

V.

VISITA ALLA REGIONE CALABRIA

2. Incontro presso la sede della Giunta regionale, Catanzaro,
21 gennaio 1985

Il Vicepresidente della Giunta regionale, Donato, rivolge il suo saluto ai rappresentanti della Commissione sanità della Camera dei deputati, riconfermando il valore della riforma sanitaria. Il Presidente della Commissione sanità della Camera, Casalnuovo, illustra gli scopi della presente indagine conoscitiva sottolineando gli aspetti che la differenziano da quella per certi versi analoga del Senato e presenta la delegazione composta dai deputati Ceci, Bonifazi, Curci, De Rose, Garavaglia, ~~Mazzone~~, Meleleo e Palopoli.

Svolge la relazione introduttiva l'assessore regionale alla sanità, Mallamaci. Egli analizza dapprima le cause della insufficiente attuazione della riforma sanitaria, distinguendo le cause esterne da quelle interne alla organizzazione regionale. Nella prima categoria individua la mancata riforma del Ministero della sanità, da cui deriva anche quel "controllo a più voci" sulla sanità che è fonte di confusione; la mancata riforma dell'Università, e specialmente della facoltà di medicina; la mancata approvazione del Piano sanitario nazionale; e la mancata revisione dei meccanismi di riparto del Fondo sanitario nazionale, almeno fino all'approvazione della legge finanziaria 1985, che a suo avviso ha introdotto meccanismi accettabili. Fra le cause interne egli individua principalmente alcuni ritardi nella legislazione regionale.

Passando ad esaminare la situazione ospedaliera, ricorda che per i 2.067.000 abitanti della Regione, vi sono 11.104 posti letto pubblici, 3.000 posti letto privati, e 1.140 posti letto pubblici da attivare. La somma dei posti letto pubblici e del 50% dei posti letto privati, è pari al 6,07%. Pertanto, per raggiungere il tasso del 6% programma

to in sede nazionale sarà necessario disattivare un certo numero di posti letto. L'operazione non si presenta facile perché bisogna tener conto della disparità attualmente esistente nella distribuzione dei posti letto nel territorio regionale: infatti dodici usl sono dotate di un ospedale pubblico, undici usl sono dotate di due ospedali pubblici, cinque usl sono dotate di tre ospedali pubblici e tre sono senza ospedali (fra queste una è anche priva di posti letto privati). Le case di cura private sono complessivamente 34, e danno un contributo importante sul piano della quantità più che su quello della qualità.

Passando ad esaminare i problemi del personale, lo assessore Mallamaci osserva che solo alcuni giorni fa è stata elaborata una bozza provvisoria del ruolo nominativo regionale, e a questo fine in oltre dieci usl si è dovuto procedere alla nomina di commissari ad acta per ottenere i dati. Ci sono circa 4.000 posti vacanti, quasi tutti nelle tre usl principali. E' allo studio un piano triennale per dotare il Servizio sanitario regionale delle figure professionali attualmente più carenti, come logopedisti, ortottisti, ecc. Sono state istituite 100 borse di studio per giovani medici per corsi di istruzione post-universitari, con particolare riguardo alla geriatria. Sul tema dei concorsi, osserva che i ritardi sono dovuti principalmente al fatto che la normativa vigente prescrive che le operazioni relative siano svolte con il plenum della commissione, e questo plenum è molto difficile da ottenere, anzi facilita il boicottaggio dei concorsi.

Per la farmaceutica, è in corso un provvedimento di adeguamento delle piante organiche. I pagamenti alle farmacie sono centralizzati in sede regionale.

Il servizio psichiatrico, istituito con legge regionale n. 20 del 1981, comprende 17 reparti di diagnosi e cura (di cui solo 10 attivati) e 2 ospedali psichiatrici che ospitano tuttora quasi mille degenti.

Per i tossicodipendenti sono stati istituiti 4 centri SAT (servizio assistenza tossicodipendenti), 8 centri crisi, e 6 centri diurni, in cui gli ospiti vengono avviati all'attività lavorativa.

