

## VI.

## VISITA ALLA REGIONE SARDEGNA

Incontro con il Presidente della Giunta regionale

La mattina dell'11 aprile la delegazione parlamentare, composta dal presidente Casalnuovo e dagli onorevoli Lussignoli, Tagliabue, Manchinu, Mainardi Fava, Rubino e Saretta è ricevuta dal presidente della Giunta regionale Melis, che tiene un breve discorso introduttivo sui temi della visita.

Dopo aver ringraziato i parlamentari per l'indagine che stanno svolgendo, egli illustra i problemi particolari che si pongono alla Sardegna anche nel settore sanitario. Ricorda il millenario problema della malaria, superato solo nel secondo dopoguerra grazie al contributo della fondazione Rockefeller, e i mali attuali, che sono specialmente la talassemia e la microcitemia. A questo riguardo loda le iniziative delle famiglie dei talassemici che hanno promosso la ricerca scientifica e organizzato convegni di livello internazionale. Altre malattie tipiche sono la silicosi dei minatori; le malattie respiratorie dei lavoratori del sughero; le malattie dei pastori, come le cisti da echinococco, malattia in cui vi è una grossa esperienza ormai dei chirurghi sardi; il favismo, a cui riguardo la giunta regionale sta svolgendo una apposita azione di profilassi; e la larga diffusione di malattie di origine reumatica nei bambini in età scolare, che è da considerare conseguenza della loro partecipazione ai lavori agricoli, rimanendo esposti fin da tenera età a condizioni climatiche avverse.

Sul versante organizzativo, ricorda che Cagliari si è dotata di numerosi presidi sanitari dopo l'avvento dell'autonomia regionale (prima esisteva solo l'ospedale S. Giovanni di Dio), al cui fianco operano numerose strutture private. Alcuni presidi, come ad esempio il microcitemico, potranno diventare "istituto di ricovero e cura a carattere scientifico". Pro

prio sul tema dell'importanza attribuita dalla regione alla ricerca scientifica, lamenta che negli scorsi giorni il governo centrale abbia bocciato uno stanziamento regionale di 5 miliardi a favore dell'università per la ricerca scientifica.

Sotto il profilo istituzionale, osserva che le usl comprendenti molti comuni hanno assemblee pletoriche, molto più numerose che le usl cittadine, da cui derivano conflittualità e municipalismi. Anche l'organizzazione delle usl cittadine tuttavia pone problemi. A Cagliari, per esempio, esistono due usl, di cui una comprende tutte le istituzioni sanitarie più prestigiose e l'altra tutti i presidi territoriali. Il criterio adottato in questa suddivisione è oggi sottoposto a riflessione critica per le disfunzioni che talvolta comporta.

Elencando i problemi della sanità visti da un osservatorio regionale, deve rilevare che mancano all'amministrazione regionale strumenti per ricondurre le usl a comportamenti più corretti ed efficienti e, più in generale, osserva che occorre garantire la professionalità, che la partecipazione deve avere un ruolo di stimolo e di controllo, ma che nella gestione deve essere garantita la competenza tecnica. Per quanto attiene alle risorse finanziarie apprezza il superamento del vecchio criterio della spesa storica, ma lamenta che manca sempre il riequilibrio nelle spese di investimento, così che in Sardegna i malati devono continuare a viaggiare per mare, in condizioni disagiati, per recarsi presso le strutture specialistiche non esistenti sull'isola.

Sotto un profilo più generale, osserva che il riequilibrio tra le regioni si potrà ottenere, più che con gli interventi straordinari (vedi cassa per il mezzogiorno), con le diverse politiche di settore, tra cui va collocata appunto la politica sanitaria.

Il Presidente Casalinuovo, dopo aver ringraziato il Presidente Melis per l'accoglienza, illustra gli scopi dell'inda-

gine conoscitiva che la commissione Sanità della Camera dei deputati sta svolgendo, ricorda la centralità dei problemi istituzionali, e sottolinea la necessità di esaminare le lacune della legge 833 del 1978 per valutare se sia necessaria una sua correzione o semplicemente una sua più adeguata attuazione. Infine concorda sulla necessità di risolvere i problemi dello squilibrio regionale, nell'interesse complessivo del paese.

Incontro con il Presidente del consiglio regionale

Il Presidente del consiglio regionale, Sanna, dopo aver porto il suo saluto e il suo ringraziamento alla delegazione parlamentare, osserva che la Sardegna si può ritenere un campione particolarmente significativo. All'inizio del 1981 il consiglio regionale non aveva esaminato nessuno dei provvedimenti attuativi della legge 833; nel corso dei primi sei mesi del 1981 sono stati recuperati i ritardi precedenti e dal 1° luglio 1981 sono stati trasferiti ai comuni i poteri in materia sanitaria, con la istituzione di 22 usl. Recentemente è stato approvato il primo piano sanitario regionale, dopo un lungo iter iniziato nel 1981.

Sotto il profilo della salute pubblica, occorre dire che ammalarsi in Sardegna è più facile e più rischioso che altrove. Vi sono malattie tipiche, per alcune delle quali l'isola vanta un primato mondiale: ricorda la talassemia, l'anemia mediterranea, il favismo. Né bisogna dimenticare la nuova patologia sorta in questo dopoguerra, che riguarda l'epatite e il colera. Anch'egli loda l'opera svolta dalle associazioni dei talassemici e degli emodializzati, ricordando che fino a pochi anni fa era necessario fare la spola verso la penisola tre volte la settimana per potersi sottoporre al rene artificiale. Le due facce della sanità in Sardegna sono costituite dall'Istituto microcitemico, di alto livello scientifico e dal vecchio ospedale S. Giovanni di Dio, costruito per 200 posti letto, e che ospita abitualmente circa 1000 malati, in condizioni squallide e disumane. Fra i successi della regione cita la sconfitta del favismo, che è stata quasi raggiunta con una modesta campagna di educazione e informazione sanitaria, che ha comportato la spesa di poche decine di milioni. Questo risultato sottolinea l'importanza da attribuire alla prevenzione piuttosto che alla medicina riparatrice.

Il presidente Casalnuovo ringrazia e osserva come sia ingiusto rivolgere attacchi indiscriminati alla riforma sanitaria quasi che prima le cose andassero meglio. Questa indagine servirà a fornire al Parlamento elementi per un eventuale aggiustamento della riforma stessa.

**INCONTRO DELLA COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ PUBBLICA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI CON I PRESIDENTI DEI GRUPPI CONSILIARI E CON L'UFFICIO DI PRESIDENZA DELLA COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ NEL QUADRO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

PAGINA BIANCA

TARQUINI: Mi sembra di capire che il tempo a disposizione sia piuttosto ristretto, quindi eviteremo i lunghi discorsi. Siccome siamo qui riuniti per un'indagine conoscitiva, noi attendiamo le loro domande alle quali mi auguro potremo dare delle risposte soddisfacenti. Pertanto io pregherei senz'altro il Presidente CASALINUOVO di prendere la parola.

CASALINUOVO: Grazie a tutti e a tutti il nostro cordiale saluto. Siamo una rappresentanza della Commissione Sanità della Camera dei deputati; una delegazione per la verità non completa, per talune difficoltà che colleghi di altri gruppi hanno incontrato, ma molto rappresentativa della nostra Commissione. Ci sono le elezioni, e quindi ci sono dei colleghi particolarmente impegnati nella formazione delle liste.

Abbiamo incontrato stamattina il Presidente della Giunta regionale e il Presidente del Consiglio regionale; che sono stati molto cortesi e che ci hanno dato alcune informative di carattere generale, che sono state già molto utili per tracciare un quadro generale dei problemi della sanità in Sardegna, con riferimento al servizio sanitario nazionale e alla riforma del 1978.

Voglio dirvi in breve quelli che sono gli obiettivi di questa nostra indagine, in maniera che il discorso possa entrare immediatamente nella sua completezza. Noi stabilimmo di condurre un'indagine conoscitiva sul territorio, per rilevare in sostanza lo stato di attuazione della riforma sanitaria. E lo stabilimmo con l'augurio e con l'intendimento di potere, alla conclusione della nostra indagine, formulare delle proposte concrete sulle eventuali modificazioni da apportare alla legge 833 del 1978. Poichè questa esigenza venne contemporaneamente sentita dalle Commissioni sanità del Senato e della Camera, abbiamo cercato di non condurre due indagini ripetitive, perchè non avrebbero trovato giustificazione. Abbiamo anche esaminato la possibilità di unificare il nostro lavoro, ma questo obiettivamente non era possibile, perchè abbiamo impegni diversi e soprattutto perchè abbiamo ritenuto che in sostanza fosse più giusto condurre indagini reciprocamente complementari. Riteniamo che la nostra sia un'indagine complementare a quella del Senato, che ha voluto approfondire tutti i problemi di stretta natura legislativa ed è stata, per la verità, un'indagine ad altissimo livello, con audizioni di carattere scientifico che hanno portato all'approfondimento, così come risulta dagli atti parlamentari, di problemi di straordinaria importanza.

La nostra indagine, a sua volta si è svolta fino a questo momento, così come si svolgerà fino alla sua conclusione, direttamente sul territorio. Abbiamo cercato di sintetizzare lo schema del nostro lavoro in questi appunti, che abbiamo già fatto pervenire alla Regione ed ai suoi rappresentanti; uno schema dal quale si può ricavare che la nostra indagine mira, in particolare, all'accertamento dei servizi in atto, alla verifica del funzionamento dei servizi medesimi e a quella degli eventuali servizi mancanti.

Una parte dello schema riguarda gli aspetti istituzionali della riforma ma su questi il Senato ha già svolto la sua indagine; noi abbiamo finalizzato particolarmente la nostra indagine ad un



approfondimento dei problemi istituzionali più strettamente connessi con la riforma del Ministero della Sanità, cosa che, ovviamente, ha rilievo di carattere generale. I problemi istituzionali della riforma del Ministero hanno infatti riflessi su tutta l'organizzazione dei servizi sanitari del nostro Paese. Debbo dire altresì che, per quanto riguarda questo aspetto (anche se noi non l'abbiamo specificato nel nostro appunto), la nostra indagine è volta anche all'approfondimento dei problemi istituzionali delle U.S.L. e della natura giuridica di essi; è evidente del resto che questo problema si affronta quasi automaticamente, come conseguenza dell'indagine generale sullo stato di attuazione della riforma.

Un altro aspetto della nostra indagine riguarda la parte finanziaria, che non poteva non esserci perchè condiziona l'intero sistema: è scontato che di essa occorre tenere conto anche nell'esame dei singoli problemi. Per quanto riguarda i servizi che sono oggetto principale e fondamentale della nostra indagine, io vorrei dare breve lettura di questo nostro appunto, in maniera che lo si abbia meglio presente nel corso della discussione: "Organizzazione dei servizi come previsti dalla legge di riforma, dalle leggi regionali e, dove esistono, dai piani sanitari regionali". Abbiamo appreso adesso che il Consiglio regionale della Sardegna ha approvato il piano regionale che, pur avendo iniziato il suo iter alcuni anni orsono, ha subito dei ritardi a causa di un complesso di motivi, compreso quello relativo alla interruzione della legislatura, come poc'anzi ci riferiva l'on. Presidente del Consiglio regionale. Dopo diversi anni dall'inizio del suo iter in Consiglio, il Piano sanitario è stato comunque approvato, se ricordo bene, contemporaneamente al bilancio ed alla legge finanziaria della Regione che ha formato peraltro oggetto di alcuni rilievi da parte del Governo così come stamattina abbiamo appreso.

Quindi l'organizzazione dei servizi è il fulcro dell'indagine, che si ripropone di valutare lo stato di attuazione delle norme e i mutamenti quantitativi e qualitativi derivanti dalla riforma. In particolare la Commissione intende verificare il grado di integrazione orizzontale e verticale tra i servizi nei tre settori della prevenzione, della cura e della riabilitazione e il loro rapporto con l'utenza, anche in riferimento al tasso di utilizzazione, e la congruità quantitativa e qualitativa degli organici. L'indagine si propone di raccogliere elementi su alcune specifiche categorie di servizi. Primo: i servizi primari (prevenzione, igiene pubblica, tutela ambientale, assistenza materno-infantile e degli anziani). Secondo: i servizi di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, per la medicina del lavoro. Terzo: gli ospedali, sia con riferimento al problema della loro gestione interna, sia con riguardo alla loro integrazione con gli altri servizi e presidi operanti sul territorio.

Vorrei richiamare in particolare l'attenzione su questo terzo punto, che è di particolare importanza; come loro sanno, noi abbiamo chiesto anche di visitare una Unità Sanitaria Locale urbana ed un'altra extra-urbana, proprio per verificare l'incidenza dei presidi ospedalieri sull'attività delle unità sanitarie locali e, viceversa, l'attività delle unità sanitarie locali con riferimento ai presidi ospedalieri e a tutto il resto previsto dalla legge di riforma.

La nostra Commissione inoltre si sta occupando anche della riforma psichiatrica, quindi anche questo è un punto rilevante per stabilire ciò che è stato fatto in applicazione della legge 150, poi inserita nella riforma sanitaria, quindi con riferimento specifico alla riforma stessa: i servizi per la riabilitazione; per la legge 685 sulla tossicodipendenza; per l'attuazione della legge 194 sulla tutela della maternità e sulla interruzione volontaria della gravidanza; i servizi farmaceutici, i servizi veterinari e i servizi privati convenzionati.

Vi è poi un ultimo capitoletto che riguarda il personale, per il quale saranno raccolti elementi sui ruoli regionale, sulle piante organiche delle unità sanitarie locali, sui loro servizi, sui problemi del precariato, sui concorsi e sullo stato di attuazione dei contratti e delle convenzioni.

Quando stilammo questi appunti non avevamo ancora iniziato l'esame della legge relativa alla sanatoria del precariato, cioè all'immissione nei ruoli regionali del personale precario delle unità sanitarie locali. Come loro sanno, la Commissione sanità della Camera ha concluso proprio la settimana scorsa, prima di Pasqua, dopo alcuni mesi di intensissimo lavoro, l'esame della legge di sanatoria, modificando in alcune parti il testo che era stato già approvato dalla Commissione del Senato. Siccome abbiamo lavorato in sede legislativa, il nostro testo è già stato trasmesso al Senato per l'ulteriore corso. Speriamo che non sorgano nuove difficoltà lungo l'iter della legge, anche perchè, sui problemi più rilevanti, ritengo che le modificazioni apportate dalla nostra Commissione in sede legislativa possano essere condivise dai colleghi della Commissione Sanità del Senato e che, di conseguenza, questo nostro testo possa essere approvato, almeno questa è la nostra speranza, anche se le modificazioni riguardano taluni problemi di dettaglio, sui quali ovviamente non abbiamo avuto la possibilità né di raggiungere accordi né tantomeno di parlarne. Non abbiamo potuto ovviamente seguire un sistema di coordinamento, che sarebbe sempre auspicabile ma che nella realtà, visto il sistema bicamerale, non sempre è possibile e peraltro non sarebbe nemmeno aderente allo spirito della Costituzione e alle norme che regolano attualmente, buone o cattive che siano, il bicameralismo nel nostro Paese. Quindi questo è il quadro generale; io non vado più in là nel dettaglio, perchè ritengo che già il nostro appunto scritto e le cose che ho detto siano sufficienti per esplicitare meglio gli obiettivi che vogliamo raggiungere e le cose che vorremmo sapere dai Consiglieri regionali della Sardegna.

Direi che a questo punto dovremmo stabilire l'ordine dei nostri lavori e non tanto per il tempo.

Ci è stato rivolto un invito ma noi quando siamo in giro, data la ristrettezza dei tempi, badiamo più al lavoro che ai pranzi; d'altra parte so bene che non è possibile, specialmente in una regione ospitale come la Sardegna, saltare il pasto, ma cercheremo di conciliare tutte le nostre esigenze. Per l'ordine dei nostri lavori io proporrei di sentire un pò voi e poi di inserirci, perchè se parlate sempre voi e poi i miei colleghi, che sono sempre molto attenti a tutto, poi finiremmo per ricominciare daccapo.

TARQUINI: Grazie Sig. Presidente. Lei ha fatto una messa a punto molto chiara e precisa ed io brevemente vorrei fare alcune considerazioni, concernenti la situazione soprattutto geografica della Sardegna, che ha indubbiamente un grosso peso sui suoi problemi socio-sanitari. Indubbiamente noi avremmo voluto, e forse anche potuto, fare di più in merito all'attuazione della 833, ma alcune giustificazioni le abbiamo. Per esempio, la prima è che la Sardegna, dato che è una Regione a statuto speciale, ha dovuto perdere sei mesi per legiferare, mentre invece le Regioni a statuto ordinario avevano già legiferato in una certa misura; il decreto del Presidente della Repubblica n. 345, all'articolo 24, prevedeva questo slittamento di sei mesi. Poi, unica fra le Regioni italiane, la Sardegna ha rinnovato nel 1984 il suo Consiglio regionale, per cui (tra la campagna elettorale e le difficoltà di comporre una Giunta) abbiamo perso indubbiamente tanto tempo.

Come dicevo prima, la Sardegna è partita - nei confronti di altre Regioni italiane - con un bagaglio di esperienze ridotto; in molte Regioni erano stati già da tempo istituiti i distretti socio-sanitari, che hanno costituito in queste Regioni una base di partenza molto buona. Noi l'esperienza ce la siamo dovuta fare ex-novo.

