitari; 2) quali **strutture intermedie (SAUI)**, cui compete, fra l'altro, preparare e gestire gli elenchi unici provinciali dei medici convenzionati; 3) quali **strutture regionali (SAUR)**, che, oltre a occuparsi del funzionamento di tutte le SAUB della Regione, si occupano della raccolta e trasmissione dei dati in modo da collegare funzionalmente le strutture amministrative unificate decentrate, le sedi provinciali degli ex-enti mutualistici e gli uffici regionali.

5. Indicazioni concrete per un approccio corretto con le Unità Sanitarie Locali (7).

1. Presso le Unità Sanitarie Locali, e più precisamente presso i loro uffici amministrativi di base (le attuali SAUB), ogni cittadino (compresi quelli che finora non usufruivano di assistenza sanitaria pubblica: professionisti, imprenditori, scrittori, ecc.) sceglie nell'elenco dei medici dipendenti o convenzionati del Servizio Sanitario Nazionale, elenco preparato dalla Regione, il « suo » **medico di fiducia**. Chi aveva un rapporto mutualistico con l'INAM può continuare a servirsi del medico assegnatogli precedentemente dalla mutua, la quale già si basava sulla figura del medico personale.

Scelto il nome del medico personale l'interessato chiede al sanitario se è disposto a includerlo tra i suoi clienti. Il sanitario nell'accettare la clientela non potrà superare il « tetto » **massimo di 1.500 soggetti**. In ogni caso, « **il rapporto fiduciario [tra medico e assistito] può cessare in ogni momento a richiesta dell'assistito o del medico; in quest'ultimo caso la richiesta deve essere motivata** » (art. 25). Il medico non può ricusare l'assistito se nel comune non sia operante un altro medico.

Un nucleo familiare, dunque, potrà avere lo stesso sanitario per tutti i componenti la famiglia. E' la figura del « **medico di famiglia** », già abituale nel lontano passato, che torna alla prassi. L'unica eccezione riguarda i ragazzi sotto i 12 anni che possono avere inoltre il pediatra, la cui scelta viene ugualmente fatta presso gli uffici amministrativi delle Unità Sanitarie Locali. In tutti i casi sarà opportuno che la scelta non impegni medici che abitano lontano dagli assistiti: ciò potrebbe rendere meno agibili e meno rapide le eventuali visite a domicilio.

2. La **prassi concreta** da seguire, qualora si abbia bisogno del medico, è la seguente: a) se l'assistito ammalato domanda una **visita ambulatoriale**, deve prenotarsi — salvo naturalmente il caso di un malessere improvviso — e recarsi all'ora prestabilita nell'ambulatorio,

(7) Per questi aspetti più concreti ci siamo serviti delle indicazioni raccolte direttamente presso gli uffici delle SAUB della Regione Lombardia.

che resta aperto solo in alcune ore del giorno; b) se il cliente intende chiedere una **visita domiciliare** — e questo accade quando egli è nella impossibilità di raggiungere l'ambulatorio —, deve prendere contatto, anche telefonicamente, con il medico prima delle 10 di mattina, e il medico è tenuto a effettuare la visita entro la giornata; se la richiesta viene fatta dopo le 10, la visita dovrà essere effettuata entro le 11 del giorno successivo, anche di sabato. In ogni caso la visita è completamente gratuita.

Se l'ammalato chiama il suo medico di fiducia per una visita domiciliare dopo le ore 20 e prima delle 8 del mattino, può ricevere un legittimo rifiuto. In tal caso egli può rivolgersi, a sua scelta, al pronto soccorso di un ospedale o alla *guardia medica notturna*, istituita presso l'Unità Sanitaria Locale. Se è giorno festivo, il malato può rivolgersi alla *guardia medica festiva*, disponibile presso l'Unità Sanitaria Locale dalle ore 24 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo (8). Anche in questi casi la visita è gratuita.