L'assessore Mallamaci si sofferma infine sui problemi della medicina del lavoro, con particolare riguardo alla silicosi, e sui consultori familiari, osservando che per l'interruzione volontaria della gravidanza funzionano attualmente solo 2 centri sui 19 autorizzati.

Interviene poi il dottor Aragona, presidente dell'ordine dei medici regionale, e di quello provinciale di Cosenza. Egli sottolinea dapprima come sia indispensabile insistere sul metodo partecipativo, specialmente in questo momento difficile, i cui aspetti più allarmanti sono i ritardi nell'attuazione della riforma sanitaria, che prolungano eccessivamente la fase di transizione. In particolare è del tutto carente il momento preventivo, cosicché la riforma si riduce ad un semplice ridimensionamento del sistema precedente, per di più soggetto a tagli generici e non mirati. Per la spesa farmaceutica, egli osserva che essa aumenta in gran parte in relazione all'aumento del costo dei farmaci, e questo non è certo colpa del prescrittore: ricorda in particolare che quando l'Ivrotone fu ridotto da 100 mg. a 25 mg. il prezzo restò invariato. Denuncia anche una accentuazione del comparaggio negli ultimi tempi, dovuta a suo avviso anche al fatto che dopo la riforma l'azione di controllo dell'ordine dei medici è resa più difficile per la mancata collaborazione degli enti preposti alla gestione del settore sanitario. Nell'ambito della specialistica ambulatoriale esterna lamenta che non si sia attuata una rilevazione precisa delle strutture private. Per quanto riguarda gli ospedali, osserva che il tasso del 6,07% di posti letto è ottimale secondo la Organizzazione mondiale della sanità, ma quello che non è ottimale in regione è il funzionamento: c'è un esodo continuo di malati per la inadeguatezza delle strutture. Denuncia anche la gravità

del problema occupazionale osservando che, non dando pratica attuazione al contratto nazionale, c'è il rischio di consentire una estensione del fenomeno mafioso. Chiede infine una riforma degli ordini professionali, che consenta una maggiore partecipazione delle minoranze.

Il dottor Abenavoli, segretario provinciale della ANAO, denuncia la grave pretermissione dei diritti morali ed economici dei medici e la gravissima situazione della pletera medica.

Il dottor Saragò, vicepresidente dell'ordine dei medici di Catanzaro e rappresentante della FIMMG (Federazione italiana medici di medicina generale) osserva che, date le carenze da tutti denunciate nel settore della prevenzione, bisognerebbe usare le strutture pubbliche per la medicina preventiva, piuttosto che obbligare il cittadino a servirsi di queste per la diagnosi e cura, con i noti sprechi di tempo e di personale.

Il professor Caminiti, presidente dell'ordine dei medici di Reggio osserva che la discriminazione fra il malato assistito al sud e il malato assistito al nord continua ancora oggi. Lamenta poi il numero eccessivo di iscrizioni alla facoltà di medicina, da cui consegue uno scadimento generale nella formazione del medico: negli ospedali non c'è più il tirocinio, l'interruzione per il servizio militare è dannosa, la guardia medica non è uno strumento idoneo di formazione.

Il rappresentante dei sindacati confederali, D'Angelo, indica quali sono gli ostacoli all'attuazione della riforma sanitaria e i mancati adempimenti relativi alla riforma del Ministero della sanità, alla emanazione del Piano sanitario nazionale, ai criteri di riparto della spesa e alla riforma delle unità sanitarie locali. Sottolinea inoltre che mancano i pilastri della riforma sanitaria, concordemente individuati nei momenti della prevenzione e della riabilitazione.

Il presidente della usl di San Giovanni in Fiore critica la centralizzazione dei pagamenti alle farmacie, sin

tomo della troppo forte influenza di determinate categorie di operatori sanitari. Informa poi che nella propria usl, in mancanza di un numero sufficiente di medici, è stato organizzato un servizio di infermieri in determinati comuni, accolto con entusiasmo dalle popolazioni. Segnala poi, a modo di flash, data l'ora tarda, alcuni problemi: la disciplina delle incompatibilità (nella sua usl un direttore di laboratorio dell'ospedale è anche direttore di un laboratorio privato); ritiene rischioso far gestire a comitati di gestione di sole 5 persone centinaia di miliardi; considera indispensabile la programmazione, ma non è possibile attuarla con il sistema invalso delle sottostime del fabbisogno e delle sue rivalutazioni postume; sottolinea infine l'esigenza di varare norme sullo status degli amministratori delle usl, in particolare per quanto attiene ai congedi: egli stesso in quanto insegnante, per presenziare a questo incontro ha dovuto usufruire di un giorno di ferie.