Poi ci sono dei problemi peculiari; ne cito solo uno: la cardiocirurgia. Loro sanno che, secondo il rapporto Stefanini, in Sardegna come popolazione non dovrebbe trovare posto un centro di cardiocirurgia, ma in effetti (e questo è stato stabilito dal piano sanitario regionale), un centro di cardiocirurgia è previsto, perchè non si può pensare che un cardiopatico in fase di urgenza con un aneurisma aortico in fase di rottura, possa venire caricato su un aereo e tanto meno su una nave per essere portato al di fuori della Sardegna. Ci sono degli aspetti del tutto peculiari come può essere la talassemia e l'echinococcosi, che giustificano alcuni provvedimenti settoriali che noi abbiamo dovuto prendere in termini anche di urgenza, svincolandoli da quanto era previsto nella 833.

Io direi di saltare molte delle cose concernenti le Unità sanitarie locali, che in Sardegna forse sono troppe e mal distribuite; bisogna andare appunto al rodaggio in questa esperienza. Io colgo l'invito del Presidente e siamo disposti a rispondere alle vostre domande.

CASALINUOVO: Voglio solo dire che, al di là delle considerazioni certamente utili, vi sarà certo una vostra documentazione in merito che, così come è avvenuto per altre Regioni, ci sarà spedita o consegnata e costituirà parte degli allegati agli atti di questa nostra indagine. Pregherei ora il collega LUSSIGNOLI di porre le prime domande.

LUSSIGNOLI: Abbiamo avuto, nell'incontro in Giunta e qui in Consiglio, una panoramica della situazione, in parte nota per alcuni aspetti.

Come ricordava anche il Presidente della Giunta, tutti abbiamo constatato come la sanità sia diventata, in queste ultime settimane in particolare, il bersaglio della stampa. A mio avviso vi è un atteggiamento scandalistico, sicuramente non obiettivo e non rispondente alla realtà del servizio sanitario, anche se non solo il sottoscritto ritiene che ci siano motivi di insoddisfazione dal punto di vista organizzativo e, in alcune situazioni, probabilmente anche per il comportamento degli stessi amministratori. Vi sono forse alcune esigenze (e questa è una delle ragioni della nostra presenza) di modifica o di assestamento della stessa legge di riforma sanitaria, ma sicuramente questi aspetti non giustificano e non spiegano l'immagine che si sta dando del servizio sanitario nazionale.

Noi siamo interessati soprattutto a cogliere alcuni suggerimenti costruttivi, se ci sono, in primo luogo in riferimento all'applicazione della legge 833. La vostra Regione è sicuramente una Regione con delle peculiarità e con delle situazioni particolari.

D'altra parte ogni Regione (lo ricordava il Presidente, che è calabrese) ha delle specificità, che sono un pò la nostra Italia così bella, così lunga, con tutte le sue difficoltà. Anche le difficoltà cui si è fatto cenno, nel delimitare gli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali, non sono state difficoltà solo della Sardegna, ma di tutte le Regioni cominciando dalla mia che è la Lombardia. Il problema maggiore all'inizio è stata la definizione degli ambiti territoriali; non appena definiti, sono subito cominciate le pressioni perchè gli stessi venissero corretti. Questo per dire che alcune difficoltà non sono soltanto della vostra realtà.

Volevo chiedere a questo proposito, dal punto di vista dell'assetto istituzionale (mi riferisco agli organi: Presidente, Comitato di gestione, Assemblea), quali sono le difficoltà incontrate e se le difficoltà sono le stesse nelle USL del comune capoluogo (che mediamente, e non solo in Sardegna, rappresenta la fase più avanzata della tecnologia, della tradizione, della qualità del servizio) e nelle USL delle zone periferiche, che di solito sono sottosviluppate da tutti i punti di vista e anche dal punto di vista sanitario.

Seconda considerazione: avete individuato presidi multizonali, quanti sarebbero questi presidi multizonali e qual'è la vostra valutazione rispetto a questo tipo di problema, che per esempio è stato oggetto di discussione, non ancora conclusasi, anche nella nostra stessa regione lombarda?

Un'altra domanda (e poi i colleghi riprenderanno alcune delle mie considerazioni) riguarda il rapporto Regione-Unità sanitaria locale e Regione-Stato. Da questo punto di vista so, anche per incontri precedenti, che spesso si fa riferimento alla spesa, ai tetti, ai limiti ad essa imposti; sicuramente è uno degli aspetti più discussi quando si parla di sanità. Personalmente non ritengo che le insoddisfazioni, le disfunzioni, le difficoltà del servizio sanitario nazionale risiedano prevalentemente nella carenza delle disponibilità finanziarie. Con questo non è che voglia dire che le previsioni del livello centrale siano proporzionali al fabbisogno, ma non riterrei che le cause vere delle disfunzioni siano legate ai limiti della spesa; sarei però interessato a sentire il parere dei colleghi.

Un'ultima considerazione riguarda il rapporto pubblico-privato. La legge di riforma sanitaria, nel fissare come principio che la salute è un diritto del cittadino, e pertanto lo Stato vi deve provvedere, non ha stabilito che il servizio debba in assoluto essere gestito direttamente dallo Stato.

Sono aspetti che il livello nazionale e le Regioni, attraverso i Piani, debbono definire in una integrazione che serva ad arricchire la risposta in termini di qualità del servizio sanitario nazionale.

Mi domando (siccome abbiamo alcune Regioni dove è abbastanza diffusa l'opinione che la prestazione sanitaria proveniente dal privato è più qualificata che non quella proveniente dal pubblico) che tipo di presenza avete nella vostra Regione e qual'è l'impressione vostra e dell'opinione pubblica su questo tipo di problema? Ad esempio, vi posso dire che nella mia Regione non si ha la sensazione che il privato (mi riferisco alle cliniche) sia la risposta più qualificata dal punto di vista sanitario; magari dal punto di vista alberghiero sì, ma dal punto di vista delle attrezzature sanitarie abbiamo un servizio pubblico che tranquillamente compete con quello privato; siccome questo è uno degli aspetti più dibattuti, sarei interessato a sentire il vostro parere.

SARETTA: vorrei fissare alcuni punti, per avere conoscenza di alcune realtà più precise, per fare poi anche delle valutazioni in seno alla commissione parlamentare.

Agganciandomi all'ultima parte dell'intervento dell'on.le Vicepresidente LUSSIGNOLI, io non so come sia la legislazione regionale sulla questione delle UU.SS.LL. (confesso la mia ignoranza in merito), ma per quanto riguarda per esempio la gestione ospedaliera, mi chiedo se questa è (come per esempio nella mia Regione) a carico del Comitato di gestione e comunque senza una amministrazione diversa da quella complessiva dell'Unità sanitaria locale. Vorrei sapere se attorno a questo problema vi è all'interno delle forze politiche una riflessione, per riportare per esempio il settore ospedaliero all'autonomia gestionale.

Per quanto riguarda la distrettualizzazione, vorrei sapere se la Regione ha fatto delle leggi o dato degli indirizzi alle UU.SS.LL. e a che punto siamo su questo aspetto, vista anche la diversità di territorio e quindi, ritengo, la necessità di andare verso una distrettualizzazione per portare alcuni servizi in un territorio scarsamente urbanizzato.

Per quanto riguarda il personale, sentiamo per esempio in molte parti del nostro Paese che vi è carenza di personale paramedico specializzato.

Vi sono scuole sufficienti? Vi è carenza, ad esempio, di infermieri professionali eccetera?

Noi stiamo discutendo alla Camera importanti modifiche o leggi-quadro sul tema della tossicodipendenza, degli handicappati, della psichiatria; vorrei sapere com'è la situazione da voi, se vi sono centri di accoglienza e quale tipo di intervento è stato pensato, anche in rapporto al vostro piano sanitario regionale, intorno a questi tre importanti problemi.

Abbiamo sentito, sia dal Presidente della Giunta che dal Presidente del Consiglio regionale, che molto hanno operato le famiglie per i problemi che riguardano per esempio i talassemici ed altre categorie. Quindi la presenza del volontariato è organizzata? E' riconosciuta dalla Regione? In modo particolare penso anche ai donatori di sangue: se sono organizzati o se invece si debba ricorrere ad altri sistemi.

L'ultima questione è questa: la Sardegna è un paese che tutti amiamo moltissimo, tanto è vero che la sovraffolliamo durante l'estate (anche se già in questa stagione è stupenda): come affrontate il problema dei milioni di turisti che arrivano durante il periodo delle vacanze? Ci sono difficoltà? Avete suggerimenti, proposte? Igiene pubblica: credo che sia uno dei problemi più importanti, perchè concerne la prevenzione. Poco fa il Presidente del Consiglio regionale ci parlava di un dato molto importante della sanità in Sardegna: se alcune malattie sono state sconfitte, o quanto meno sono in via di controllo, cio è dovuto ad un'opera di sensibilizzazione, di prevenzione e quindi di educazione sanitaria. A proposito della distribuzione degli uffici di igiene pubblica: sono stati sufficientemente supportati dopo i cambiamenti introdotti dalla legge di riforma? Grazie.

TAGLIABUE: Io mi limiterò a porre le domande, considerato che le valutazioni generali sul carattere della nostra visita e quindi della nostra indagine sono state svolte opportunamente, in modo qualificato, dal nostro Presidente. Le domande sono queste: sul piano istituzionale, qual è il giudizio che siete in grado di dare, tenendo conto dell'esperienza di questi anni, sul rapporto tra assemblee e comuni? I comuni che sono individuati dalla legge di riforma come titolari della responsabilità in materia sanitaria, dopo la costituzione delle assemblee delle USL hanno operato come tali o vi è stata una sorta di delega da parte dei comuni alle assemblee? Da questo punto di vista, come considerate gli affinamenti di carattere istituzionale che potrebbero essere apportati alla 833? In particolare mi riferisco all'art. 15, concernente la composizione delle assemblee: ho sentito prima il Presidente della Giunta regionale parlare di difficoltà nel funzionamento delle assemblee date le loro dimensioni. Vorrei sapere se considerate - tenendo conto di questa esperienza - più opportuno che le assemblee siano costituite da consiglieri comunali, al fine di coinvolgere di più i comuni nelle loro responsabilità. Quali correzioni ritenete possano essere apportate dal punto di vista del rapporto tra le assemblee e i comitati di gestione? Questo è un tema su cui, anche in questi giorni, si dibatte molto: anche se io personalmente e così il mio gruppo, non condividiamo certamente le campagne criminalizzatrici e generalizzate contro la riforma e contro le USL. Come è il rapporto che si è instaurato tra comitati di gestione ed operatori sanitari, soprattutto in relazione ai momenti di responsabilità direzionale (sanitaria, tecnica ed amministrativa)? Quali problemi sono sorti e come è possibile realizzare meglio, secondo voi, il rapporto tra "politici" e "tecnici", o meglio tra responsabilità politica e responsabilità dei tecnici?

Altro aspetto: come le USL (è già stato detto prima da un collega) hanno proceduto, in questi anni di esperienza, alla distrettualizzazione e qual è la dimensione dei distretti? Come si sono

portate all'interno dei distretti determinate funzioni, soprattutto riferite ai momenti della prevenzione e dei primi interventi di diagnosi, cura e riabilitazione? Ci sono esperienze in materia e come le giudica la gente considerando che i distretti socio-sanitari sono uno dei punti qualificanti rispetto al vecchio sistema mutualistico? All'interno dei distretti avete realizzato delle esperienze di partecipazione dei cittadini?

Altro punto molto importante della legge 833: avete esperienze di presidi multizonali di prevenzione? Ho sentito dal Presidente della Giunta e dal Presidente del vostro Consiglio regionale problemi che si riferiscono a malattie di rilevante importanza sociale, che necessitano di interventi soprattutto sul piano della prevenzione e della rilevazione delle cause; i presidi multizonali di prevenzione, stabiliti dalla 833, possono operare in questa direzione? Ci sono delle esperienze? Quali difficoltà si incontrano dal punto di vista della qualificazione del personale che opera all'interno di questi presidi e del rapporto tra i presidi stessi e le attività lavorative e produttive, per quanto si riferisce alle malattie di carattere professionale? Vi è un ruolo del presidio multizonale nella prevenzione dal punto di vista ambientale e non solo ambientale? Interesserebbe sapere anche i problemi dell'andamento della spesa per quanto riguarda il personale. Nella vostra regione c'è un'oscillazione tra l'81 e l'83 in aumento e poi nei primi mesi dell'84 una tendenza alla riduzione. Andiamo dal 3,89% nell'83 al 2,97% nei primi mesi dell'84. Questa oscillazione tra l'81 e l'83 mi pare sia dovuta all'applicazione del primo contratto del comparto sanitario, ma ciò che mi importa sapere è come si è andati all'applicazione del contratto sanitario; quali difficoltà sono sorte, soprattutto riferite a due momenti secondo me portanti: quello della mobilità (riferito anche ai distretti sanitari ed alla territorializzazione dei servizi) e quello dell'applicazione di incentivi di produttività e degli straordinari, problemi che sono oggetto di polemiche e di iniziative anche a livello nazionale.

Ho visto che la vostra Regione ha determinato la pianta organica provvisoria del personale. Questo è certamente un fatto importante, ma come poi si è realizzato questo inquadramento del personale proveniente da enti diversi con formazione e preparazione diversa?

Infine mi interesserebbe sapere se, rispetto all'art. 26 della legge finanziaria del 1983, è andata avanti o meno l'integrazione tra il sociale e il sanitario: mi riferisco alla possibilità da parte dei comuni di utilizzare le USL come strumento per la gestione dei servizi sociali, trasferendo alle USL il personale e facendo loro carico dei relativi oneri. La cosa è molto importante, secondo la mia opinione, perchè questa integrazione dei servizi sociali e sanitari consentirebbe maggiore realizzazione e qualificazione della spesa ed eviterebbe una dispersione di risorse anche di carattere professionale, coerentemente agli obiettivi che si vogliono raggiungere.

L'ultimo problema che voglio porre riguarda l'andamento della spesa farmaceutica. Mi pare, dai dati in possesso, che dimostri una relativa tendenza alla dilatazione. Quali misure sono state poste in essere ai fini del controllo dell'andamento della spesa farmaceutica da parte delle USL? Quale indirizzo si è inteso adottare da parte della

Regione, nel rapporto con i medici di base e con la stessa popolazione, tenendo conto della funzione che in questo senso può avere un'iniziativa permanente sul piano dell'educazione sanitaria? Queste erano le prime domande che intendevo porre, per cercare di capire quali possono essere state le difficoltà e quali le esperienze compiute in materia da parte della vostra Regione.

TARQUINI: Innanzitutto dico che come Commissione (la maggior parte dei membri della Commissione, perlomeno) siamo d'accordo su diversi punti. Per esempio concordo con l'onorevole LUSSIGNOLI, il quale ha sottolineato che sebbene, in confronto con altre nazioni europee, il nostro budget per la spesa sanitaria sia inferiore, è anche vero che spesso questi soldi vengono spesi male: l'impegno cioè non corrisponde al risultato. Penso che si possa anche essere d'accordo che questa riforma sanitaria sia da salvare: tuttavia è indubbio che bisogna modificarla.

Io ho qui un prospetto che dimostra come ci sia qualcosa da mutare: per esempio ci sono delle USL, in Sardegna, per le quali la spesa pro-capite annuale è di 204 mila lire, mentre ce ne sono delle altre per le quali la spesa è di 1 milione e 153 mila lire. E' evidente che questa discrepanza macroscopica è frutto di una migrazione interna di malati verso presidi che sono strutturati meglio, ma indubbiamente non possiamo ignorare il fatto che ci sono delle USL che servono 22 mila cittadini e ce ne sono delle altre che ne servono 182 mila.

Talvolta (questa è una mia opinione personale, ma penso succeda dappertutto) alcune unità sanitarie locali sono gestite come satrapie, anziché come aziende produttive e produttrici di salute. Questo è un dato di fatto, e io che vivo negli ospedali questa realtà la conosco abbastanza bene e mi riserverò di rispondere al gentile interpellante.

Ora darei la parola al consigliere DADEA, che è particolarmente esperto e che mi ha chiesto di intervenire su alcuni punti; poi c'è anche il consigliere RANDAZZO, che conosce particolarmente il volontariato.

DADEA : cercheremo di dividerci i compiti per rispondere alle numerose domande che sono state poste.

Mi pare che gli interventi degli onorevoli hanno posto l'accento su un aspetto in particolar modo: il problema istituzionale legato all'applicazione della 833 in Sardegna. Per fare una panoramica molto sintetica, bisogna dire che la fase che attraversiamo in Sardegna, per quanto riguarda l'applicazione della 833, sicuramente di transizione, nel senso che ancora indubbiamente pesa il vecchio (gli enti ospedalieri, le mutue) e il nuovo stenta a farsi largo e ad affermarsi. Noi pensiamo però che il primo piano sanitario regionale possa essere lo strumento perchè si possa avviare quella seconda fase, nella quale sarà possibile riuscire ad applicare e ad estendere i contenuti di trasformazione della legge di riforma sanitaria.



Pur essendo la Sardegna una delle poche regioni meridionali che è riuscita ad adottare il piano sanitario regionale, dobbiamo dire che alcune inadempienze pesano in particolar modo sull'applicazione piena della riforma sanitaria in Sardegna. Questo non per voler scaricare inadempienze che sono nostre su altri, ma per dire, con molta franchezza, che insieme alle difficoltà generali ve ne sono alcune legate alle inadempienze governative. Io non voglio rifarmi alla mancata approvazione del piano sanitario nazionale, che doveva fornire standard e indicazioni per la stesura dei piani sanitari regionali. Non voglio neppure ricordare la politica finanziaria seguita dai governi che si sono succeduti, che sicuramente penalizza pesantemente la Sardegna: i parametri individuati per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale, essendo riferiti alla spesa storica e alla popolazione, colpiscono pesantemente la Sardegna, perpetuando disfunzioni e sperequazioni storiche: le regioni che più hanno avuto e più hanno costruito continuano infatti ad avere di più.