a) Nei casi in cui l'assistito abbia **bisogno urgente** del medico di fiducia questi — accertatosi sommariamente dell'urgenza — è tenuto a recarsi dal cliente. Può accadere, però, che il sanitario, in base alla propria esperienza e alla conoscenza del cliente, ritenga non trattarsi di urgenza. In questo caso può rifiutarsi di accorrere al letto dell'ammalato. Se l'assistito riterrà, in questo caso, di essere stato trattato ingiustamente, potrà fare « ricorso » all'Unità Sanitaria Locale e dare la « disdetta » al suo medico e cercarne un altro. Potrebbe ancora accadere che nel caso di bisogno urgente il medico di fiducia non sia rintracciabile o disponibile. In tale caso, stante l'urgenza della situazione, l'assistito potrà rivolgersi ad altro medico convenzionato.

b) Per ottenere la **prestazione di uno specialista** occorre una autorizzazione da parte del medico di fiducia, che rilascia un modulo speciale indicante lo specialista. Nel caso però dei seguenti specialisti: pediatra, ginecologo, dentista e oculista, l'assistito può ottenere la prestazione anche senza l'autorizzazione del medico di fiducia, purché gli specialisti cui ricorre siano debitamente convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale. L'Unità Sanitaria Locale potrà fornire tempestivamente agli assistiti i nomi degli specialisti convenzionati, che sono tenuti a tenere aperti i propri ambulatori dal lunedì al venerdì.

3. Il **ricovero** di un cittadino ammalato in un istituto ospedaliero della Regione cui egli appartiene, avviene su autorizzazione del medico di fiducia o dello specialista consultato. Qualora si tratti di un ricovero urgente in ospedale sito fuori della propria Regione, occorre l'autorizzazione della Regione da cui l'ospedale dipende.

(8) Potranno far parte della « *guardia medica notturna o festiva* », in maniera prioritaria i non iscritti negli elenchi, poi coloro che ne hanno fatto richiesta o che hanno un minor numero di assistiti; nessuno di questi deve aver raggiunto i 60 anni di età.

Il ricovero può avvenire anche presso una **clinica convenzionata**, secondo modalità che è compito delle singole Regioni determinare. Alcune Regioni prevedono una speciale « impegnativa »; altre si limitano ad esigere l'autorizzazione del medico di fiducia o dello specialista. Se il cittadino chiede una stanza singola, quando nella clinica si ricorre a stanze di più letti, è tenuto a versare una quota integrativa. Così avviene per quanto concerne alcuni servizi accessori, come il telefono, il televisore, il letto per un familiare, ecc. **Se la clinica**, in cui il cittadino si ricovera, **non è convenzionata**, la Regione verserà la quota media, richiesta per un ricovero in clinica convenzionata.

4. Se il **cittadino italiano** si trovasse **all'estero per motivi di lavoro**, alle dipendenze di un datore di lavoro straniero, è assistito secondo le regole del Paese in cui si trova e a spese del proprio Paese d'origine. Qualora le quote offerte dal Paese estero fossero inferiori al livello italiano, il cittadino ha diritto a un rimborso. Se il cittadino italiano è **all'estero per motivi diversi dal lavoro**, per ricevere l'assistenza sanitaria come un qualunque abitante del Paese in cui si trova, deve dimostrare, attraverso la presentazione del suo documento personale sanitario, di aver diritto all'assistenza sanitaria.

Per i **cittadini della Comunità Europea** sono previste norme precise. Essi hanno diritto all'assistenza durante la loro permanenza all'estero in uno dei Paesi della CEE, purché abbiano ritirato e riempito il « formulario E 111 ». In caso di malattia all'estero, possono presentarlo al più vicino ufficio dell'ente incaricato, che si assumerà la maggior parte dei costi dell'assistenza. In particolare: le cure sono gratuite in Danimarca, Germania, Gran Bretagna, Irlanda, Italia, Olanda; per le medicine è dovuto un piccolo contributo in Irlanda, Italia e Olanda; le spese sopportate dal malato vengono rimborsate in un secondo tempo in Belgio, Francia e Lussemburgo.