Il consigliere Zardini critica la mancata istituzione del consiglio regionale di sanità previsto da una legge regionale del 1981, ricorda che per lungo tempo non sono stati istituiti i revisori dei conti con gravissime conseguenze; cita un ordine del giorno della usl di Locri che denuncia la mancanza di generi di primissima necessità; e ricorda che nel 1975-'76 furono acquistate tre unità sanitarie mobili che ora risultano abbandonate.

Il consigliere Ligotti osserva che la mancata programmazione è dovuta al fatto che nella Regione attorno alla sanità si sta riorganizzando il vecchio sistema di potere.

Il dottor Sturiale, presidente del sindacato medici convenzionati ricorda che la convenzione è scaduta dal 1980 e rivendica il diritto dei medici convenzionati esterni al loro ruolo e al loro lavoro, come è garantito anche dall'art. 25 della legge 833/1978. Ricorda che in Calabria mille famiglie vivono sul convenzionamento esterno ed osserva che non è giusto togliere lavoro ai laboratori privati di analisi.

Il presidente della Commissione sanità della Camera dei deputati, Casalnuovo, conclude l'incontro esprimendo la sua soddisfazione per la ricchezza dei contributi emersi.

Incontro presso la sede della USL n. 20 di Soverato

L'incontro ha luogo nella sala del Consiglio comunale. Dopo un breve indirizzo del Sindaco, il Presidente Casali nuovo apre la riunione sottolineando due filoni principali negli interessi della Commissione: l'integrazione orizzontale e verticale tra i servizi di prevenzione, cura e riabilitazione, e la relativa gestione degli ospedali.

Svolge poi la sua relazione il dottor Galati, presidente della usl n. 20. Egli osserva, in via introduttiva, che la legge regionale ha prorogato le funzioni dei medici provinciali e degli ufficiali sanitari, che invece devono passare alle usl. Presenta poi una serie di richieste: dare personalità giuridica alle usl; costituire assemblee meno pletoriche, in modo da ovviare alla frequente mancanza del numero legale, e anche all'impreparazione dei componenti; analogamente il comitato di gestione dovrebbe essere meno pletorico, e bisognerebbe garantire la preparazione dei suoi componenti; occorre consentire il migliore equilibrio fra tecnici e politici, senza che gli uni sovrastino gli altri; è necessario ripartire meglio fra le usl e i comuni le competenze di polizia sanitaria e di igiene pubblica; occorre individuare criteri di ripartizione della spesa sanitaria che non facciano più riferimento alla spesa storica; nei concorsi, il presidente della commissione non deve essere un delegato del presidente della Giunta regionale; occorre emanare il Piano sanitario nazionale e riformare il Ministero della sanità; istituire il ruolo unico regionale; creare i servizi multizonali; coprire i posti vacanti delle usl; ed emanare norme di incompatibilità fra la posizione di dipendente della usl e quella di convenzionato esterno. Passando ad analizzare i problemi della usl ospite, osserva che ci sono in 50 chilometri 5 ospedali di zona. La usl è composta di 14 comuni e 50 mila abitanti, ed è dotata di un bilancio di 16 miliardi e mezzo, pari a 350.000 lire pro capi

te. Non ci sono i mezzi per la medicina scolastica, per le indagini epidemiologiche, in genere per la prevenzione. Nella medicina preventiva vengono impiegati solo gli ex medici condotti. Per le stesse ragioni l'ospedale di Soverato, nonostante il programma della Regione lo preveda, non ha potuto realizzare il servizio psichiatrico, come pure non si è attuato nulla per la geriatria. L'ospedale funziona male e c'è una forte migrazione di malati: lontano da centri universitari, i medici non possono aggiornarsi. La medicina privata in questa situazione svolge compiti di supplenza. Si avverte una forte esigenza di migliorare i servizi pubblici, i laboratori, ecc.