Per quanto riguarda l'aspetto istituzionale, mi pare che sia un tema di estrema attualità, non solo perchè le continue campagne denigratorie, che tendono a criminalizzare le unità sanitarie locali e i loro amministratori indistintamente, portano questo problema all'attenzione di tutti. Devo dire che, per quanto riguarda l'assetto istituzionale, noi abbiamo rilevato (mi rifaccio anche alle domande che poneva l'onorevole TAGLIABUE) sicuramente alcune difficoltà. La nostra legge di attuazione della 833, la legge numero 13, individua tre livelli gestionali, che sono il Comitato di gestione, l'Assemblea e l'Ufficio di direzione.

Per quanto riguarda l'Assemblea, il fatto che influisce negativamente sulla sua funzionalità è indubbiamente la pletoricità. Mi pare inoltre di poter dire che è venuta meno la sua funzione più importante, che era quella di indirizzo politico e programmatico dell'attività delle USL. L'Assemblea è andata scadendo sicuramente ad una funzione di mera ratifica delle decisioni prese dal Comitato di gestione. Da questo punto di vista sorge il problema del rapporto tra l'Assemblea e il Comune. Bisogna dire che il Comune è andato via via perdendo quella titolarità di potere che la 833, anche se in modo ambiguo gli assegnava, un po' perchè si è teso (da parte del Governo e da parte degli stessi governi regionali e delle USL) ad autonomizzare le USL e quindi a escludere il Comune dalle sue competenze, ma anche perchè gli stessi Comuni hanno delegato interamente i problemi della sanità (e lo hanno fatto volentieri, bisogna dire) alle USL.

Per quanto riguarda poi il Comitato di gestione (mi pare che sia una considerazione abbastanza generalizzata) c'è da dire che ha cercato di svolgere una funzione onnicomprensiva, un po' schiacciando le competenze dell'Assemblea e anche quelle dell'Ufficio di direzione. Questa funzione onnicomprensiva indubbiamente si ripercuote sulla funzionalità delle USL. L'attribuzione poi di deleghe ha creato dei veri e propri assessorati all'interno dei comitati di gestione, vanificando il principio della collegialità, che doveva informare l'operatività dei comitati di gestione. Si sono così schiacciate un po' le peculiarità e le

competenze dell'Ufficio di direzione, che il più delle volte è venuto meno a quella che doveva essere la sua funzione. Si sono manifestate anche, nella gran parte delle USL, delle carenze dal punto di vista della competenza e della professionalità dell'Ufficio di direzione e soprattutto dei coordinatori sanitari e amministrativi.

Se questi sono alcuni rilievi di carattere generale sugli organi istituzionali, dobbiamo dire, con molta franchezza, che gli interventi che si vogliono operare per modificare l'assetto istituzionale delle USL non ci trovano completamente consenzienti. Sicuramente il progetto predisposto dal Governo non ci trova assolutamente d'accordo. Noi pensiamo che la direzione in cui si deve andare sia quella di assegnare al Comune la piena titolarità delle competenze, perchè si vada a una piena responsabilizzazione dei Comuni. L'ipotizzare l'azienda è sicuramente qualcosa che divarica lo strumento gestionale della sanità dagli organi istituzionali, cioè i Comuni, ma lo divarica ulteriormente anche dagli stessi utenti, vanificando la partecipazione democratica dei cittadini.

Invece ci trova consenzienti l'ipotesi formulata dalla Commissione sanità del Senato, nella quale mi pare si vada verso una piena responsabilizzazione dei Comuni.

Per quanto riguarda poi l'applicazione della 833, come dicevo ci troviamo sicuramente in una fase di transizione, nella quale pesa ancora molto il vecchio e il nuovo stenta a farsi largo. Noi pensiamo però che il piano sanitario regionale possa farci fare questo salto di qualità. Dal punto di vista organizzativo pesa sicuramente una logica ospedalocentrica, che è estremamente diffusa nella nostra regione; l'ospedale svolge una azione onnicomprensiva, cioè praticamente fornisce tutti quei servizi che invece dovrebbero essere diffusi nel territorio; questo naturalmente impedisce all'ospedale di esplicare compiutamente la sua funzione primaria. Noi pensiamo che l'individuazione e l'attuazione dei distretti sanitari di base possa permetterci di rompere questa logica ospedalocentrica e portare ad una diffusione dei servizi nel territorio. Devo dire però che solo pochissime unità sanitarie locali hanno proceduto alla individuazione dei distretti e molto poche sono quelle che li hanno attuati, non solo perchè mancava il quadro di riferimento regionale, costituito dal piano sanitario.

La nostra normativa, per quanto riguarda i distretti, è contenuta nella legge di attuazione della riforma sanitaria (la legge n. 13) e naturalmente rinvia alle indicazioni del piano sanitario regionale. C'è al suo interno una indicazione di massima per quanto riguarda il parametro popolazione, che è tra i 5000 e i 30000 abitanti, preferibilmente però intorno ai 10000, anche in relazione alle caratteristiche proprie della nostra isola, nella quale c'è una moltitudine di paesi di piccole dimensioni diffusi in un territorio estremamente vasto.

All'interno del piano sanitario regionale, ma già nella legge di attuazione della 833, noi abbiamo indicato i servizi di base che devono essere concentrati nel distretto sanitario. A parte i servizi primari, c'è anche una serie di indicazioni per quanto riguarda la specialistica

di base; inoltre noi prevediamo anche servizi di tipo socio-sanitario che riguardano la psichiatria e il problema degli handicappati e servizi veterinari.

Per quanto riguarda poi l'integrazione tra sociale e sanitario, che sicuramente è uno degli aspetti più qualificanti della legge di riforma, bisogna dire che ha trovato scarsa applicazione, non solo per le difficoltà a tutti note legate anche alla legislazione nazionale: la mancanza, per esempio, di una legge-quadro sull'assistenza e di una legge regionale sui servizi socio-sanitari, che cerchi di normare la profonda integrazione tra sociale e sanitario. Debbo dire però che a questo riguardo sono abbastanza significative alcune esperienze condotte nella nostra isola, che riguardano soprattutto i servizi alternativi all'ospedale psichiatrico. Sono stati individuati una serie di servizi alternativi all'ospedale psichiatrico, nei quali si tende a far sì che gli ex pazienti degli ospedali psichiatrici rimangano inseriti nel contesto sociale di provenienza, all'interno di strutture quali case-famiglie, gruppi-appartamento e cose del genere, che secondo noi possono essere sicuramente una valida alternativa alla ospedalizzazione.

Un'ultima considerazione (io non voglio dilungarmi ulteriormente; penso che i miei colleghi si soffermeranno su altri aspetti) riguarda soprattutto il problema dei presidi multizonali. Da questo punto di vista siamo sicuramente in una fase nella quale i presidi sono individuati solo ed esclusivamente dal piano sanitario regionale. L'indicazione data nel piano è quella naturalmente di privilegiare quei presidi multizonali che fanno riferimento ad alcune malattie estremamente diffuse nella nostra regione e che sono da tutti voi conosciute: la talassemia è sicuramente una di quelle che maggiormente incide dal punto di vista sociale, ponendo problemi legati soprattutto alla prevenzione.

Il problema dei presidi multizonali riguarda inoltre la medicina del lavoro. Dal punto di vista delle realizzazioni in questo campo non abbiamo gran che però bisogna dire che, all'interno del piano sanitario regionale, sono state individuate e maggiormente specificate tutte queste problematiche attraverso tre progetti-obiettivo, che fanno riferimento al settore materno-infantile (quindi abbracciando la prevenzione in questo settore), alla medicina del lavoro ed ai servizi per gli anziani. Noi pensiamo che questi tre progetti-obiettivo possano essere gli aspetti qualificanti dell'intero piano sanitario regionale, perchè incidono profondamente su tre problemi che sono largamente diffusi nella nostra regione e che necessitano di un intervento quanto mai prioritario ed urgente. Io adesso mi fermerei; le domande poste sono state talmente tante che è difficile rispondere, ma penso che gli altri colleghi potranno dare ulteriori contributi.

ANEDDA: Io mi fermo molto brevemente, sull'organizzazione dei servizi, facendo una fotografia dello stato attuale e senza immaginare il futuribile del piano sanitario regionale. Esprimo subito un'opinione personale, che è questa: la riforma sanitaria ha portato ad un aumento della quantità dei servizi e ad uno scadimento della loro qualità. Ed è verissimo il rilievo che faceva il Presidente della Commissione, cioè che la situazione geografica della Sardegna la

pone in posizione peculiare. perchè rende più difficile il trasferimento, oserei dire la fuga, dei pazienti dalla Sardegna sul continente e molto spesso anche all'estero. Proprio per questo la situazione è più grave. sia perchè le strutture alberghiere (adoperiamo questo termine) sono inadeguate, sia perchè dopo la riforma la qualità dell'assistenza medica è scaduta, a partire dal medico generico fino al direttore sanitario.

Non credo che la situazione sarda sia differente da quella che la Commissione avrà accertato nelle altre regioni, non può esistere tra medico generico (quello che prima veniva chiamato medico di famiglia) e paziente nessun altro rapporto se non quello basato sulla fiducia, che non può essere interrotta (in nome dell'occupazione della pletera che purtroppo esiste di medici) dal medico di guardia, il quale è un giovane (può essere valentissimo ma può non esserlo) che viene esposto a pericoli gravissimi (credo che sia inutile citare esempi in tutte le parti d'Italia) ma che non è in condizioni, per la sua inesperienza, di offrire quel servizio di urgenza che è necessario offrire. Quindi questo rapporto è scaduto; il paziente oggi non è più la persona che si fida del suo medico, ma ne è diventato quasi il nemico: abbiamo dei casi (credo che avvenga in tutta Italia) di pazienti che vanno a controllare da altri amici o pseudo tali se le cure prescritte dal medico di loro fiducia siano esatte o meno.

Scadimento nella struttura ospedaliera: anche qui (può darsi che sia una peculiarità della Sardegna, ma non credo) sta camminando a lenti passi, ma con voce abbastanza ridondante, l'opinione che il primario o il direttore del reparto debba essere chissà perchè un sardo. Questo porta a dequalificare il servizio, anche perchè la Sardegna in questi anni, tolti vecchi ricordi, ha perduto le scuole di medicina che prima aveva. Il clinico di fama, il chirurgo di grande valore che aveva creato una scuola, è scomparso e coloro che vengono dall'Università, e che pure con grande abnegazione possono fare delle esperienze, non hanno - a riscontro dell'esperienza stessa - la scuola che è la prima delle esperienze.

Per rendersi conto di questo e di come sia esatto quello che dicevo per quanto riguarda la quantità e non la qualità, è sufficiente che la Commissione vada (meglio sarebbe stato se ci fosse andata senza preavviso, per evitare che le mucche di antica memoria vengano anche in questo caso trasferite da un posto all'altro) alla clinica oculistica che ha sede nel vecchio ospedale di Cagliari, che è tuttora funzionante. Una clinica oculistica che ha, credo, ottimi macchinari ma non ancora un primario, perchè anche qui si verifica la lotta tra l'uno e l'altro e non si fanno i concorsi; non si accettano i concorsi per merito ma soltanto avanzamenti per un lento degradare del tempo e per successive sanatorie; una clinica dicevo, nella quale è vietato, a chi ami l'igiene pubblica al pari di quella privata, recarsi persino nei locali di degenza, perchè - e posso dirlo avendoli visti di recente per non felici evenienze familiari - credo siano in condizioni peggiori del peggior pubblico gabinetto di degenza di un paese medio-orientale.

Ci sono strutture fisiche scadenti e carenza del primariato. Vi è poi una tendenza che è quella all'ospedalizzazione del malato. Non si comprende perchè, per fare una radiografia, si debba stazionare nelle cliniche 20 giorni o per fare banali analisi, che oggi - il professor TARQUINI mi scuserà se io sbaglio in una materia non mia - vengono fatte con i computer, si debba stare settimane, se non mesi, in ospedale.

LUSSIGNOLI: scusi se la interrompo: lei ci presenta queste immagini un po' catastrofiche per dirci che prima era meglio ed è colpa della riforma sanitaria se tutto questo si verifica?

ANEDDA: quando si fa un discorso generale bisogna sempre comprendere che ci sono delle meritevoli eccezioni. Diciamo che questa è l'opinione di un uomo della strada, che non è dentro la riforma ma che la vede dall'esterno: non voglio dire che la subisce, ma la vede dall'esterno. Questa visione catastrofica è realistica e verissima; bisogna andare a vedere, bisogna fare una visita nel vecchio ospedale.

Debbo aggiungere, per rispondere alla domanda specifica che è stata fatta, che io sono dell'opinione che agli ospedali debba essere data autonomia gestionale, e non è un'opinione che nasce gratuitamente; nasce da un'esperienza regionale. La Regione è intervenuta direttamente, impiegando del tempo, per l'ospedale oncologico, che aveva prima, sotto varie forme e denominazioni, una autonomia gestionale. Credo di poter dire - non so se il prof. Tarquini sia d'accordo o meno con me - che quando questa autonomia esisteva l'ospedale nel complesso funzionava meglio di quanto funzioni ora che questa autonomia non ha. E' inutile citare i casi di cui non ho conoscenza diretta: basta riferirsi proprio ai due vecchi ospedali di Cagliari, l'ospedale "S. Giovanni di Dio" e il "Santissima Trinità", dove (a causa della burocrazia introdotta dalla riforma nella struttura della U.S.L.) tanto spesso manca persino il materiale corrente. E' inutile dire che un paziente che voglia stare nel suo letto con lenzuola pulite deve portarsele da casa. E' sufficiente che andiate nelle cliniche del vecchio ospedale e chiediate il corredo delle lenzuola.

Le opinioni sono diverse, perchè la struttura dice che ciò dipende molto dai furti, ma non si comprende perchè non riesca a prevenirli; io non ci credo e sono convinto che dipenda (chiedo scusa per il termine forte) dal lassismo che subentra quando manca nella gestione quel tanto di professionalità che porta a chiedere a sé stessi il massimo per produrre il massimo, non in termini di economicità ma in termini di servizio.

Tutto questo riguarda la struttura, ma un difetto c'è anche nell'assemblea. E' giustissimo dire che le assemblee sono pletoriche; io vorrei aggiungere, a proposito dell'assemblea, che essa è venuta meno a quella che sarebbe dovuta essere la sua funzione. Tale funzione non può essere quella di indirizzo politico, ma è quella di controllo. Invece l'assemblea ha portato dentro sé stessa, come nei Comitati di gestione, (ed è inutile che dica loro i gravi danni che ne conseguono), quella che viene volgarmente detta lotizzazione. Siamo tutti dentro questo mestiere ed è inutile nasconderci queste cose, ma certamente la riforma ha portato dentro l'assemblea quel tanto di politico che nuoce.

Faccio un esempio: in Sardegna esistono delle antiche terme romane, in un paese che si chiama Fordongianus (che tutti sappiamo significa Forum Traianum); la Regione ha tentato una volta di rimetterle in sesto, ha fatto delle opere, ha speso dei danari e non sono mai entrate in funzione, anche perchè, per dire che questo sia uno stabilimento termale, manca ancora il dato principale: un'analisi volta volta a stabilire che l'acqua sia termale. Non si sa se quest'acqua sia mineralizzata ai fini della termalizzazione: si sa solo, perchè così è di fatto, che vien fuori calda dal terreno. Ma non è questo il rilievo. In Sardegna esistono altre terme diverse. La competente Unità sanitaria, sotto la spinta dei Comuni che hanno un interesse politico (per carità: non lo dico

in senso dispregiativo; hanno un interesse generale, come qualunque Comune che vuole un'opera per il suo territorio, e mica è da criticare per questo) ha studiato un programma di fattibilità che è stato approvato, che sta camminando per un primo lotto esecutivo e che costa naturalmente diversi miliardi. Tutto ciò senza tener conto di un problema: esiste in Sardegna un numero di persone che facciano cure termali sufficiente per coprire quanto è offerto dalla struttura attuale? Perché se in ipotesi questa entrasse in funzione (a parte il tipo di servizio che può rendere; non voglio entrare nei dettagli perché non ha nessuna importanza) - nessuno può garantire che non rechi danno alle strutture già esistenti, dato che chi fa le cure termali preferisce - ed è un suo diritto - farle dove ritiene più utile alla sua salute. Questa opera, che costa miliardi, è dunque un'opera utile, necessaria o comunque auspicabile? E il fatto che sia stato deciso di farla non dipende (ecco che torno donde mi son mosso) dalla politicizzazione dell'assemblea dell'U.S.L.? Allora non è necessario che l'assemblea sia meno politica e più gestionale, decentrando piuttosto che accentrando le gestioni?

Per chiudere, gli ultimi due rilievi rapidissimi. Uno è indispensabile, è generalizzato per tutta l'Italia e riguarda la criminalizzazione (così si dice) del servizio sanitario e l'attenzione ad esso dedicata dalla stampa. Io credo che tutto ciò derivi dal fatto che anche le U.S.L. fanno parte dell'Italia di oggi e che hanno amministrato molti e molti miliardi; è dimostrato che coloro che resistono alla tentazione spesso non sono la maggioranza, e per le U.S.L. è accaduto quello che è accaduto in tanti Comuni d'Italia. Devo dire, peraltro, che non è la situazione più scandalosa. Quello che invece è da sottolineare, è l'assoluta carenza (perché occorre - qui si - un po' di fantasia) delle U.S.L. nell'intervento per prevenire la tossicodipendenza. L'articolo 2 della 833 e quello che è scritto nella legge regionale che ripete i compiti delle Unità sanitarie locali, pongono tale questione al primo posto. Allora cosa dobbiamo dire (lo dico con tutto il rispetto dovuto a questo grande problema): era presunzione scrivere quelle cose o è stata mancanza di impegno non cercare di trovare nessuna soluzione? Perché è impensabile che a Cagliari, ma credo per larga parte della provincia, esista soltanto una struttura che si regge sull'abnegazione di un medico che altro non fa che distribuire metadone 24 ore al giorno.