5. Tutte le **prestazioni mediche, richieste e ottenute nell'ambito delle Unità Sanitarie Locali**, anche nel caso di ricovero in ospedale o clinica convenzionata, sono **gratuite per tutti i cittadini**. E' prevista, però, la facoltà per i cittadini di rivolgersi a un medico diverso da quelli contenuti nell'elenco, e di chiedere il ricovero in istituti specifici. Ovviamente, in questi casi, l'onere finanziario sarà a totale carico del cittadino. La legge di riforma consente esplicitamente di ricorrere anche a forme di « mutualità volontaria ». Possono quindi aversi « associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal Servizio Sanitario Nazionale »; è però « vietato agli enti, imprese ed aziende pubbliche contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento » di tali associazioni (art. 46).

6. Tutto ciò che si è detto delle prestazioni propriamente mediche va detto, in maniera analoga, delle **prestazioni farmaceutiche**. Queste verranno fornite dalle farmacie i cui titolari siano enti pubblici, o an-

che da farmacie private, purché siano convenzionate. Gli assistiti dovranno semplicemente presentare la ricetta, debitamente compilata dal medico di fiducia. Per facilitare la rapida consegna dei prodotti farmaceutici, sempre che siano compresi nel prontuario terapeutico nazionale, le Unità Sanitarie Locali, come pure i suoi servizi e presidi nonché gli enti convenzionati, potranno acquistare i suddetti prodotti direttamente presso le ditte fornitrici (cfr. art. 28).

Solo il medico di fiducia o lo specialista convenzionato possono prescrivere i farmaci al cittadino che ne faccia richiesta di propria iniziativa o dopo visita. La prescrizione viene rilasciata su apposito modulo e può essere utilizzata, entro dieci giorni dal rilascio, nelle farmacie della Regione indicata nella prescrizione stessa.

I prodotti farmaceutici — se contenuti nel prontuario nazionale — sono dati *gratuitamente*. Per alcune specialità, in base alla legge 5 agosto 1978, n. 484 (9), l'utente è tenuto a pagare direttamente una piccola parte del costo, il cosiddetto « *ticket* » sui farmaci: lire 200 per ogni confezione il cui costo non superi le lire 1.000; lire 400 per costi non superiori a lire 3.000; lire 600 per costi superiori a lire 3.000. Il ministro della Sanità ha però di recente accennato alla possibilità di esentare dal « *ticket* » alcune categorie di pensionati.

Nel caso in cui il farmacista, per « preparare » la medicina prescritta dal medico di fiducia, debba utilizzare speciali contenitori (preparazioni « galeniche magistrali »), può chiedere il pagamento del contenitore. Inoltre, quando la ricetta venga presentata fuori dell'orario di apertura, il farmacista può chiedere il pagamento di un diritto addizionale, a meno che il medico — come potrebbe avvenire nel caso di una visita notturna — non abbia annotato sulla ricetta l'« urgenza », con l'ora della prescrizione.

7. Ogni assistito riceverà dagli uffici amministrativi delle USL il **libretto sanitario strettamente personale**. L'effettiva distribuzione, a termini di legge, inizierà da coloro che sono nati dopo l'entrata in vigore della riforma (1° gennaio 1979). Tale libretto sarà praticamente il documento attestante il diritto all'assistenza e riporterà i dati principali concernenti la salute del soggetto; è compito degli uffici amministrativi dell'Unità Sanitaria Locale compilarlo e aggiornarlo. Naturalmente tali dati sono coperti dal più **rigoroso segreto professionale**, e il libretto, che resterà presso l'assistito o presso persona che agisce a suo nome, può essere richiesto solo dal medico nell'esclusivo interesse del soggetto (cfr. art. 27).

8. Nelle « strutture di ricovero del Servizio Sanitario Nazionale » viene « assicurata l'**assistenza religiosa** nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino »; assistenza per il cui ordinamento

(9) Cfr. Legge 5 agosto 1978, n. 484, *Disciplina della informazione scientifica e della pubblicità dei farmaci e istituzione della partecipazione degli assistiti alla spesa per l'assistenza farmaceutica*, in « Gazzetta Ufficiale », 26 agosto 1978, n. 238, pp. 6067 s.

l'USL procede « d'intesa con gli ordinari diocesani », nel caso dei cattolici, e, per gli aderenti ad altri culti, « d'intesa con le rispettive autorità religiose competenti per territorio » (art. 38).