Il coordinatore sanitario professor Notarangelo informa che l'ufficio di direzione della unità sanitaria locale esiste da sei mesi ed è composto prevalentemente da primari capi servizio. A suo avviso la voce dei tecnici dovrebbe essere più ascoltata. L'ospedale esiste da tre anni ed ha calamitato un po' troppo l'attenzione e i mezzi disponibili. Il personale si rivela insufficiente sia per qualità che per quantità e la stessa pianta organica è stata prevista in modo ridotto. In particolare lamenta la mancanza di ausiliari e dattilografi. Osserva poi che gli ex ufficiali sanitari, e cioè ben 14 unità mediche, 1 per ogni comune, sono stati impegnati nella medicina preventiva, che è settore rilevante dati i gravi problemi di igiene che devono essere affrontati: fognie, epatite, brucellosi endemiche. Nonostante questo si può dire che la prevenzione sia gravemente insufficiente, mentre la riabilitazione si può considerare addirittura inesistente, e questo vanifica qualsiasi velleità di integrazione orizzontale e verticale dei servizi. Non c'è tempo neppure per la medicina dello sport, cosicché non si possono inviare giovani all'attività agonistica (sarebbero 2500 gli aspiranti) perché non si possono fare esami sotto sforzo. Sul piano organizzativo, la incontra forti difficoltà nello spostare sul territorio gli specialisti convenzionati che hanno i loro uffici a due passi dall'ospedale, che offre gli stessi servizi. Negli ospedali, i posti letto sono 11

2%. con un tasso di occupazione dell'84% e una degenza media di 7/8 giorni.

Il sindaco di Gaiato osserva che non ci sono mezzi per svolgere i compiti del sindaco come autorità sanitaria locale e un altro sindaco osserva che per questo motivo le incombenze sanitarie del sindaco dovrebbero passare alle unità sanitarie locali.

Dopo una serie di interventi dei membri della delegazione parlamentare, hanno nuovamente la parola i rappresentanti locali.

L'assessore alla sanità di Soverato, Raffi, osserva che la legge 833 si è rivelata di difficile attuazione per quanto attiene ai rapporti comuni - unità sanitarie locali. Quelli che prima erano i compiti del sindaco non sono più così chiari: le usl sono oberate di troppi problemi e i sindaci non riescono a far valere l'urgenza degli interventi richiesti. Occorre ripensare il collegamento organico fra comune e usl e fare chiarezza sulle rispettive competenze.

Il professor Carnavali ritiene che sia opportuno introdurre un correttivo istituzionale che dia più stabilità agli organi delle unità sanitarie locali. Nella usl di Soverato l'assemblea si rinnova in due distinti scaglioni, anche in conseguenza di questo il comitato di gestione e il presidente cambiano spesso...

Il segretario regionale dell'associazione ufficiali sanitari, Lazzaro, osserva che nei comuni con meno di 20.000 abitanti gli ufficiali sanitari sono inquadrati come vice dirigenti, a differenza dei loro colleghi nei comuni con più di 20.000 abitanti. Inoltre, nella sua qualità di ufficiale d'igiene di Soverato, presenta i risultati di un'indagine sullo inquinamento delle acque.

Il professor Martelli, dirigente del servizio di salute mentale, chiede al presidente della usl e all'assessore regionale perché non si siano fatte assunzioni in deroga, nonostante la gravissima situazione esistente da tre anni nel

settore dell'assistenza psichiatrica, in cui c'è una pesante carenza di paramedici.

Il dottor Froio porta l'attenzione sul grande numero di medici disoccupati: 50 nella usl di Soverato, 2000 in Calabria, 80000 in Italia. Lamenta che gli ospedali siano diventati poliambulatori specialistici piuttosto che luoghi di ricovero e cura, ma soprattutto che siano diventati centri di potere. Ricorda che il coordinatore sanitario della usl non dovrebbe fare contemporaneamente il primario e il capo servizio. La gravità della situazione è documentata dal flusso della migrazione ospedaliera verso l'Italia settentrionale, che raggiunge il 30-35%.