Io credo che la sintesi del discorso sia questa: oggi ha scarsa importanza stabilire se la responsabilità è della riforma o meno; ognuno si tiene le sue idee; la legge esiste e v a modificata non col tornare indietro ma col modernizzarla, prendendo (dispiace dirlo) esempi dall'estero, dove hanno creato autonomie diverse negli ospedali e hanno rinunciato a quel tanto di politica partitica che è dannosa, ripristinando un concetto fondamentale che è il merito, senza il quale nessuna legge andrà avanti.

Questo deve significare qualcosa, sia per il dirigente che per l'ultimo paramedico, perché se non si passa per questo, ma ci si basa soltanto su diritti acquisiti e si prende l'assunzione presso l'Unità sanitaria locale come una sinecura a vita, poi si scopre che gli uffici sono vuoti, perché due persone lavorano ma trenta sono andate a fare la spesa. Di questi episodi se ne potrebbero citare a centinaia; credo che loro ne sappiano più di me. Credo che allora la modifica di qualunque legge non serva al risultato fondamentale, che è quello della tutela del cittadino nel senso più vasto del termine.

TARQUINI: grazie, avvocato Anedda. Io vorrei invitare i colleghi consiglieri, (dato che queste panoramiche sono indubbiamente molto utili, ma non credo che portino a molto perché concernono fatti che la Commissione ampiamente conosce) a voler rispondere alle domande che ci sono state fatte. Do l'esempio rispondendo a una delle domande dell'Onorevole Saretta concernente la gestione ospedaliera; mi sembra che abbia chiesto se è stata presa in esame la possibilità di ricostituire il vecchio consiglio di amministrazione.

SARETTA: Presidente, mi consenta di girare questa domanda sullo scorporo degli ospedali; mi pare che in Lombardia non fanno parte della gestione delle Unità sanitarie locali, ma sono multizonali.

LUSSIGNOLI: i regionali non erano stati trasferiti.

TARQUINI: io devo dire che una U.S.L. che abbia nel proprio ambito un ospedale se lo tiene ben stretto, e tutte le decisioni che concernono anche l'acquisto di un gessetto per l'ospedale passano attraverso il Comitato di gestione. E questo, sempre per rispondere alla domanda, comporta una caduta non dico verticale, ma importante del livello di efficienza.

SARETTA: quindi sarebbe buona l'indicazione del Ministro nel suo progetto? -..

TARQUINI: quella di riautonomizzare? Sì, per alcuni aspetti io penso che si debba riflettere seriamente sulla opportunità di questa soluzione. Vi è anche una carenza notevole di personale paramedico specializzato.

Dirò un'altra cosa, sempre a proposito dei Comitati di gestione. Loro avranno capito che i nostri interventi sono variegati; io vivo in ospedale, come dicevo, e ho assistito molto spesso alla mobilitazione selvaggia da un ospedale all'altro. Dall'oggi al domani mi portano via due infermiere professionali senza sostituirle e ovviamente senza darmi una giustificazione: servono in un altro ospedale, così sostiene la delibera del Comitato di gestione. E così pure avviene per i medici. Allo stesso modo il medico può ottenere, tramite opportuni contatti col Comitato di gestione, di esser destinato ad altra sede: questo va benissimo, sempre che venga sostituito, cosa che invece non succede. Il personale paramedico, lo sappiamo tutti, è alla base di una buona assistenza. Il medico conta indubbiamente, ma una buona struttura di paramedici è indispensabile.

SARETTA: alcune cose coincidono, tra quelle che pensavo e quelle che mi sta dicendo. A cosa è dovuta tale carenza? Forse la pianta organica non consente di dare il via alle assunzioni? O forse, come per esempio accade nella



nia regione - il Veneto - anche se si bandiscono concorsi non ci sono infermieri professionali disponibili, perchè la scuola ne sforna troppo pochi? Se è così, allora, quando noi parliamo di occupazione giovanile occorrerebbe pensare anche a tutto ciò.

TARQUINI: direi che la nostra situazione rispecchia entrambe le ipotesi: le piante organiche sono bloccate (solo adesso c'è qualche barlume di apertura) ma è ben vero che le scuole per paramedici - per lo meno quelle esistenti in Sardegna - ancora non hanno soddisfatto il fabbisogno.

Il rapporto tra ospedalità pubblica e ospedalità privata: in Sardegna l'ospedalità privata (e non me ne vogliano i gestori) certamente ha una solida tradizione, ma direi che un paziente preferisce l'ospedale, pur con le sue carenze, perchè l'ospedalità privata in Sardegna non è in grado (specie dal punto di vista chirurgico) di far fronte a determinate richieste, anche perchè probabilmente le retribuzioni sono quelle che sono.

DADEA: c'è una incidenza molto bassa della ospedalità privata.

TARQUINI: sì, c'è una incidenza molto bassa, mentre invece esiste una alta utilizzazione del tempo definito per una attività libero-professionale del tutto privata, nell'ambito di ambulatori. Il privato in Sardegna penso incida molto per quanto riguarda i laboratori di analisi e le radiologie, insomma tutte quelle attività che in ospedale, come era stato segnalato prima, determinano allungamenti intollerabili dei tempi di degenza.

TAGLIABUE: io volevo fare alcune domande proprio brevissime. Ho guardato il volume del Piano sanitario: salto tutta quella che è la tematica degli ospedali perchè ci riguarda poco. Noi dobbiamo esaminare l'andamento dell'azienda salute, valutando i parametri di efficienza delle varie strutture. Io ho scorso il volume molto rapidamente, senza riuscire a trovarli; ho cercato per esempio l'utilizzazione dei posti letto, che è un indice estremamente importante. Vorrei perciò chiedere: non ha importanza se cinque anni fa fossero utilizzati al 52%; quel che importa è la attuale linea di tendenza. Qual è?

TARQUINI: c'è una disparità. Teniamo conto che questa media ha due limiti - il limite del piccolo ospedale e il limite del reparto di medicina - e quindi va riguardata alla luce di questa doppia valutazione. In genere i piccoli ospedali sono intorno al 50% o al di sotto, e quindi si pongono problemi di riorganizzazione ospedaliera; in secondo luogo ci sono reparti ad alto tasso (soprattutto medicina e chirurgia nelle grandi città), ma ortopedia ed oculistica sono intorno al 12-15%.

TAGLIABUE: questi dati di partenza ci sono anche in altre regioni italiane: non stiamo facendo processi a nessuno. Ma domandavo: ci sono o no tendenze ad introdurre modifiche per una maggiore razionalizzazione?

TARQUINI: direi che la situazione è stazionaria.

TAGLIABUE: è un dato che colgo per me e per voi.

TARQUINI: debbo dire quello che è un mio convincimento personale, e cioè che, almeno in Sardegna, non debba essere costruito un solo posto-letto in più, ma debba essere trasformata la realtà esistente, con riferimento ad altre strutture che mancano totalmente o sono totalmente inadeguate.

RANDAZZO: io sarò brevissimo. Credo che noi in Sardegna abbiamo tutti i problemi ed i difetti che hanno tutte le altre U.S.L. d'Italia. I motivi di questa disfunzione credo li conosciamo quasi tutti, perchè sono stati esaminati in ogni singolo punto. Una delle cose che in Sardegna si può rilevare (voglio indicare proprio alcuni flash) è la mancata partecipazione degli utenti. Nelle nostre leggi, per esempio, non è stata prevista in nessuna parte la partecipazione degli utenti, che noi riteniamo invece molto importante.

Non abbiamo, almeno fino ad oggi, una decisa manifestazione di volontà da parte della Regione per inserire il volontariato nelle strutture che operano in certi servizi. Noi abbiamo fatto comunque l'esperienza del volontariato ed abbiamo visto che certi servizi sociali, per esempio quelli rivolti ai tossicodipendenti, agli handicappati, agli emarginati in genere, danno risposte più facilmente accoglibili presso l'utenza. In questo comparto dobbiamo ancora fare molta strada.

Una delle difficoltà che trovano le organizzazioni che hanno rapporti con la riforma sanitaria è quella del ritardo con cui vengono liquidate le competenze maturate; noi abbiamo ritardi medi che vanno dalle 12 mensilità fino a punte anche di diciotto mensilità di arretrati nella liquidazione delle competenze maturate. Questo porta certi organismi, certe strutture di volontariato, cui faccio particolarmente riferimento, ad entrare in crisi economica, dovendo ricorrere alle anticipazioni bancarie che ancora in Sardegna oggi costano intorno al 20-20,50% di interessi.

Un altro problema che esiste (parlo proprio per esperienza diretta) è la mancanza di mobilità anche all'interno della stessa U.S.L.; manca cioè la possibilità di utilizzo del personale, spesso eccedente in alcune strutture e carente invece in altre. Faccio l'esempio di una U.S.L. del Sulcis, dove abbiamo una vecchia struttura, specializzata in pediatria; questo ospedale è stato disattivato perchè ne è stato costruito un altro, e si verifica questo caso-limite di circa 195 dipendenti che non possono essere utilizzati in un'altra struttura della stessa città, perchè osterebbero vari problemi che io non riesco nemmeno a concepire. Cioè, mentre abbiamo una carenza di personale nel nuovo ospedale della stessa città, non si può utilizzare il personale che sta nel vecchio sen-

za far niente, quindi a carico della collettività. Credo che proprio tale aspetto della riforma dovrebbe essere riconsiderato: cioè dovrebbe essere consentita una migliore utilizzazione di tutto il personale.

Uno dei problemi che noi, come sardi, dobbiamo sottolineare, è che molte cose da noi vanno male per il problema dei finanziamenti. Noi si cerca di fare il possibile per utilizzare bene le risorse che abbiamo a disposizione, però si continua a perpetuare questa ingiustizia, per cui lo Stato seguita a distribuire i fondi in base alla spesa storica (per la maggior parte dei fondi) e attribuisce poche risorse secondo quote pro-capite per abitante. Noi assistiamo alla continua crescita e al miglioramento dei servizi in regioni dove esistevano già e alla impossibilità da parte di alcune altre regioni di dotarsi dei servizi minimi indispensabili. Credo che una programmazione seria da parte dello Stato dovrebbe riuscire ad eliminare, nell'arco di 3-5 anni, questo divario: almeno occorre cercare di aumentare del 50% rispetto alla spesa storica le risorse che lo Stato attribuisce alle regioni; sarebbe già un modo per garantire una certa perequazione. Ciò potrebbe avvenire anche gradatamente, aumentando magari del 10% ogni anno la quota che lo Stato distribuisce alle regioni come spesa pro-capite.

Un altro dei problemi importanti credo sia la necessità che il Parlamento mandi avanti la riforma dell'assistenza. Molto spesso chi opera nel settore si trova davanti a certe difficoltà: recenti circolari del Ministero della sanità hanno escluso che sul fondo sanitario nazionale possano fare carico determinate spese; per esempio parlo del trasporto delle persone handicappate dalle loro abitazioni ai centri di riabilitazione. Questa è una delle carenze che credo bisogna eliminare, perchè quel cittadino ha bisogno di quel servizio. Se i Comuni non hanno ancora ricevuto i mezzi per poter attuare quei servizi, vista la crisi finanziaria che attraversano, credo che difficilmente potranno farsi carico di nuovi oneri. E allora, se la riforma dell'assistenza tarda a partire, è auspicabile che queste spese debbano essere consentite proprio sul fondo sanitario, per evitare a quel cittadino di dover fare una pratica per avere la possibilità di trasporto e un'altra pratica per avere l'assistenza. Credo che queste siano piccole cose che toccano direttamente centinaia e centinaia di utenti.

TARQUINI: Io ricordo solo che il tempo a nostra disposizione è molto breve e vorrei invitare i colleghi consiglieri ad essere piuttosto stringati.

TAGLIABUE: La prima questione si riconnette a quello che dicevamo poc'anzi: la programmazione è essenzialmente definizione di obiettivi e valutazione degli scarti tra l'obiettivo e la realtà attuale. Mi ponevo il problema di valutare - la prima parte della risposta era negativa - se voi avete definito questi parametri per singole prestazioni e per singoli grandi gruppi di spesa, onde valutare l'andamento non tanto nel senso finanziario del termine, quanto la rispondenza dei servizi a parametri di efficienza; in tal modo, quindi, avendo posto alcuni obiettivi da raggiungere, può procedersi se questo scarto si potrà ridurre entro un certo numero di anni o meno. Altrimenti non governerete mai la spesa, anche se la spesa è ridotta.

TARQUINI: Io credo che questi dati glieli fornirà l'Assessore stasera.

TAGLIABUE: Secondo : voi avete 4 Unità sanitarie locali senza ospedale: tecnicamente si tratta di distretti impropriamente chiamati U.S.L. Avete in animo di costruire l'ospedale o intendete trasformarle in distretto?

TARQUINI: Ovviamente trasformarle in distretto: costruire l'ospedale assolutamente no.

TAGLIABUE: Lo spero bene; queste U.S.L. non sono propriamente tali, perchè una Unità diventa tale se ha tutti i servizi; se non li ha non è Unità. Dunque, andrebbe riguardata la ripartizione territoriale.

TARQUINI: certamente; infatti la maggioranza di noi pensa che 22 Unità sanitarie locali in Sardegna siano troppe.

SARETTA: Tra le cose che avevo chiesto prima ricordo la guardia medica turistica: quando parlavo di igiene pubblica non intendevo riferirmi al problema in generale, ma mi riferivo a determinate strutture.

TARQUINI: La guardia medica turistica esiste e, per quanto riguarda la sua efficienza, faccio mie le considerazioni che ha fatto il consigliere Anedda. Andrà indubbiamente potenziata.

SARETTA: Io mi riferisco anche al controllo degli inquinamenti e quindi a questo mare che va salvaguardato.

TARQUINI: Questo fa parte ovviamente dei compiti propri della Regione.

SARETTA: Terzo: ho già sentito che non c'è speditezza nei pagamenti. E' un male diffuso, ma questo rende difficile la valutazione della spesa. La domanda è: c'è anche formazione di debito sommerso ulteriore, dopo i provvedimenti che sono stati emanati per eliminare il debito sommerso degli anni scorsi? Siete in condizioni di accertarlo?

TARQUINI: Non abbiamo esperito un'indagine in questo senso a livello di Commissione.

CASALINUOVO: Volevo specificare che tutte le domande che sono state poste fanno riferimento alle leggi regionali. Anche le domande che sembrano avere ad oggetto temi gestionali sono rivolte a sapere se la vostra legislazione regionale, attuativa della riforma del 1978, ha specificamente dettato normative su questi temi e su questi problemi.

Mainardi Fava: Sarei particolarmente interessata a conoscere la realtà del vostro territorio per quanto riguarda alcuni servizi territoriali - se esistono e come funzionano - in relazione soprattutto ai consultori familiari; vorrei anche sapere se e come il piano sanitario regionale, sempre dal punto di vista del territorio, intende impostare tutto il discorso complesso del settore materno-infantile. Occorre anche tener conto del rischio che i nostri consultori - a livello nazionale tale rischio si avverte, per la conoscenza che abbiamo - diventino dei poliambulatori.

Seconda domanda: mi riferisco soprattutto a quanto diceva un consigliere sulla carenza che abbiamo, non essendo stata approvata dal Parlamento la riforma dell'assistenza e tenendo conto anche della mancanza di esperienza dei consorzi socio-sanitari. Ad esempio nella mia Regione, l'Emilia, questa esperienza ha facilitato la successiva riforma, dal punto di vista non soltanto dell'aggregazione e dell'organizzazione dei servizi ma anche dei progetti - obiettivi.

Vorrei inoltre domandare se e come il piano sanitario regionale prevede il trasferimento da parte dei comuni (sempre in attesa di una legislazione nazionale) di competenze alle U.S.L. per quanto riguarda alcuni aspetti della materia assistenziale, per evitare quelle contraddizioni e quei contrasti che avvengono se questo non viene previsto.

MANCHINU: Io brevemente volevo porre una domanda: alla luce del funzionamento delle 22 U.S.L. è ipotizzabile che la Regione possa rivedere l'ambito territoriale delle unità sanitarie locali, riducendole per un miglior funzionamento?

In più, poiché non mi dimentico di essere sardo (non sardista), è stato detto che tutte le regioni sono diverse dalle altre, e questa è una verità. Però io credo che la regione Sardegna sia più diversa dalle altre. L'interven-

to dello Stato dovrà tener conto che questa diversità è dovuta al fatto peculiare che la Sardegna è un'isola, circondata dal mare, che ha problemi certamente diversi da altre regioni; quindi l'intervento dello Stato deve tener conto della diversa collocazione geografica. Qui si è fatto riferimento alla presenza di un centro di cardiocirurgia in Sardegna; come questo credo che debbano essere istituiti anche altri servizi, proprio perchè siamo una regione diversa dalle altre e dobbiamo utilizzare, razionalizzando al massimo, le poche risorse che abbiamo

Non possiamo arrivare a conclusioni generiche circa un uso corretto delle risorse finanziarie senza tener conto che in Sardegna abbiamo sì quattro o cinque TAC, mi pare, ma solo uno funzionante. Questo non mi sembra un modo d'uso appropriato delle poche risorse che la Sardegna ha, anche se per la morfologia della Sardegna, per il sistema viario interno della Sardegna, certe presenze di attrezzature sono necessarie. Che cosa sta facendo la Regione per evitare che la Sardegna possa utilizzare in modo distorto certe risorse che invece devono essere razionalizzate?