6. Alcuni elementi di valutazione.

La nostra indagine sulla natura e sulle prestazioni specifiche delle Unità Sanitarie Locali, che di tutta la riforma costituiscono la parte più centrale e qualificante, ci mette in grado di poter compiere, conclusa la parte informativa, alcune considerazioni di merito.

1. Nonostante la indiscutibile novità della riforma, questa, a nostro parere, non può essere considerata né affrettata né anacronistica. Le sue linee fondamentali — quali il godimento a pieno diritto del servizio sanitario da parte di ogni cittadino, la gratuità delle prestazioni mediche, la volontarietà del trattamento — erano già contenute nelle disposizioni dell'art. 32 della Costituzione (10).

Il fatto poi che nella realtà, per oltre vent'anni, sia mancata una concreta proposta di legge-quadro per tutta la materia sanitaria, può essere dipeso dal continuo affacciarsi ai responsabili della cosa pubblica di altri problemi urgenti e fondamentali. Ad ogni modo, già dall'inizio degli anni '70 si incominciò a parlare seriamente e impegnativamente di riforma: assai probabilmente sotto la spinta di una coscienza sanitaria più matura e nella generale disapprovazione del sistema frammentario delle disposizioni in vigore. Possono aver contribuito in questo senso anche le « risoluzioni » e « raccomandazioni », rivolte ai Paesi membri dalla *Organizzazione Mondiale della Sanità* nella sua 23^a Assemblea Mondiale, del maggio 1970 (11).

Il primo concreto provvedimento che annuncia chiaramente la riforma e ne delinea un primo carattere, è la legge 17 agosto 1974, n. 386 — da noi citata all'inizio — che stabilisce l'estinzione degli enti mutualistici, in vista della istituzione delle Unità Sanitarie Locali, che delle mutue avrebbero ereditato compiti e iniziative in ordine a ogni intervento di prevenzione e di terapia. Da quella data vi è stato un susseguirsi di disposizioni che avrebbero portato al definitivo inquadramento della riforma sanitaria con la legge 23 dicembre 1978, n. 833,

(10) COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA, « Art. 32 - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. - Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge ».

(11) Cfr. ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (OMS), *Handbook of Resolutions and Decisions*, 1, 1973. — Vanno ricordate soprattutto: la *Delibera WHA 23.41* (che ripropone ai Paesi membri la salute come diritto fondamentale dell'uomo); la *Delibera WHA 23.61* (che elabora in un certo senso la filosofia del diritto alla salute); le *Raccomandazioni*, riguardanti l'istituzione di un piano sanitario nazionale, un adeguato addestramento del personale sanitario, iniziative di prevenzione, l'istituzione dei servizi terapeutici preventivi e riabilitativi, l'educazione sanitaria del pubblico, ecc.

che, a sua volta, avrebbe messo in moto — con un programma di scadenze precise — un graduale passaggio al nuovo sistema sanitario.

Se, di fatto, l'opinione pubblica, di fronte alla nuova legge, ha avuto l'impressione di trovarsi come d'improvviso a dover accettare e capire strutture del tutto nuove, lo si deve prevalentemente, a nostro parere, all'assenza o alla **superficialità dell'informazione**, che non ha saputo trasmettere al nostro pubblico il significato di ciò che stava cambiando in materia sanitaria.

Assai opportunamente Aldo Giobbi, in un suo recente studio, apparso sulla nostra rivista (12), ha affrontato il **problema dell'educazione sanitaria**, sostenendone l'importanza soprattutto in questa fase di trapasso da un sistema all'altro: quando cioè la consapevolezza e la responsabilità delle decisioni nell'amministrazione della propria salute è fondamentale, al fine di entrare nel vivo delle finalità della riforma e di collaborare, per quanto è possibile a ciascuno, alla sua attuazione. E' indispensabile, cioè, che ogni singolo cittadino, attraverso i mass-media, si renda conto dell'importanza che hanno la sua salute, la sua collaborazione nel prevenire rischi e lesioni, le sue abitudini sanitariamente e igienicamente attente, le sue prassi alimentari e operative. Se una riforma così radicale, come quella in atto, non riceve tale collaborazione, corre il rischio di fallire nei suoi intenti.