Il dottor Notarangelo osserva che la mobilità fra le usl raggiunge il 20-30% e che comunque far ricoverare un paziente presso un'altra usl si può ottenere a livello di favore personale. Osserva infine che mancano strutture in grado di fornire prestazioni di alta tecnologia medica.

L'assessore regionale alla sanità, Mallamaci, concludendo l'incontro, osserva che attualmente l'erogazione alle unità sanitarie locali della quota di fondo sanitario nazionale assegnata alla regione avviene attraverso criteri di carattere storico: la competenza 1983 più il 10% corrispondente alla svalutazione 1984 più il 7% corrispondente alla svalutazione 1985, mentre l'erogazione della spesa farmaceutica avviene in forma centralizzata a livello regionale. In prospettiva si dovrà introdurre un nuovo criterio basato su una quota capitaria ponderata con fasce di età e con la valutazione della mobilità sanitaria fra le usl. Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, osserva che il consumo pro capite varia dalle 135.000 lire di Reggio Calabria alle 80.000 lire delle altre due province, mentre la media regionale è di circa 108 mila lire, dato questo ultimo che si colloca all'interno del

la media nazionale (1). Per quanto riguarda gli avvisi pubblici e la relativa valutazione dei titoli osserva che sarebbe opportuno costituire una commissione paritetica fra regione, usl e sindacati. Per il settore acquisto di beni e servizi, la regione sta istituendo l'albo dei fornitori delle unità sanitarie locali. Le strutture per la prevenzione sul territorio sono attualmente costituite dagli ex medici condotti, dagli ufficiali sanitari, dai medici scolastici e dai centri di igiene mentale. Per la riabilitazione la regione ha acquisito strutture ex AIAS e ex ANFAS e nel 1985 l'unico progetto obiettivo regionale che potrà essere realizzato sarà proprio questo per la riabilitazione.

(1) I dati del Servizio centrale per la programmazione sanitaria, distribuiti dal Servizio Studi della Camera dei deputati in occasione della visita in Calabria (che per il 1984 sono stime, sulla base dell'andamento del 1° semestre) registrano per la Calabria una spesa pro capite, nel 1984, di 128.417 lire, a fronte di una media nazionale di 101.485 lire, con uno scarto da tale media passato da -4,51% nel 1983 a +26,5% nel 1984. L'incidenza percentuale della spesa farmaceutica sul totale della spesa sanitaria regionale è del 20,58%, mentre la media nazionale è del 15,27%.

Incontro presso la usl di Catanzaro, 22 gennaio 1985

Il presidente dell'assemblea Puccio porge il suo saluto ricordando come sia indispensabile l'armonia fra comitato di gestione, ufficio di direzione e operatori. Osserva tuttavia che gli organi pletorici sono difficilmente governabili e conclude rilevando la necessità di rivedere il meccanismo di assegnazione dei fondi, che dovrebbe valorizzare la programmazione delle singole usl.

Il presidente Casalnuovo, ringraziando gli intervenuti, espone i motivi di questa indagine, soffermandosi in particolare sui servizi, sugli ospedali, sulla esigenza di integrazione fra i momenti della prevenzione, della cura e della riabilitazione e, dal punto di vista organizzativo, fra ospedale e territorio.

Il presidente del comitato di gestione osserva che le usl, anziché strutture dei comuni e delle comunità montane sembrano essere diventate un enorme contropotere locale. Non è prevista una competenza particolare, e spesso non vi è competenza né amministrativa né tecnica per i membri del comitato di gestione; come pure spesso non vi è competenza manageriale per i membri dell'ufficio di direzione. Auspica quindi che nella riforma sia garantito che le funzioni direttive vengano affidate sulla base di criteri di preparazione e di responsabilità. Esprime poi la sua preoccupazione per la applicazione della legge finanziaria, che richiede entro 120 giorni il varo di un piano di ristrutturazione della rete ospedaliera, ed auspica che a questo fine sia nominata una commissione di veri tecnici, al di fuori dalle clientele. Sul rapporto con la università, segnala il rischio di un forte distacco tra ricerca scientifica ed ospedale.