CARTA: Voglio sfruttare al massimo il tempo senza dilungarmi. Faccio una premessa perchè altrimenti non si potrebbero comprendere alcune affermazioni. Io sono d'accordo sul fatto che la riforma sanitaria vada portata avanti; però alla domanda che pone la Commissione sulla situazione attuativa rispondo che, perlomeno in Sardegna, quasi bisognerebbe rivalutare le mutue, se dovessimo dare un giudizio globale. Perchè dico questo? Per due ordini di motivi. In primo luogo se il cittadino comune, meno abbiente, si avvicina all'assistenza sanitaria oggi, ha problemi maggiori di quelli che riscontrava in una struttura che era vecchia (quella delle mutue), ma che aveva un grosso vantaggio, quello di essere perlomeno organizzata per settori. Se guardiamo l'ospedalità, in fondo, le mutue la gestivano meglio dell' U.S.L. Il rapporto pubblico-mutua in fondo è rimasto lo stesso rispetto alla U.S.L., solo che prima era settorializzato invece che svolgersi, come ora, all'interno di una struttura periferica. L'assistenza ospedaliera era carente, sotto il regime mutualistico, per alcuni ritardi notevolissimi, soprattutto legati alla fase diagnostica che ricadeva ancora in ospedale; non si può dire tuttavia che tale disfunzione sia stata corretta: anzi, molti ritardi derivano proprio dal fatto che certi servizi non sono stati decentrati ma si sono accorpatisi negli ospedali. Da qui discende, peraltro, anche un aumento della spesa.

L'altro fenomeno è legato, a mio parere, al fatto che la spesa globale relativa alla Sardegna è stata calcolata erroneamente in base alla spesa storica, non tenendo conto di quelle che sarebbero state le necessità connesse proprio al passaggio da un sistema prevalentemente incentrato sull'ospedalità ad un sistema che avrebbe dovuto essere, per lo meno in teoria, decentrato. Si è così ingenerata un'altra discrepanza, soprattutto in rapporto al personale: il costo del personale determinato in base alla spesa storica era nettamente inferiore rispetto alle esigenze poste dalla nuova struttura decentrata, rendendo necessario un ulteriore aumento della spesa non direttamente collegato ad un miglioramento del servizio all'utente. Ecco perchè dico che è superata solo in parte la situazione ereditata dalle mutue ed ecco perchè la diagnostica, soprattutto tenuto conto di quello che è oggi lo stato di attuazione della riforma, viene in parte fatta negli ospedali prima o

indipendentemente dal ricovero e poi ripetuta una volta che il soggetto entra in ospedale. Vorrei soffermarmi sulla domanda che ha fatto l'onorevole Mainardi, relativa al problema dei Consultori. L'esperienza dei Consultori è in Sardegna appena agli inizi: ne sono stati aperti appena una piccola parte.

SARETTA: C'è una legge regionale?

CARTA: I Consultori sono previsti dalla legge istitutiva delle U.S.L.; poi vi è in gestazione la legge sull'assistenza, che dovrebbe provvedere a ricordare i due aspetti, sociale e sanitario. Tuttavia, se la legge sull'assistenza nascerà anche se siano stati apportati dei correttivi alla legge di riforma sanitaria nazionale, non credo che la situazione migliorerà, perchè questo accorpamento può essere realizzato solo tramite alcuni correttivi di natura istituzionale.

Ritengo che le assemblee siano pletoriche, ampie, dequalificate; esse non assolvono alla loro funzione di controllo come dovrebbero e questo fenomeno si verifica analogamente nei Comitati di gestione, nè più nè meno, che sono dequalificati nella gestione e vanno anch'essi riformati. In linea di principio ritengo che occorrerà lasciare la programmazione globale alla U.S.L. ma sicuramente bisognerà scorporare le grosse strutture, che devono avere autonomia gestionale, quale quella che avevano prima; non si tratta di riproporre lo stesso sistema di prima, ma di recuperare almeno quella che era la funzionalità operativa dei grossi complessi.

TAGLIASCHI: L'Autonomia gestionale si può trovare anche senza lo scorporo.

CARTA: Si può trovare, però il discorso è un altro. L'osservazione è giusta, ma non risolve la necessità di superare il sistema di potere della U.S.L., che accentra tutto su di sé.

Se non è previsto dalla legge uno scorporo può avvenire, in teoria, ma non avviene in pratica. Se lo scorporo non è previsto in termini legislativi è inutile dire che la U.S.L. può dare autonomia gestionale.

Io dò un parere prevalentemente tecnico più che politico, credetemi. In questo momento noi diciamo che il discorso dello scorporo non significa nuovamente generare delle baronie o degli enti che a loro volta diventano di per sé stessi centri di potere. Diciamo che, all'interno di questo quadro, si deve trovare un sistema per cui l'entità ospedaliera, soprattutto la multinazionale, quella grossa, dovrebbe perlomeno impegnare gli amministratori a tempo pieno.

I casi sono due: o si verifica il fatto che le strutture non vengono gestite, o che vengono gestite in maniera esclusivamente chiusa e distorta, con tutto quello che ne è derivato e ne sta derivando.

Io credo che anche lo scandalismo oggi sollevato sia in parte non tanto legato alle ruberie (quelle, quando ci sono, devono essere colpite per quello che sono), quanto alla impossibilità materiale di gestire delle grosse strutture secondo criteri di ordinaria amministrazione.

L'altro problema importante, invece, che la Commissione parlamentare dovrebbe porsi, è quello della modifica legislativa della disciplina del personale, soprattutto in ordine alla formazione. Voi sapete che mancano (e non solo per la sanità) le qualifiche, perchè il ministero del lavoro, competente per quello che riguarda in generale la formazione, non ha mai provveduto adeguatamente. Le qualifiche che vengono date consentono sì l'iscrizione nelle liste del collocamento, ma sono titoli e attestati non riconosciuti e non previsti negli organici degli ospedali o delle USL. Quindi il Parlamento dovrebbe definire, per lo meno, la questione delle qualifiche; dovrebbe dare un indirizzo unitario per le qualifiche, che poi rappresentano (voi lo sapete meglio di me) un problema molto serio.

Per quel che riguarda il personale sanitario e parasanitario occorre stabilire in modo preciso quali titoli di stato hanno validità. La regione ha anche legiferato in questo settore, per definire la situazione delle varie scuole-convitto di diversi ordini professionali, (infermiere professionali, tecnici di laboratorio e tecnici di radiologia): in tali scuole si consegue un titolo di Stato e la loro organizzazione viene definita anche dalla legge regionale. Però tutte queste figure professionali devono poi trovare la loro corrispondenza nelle piante organiche perchè altrimenti potrà accadere che sorga la necessità di una nuova figura di operatore, come faceva osservare l'on. Mainardi Fava riferimento all'operatore socio-sanitario (che è un qualcosa che sta a cavallo tra l'operatore sanitario e l'operatore sociale); la struttura sanitaria non potrà dotarsene, qualora non vengano definite in maniera chiara determinate qualifiche o non vengano previste nelle piante organiche.

Su queste materie occorrono leggi di indirizzo generale, per cui la qualifica conseguita qui non può essere diversa da quella che esiste in Lombardia e viceversa; questo è un compito su cui noi richiamiamo l'attenzione del Parlamento, perchè a questo ponga mano per dare risposta a tali esigenze.

L'altro aspetto sul quale si dovrebbe arrivare a definire un fatto legislativo a carattere nazionale riguarda gli eventuali scorpori o le eventuali mo-



difficile all'interno delle U.S.L., che debbono avere un indirizzo unitario. Occorre quindi porre mano ad alcune modifiche sostanziali della 833, lasciandone ferma la filosofia di base (della quale noi condividiamo le premesse), però ponendo mano a correttivi che rendano meglio gestibili determinati settori.

In questo momento io sfido chiunque, nei livelli più bassi, ad avvicinarsi all'assistenza per vedere se trovi peggiorato o migliorato il sistema. Non è un fenomeno sardo; credo sia un fenomeno nazionale, più o meno presente a seconda di quella che era la preesistente situazione. Nel sistema assistenziale previgente l'Emilia Romagna o il Veneto avevano una struttura forse migliore; probabilmente ce l'hanno ancora, ma non grazie alla riforma sanitaria, questo perché quello era lo standard minimo ordinario per tali regioni. Noi siamo gravati da problemi anche territoriali.

In riferimento alla domanda che avete posto circa i presidi multizonali, voi sapete che essi hanno una funzione dove ci sono grossi agglomerati industriali (basta pensare alla medicina del lavoro); da noi sono previste nel piano sanitario regionale ipotesi di questo tipo, ma in fondo non dovrebbero esistere, se la riforma sanitaria dovesse camminare, perché il presidio di base o il filtro dell'igiene pubblica e della sanità pubblica, indipendentemente dalla concentrazione, dovrebbe essere dislocato in tutto il territorio. La particolare difficoltà nostra è che ne abbiamo solo alcuni perché gli agglomerati industriali sono uno o due. E' improbabile che possano verificarsi spostamenti di popolazione o nuove concentrazioni, siano esse di natura industriale o di natura demografica.

(che poi rispetto al problema sanità comportano la necessità di un filtro della stessa natura con altre caratteristiche). Questa previsione ci pone nella condizione di avere una certa elasticità in questo tipo di organizzazione, considerata la configurazione estensiva che abbiamo e la difficoltà ad avere concentrazioni di questa natura.

COSSU: Poiché non si sta raccogliendo, mi pare, un giudizio complessivo da parte della Commissione, ma il parere dei singoli gruppi, anche il nostro, come gruppo socialista, sarà un parere di parte, di cui ci assumiamo la responsabilità. Ora, in questa materia, accomunare il giudizio della persona della strada ed il giudizio del politico, del tecnico che si occupa di sanità, mi pare un errore in cui non dovremmo cadere, anche se viene spesso fatto. L'on. Tagliabue poneva una domanda molto precisa che ha bisogno di una risposta: quale è il giudizio della gente in Sardegna sulla riforma sanitaria?

Abbiamo necessità forse di dividere questo giudizio per capirci meglio e comprenderci meglio; se si chiede oggi ad un cittadino sardo un giudizio sulla riforma, esso avrà riguardo più che altro alla indisponibilità del medico di base a recarsi a compiere una visita domiciliare, come avveniva una volta e non invece entro le 48 ore o le 24 ore come avviene oggi. Avrà riguardo alla disponibilità del medico di fiducia di una volta, che andava in certi casi a far visita anche il sabato e la domenica, mentre oggi si è costretti a rivolgersi al medico di guardia. Il giudizio quindi è un pò falsato.

LUSSIGNOLI: Mi permetta di fare una precisazione sull'osservazione da lei sollevata, perché questo è un giudizio critico che non appartiene solo alla Sardegna; per obiettività, e non per fare polemica, vorrei ricordare ai consiglieri regionali e a chi solleva questa osservazione che questa non è stata una de-

cisione né del Parlamento né del Governo. Io ho partecipato alle trattative per la prima convenzione unica nazionale ed il sindacato dei medici mutualistici (la federazione nazionale medici mutualistici), in quella sede ha posto come condizione per iniziare la trattativa una questione che è diventata poi di principio, cioè che il riposto festivo e notturno venisse considerato alla stregua di tutti gli altri lavoratori e cittadini della Repubblica e pertanto ha chiesto, per posizione sindacale, l'istituzione del medico di guardia.

COSSU: E' un dato positivo, quando il medico di guardia è una persona capace; non prendiamolo come fatto negativo in sé per sé. Diverso mi pare invece il giudizio che esprimiamo noi che siamo forse più attenti alla problematica. Come si è modificato il sistema sanitario in Sardegna, con l'attuazione della riforma sanitaria, rispetto al passato? Io non credo che si possano rimpiangere le mutue, o dire che prima, in realtà, si stava meglio di oggi.

Noi d'altronde siamo stati forse l'ultima o la penultima regione a dar vita alle unità sanitarie locali; soltanto nel 1981 è decollata in Sardegna la riforma sanitaria. Si può dire che nel corso di questi quattro anni, nel momento attuativo della riforma, forse abbiamo recuperato quel ritardo che ci aveva caratterizzato precedentemente, ponendoci oggi, con l'approvazione del piano sanitario, soprattutto rispetto alle altre regioni meridionali, in condizioni ottimali per un decollo della riforma stessa. E' chiaro che c'è una riflessione in atto da parte di tutti noi, riguardante i limiti che la legge istitutiva della riforma sanitaria presenta in Sardegna, alla luce dell'esperienza.

Quali sono i limiti? Alcuni sono stati citati, e mi sembra opportuno ribadirli: sono limiti di carattere istituzionale. Noi abbiamo in realtà ripreso quella che era, nel momento in cui si andavano a formare le norme legislative, l'esperienza di altre regioni, andando ad istituire, in un territorio con una popolazione di un milione e mezzo di abitanti, ben 22 USL. E' chiaro: ciò è avvenuto per spinte corporative e per condizioni geografiche particolari di cui ha parlato il Presidente. Tenete conto che ci sono paesi che in linea d'aria distano 50 chilometri, però per raggiungere Lanusei da un certo posto del nuorese stesso si impiega un'ora e mezza; quindi è più vicino l'ospedale di Cagliari che non quello di Lanusei. Sono poi intervenuti altri fattori che ci hanno costretto a delimitare il nostro territorio in 22 UU.SS.LL.. Ci siamo resi conto della enormità del problema.

Ci è stato chiesto da parte dei commissari qual è il nostro intendimento per il futuro: io dico qual è il nostro intendimento come gruppo socialista, ma mi pare che sia suffragato da altre prese di posizione dei partiti che attualmente formano la maggioranza. Noi stiamo andando a rivedere in primis tutto l'assetto di carattere istituzionale della Sardegna, e non soltanto per quanto concerne le Unità sanitarie locali. Attendevamo la legge di riforma degli enti locali in discussione alle Camere; pare che non sia stata approvata. Doveva essere operante per le elezioni del 1985 ma non ce l'abbiamo fatta. Ciononostante le forze politiche sarde, in virtù della specialità della nostra normativa statutaria, richiederanno al Governo e al Parlamento la modifica di questi assetti. Noi possiamo prevedere sin d'ora l'istituzione di 7 enti intermedi (non più

quindi 4) cui ricordare in definitiva le Unità sanitarie locali, che dovrebbero quindi ridursi di fatto a questo numero; può darsi che ce ne sarà qualcuna in più o qualcuna in meno, ma senz'altro da questa base partiremo, e così per i distretti scolastici ecc.. Questa è già una risposta che noi diamo, anche perchè effettivamente non ha senso in Sardegna la presenza di 22 Unità sanitarie locali, alcune delle quali - come è stato sottolineato - senza servizi indispensabili con conseguente dispersione di energie e, dire, anche di risorse finanziarie.

A mio avviso invece occorre intervenire - e il collega Dadea ha sollevato questo problema - per restituire la USL al suo compito istituzionale di struttura operativa dell'ente locale. Questo è il problema grosso che abbiamo, perchè da quando sono state istituite le UU.SS.LL. in Sardegna il rapporto tra USL ed ente locale non è mai esistito.

Abbiamo una normativa da superare relativamente alla composizione del comitato di gestione del 40 per cento di tecnici presi dall'esterno e non invece eletti tra i componenti dell'assemblea. A noi pare opportuno superare questa normativa, in quanto (soprattutto in alcune zone della Sardegna) è difficile trovare manager o tecnici che si occupino in termini manageriali del problema sanitario.

L'altro problema grosso che abbiamo e che non siamo riusciti completamente a superare è questo: la riforma andava verso la partecipazione della gente, andava verso la base; l'ospedale non veniva visto più come il fulcro del sistema sanitario. Oggi possiamo dire che questo limite non è stato superato. Lo ospedale, soprattutto nelle grandi Unità sanitarie locali, è ancora il fulcro del sistema sanitario. Come correggere questo sistema? Attraverso lo scorporo? Diciamo che noi siamo contrari all'autonomia dell'ospedale rispetto agli altri servizi dell'Unità sanitaria locale (lo diciamo apertamente) almeno per quanto concerne la Sardegna. Noi riteniamo che possano esistere, e li abbiamo, strumenti di carattere legislativo per risolvere tale problema; quindi sono carenze nostre e non dello Stato. Abbiamo strumenti legislativi che possono dare autonomia di carattere organizzativo e di coordinamento agli ospedali o ai servizi che comportano un certo dispendio di energie di carattere gestionale. E questa è la applicazione dell'articolo 28 della legge regionale che parla della direzione tecnica dei servizi da parte dei funzionari tecnici dell'ospedale. E' chiaro che nel momento in cui lasciamo al comitato di gestione la gestione del personale (quindi tutti i trasferimenti, l'organizzazione e così via), e insieme gli acquisti, gli appalti e via dicendo, attribuiamo funzioni ad alto rischio clientelare: l'attenzione del comitato di gestione viene così indirizzata più verso questi aspetti che non verso servizi quali la prevenzione e l'educazione sanitaria.

In sostanza credo che, al di là dei giudizi negativi che sono stati espressi, si possa dire che, fino a questo momento, in Sardegna il sistema sanitario non ha peggiorato la situazione, anzi il decentramento dei servizi di fatto c'è stato; non dimentichiamo che il cittadino spesso faceva 80 - 90 chilometri per richiedere un'autorizzazione. In termini di qualità direi che è rimasto forse come era, ma non dimentichiamo, caro Anedda, che l'ospedale di Cagliari è entrato in funzione uno o due anni fa. Chi è entrato cinque o dieci anni fa all'ospedale civile di Cagliari, il S. Giovanni di Dio, forse ha trovato cose peggiori di quante non ce ne siano oggi, tenuto conto del sovraffollamento che in quel momento esisteva e che oggi non esiste. Non parliamo quindi solo in termini negativi.