2. Al fine di renderci conto di **ciò che pensa il mondo medico della legge n. 833**, ci siamo rivolti ad alcuni primari ospedalieri di qualche città dell'Italia settentrionale. Essi hanno distinto sempre tra testo della legge e applicabilità della legge stessa.

a) Quanto al **testo della legge**, hanno espresso tutti, sostanzialmente, un **giudizio piuttosto positivo**, motivandolo soprattutto con il palese sforzo della legge di unificare in un unico piano organico tutta la vasta materia, un tempo frazionata in un groviglio di enti autonomi e di norme a sé stanti, e di assicurare a tutti i cittadini, in modo indiscriminato, adeguati servizi di prevenzione, di cura e di riabilitazione.

Tale giudizio sostanzialmente positivo è stato condiviso anche dal XV Congresso Nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI), che nella dichiarazione finale tra l'altro afferma: « L'AMCI ritiene doveroso il più profondo impegno per l'attuazione intelligente e leale della nuova legge di riforma sanitaria, perché finalizzata alla tutela della salute di tutti i cittadini nel rispetto della dignità e della libertà della persona » (13).

b) Quanto invece alla **applicabilità della legge**, è stato giustamente e duramente **criticato lo stato di impreparazione generale** in ordine

(12) Cfr. A. GIOBBI, *L'educazione sanitaria*, in « Aggiornamenti Sociali », (giugno) 1980, pp. 435 ss., rubr. 306.

(13) *La medicina per la vita*, in « La Casa », n. 1, 1980, p. 63.

all'attuazione della riforma. All'entrata in vigore della legge n. 833, la rete dei presidi e servizi territoriali, che della riforma costituiscono le strutture portanti e più immediatamente operative, era ancora pressoché inesistente, salva qualche rara eccezione; le Regioni non avevano ancora promulgato i loro piani regionali in applicazione della legge-quadro n. 833; le Unità Sanitarie Locali erano ancora all'inizio del loro costituirsi.

Il prof. E. Polli, direttore della clinica medica prima dell'Università di Milano, intervistato dall'«Avvenire», fra l'altro ha dichiarato, in aggiunta alle precedenti osservazioni: «La gestione del malato è demandata all'Unità Sanitaria Locale, e vi sono molte ragioni per temere che questa, invece di preoccuparsi di realizzare i fini della riforma, diventi un organismo demagogico con lo scopo non di tutelare la salute del cittadino, ma di perseguire fini politici che con la tutela della salute non hanno proprio niente a che fare» (14).

Un aspetto altrettanto importante in ordine alla funzionalità della riforma, e cioè la necessità di una continua formazione scientifica del corpo medico, è stato toccato dal presidente del Policlinico dell'Università di Milano, avv. G. Grassani: «Occorre quindi una crescita scientifica, culturale e professionale delle giovani generazioni mediche. Tale obiettivo può essere raggiunto con il riconoscimento, che la legge di riforma prevede, di istituti scientifici nazionali. E' più che naturale che detto riconoscimento sia offerto, in primo luogo, agli enti ospedalieri nel cui ambito sussistono cliniche universitarie, cioè i policlinici, destinati a svolgere funzioni di ricerca scientifica, di didattica e di assistenza sanitaria» (15).

3. Un punto cui andrebbe dedicata particolare attenzione, secondo gli esperti del settore, è quello del **personale infermieristico professionale**, sulla cui efficienza e qualificazione è fondato il futuro della riforma, e che purtroppo sta attraversando una **gravissima crisi**.