Interviene poi un rappresentante dell'associazione genitori di bambini talassemici, il quale ricorda che i bambi-

ni affetti da talassemia erano circa 900 nel 1983. In Calabria, 180 sono assistiti nel reparto di ematologia di Catanzaro e 120 a Crotona. Per questa assistenza non esistono locali idonei alle terapie trasfusionali. Vengono praticate trasfusioni a 20 bambini al giorno in un locale di 16 metri quadrati, da un organico che è composto da tre medici e due infermieri, sulla base di una pianta organica risalente al 1974. Lamenta anche inadempienze del personale amministrativo che spesso non paga le fatture dei materiali per le trasfusioni.

In rappresentanza degli invalidi civili, Raffaele Benincasa osserva che solo a Catanzaro si può ottenere un minimo di terapia di riabilitazione, mentre sono da tempo inutilizzate le strutture ex AIAS e ex ANFAS, già passate alla unità sanitaria locale. Per l'invalidità psichica, dopo l'abolizione dell'ospedale psichiatrico, non si è creata alcuna struttura alternativa sul territorio: basti pensare che su 19 comuni, in uno solo, a Catanzaro vi è la guardia medica.

In rappresentanza della associazione dializzati Caterina Scamardin osserva che il reparto dialisi non rispetta le norme più elementari di igiene: si tratta di un locale già adibito a ripostiglio, privo di adeguato isolamento per i dializzati con antigene U positivo, con imbocco in fogna aperto da cui escono topi e scarafaggi. I macchinari sono vecchi, del 1973, e non depurano adeguatamente il sangue. Si sono acquistati macchinari nuovi ma mancano i locali adeguati in cui installarli. Il personale è insufficiente: 4 persone per 12 dializzati non possono controllare con sufficiente sicurezza la dialisi. Mancano le lastre e i materiali per l'uso del telecuore. Unico aspetto positivo è l'efficienza e la dedizione del personale.

Il sindaco di Pignolo, Paone, lamenta il cattivo funzionamento del comitato di gestione, che egli attribuisce alla presenza della minoranza. Occorre invece, a suo avviso, allargare le competenze dell'assemblea e consentire una mag-

giore omogeneità all'interno del comitato di gestione. Suggerisce inoltre di istituire il comprensorio come ente intermedio. Ricorda poi che non è stata attuata la norma della legge 833 per la istituzione del libretto sanitario personale; e chiede che una quota del fondo sanitario nazionale sia vincolata per la istituzione dei distretti.

Il sindaco di Taverna segnala l'esistenza di un poliambulatorio costruito con fondi della Cassa depositi e prestiti che non è mai entrato in funzione. Per quanto riguarda i distretti di base, i locali ci sono, messi a disposizione dal comune, ma la usl non li utilizza. Le condizioni dell'assistenza psichiatrica sono poi emblematicamente descritte dalla necessità in cui egli si trova di far accompagnare periodicamente un malato di mente da Taverna a Catanzaro, solo per mezzo di un vigile urbano disponibile.

Il dottor Concolino, responsabile del servizio materno-infantile osserva che nella regione la mortalità neonatale è altissima. Tuttavia il progetto obiettivo materno-infantile non è stato mai realizzato, e probabilmente la causa principale va individuata in una imperfetta legislazione che rende difficile aggregare le diverse unità operative che si occupano della materia. A suo avviso, va modificata la legge regionale sulla organizzazione dei servizi, che attualmente non dà strumenti di coordinamento. Ricorda che la legge sui consultori familiari non è stata applicata e che i consultori attualmente esistenti sono solo l'eredità ONMI: senza rete consultoriale e senza distretto la prevenzione non si può affrontare. Il 50% degli handicap è conseguenza di inefficienza nella prevenzione e, applicando i dati statistici generali, si può supporre che a fronte di una mortalità neonatale in Calabria pari al 10% corrisponda una nascita di 40 handicappati. La legge del 1968 prevede una assistenza di 420 minuti al bambino neonato in terapia estensiva, mentre a Catanzaro, lavorando a ritmo pieno, si possono garantire solo dai 100 ai 120 minuti, e a volte anche molto meno, nei periodi di

maggiore assenteismo (ferie, ponti, patologie influenzali, ecc.).