Io credo che con due accorgimenti (quello del Comune che diventa titolare ex novo della programmazione e del controllo della sanità e quello dell'attuazione piena delle norme contenute nella legge istitutiva) alcune carenze che oggi lamentiamo possono essere sanate. E' chiaro che c'è il problema dei rapporti tra Regione e Stato in materia finanziaria ma su questo sono state espresse dagli altri componenti le loro osservazioni: siamo penalizzati rispetto soprattutto alle regioni del Nord. Su questo problema credo che vada sviluppata, soprattutto da parte della Commissione del Consiglio, una azione incisiva nei confronti del Parlamento e del Governo.

TARQUINI: Mi corre l'obbligo di fare una precisazione. Come ha sottolineato il consigliere Cossu, poi si parla indubbiamente come componenti la Commissione igiene e sanità, ma si parla anche, in un certo senso, a titolo personale. Questo mi porta a dire che abbiamo preso in esame la possibilità di riunirci preliminarmente per concordare una promanazione unitaria alle risposte che ci avete fornito, ma ci si sono opposti due fattori: il primo, che la comunicazione ci è arrivata piuttosto tardi, e sarebbe stato impossibile concordare risposte unitarie; in secondo luogo mi pare che così sia tutto più vivace e veritiero. Come è composta la vostra Commissione, altrettanto lo è la nostra.

Per l'ultimo intervento dò la parola al collega Planetta.

PLANETTA: Tra le altre è stata posta una domanda anche sulla spesa per i farmaci. Già nell'81 la quota era abbastanza elevata rispetto al beneficio che ne hanno avuto i cittadini. Le cause sono diverse: il ritardo nel predisporre le iniziative di medicina preventiva, quindi il ricorso eccessivo alle predisposizioni tradizionali della medicina diagnostica-terapeutica; poi la mancanza di iniziative di educazione sanitaria rivolte agli utenti ed agli operatori; infine la mancanza di predisposizione degli strumenti di contenimento del consumo (tra i quali quelli che il piano sta cercando di istituire, come il prontuario terapeutico ospedaliero regionale).

Il piano sanitario regionale si propone di intervenire nel settore al fine di raggiungere determinati obiettivi, in particolare: l'emanazione di norme per l'organizzazione del servizio farmaceutico e per l'assistenza farmaceutica da parte delle Unità sanitarie locali; l'attivazione di iniziative di educazione sanitaria nei confronti dei cittadini e ancora la predisposizione di iniziative volte a qualificare l'uso di farmaci da parte degli operatori sanitari.

Dicevo poc'anzi della istituzione del prontuario terapeutico ospedaliero regionale; esso verrà realizzato mediante il lavoro di un'apposita commissione di esperti, dovendo essere uno strumento naturalmente coerente con gli orientamenti del prontuario terapeutico nazionale. Si provvederà poi alla istituzione di un centro di documentazione sull'uso dei farmaci, assumendo un progetto che noi abbiamo già esaminato, predisposto dagli Istituti di farmacologia delle Università di Cagliari e di Sassari.

Relazione dell'assessore regionale alla Sanità

L'assessore regionale alla sanità, professor Mastro paolo, consegna alla delegazione parlamentare copia di una relazione sullo stato delle risorse assegnate alla Sardegna per il finanziamento del Servizio sanitario, riportata più a vanti, insieme a una serie di tabelle sulle unità sanitarie locali, sui presidi convenzionati e sui centri di assistenza medico-sociale per i tossicodipendenti. Ricorda inoltre le principali tappe dell'attività svolta: l'approvazione del piano sanitario regionale e di altre leggi di attuazione della legge 833; l'apprestamento di impianti di dialisi per nefropatici; il varo di una proposta di legge, che si ritiene di prossima approvazione, per attribuire all'assessorato alla sanità la gestione del personale sanitario e dei relativi corsi, scorporandolo dall'assessorato al personale, che loge stisce attualmente; ed infine l'apprestamento di un piano di educazione sanitaria per favorire i trapianti di organo.

Tra gli aspetti qualificanti del piano sanitario regionale cita la trasformazione di alcuni ospedali in poliambulatori con la soppressione dei relativi posti letto.

STATO DELLE RISORSE ASSEGNATE ALLA SARDEGNA PER IL FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO.

1 - Il finanziamento della spesa di parte corrente.

E' dal 1975, - data di istituzione del F.N.A.O. (Fondo Nazionale per l'Assistenza Ospedaliera), sostituito dal 1979 con il F.S.N. (Fondo Sanitario Nazionale) con l'entrata in vigore della Legge n. 833/78 - che la Regione Sardegna attende invano l'attribuzione di un parametro di riparto che consenta un concreto avanzamento nell'irreversibile processo di riequilibrio nella distribuzione tra le Regioni delle risorse annualmente assegnate dallo Stato al predetto Fondo.

Ogni qual volta si é dato inizio alla graduale (nove anni, poi ridotti a sei nella Bozza di Piano Sanitario Nazionale 1980/1982) applicazione del principio di riequilibrio é sempre sopravvenuta una qualche mutazione normativa o sulle intese che non solo ha sospeso la pianificata gradualità ma ha azzerato i lievi spostamenti incrementali (per chi come la Sardegna, risultava sotto media) conseguiti, facendo così riprecipitare il parametro percentuale di riparto al compreso valore risultante dalla "spesa storica".

Ma se uno dei principi fondamentali affermati dalla Legge di riforma é quello dell'equilibrio territoriale delle realtà sanitarie, appare quantomeno affossante misurare la distribuzione delle risorse su un valore - qual é il parametro ancorato alla "spesa storica" - che rispecchia fedelmente i diversificati livelli di spesa a suo tempo raggiunti e sinora mantenuti dalle singole Regioni.

La tabella A espone, in termini aggiornati 1984, la distribuzione della spesa sanitaria di parte corrente come registrata nel corso del 1984 sul territorio regionale.

2 - Il finanziamento della spesa per investimenti.

Strettamente correlato, al riguardo, risulta il richiamo ai criteri di riparto, sempre tra le Regioni, dell'altra quota in cui si biparte il Fondo, quella destinata al finanziamento delle spese in c/ capitale o investimenti.

Essa dovrebbe costituire, se correttamente utilizzata, uno dei principali strumenti operativi con i quali dare attuazione al principio stabilito dalla Legge n. 833/78 sul riequilibrio delle strutture e delle prestazioni sanitarie sul territorio nazionale.

In questi anni tale obiettivo, in luogo di essere conseguito, si é ulteriormente allontanato in quanto le risorse a tal fine destinate risultano ripartite con logica distorta, attribuendo le stesse in misura direttamente proporzionale al patrimonio strutturale esistente.

Anche l'ultimo riparto operato dal CIPE per il triennio 1984/86 (delibera del 3.8.1984 pubblicata nella G.U. n. 322 del 22.11.1984) segue questo indirizzo irrazionale giacché registra per la Sardegna un'assegnazione complessiva di gran lunga inferiore a quella riservata alle Regioni maggiormente dotate di strutture sanitarie (Veneto, Liguria, Marche, Emilia Romagna, Toscana, ecc.) per le quali il problema del riequilibrio territoriale si pone in termini ribaltati, essendo previsto un rientro in termini di parametro e giammai un'espansione.

### 3 - Effetti di pregiudizio.

E' con profonda amarezza che si deve constatare come la politica di rigoroso contenimento della spesa sanitaria attuata nel territorio sardo in questi ultimi dieci anni - anche in relazione alle note carenze ed incertezze sull'entità delle risorse disponibili all'inizio di ciascun anno - si sia tradotta in un danno sociale, anche in termini di occupazione oltreché di offerta di servizio, non avendo consentito alle strutture esistenti di esprimere in pieno la loro capacità operativa ed avendo mortificato sul nascere la gran parte degli interventi programmati in materia di potenziamento della rete di presidi sanitari.

In termini di analisi economico-finanziaria gli effetti di pregiudizio derivanti da queste inique metodologie di riparto trovano la loro conferma nella stretta correlazione che si crea tra entità di finanziamento e limitazioni di spesa: é indubbio, infatti, che il riferimento alla "spesa storica", assunto per il riparto delle risorse, produce effetti anomali che si perpetuano nel lungo periodo, considerato che qualsiasi ulteriore o nuovo apporto di risorse aggiuntive risulta influenzato dall'entità dei mezzi originariamente assegnati, i quali, a loro volta, condizionano i livelli quali-quantitativi della spesa.

Una particolare evidenza di questi effetti viene proposta nell'allegata tabella B che riproduce, per il triennio 1982/84, una costante compressione della spesa sanitaria pro-capite registrata a livello regionale rispetto allo stesso valore a livello nazionale.

### 4 - Criteria di riparto per il 1985

Per le considerazioni sin qui svolte é indubitabile che quanto più rapido risulterà il processo di allineamento all'obiettivo capitaro del parametro di riparto assegnato alla Sardegna, tanto maggiore dovrebbe risultare il margine di risorse aggiuntive da destinare, nell'ambito regionale, ad interventi di riequilibrio delle prestazioni.



Ma perché si verifichi questa auspicata circostanza occorre che siano rispettate, a livello centrale, due condizioni essenziali:

- a) congruità dello stanziamento assegnato al F.S.N. per il 1985;
- b) obiettività nell'applicazione dei criteri previsti per il riparto del F.S.N. 1985 tra le Regioni.

E' evidente che le due sopracitate condizioni debbano convivere in quanto, così come la mancata assegnazione di un'entità congrua del F.S.N. 1985 tende a vanificare qualsiasi effetto positivo eventualmente realizzabile con la applicazione di criteri di riparto obiettivi, di converso porta a risultati iniqui il riparto di una dotazione congrua del F.S.N. 1985 se effettuato con criteri affatto obiettivi.

Già sul primo aspetto può affermarsi come lo stanziamento di lire 39.200 miliardi assegnato al F.S.N. 1985 (parte corrente) dalla Legge Finanziaria 1985 appaia sottostimato e risulti inferiore di 2000/2300 miliardi rispetto alle esigenze di finanziamento.

Questa diversa valutazione, già segnalata dalle Regioni in diversi documenti e circostanze, è strettamente correlata alla stima della spesa sanitaria 1984 che, per quanto già esposto in precedenza, viene ritenuta di entità maggiore rispetto a quella ottenibile con l'equazione ex D.L. 528/84 e cioè:

- spesa 1984 = spesa 1983 + 10%.

In ordine, invece, alle varie specificazioni in cui si prevede di articolare il F.S.N. ed ai criteri particolari indicati dalla Legge Finanziaria 1985 per il loro riparto tra le Regioni si ritiene di poter esprimere nel complesso un giudizio positivo, in quanto una corretta applicazione degli stessi - effetti di congruità a parte - dovrebbe in ogni caso consentire alla Sardegna di reperire all'interno della quota spettante quei margini di disponibilità per nuovi impieghi (attivazione di nuovi servizi, potenziamento di quelli esistenti, completamento assunzioni in ambito piante organiche, ecc.).

#### 5 - La proposta di riparto presentata al CIPE dal Ministero della Sanità.

All'atto della presentazione al Consiglio Sanitario Nazionale, per il previsto parere, della bozza di proposta elaborata dal Ministero della Sanità diverse Regioni hanno rilevato come l'applicazione puntuale del criterio capitaro, anche se corretto dalla mobilità ospedaliera, comportava per loro (che sinora si erano avvantaggiate del parametro a base "storica") un drastico ridimensionamento delle risorse, anche al di sotto dei livelli di spesa raggiunti nel corso del 1983.

Lo stesso Consiglio, dopo ampio dibattito ma non verificata quantificazione degli effetti, ha ritenuto che si dovesse procedere con gradualità nell'applicazione del criterio relativo all'assistenza ospedaliera ed ha suggerito che alla sua corretta attuazione si pervenisse nell'arco di un triennio (1985/1987).

Ciò ha comportato, in termini concreti, un ridimensionamento delle originarie assegnazioni proposte per le Regioni "favorite" dal parametro capitaro e la Regione Sardegna è passata da un affidamento di lire 1.055 miliardi (pari al 2,763% di parametro) a lire 1.023 miliardi (2,679%).

Quest'ultimo valore, benché inferiore a quello inizialmente prospettato, rappresenta comunque un primo passo avanti verso l'abbandono di quelle posizioni di mortificazione finanziaria alle quali sinora era stata relegata la Sardegna dall'applicazione dell'iniquo criterio di riparto correlato alla "spesa storica".

Ma perché questo obiettivo - che risulta conseguito nonostante una forzata rinuncia, in termini reali, ad una parte delle risorse ottenibili da una rigorosa applicazione dei criteri di riparto previsti dalla Legge Finanziaria 1985 - possa consentire l'impostazione di una programmata politica di qualificazione degli impieghi di spesa occorre acquisire garanzie ed un impegno politico perché:

- 1) lo stanziamento di lire 39.200 miliardi attualmente previsto per il F.S.N. 1985 venga opportunamente adeguato in relazione alla effettiva consistenza della spesa sanitaria come risultante a consuntivo 1984;
- 2) l'eventuale quota di integrazione del F.S.N. 1985 venga prioritariamente utilizzata per riassegnare alla Regione l'ammontare di risorse che con il riparto proposto le viene sottratto a titolo di "compensazione progressiva";
- 3) il processo di graduale assorbimento delle differenze di finanziamento rispetto ai valori 1983 sia irreversibile, cioè venga proseguito nel 1986 e completato nel 1987, nel pieno rispetto dei tempi programmati;
- 4) la ripartizione dei vari FONdi ancora accantonati (FONdi di sviluppo, FONdi per attività a destinazione vincolata, FONdi in c/capitale, ecc.) deve tendere a costituire, presso le Regioni sottodotate come capacità di prestazioni sanitarie, congrui margini di disponibilità che consentano non solo l'impianto (investimenti) ma anche il funzionamento (parte corrente) di nuovi servizi nel territorio.

Incontro con i presidenti delle Unità sanitarie locali

Dopo brevi interventi introduttivi del presidente Casalnuovo e dell'assessore Mastropaolo, hanno la parola i presidenti delle unità sanitarie locali. Il presidente Lecca della usl 21 di Cagliari, esprime forte preoccupazione per la situazione di frontiera in cui operano gli amministratori delle unità sanitarie locali: in Sardegna, dove non è prevista incompatibilità, il 95% sono consiglieri comunali o circoscrizionali, e perciò si può ritenere che la maggior parte di loro non continuerà ad occuparsi di sanità. Osserva poi che la riforma nell'isola è partita in ritardo, e che subito dopo è intervenuto il blocco degli organici, che ha comportato difficoltà gravissime. Sotto il profilo istituzionale, ritiene necessario modificare il regime giuridico delle usl, che devono comunque rimanere organismi dei comuni. In particolare va rivista la composizione delle assemblee, che probabilmente non sono necessarie: egli ricorda la propria esperienza, in cui si deve attendere anche tre ore telefonando agli amici per avere il numero legale in modo da poter approvare il bilancio. I membri del comitato di gestione devono essere tecnicamente competenti. Non è pensabile scorporare gli ospedali, perché diversamente non possono essere coordinate prevenzione, cura e riabilitazione. Infine ritiene che non si debbano attribuire le stesse competenze a tutte le usl (per esempio a quelle che non hanno ospedali).

Il vicepresidente della usl n. 7 di Nuoro osserva che si tratta di una usl con 97.000 abitanti dispersi su un territorio enorme. Da ciò derivano grandi difficoltà, sia per quanto riguarda la mobilità del personale, sia per lo svolgimento della funzione di filtro nei confronti dell'ospedale (e del conseguente contenimento della spesa ospeda

liera). Egli tocca poi i seguenti problemi: mancato coordinamento tra la legge ospedaliera e la legge 833 del 1978; sbalzi difficilmente comprensibili nella spesa ospedaliera pro capite nei diversi comuni della usl (73.000 lire pro capite a Orgosolo, 110.000 lire pro capite a Bitti); necessità di ridurre la spesa per il convenzionamento esterno, potenziando le strutture pubbliche (a questo riguardo ritiene soddisfacente il risultato raggiunto nella propria usl, in cui la spesa per il convenzionamento esterno è passata da 2 miliardi e 51 milioni del 1982 a 1 miliardo e 60 milioni nel 1983 e a 945 milioni nel 1984; la necessità di un meccanismo istituzionale che consenta il formarsi di una maggioranza omogenea all'interno del comitato di gestione; lo aggiornamento professionale, che rischia di essere fatto solo dalle case farmaceutiche; il rapporto e il raccordo fra la spesa sociale e la spesa sanitaria, specialmente per quanto riguarda l'assistenza agli handicappati e agli anziani.

Il presidente della usl n. 14 di Ales ricorda che la propria usl ha solo 22.000 abitanti e nessun ospedale. Essa nacque tre anni fa senza strutture, con una assemblea di 77 componenti e un comitato di gestione di 7 membri, rappresentanti di 4 forze politiche. Oggi la usl ha tre distretti dotati di consultori, una sola convenzione con una struttura privato per la fisioterapia, un centro di salute mentale (un aiuto, un assistente, tre infermieri professionali, un assistente sociale a 36 ore, uno psicologo a 30 ore, un inserviente). La carenza principale è costituita dal personale medico: ci sono 13 medici in pianta organica, fra cui 9 ex condotti, che costituiscono un grosso problema perché non è ancora possibile impiegarli adeguatamente, come sarebbe necessario per affrontare il problema della prevenzione. Lamenta l'insufficienza dei fondi per investimenti, che non sono tali da consentire di far fronte alla concorrenza privata; e gli attuali meccanismi di controllo, che

costituiscono un vero ostacolo all'efficienza.

Il sig. Guida (USL 20 di Cagliari) osserva ~~che~~<sup>come</sup> nel quadro della urgente revisione della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale debba riservarsi una particolare attenzione alle indicazioni che consigliano di modificare la struttura attuale delle unità sanitarie locali e dei loro organi.