La prof. R. Brignone, presidente della Consociazione Nazionale delle Infermiere e docente di Igiene all'Università di Roma, ha osservato che, di fronte a un'esigenza di 238.000 infermieri professionali per il normale funzionamento degli ospedali italiani, ne sono di fatto disponibili solo 61.000, e non tutti forniti di diploma di «infermiere professionale», in quanto hanno ottenuto la qualifica o per esigenze corporative o per sanatorie di carattere sindacale. Secondo calcoli del CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali), per rispondere al fabbisogno reale si dovrebbe poter disporre ogni anno di circa 30.800 nuovi infermieri professionali; di fatto però le iscrizioni ai corsi non superano la media annua di 11.000, di cui 2.000 si ritirano al primo o secondo anno (16).

(14) G. PALUCCHI, *Un arcipelago chiamato sanità*, in «Avvenire», 22 marzo 1980, p. 3.

(15) *Ibid.*

(16) Cfr. *I servizi sociali e sanitari*, in «Quindicinale di note e commenti CENSIS», 1° marzo 1980, pp. 334-337.

Interrogata sulle cause di questa diserzione dalle scuole per infermieri, la prof. Brignone ha messo sotto accusa le scuole elementari e medie, nelle quali i ragazzi non vengono avviati all'amore di una professione che esprime così fortemente la solidarietà umana. Neppure gli aumenti degli assegni di studio agli allievi sembrano stimolare le iscrizioni: ovviamente — ha opportunamente osservato la Brignone — i soldi non creano motivazioni profonde ed efficaci, quali sarebbero necessarie per questa tipica professione di assistenza (17).

Anche per ciò che riguarda più in particolare l'effettiva preparazione dello stesso personale vi sono grosse preoccupazioni, soprattutto in ordine alle maggiori esigenze della « nuova » assistenza sanitaria.

Citiamo da una intervista con la direttrice delle scuole per infermiere professionali della Croce Rossa Italiana, Maria Filippi, alcune dichiarazioni che, nella loro crudezza, nella loro punta di esagerazione, fanno seriamente pensare.

« L'ospedale offre solo esempi diseducativi e scoraggianti al neo-diplomato; la dignità professionale è sparita. Un povero disgraziato reclama dal suo letto un bicchiere d'acqua? La regola aurea fra gli infermieri è minacciarlo così: "Se rompi ancora, ti stacco il filo". [...] In Italia, invece, [a differenza di altri Paesi dove si giunge, come in Belgio, a richiedere per gli infermieri professionali corsi a livello universitario] la stragrande maggioranza degli infermieri è entrata per raccomandazione, senza titoli, specie nel Sud. [...] Perciò non c'è da meravigliarsi del cinismo, della sciatteria, della politicizzazione a volte assurda » (18).

7. Conclusione.

Il nuovo Servizio Sanitario Nazionale, indubbiamente vasto e ambizioso, avrà bisogno ancora di molto tempo per raggiungere la sua forma ottimale di funzionalità, oltre che per le ragioni che abbiamo sopra accennate, anche per il momento particolarmente critico della economia italiana, per la precarietà del governo centrale e per l'inquietudine sindacale nel settore della sanità.

Perché la legge n. 833 non naufraghi nei suoi contenuti ideali e nella applicazione pratica degli strumenti previsti, ha bisogno di un eccezionale impegno da parte di tutte le forze della comunità: da parte delle Regioni, mediante piani sanitari regionali il meno possibile politicizzati, e soprattutto preoccupati di sostenere gli impegni e le iniziative delle Unità Sanitarie Locali; da parte delle stesse Unità Sanitarie Locali, mediante presidi e servizi efficienti, dotati di strumenti e di personale numericamente e qualitativamente adeguati; e da parte anche del pubblico, cui, in quest'epoca di faticoso e laborioso passaggio al nuovo sistema di assistenza sanitaria, si chiede una certa tolleranza e una comprensiva collaborazione.

(17) Cfr. L. DELL'AGLIO, *Mancano tre infermiere su quattro: ma il futuro sarà anche peggiore*, in « Il Giorno », 14 maggio 1980, p. 4.

(18) *Ibid.*