Il dottor Zimatore, responsabile di una divisione di medicina generale e del sindacato medici a tempo pieno, addebita alla mancata riforma universitaria la mancata preparazione dei medici per la prevenzione e per la riabilitazione. Affronta poi, a modo di flash, una serie di problemi:

- alcolismo: nel 1979 è stato chiesto un finanziamento per una ricerca finalizzata, questo finanziamento è stato assegnato dopo tre anni, e ancora oggi la non è in grado di spenderlo: si tratta di 16 milioni;
- ospedali: è vero che esistono in regione alcuni posti letto in più, ma si tratta di strutture ripetitive, mentre mancano i posti letto specializzati; osserva che il concetto di degenza media non ha senso se non si fa per malattie "stadiate", cioè esaminate ai vari stadi; segnala in particolare l'estrema miseria dell'ospedale che ospita la riunione;
- tossicodipendenza: non si è ancora riusciti a creare una microunità operativa che faccia insieme prevenzione, cura e riabilitazione;
- riforma della riforma: ritiene che si debba accentrare su tre punti: valorizzare il tempo pieno e la professionalità; creare una organizzazione per dipartimenti, con un coordinatore eletto periodicamente in luogo del primario; ripensare all'ufficio di direzione in modo che vi sia più efficienza, evitando il rischio che i capi servizio si portino appresso la mentalità gerarchica delle vecchie strutture;
- spesa sanitaria: non è possibile fare la riforma senza investimenti, si facciano pagare le tasse;
- programmazione: è indispensabile una programmazione regionale, anche a prescindere da quella nazionale;
- partecipazione: la legge calabrese prevede una conferenza di organizzazione annuale sullo stato dei servizi delle unità sanitarie locali, ma questa conferenza di organizzazione

non si fa e mancano le condizioni in cui si possa esprimere la partecipazione dei cittadini.

Il dottor Cosentino, aiuto del servizio di anestesia e rianimazione, ricorda che i medici di anestesia e rianimazione sono in sciopero da ieri perché il reparto, costruito nel 1975 e "distrutto" tre anni fa da una ditta che era venuta per ricostruirlo, è in una situazione che non può più essere tollerata: oggi tutti i medici scioperano per solidarietà. In condizioni analoghe è, da sette anni, il reparto di neurochirurgia. Spesso non si può fare altro che trasportare i malati a Brindisi, Catania, o Napoli, che sono i centri ospedalieri più vicini, con ambulanze del 1965. In questo ospedale si vede morire troppa gente per la inefficienza dei servizi. Nello stesso momento in cui egli sta parlando, nella sala operatoria manca il curaro.

Il consigliere Mazzei, membro del comitato di gestione, si domanda come possa essere applicata la riforma sanitaria se essa non è stata completata neppure a livello nazionale (piano sanitario nazionale) se non è possibile coprire le piante organiche, se non si fanno neanche gli avvisi pubblici, se non si fa chiarezza fra tempo pieno e tempo definito, se non si istituiscono i distretti sanitari di base. Questi, e non la presenza delle minoranze del comitato di gestione, sono gli ostacoli alla riforma. Come pure è un ostacolo il comitato regionale di controllo, che riserva trattamenti diversi a delibere identiche.

Dopo una serie di interventi dei membri della delegazione parlamentare il presidente Casalnuovo osserva come gli interventi dei colleghi abbiano ampiamente chiarito l'intento di questa visita, ringrazia tutti gli intervenuti e formula due riflessioni finali.

Per quanto riguarda la struttura delle unità sanitarie locali, osserva che è emerso un indirizzo di carattere generale nel senso di snellire gli organi delle usl e di distinguere in modo più chiaro le competenze dei tecnici e

dei politici. In particolare per quanto riguarda le assemblee, osserva che vi è un indirizzo generale favorevole a una loro modifica, ma non ancora sufficientemente unitario, sulle modalità di questa modifica. Il problema è quello di evitare che una eccessiva politicizzazione degli organi possa nuocere al loro corretto funzionamento. Auspica infine che problemi così delicati siano affrontati sempre con spirito costruttivo.