In questa direzione, corretta l'odierna pletoricità della composizione degli organi, si dovrà disegnare diversamente la trama delle competenze, dando al Presidente del "nuovo comitato di gestione" la disponibilità piena del ruolo, fino alla possibile emanazione di deleghe per singoli problemi.

Occorre poi rivedere le forme del reclutamento, nelle procedure come nel merito degli accertamenti della professionalità; un passo, questo, da ritenersi vincolante per la giusta ed auspicabile separazione tra i ruoli politici e quelli tecnici.

Infine, passando in estrema sintesi, ad un giudizio complessivo sul SSN, ritiene di dover proporre la riflessione secondo la quale un certo fallimento operativo, che è nei fatti, specie con riferimento alla prevenzione, sia dipeso e dipenda dal mancato affrancamento delle strutture dall'emergenza della quotidianità, ciò che ha impedito di progettare e programmare.

Il sig. Sciarra (USL 1 di Sassari) osserva come in Sardegna si sia determinata una situazione di polarizzazione dell'intervento sanitario presso le strutture principali di Cagliari e di Sassari. Questo vale per i presidi per gli handicappati così come per i ricoveri ospedalieri.

Da tale stato di cose sono scaturiti effetti diseconomici per lo intero assetto sanitario regionale. A ciò si aggiunga che l'andamento delle prestazioni e dei costi non è stato sottoposto ad alcuna verifica sul campo, né a ciò si è potuto avviare in sede di controllo, a causa della intrinseca contraddittorietà del sistema. Conseguenza ovvia la mancata conoscenza dei fenomeni reali e le scadenti opportunità di previsionalità. Di qui, anche, la confusione dei ruoli tra amministratori ed amministrativi, in un continuo rimpallo di responsabilità incapaci di trovare una paternità.

Sul punto specifico del rapporto tra Unità sanitarie locali ed ospedali si pronuncia contro eventuali scelte di autonomia di questi ultimi dalle prime.

Il sig. Raguèdda (USL 4 di Olbia) lamenta, in primo luogo, l'assenza del tanto auspicato Piano sanitario nazionale. Se, poi, si aggiunge il blocco delle piante organiche, e per la città di Olbia, la forte incidenza della stagionalità delle presenze, ne deriva un desolante panorama per l'oggi ed una preoccupante prospettiva per il domani. Verso quest'ultimo ci si potrà spingere lungo le linee di una concezione

aziendalistica dei servizi sanitari avendo, però, alle spalle, la certezza del finanziamento della spesa.

Si riserva di inviare alla Commissione una specifica relazione scritta.

Il sig. Banci (USL 16 di Iglesias) si interroga sul significato dell'appello all'aziendalismo. Se non verrà proposto un riassetto dei flussi finanziari che corregga l'inadeguatezza di certi stanziamenti (di ciò molto soffre la Sardegna che parte da livelli di servizio più bassi), se non sarà precisato il quadro delle competenze e delle responsabilità a nulla potrà valere questo coro a favore dell'"azienda sanità"

Il sig. Fumeda (USL 7 di Nuoro) ad integrazione del suo intervento sottolinea l'esigenza che sia varato uno statuto dell'amministratore di USL ed insieme segnala la complementarietà delle riforme delle USL rispetto a quella delle autonomie locali.

Incontro con i rappresentanti degli ordini dei medici e dei sindacati

Alle ore 19, mentre è ancora in corso la riunione con i rappresentanti delle usl (dopo l'intervento del presidente della usl di Ales) la delegazione parlamentare si divide in due tronconi per consentire di ascoltare gli interventi degli altri presidenti di usl e, allo stesso tempo, di incontrare i rappresentanti degli ordini dei medici e dei sindacati medici. A questo secondo incontro partecipano il vicepresidente Tagliabue, che lo presiede, e i deputati Rubino e Manchinu.

Il presidente della federazione regionale degli ordini dei medici, Mulas, svolge il seguente intervento, di cui consegna il testo scritto.

La Federazione Regionale degli Ordini dei Medici della Sardegna ritiene che l'indagine conoscitiva promossa dalla Commissione Igiene e Sanità della Camera dei Deputati rappresenti uno strumento idoneo per una giusta riflessione sull'attuale situazione sanitaria scaturita dalla parziale applicazione della legge 833/78 e sui motivi che hanno ostacolato la pratica attuazione del Servizio Sanitario Nazionale, determinando sia una dequalificazione dell'assistenza, sia una demotivazione degli operatori sanitari, sia sempre più frequenti fenomeni di malcostume, clientelismo, sprechi assurdi. Secondo questa Federazione Regionale degli Ordini dei Medici, la politica delle " misure urgenti " e delle restrizioni regolarmente imposte ogni anno con la legge finanziaria, per il contenimento della spesa e del deficit pubblico, ha accentuato ed acuisce le difficoltà, senza risolvere alcun problema, ma anzi aggravando il senso di sfiducia ed il disorientamento degli operatori e dei cittadini stessi.

E' ormai di dominio pubblico che la sanità italiana sia gravemente malata, che il SSN non funzioni, che le USL siano la causa principale di tutte le disfunzioni, da tutte le parti, da tempo ed ogni giorno di più, si leva l'esigenza di riordinare, di correggere, di integrare la legge istitutiva del SSN, di dare un nuovo assetto giuridico ed amministrativo alle USL stesse, di dare spazio alle competenze ed alla professionalità, di spolticizzare le strutture tecniche, di istituire i servizi in funzione di quella prevenzione che doveva e deve essere sostanza della riforma sanitaria.

Parimenti noto è che lo stato attuale di disfunzione è legato anche alle omissioni sia del Governo, sia delle Regioni, sia al brusco impatto con le realtà periferiche dove per anni non si è ritenuto opportuno di effettuare alcuna verifica. L'attuazione del SSN nelle varie regioni d'Italia è quanto mai difforme. Qualunque sia lo stato di attuazione dei servizi che potrà essere constatato, esso sarà stato fortemente condizionato dallo stato di inefficienza e dalle enormi disfunzioni esistenti a tutti i livelli e soprattutto a livello delle USL.

A noi sembra invece che a monte di tutto ci debba essere la necessità di portare con urgenza quei correttivi e quelle integrazioni alla Legge 833 che si rendono necessarie e da tutti ormai auspiccate; è tempo che si realizzino certi adempimenti prioritari (piano sanitario nazionale, piani sanitari regionali, definizione certa del fondo sanitario nazionale, redistribuzione del fondo precisa e tempestiva per eliminare il divario esistente fra le varie regioni utilizzando criteri inversi agli attuali, presenza della componente medica nel consiglio sanitario nazionale ecc.) e che si varino le modifiche di legge idonee a rendere efficienti le strutture organizzative del SSN e delle USL.

La principale causa delle grandi disfunzioni che dobbiamo quotidianamente osservare è infatti da ricercare nella deficienza organizzativa e funzionale delle USL, ormai universalmente riconosciuta.

Quindi prima di tutto è necessario procedere ad una ristrutturazione organizzativa delle USL senza la quale il SSN rimarrà nell'attuale precaria situazione e l'organizzazione dei servizi rimarrà deficitaria è tutt'altro che organica e funzionale.



Perciò anzichè entrare nei dettagli dello stato dell'organizzazione dei servizi nella nostra Regione, sulla quale del resto interverranno alcuni colleghi dei settori più direttamente interessati, riteniamo opportuno esprimere alcune considerazioni ed alcune opinioni in merito alla necessità ormai indilazionabile di provvedere ad una strutturazione diversa delle USL, fondamentale per poter sperare in un servizio sanitario nazionale che raggiunga un minimo di efficacia.

Innanzitutto ci sembra necessario che per legge si definisca un modello organizzativo prefigurato di USL che preveda anche idonei coordinamenti tra le varie USL.

Ciò servirebbe ad eliminare quello stato di difformità amministrativa ed organizzativa che caratterizza le USL di oggi, le quali attraverso comportamenti amministrativi ed erogativi diversi le une dalle altre creano un profondo stato di confusione, di disagio e di malessere negli utenti e negli operatori sanitari e parasanitari che non è più sostenibile.

Riteniamo inoltre che la legge debba prevedere controlli governativi e parlamentari sulle Regioni e controlli delle Regioni sulle USL e che in presenza di manifesta incapacità di funzionamento delle USL si debbano predisporre provvedimenti straordinari sino anche al Commissariamento.

Ci sembra indispensabile inoltre che si definiscano precisi confini tra attribuzioni e responsabilità di pertinenza dei politici e dei tecnici.

Fatte queste premesse ed espressi questi pareri di carattere generale ci permettiamo di rappresentare il nostro punto di vista, una ipotesi riferita ad un eventuale riassetto organizzativo e funzionale dell'USL.

La USL si deve configurare come una grande azienda la quale, per la complessità delle strutture, dei problemi, delle funzioni, dei compiti, necessita di una più agile conduzione manageriale e tecnica di prima qualità, che si avvalga dell'apporto di professionalità e competenze accertate e comprovate, rifuggendo da criteri di lottizzazione politica che sono da ritenersi estremamente deleteri, come l'esperienza purtroppo ci ha insegnato e ci insegna.

Si dovrà cioè superare l'attuale eccessiva politicizzazione del Comitato di Gestione, i cui componenti dovrebbero

essere in possesso di titoli di studio, di requisiti, di esperienze che garantiscano le necessarie indispensabili competenze per dirigere con correttezza, sul piano tecnico ed amministrativo l'USL.

Dovranno inoltre essere istituzionalizzati comitati tecnici di consultazione presso i vari servizi e presidi, con parere obbligatorio, affinché siano coinvolti i medici che oggi sono esclusi dalla gestione diretta della sanità.

Si dovranno realizzare anche altre cose: riaccentrare qualche funzione nella Regione, risolvere il problema delle USL dei grandi centri urbani e degli ospedali multizonali, riaccorpate le USL in territori più vasti, fare netta distinzione, anche ai fini della spesa, tra attività di carattere sociale e attività di carattere sanitario.

## .STATO ATTUALE DELLA SANITA' IN SARDEGNA

Mi sembra opportuno tracciare ora un breve quadro della situazione sanitaria nella nostra isola.

Naturalmente non posso, innanzitutto, ricordare che nel luglio di due anni fa questa Federazione Regionale ha proclamato, d'intesa con tutte le organizzazioni sindacali mediche, L'EMERGENZA SANITA' SARDEGNA, denunciando la grave situazione in cui si dibatteva e purtroppo tuttora si dibatte la sanità in Sardegna.

Anche in quell'occasione si erano evidenziate le gravi responsabilità politiche e giuridiche delle UU.SS.LL. e della Regione nella gestione della sanità ed i rischi di precipitare nel caos completo o nella paralisi totale. Mi sembra giusto e doveroso consegnare, unitamente ad un DOSSIER SULLA SANITA' IN SARDEGNA, agli On.li Deputati della Commissione Sanità, il documento - denuncia dell'Emergenza Sanità del 1983, evidenziando quel poco che è cambiato in positivo.

Praticamente uno dei punti cruciali, quello del blocco totale delle assunzioni, è stato sbloccato sia dal Governo, sia dalla Corte Costituzionale che ha riconosciuto la piena competenza delle regioni in tema di deroghe alle assunzioni, anche se una recentissima delibera della Giunta Regionale praticamente bloccherà nuovamente anche quelle assunzioni assolutamente necessarie per coprire paurosi vuoti negli organici di molti ospedali, organici che in gran parte risalgono a 20 anni fa e sono di per sé insufficienti. Peraltro la regione non ha dato pratica attuazione anche al disposto dell'art 17 e dell'art.69 del DPR 761/79 che prevede la parità numerica tra aiuti ed assistenti. Norma che è stata recepita ed attuata esclusivamente per il nuovo Ospedale di San Michele della USL 21 di Cagliari.

Tra le cose realizzate va ascritta la pubblicazione dei ruoli nominativi regionali, la revisione dei punti di Guardia Medica, e nient'altro. Un po' troppo poco a nostro avviso.

Tanto breve l'elenco delle cose realizzate, tanto lungo quello delle "INCOMPIUTE DELLA RIFORMA" e delle attese deluse della categoria e di tutta l'utenza sanitaria sarda.

Lo stesso Piano Sanitario Regionale, giunto finalmente all'approvazione del Consiglio Regionale dopo anni di aggiustamenti, rinvii, intoppi di vario genere, ed elaborato in assenza di un Piano Sanitario Nazionale, giunge con notevole ritardo e pecca in molti punti, come per altro viene ammesso dallo stesso Assessore alla Sanità. Si tratta in definitiva di un piano superato che può servire unicamente da canovaccio per il prossimo P.S.R. dove dovrà essere data una lettura giusta alle richieste ed esigenze del territorio, non in base all'errata lettura delle prestazioni storiche.

Prioritario ci sembra un intervento volto a modificare in senso inverso il meccanismo che sino ad ora ha consentito alle regioni più ricche di attingere ancora di più al Fondo Sanitario Nazionale per il rinnovo tecnologico annuale degli ospedali. La Sardegna in questo è doppiamente penalizzata a causa di una spesa storica bassa e di un numero di abitanti non elevato in rapporto alla vastità del territorio ed alle condizioni orografiche che impongono particolari dislocazioni per i presidi ospedalieri e per i poliambulatori al fine di garantire un minimo di assistenza sanitaria specialistica sul territorio. Questo ha portato che, a fronte di belle, moderne e funzionali strutture, permangono situazioni che hanno dell'incredibile. Ma, per rendersi conto che purtroppo è la triste realtà in cui operano molti medici sardi, sarebbe sufficiente che gli On.li Deputati, dopo la visita al nuovo Ospedale di S.Michele, si recassero per esempio a controllare lo stato in cui versa il centralissimo Ospedale San Giovanni di Dio che sino a pochi anni fa sopportava l'onere dell'assistenza sanitaria per tutta la provincia unitamente all'Ospedale SS.Trinità e che oggi, pur continuando ad offrire ottimi livelli assistenziali dal punto di vista assistenziale medico, è rimasto, dal punto di vista alberghiero, a livelli assurdi, non degni di un ospedale "civile". Per non essere troppo prolisso, voglio elencare rapidamente gli altri aspetti negativi del Servizio Sanitario nell'isola.

La parziale applicazione dei contratti sia per il comparto della dipendenza sia delle convenzioni è ormai la norma. I medici ospedalieri vengono in gran parte pagati con anticipi sui futuri miglioramenti quando si è praticamente quasi giunti alla scadenza del contratto. E per la parte normativa la situazione non è certo molto più rosea anche per i problemi interpretativi dello stesso contratto che ha portato gruppi di sanitari a ricorrere al T.A.R. per far valere i propri diritti. Ugualmente può dirsi per il comparto del convenzionamento dove

i tempi previsti dalle convenzioni non vengono mai rispettati, così come vengono versati con notevoli ritardi i contributi previdenziali all'ENPAM da parte delle singole UU.SS.LL.

Per restare nell'ambito del comparto ospedaliero, ma con un'applicazione che riguarda praticamente tutta la categoria, è doveroso ricordare il problema del RUOLO MEDICO, di cui si parla da molto tempo, purtroppo invano. La questione del "ruolo" riveste infatti un significato prioritario e fondamentale per una rivalutazione delle funzioni del medico e della sua peculiare professionalità. Elementi costitutivi del "ruolo medico" sono: specifica competenza nel settore, autonomia decisionale, responsabilità del medico. Il tutto può compendiarsi nel termine "PROFESSIONALITA' MEDICA", componente necessaria ed insostituibile nella gestione del S.S.N.

Altro settore carente è quello dell'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE. Per garantire la qualità del servizio è necessario che i medici si impegnino in un processo di formazione professionale permanente, secondo precisi doveri deontologici e secondo anche quanto previsto dalla 833, dalla 761 e dagli accordi collettivi e dai contratti di lavoro. In Sardegna i medici sono penalizzati anche in questo a causa della insularità che dilata enormemente i costi per la partecipazione a congressi e corsi di aggiornamento mentre l'istituto del comando, che nell'isola dovrebbe trovare un'applicazione estensiva proprio per le ragioni appena espresse, è diventato invece un privilegio di pochi.

La situazione di precarietà di numerosissimi medici a causa dei persistenti rinvii della legge di sanatoria crea disagio e problemi organizzativi.

Altro motivo di malcontento e insicurezza per i medici ospedalieri è rappresentato dal progetto di legge De Michelis che minaccia di inglobare la Cassa Pensioni Sanitari per coprire in parte il disavanzo INPS. Per la peculiare professionalità del medico ci sembra opportuno ribadire la necessità che permanga l'autonomia previdenziale dei medici ospedalieri.

Mentre si avvicinano alla scadenza i contratti degli ospedalieri e del settore convenzionamento, ci sembra doveroso sottolineare la vergognosa situazione in cui si dibatte il settore del Convenzionamento esterno, il cui contratto è scaduto dal dicembre 1980.

Il servizio di Guardia Medica è ancora confusamente organizzato. C'è caos nelle chiamate (sarebbe opportuno

tornare ad una centralizzazione delle chiamate nelle USL capofila; solo una USL ha assicurato i medici del servizio che in tempi recenti ha dimostrato, proprio nella nostra isola, di essere "pericoloso"; i ritardi nella corresponsione dei compensi sono ormai cronici; alcune commissioni previste dagli accordi non sono mai state convocate; i corsi di aggiornamento, nonostante ripetute sollecitazioni da parte di questa Federazione Regionale degli Ordini dei Medici, non sono stati ancora attuati.

Peraltro il rallentato flusso di ricambio naturale negli altri ruoli del SSN ed il blocco spesso artificioso di altri sbocchi professionali (convenzionamento esterno, ambulatoriali), legato a precise scelte politiche, nonostante le reali necessità dei cittadini e del territorio (oculisti, psichiatri, reumatologi, medici sportivi, laboratori, etc), costringe numerosi specialisti a proseguire in un servizio, quello della Guardia Medica, che inizialmente veniva inteso come una fase transitoria in attesa di sbocchi professionali più gratificanti.

Sarebbero tante altre le cose da "denunciare" sui mali della sanità sarda, ma per ragioni di tempo, chiudo qui, rinviando per il resto a quanto già chiesto e non ancora ottenuto in occasione della proclamazione dell'EMERGENZA SANITA' SARDEGNA del 1983.

Alla conclusione del suo intervento, egli illustra due osservazioni formulate unanimemente dai primari della regione, che egli ha consultato in vista di questo incontro: si tratta della richiesta di scorporare gli ospedali dalle usl e della segnalazione del pessimo rapporto esistente fra i medici degli ospedali e le usl stesse.

Il rappresentante della Cisl, Farris, segnala il totale abbandono in cui si trovano gli ospedali S. Giovanni di Dio e traumatologico. Osserva poi che la ripartizione territoriale di 22 usl ha solo una logica politica: la maggior parte delle usl infatti non dispone delle figure professionali richieste dal d.p.r. 761. Critica poi l'abuso del ricorso a consulenze per superare il blocco degli organici, la man-

cata attuazione dei distretti (solo in alcune usl sono stati "individuati"), l'assenza di servizi di prevenzione, la mancanza di strutture per la formazione professionale, le difficoltà nell'attuare la mobilità del personale, la mancata applicazione del contratto in quasi tutte le usl, e la mancata attuazione della legge regionale n. 13 relativa all'organizzazione delle stesse usl. Tale legge prevede che ogni usl abbia dieci servizi, articolati in vari settori e uffici, ma di fatto nessuna delle 22 usl ha ancora una articolazione funzionale dei servizi.

Il professor LUTZU, presidente regionale dell'ANPO (Associazione nazionale primari ospedalieri) ritiene che la riforma sia una conquista inestimabile e che occorra guardare ad essa con spirito sereno ed obiettivo, senza negare le disfunzioni del sistema, che consistono principalmente nella eccessiva politicizzazione e burocratizzazione. Complessivamente però la riforma ha avuto un impatto enorme sulla società. Ora è necessario che finiscano le lottizzazioni tematiche delle usl, privilegiando la competenza; e che si recuperi il ruolo medico. La medicina oggi è qualità e alta specializzazione e non è possibile farla sorgere dovunque. Se le risorse del Paese sono limitate, occorre graduare le prestazioni, garantendo la gratuità ai più svantaggiati e chiedendo una partecipazione secondo fasce di reddito.

Il rappresentante dello SNAMI, Efisio Lippi Serra, svolge il seguente intervento, di cui consegna il testo scritto.

La legge istitutiva del S.S.N. giunse a compimento nel 1978 dopo un travaglio ideologico, politico e sociale durato moltissimi anni.

Nel momento stesso in cui nasceva, tuttavia, essa già presentava caratteri di fondo che ne potevano facilmente far presagire una vita difficile.

In primo luogo, si trattava non già di una sperimentazione nuova ed originale, ma di un progetto che aveva alle sue spalle un vero e proprio fallimento storico. Se si prescindere infatti da idee contenute in elaborati e ricerche presentati fin dal 1945 in sede costituente da Giovanardi e Meneghetti, essa altro non rappresentava che la copia - nella sua più primitiva e rozza formulazione - del programma di assistenza sanitaria obbligatoria inglese del 1948, che in nessun altro Paese ha mai trovato applicazione o imitazione, e che nella stessa Gran Bretagna ha dovuto cercare una graduale correzione ed integrazione da parte di una crescente rete assicurativa privata.

A tutt'oggi in nessun Paese, al di fuori del mondo comunista, è mai stato attuato né proposto un sistema di totale controllo statale dell'organizzazione o del finanziamento della Sanità; unica eccezione - dopo le ampie correzioni subite dal sistema britannico - resta l'Italia.

In secondo luogo, nel corso del pur lungo dibattito che accompagnò la sua gestazione, nessuno spazio e nessun peso vennero concessi agli unici esperti del Settore: la legge 833 venne concepita, discussa e varata senza il conforto di un contributo da parte della Classe medica italiana, nonostante il suo diffuso esplicito dissenso sullo spirito e il dispositivo della legge, e contro i suoi moniti di inconsistenza tecnica, di insostenibilità finanziaria e di inapplicabilità pratica del progetto.

In terzo luogo, palese appariva - sotto la cortina fumogena delle enunciazioni idealizzate - il movente sostanziale della volontà riformatrice delle forze politiche di potere: la lottizzazione periferica della torta di decine di migliaia di miliardi ruotanti annualmente intorno all'assistenza sanitaria in Italia.

In quarto luogo, la totale mancanza di considerazione per la competenza - anche in campo amministrativo, oltre che sanitario - nella prevista composizione delle strutture gestionali, non poteva che condannare il sistema al caos operativo: in effetti quel che usciva dal progetto era un enorme convoglio ferroviario senza manovratore, senza frenatori e senza controllori, alla mercé della improvvisata perizia di "comitati di passeggeri".

Infine, nulla poteva promettere la paurosa incensatezza della sostanza culturale e filosofica che sottende la legge: si comincia con la vuota demagogia di affermazioni antiscientifiche, come " la salute è garantita dalla Costituzione" (assessore alla sanità della Lombardia), che potrebbe indurre ad un ricorso alla Corte Costituzionale ogni cittadino che si ammala, per finire con la mirabolante definizione della salute come diritto - laddove l'unico serio diritto concretamente e positivamente rivendicabile dal cittadino è quello di ottenere cure tempestive e a costo sopportabile, o gratuite quando egli non ne possiede i mezzi.

Vale qui la pena di ricordare che le Costituzioni di Paesi avanzati e di società solidaristiche, come per esempio il Giappone, affermano invece il dovere del cittadino di curare e tutelare la propria salute nell'interesse della collettività.

Farneticanti definizioni della salute come " non mera assenza di malattia ma stato di benessere fisico-psico e sociale (sic)" (ancora un Assessore alla Sanità Lombardo) contribuivano a creare al progetto una pericolosa piattaforma di delirio ideologico.

Ma quello che costituiva il presupposto più preoccupante era la più completa volontà di ignorare la realtà socio-culturale sulla quale il successo della riforma avrebbe dovuto muoversi e funzionare: non si operò il benché minimo tentativo di



indagine sul terreno storico-ereditario del Paese - il cittadino italiano, il medico italiano, l'ospedale italiano, l'Università italiana, la famiglia italiana, la Medicina come componente essenziale della civiltà italiana ed europea - nella anistorica e anuocientifica pretesa che una intera società dovesse adattarsi ad un carrozzone burocratico, anziché questo alla realtà di quella.

Benlungi quindi dall'essere conseguenza di banali e correggibili carenze gestionali, il fallimento della Riforma è da attribuire a cause di fondo che possono essere così riassunte:

- 1° - lo spirito informatore della legge, impastato di idee, enunciazioni e principi che sono mere astrazioni intellettualistiche, un flatus vocis lontano da ogni realtà umana e sociale, e del tutto estraneo alla concretezza dei problemi e delle esigenze pratiche e psicologiche dell'uomo ammalato - o ammalabile - cominciando dalla fondamentale componente affettiva del rapporto medico-paziente, rapporto equisitamente individualistico, personale e riservato.
- 2° - La emarginazione dei medici nella elaborazione della legge e nella gestione delle strutture, con la conseguente incompetenza operativa a quasi tutti i livelli del sistema sanitario.
- 3° - La prevaricazione delle forze partitiche e sindacali non mediche nella amministrazione dei fondi, eperperati o distolti dai fini istituzionali - ben 650.000 sono gli stipendi degli "addetti", al di fuori degli 80.000 medici di famiglia e dei 10.000 specialisti convenzionati - con deviazioni tanto eclatanti da costringere spesso la Magistratura ad intervenire.
- 4° - La mancanza di una chiara definizione concettuale e pratica delle realtà umane, sociali, culturali e tecniche sulle quali o a mezzo delle quali la Riforma deve operare: concetto di salute e malattia; precisa separazione delle aree della medicina diagnostico-terapeutica e preventiva individuale da una parte, e riabilitativa e preventiva di massa dall'altra; esatta definizione etico-giuridica del rapporto medico-paziente, e degli strumenti di tutela di questo rapporto, nonché delle libertà del cittadino e del medico nella scelta dei luoghi e dei mezzi di cura peraltro sancita dalla Costituzione.
- 5° - La anarchia organizzativa di un sistema decentrato fino alla polverizzazione, in cui ogni USSL è in realtà <sup>un</sup> potere feudale evincolato da ogni controllo preventivo.
- 6° - La sempre differita legislazione sul "numero chiuso" alla Facoltà di Medicina, con una conseguente pleora medica che carica pesantemente l'organizzazione, la gestione e il bilancio del S.S.N. di un problema di per sé estraneo alla natura e ai fini della legge di Riforma.
- 7° - Il pesante sospeso di sotterranei legami fra ambienti della classe politica, responsabile della realizzazione della Riforma, e settori privati della medicina diagnostica e terapeutica.
- 8° - La impunità degli errori gestionali da parte delle Assemblee politiche che governano le USSL, istituzionalmente esentate dal rispondere in termini giudiziari di qualsiasi conseguenza delle decisioni prese a maggioranza: inadempienze assistenziali, chiusure di Ospedali, inutilizzazione di impianti, ecc. ecc.

- 9°- La mancanza di quadri, adeguati per numero e preparazione, nei settori della professionalità paramedica: infermieri, fisioterapisti, educatori sanitari ecc.
- 10°- La totale assenza di una "politica del personale", che stabilisca chiare ed esatte collocazioni giuridiche, normative ed economiche delle diverse categorie professionali - sanitarie ed amministrative - che operano nell'ambito del S.S.N.

A queste carenze di fondo - intrinseche alla legge di Riforma - sono da aggiungere altri momenti oggettivi di difficoltà: l'aumento della richiesta di prestazioni, legato al nuovo costume, alla pesante disinformazione sanitaria operata dalla grande stampa, al crescente invecchiamento della popolazione; la preponderanza - nell'equilibrio dei poteri pubblici - del Ministero del Tesoro su quello della Sanità; la stretta in cui si dibatte da anni l'economia del Paese, con un tasso d'inflazione in decrescente, ma pur sempre troppo alto per una economia industriale avanzata, con un debito pubblico in costante pauroso aumento.

Tutto questo va inoltre inquadrato nella più ampia e ormai generale crisi ideologica dello "Stato assistenziale", che con la eccezione forse della sola Svezia ha ormai investito tutti i Paesi del cosiddetto Occidente.

Di fronte a queste difficoltà, e nella oca di tale crisi, si va sviluppando nella classe politica italiana una linea di "eganciamento" dello Stato da una parte almeno degli oneri assistenziali, con vari progetti di soluzione, alcuni dei quali prevedono addirittura la totale riprivatizzazione della cosiddetta "piccola morbilità", riprivatizzazione che verrebbe consentita da una diminuzione del prelievo contributivo su imprese e singoli cittadini da parte dello Stato.

Ora, mentre si ribadisce il principio della libertà di cittadini, associazioni o categorie, di optare per forme alternative o integrative di assistenza sanitaria - la cui esclusione rappresentava uno dei punti più criticabili, in termini civili, giuridici e costituzionali, della legge 833 - si rigetta in modo altrettanto fermo il principio della imposizione ai cittadini del totale carico assistenziale per un numero piccolo o grande di eventi morbosi qualsivoglia: nel quadro delle attuali strutture e dell'attuale costume tale anistorica linea appare semplicemente improporzionabile.

Né vale a sostegno di tale linea la supposta "realistica" giustificazione della incapacità economica: fra tutti i servizi pubblici garantiti dallo Stato (scuola, trasporti, difesa militare e difesa civile, giustizia ecc.) la Sanità è l'unica e non pesare sulla fiscalità generale, ed avere un proprio autofinanziamento che copre il proprio bilancio per l'85% - e che probabilmente potrebbe, in una oculata gestione senza sprechi, coprirsi totalmente.

L'unica linea perseguibile, quindi, è quella della libertà di opzione per i cittadini, come singoli, nuclei familiari o gruppi associativi, fra assistenza di stato e assicurazioni private o libere contrattazioni con la categoria medica e centri diagnostico-curativi privati, senza dimenticare - come recentemente chiarito da una sentenza di T.A.R. - che l'obbligo fondamentale del SSN, anche nell'ambito di una assistenza diretta, riguarda il momento terapeutico (gratuità dei farmaci e delle cure) mentre il momento diagnostico ed assistenziale può rimanere libero alla scelta del paziente (libertà di ricorrere a proprie spese ad un medico diverso da quello assegnatogli, al quale, anche se estraneo al S.S.N. deve essere garantito l'uso del ricovero regionale).

Ritornando quindi il principio per cui la tutela della salute è solo parzialmente un problema del singolo cittadino, e che ogni stato civile deve pertanto farsi carico sostanziale (perché nell'antica Roma esistevano medici e chirurghi militari,

nonché veterinari di stato, pagati dal pubblico erario), si ritiene oggi necessario ed urgente procedere ad una complessiva radicale revisione della 833 e delle numerosi leggi attuanti al SSN in senso lato.

Dall'elenco precedentemente esposto dei punti negativi e carenze discendono ovvie le necessità di correzione di ordine generale, di ordine ideologico e di ordine pratico.

In particolare, tuttavia, alcuni punti vanno ribaditi:

- 1° - A tutti i medici deve essere riconosciuto uno specifico ruolo medico giuridicamente ben definito.
- 2° - Gli artt. 47 e 48 della legge 833, e gli artt. 9 e 23 della legge 83 debbono essere modificati in modo da garantire a tutte le categorie mediche una contrattazione autonoma.
- 3° - La verifica della congruità del comportamento medici, della qualità delle prestazioni mediche e dei loro risultati deve essere affidata ad organi di autocontrollo e autodisciplina della categoria (Ordini).
- 4° - Ai medici deve essere affidata la gestione autonoma di un sistema di aggiornamento professionale e culturale volontario, correlato con benefici di carriera, economici e fiscali.
- 5° - La gestione del SSN deve fondarsi - sia in campo sanitario e amministrativo - sui principi della competenza e della responsabilità, con inclusiva partecipazione dei Medici in ambiti tecnici a tutti i diversi livelli.
- 6° - La organizzazione sanitaria deve vedere una netta delimitazione e definizione delle aree cliniche ( medicina generale, medicina specialistica ospedaliera ed extra-ospedaliera ) e delle aree non cliniche ( medicina dei servizi ), la cui integrazione, in vista del superiore interesse della pubblica salute, non deve significare dannose e dispendiose sovrapposizioni e duplicazioni d'intervento.
- 7° - La medicina generale deve essere - concettualmente, giuridicamente e praticamente - riaffermata come il momento sostanziale della assistenza sanitaria: il medico di famiglia è quel medico - competente per preparazione, educazione, esperienza ed inclinazione interiore - al quale il cittadino si rivolge continuamente ed abitualmente perché lo aiuti a vivere meglio e più a lungo. La medicina generale rappresenta quindi il momento costante ed ininterrotto della assistenza, laddove medicina specialista, ospedaliera e dei servizi rappresentano momenti temporanei, integrativi ed accessori.
- 8° - I metodi di accesso al servizio - sia per i medici dipendenti della USSL sia per i medici convenzionati - vanno integrati da norme che premino livelli culturali e valorizzino le competenze.
- 9° - Deve finalmente essere varata una legge che attui il "numero chiuso" alla Facoltà di Medicina, garanzia di selezione qualitativa e di serietà operativa in ambito medico.
- 10° - Tutta la materia sanitaria - programmazione, finanziamenti, bilanci, gestione del personale, erogazione dei servizi - deve essere ricondotta sotto la responsabilità e l'autorità piena ed intera del Ministero della Sanità, senza interferenze da parte di altri poteri.

Il rappresentante della CGIL, Calvisi, ricorda la gravità della situazione precedente alla riforma e le responsabilità attuali, che non sono solo dei politici, ma anche dei tecnici. Osserva poi che sono previsti in Sardegna 19 mila posti nell'organico del Servizio sanitario nazionale e che su 17 mila dipendenti, di cui 2 mila precari, mille coprono 2 posti (cioè sono di ruolo in una posizione e precari in una posizione funzionale superiore). Questo significa circa 4.500 posti vacanti. Egli ritiene che il servizio non sia peggiorato rispetto alla situazione precedente la riforma, ma che sia peggiorata la gestione, per responsabilità principale dei comitati di gestione, troppo preoccupati di difendere baronie.

Il rappresentante dell'ordine dei medici di Cagliari, Tonino Serra, informa che è in preparazione una conferenza sulla sanità in Sardegna. Sottolinea l'esistenza di responsabilità da parte di tutti e osserva che le usl spesso danno l'impressione di essere come cellule impazzite nell'organismo della sanità. Le loro malattie sono burocratizzazione, sovrapposizione meccanica alle comunità montane, mancanza di cultura sanitaria negli operatori (il malato trova spesso un ambiente ostile). Ritiene che spesso i servizi non funzionino non per mancanza di personale, ma per mancanza di capacità di fare il proprio lavoro. Ricorda che fin dal 1979 furono istituite 100 commissioni che dovevano studiare i bisogni del popolo sardo sul territorio. Secondo il piano sanitario regionale si dovrebbero diffondere a capetto in tutte le usl le prestazioni rilevate nel 1976 in tre poliambulatori di Cagliari, e questo è una grossa sciocchezza. Anche la demonizzazione dei servizi sanitari privati è per lo meno schematica: si ponga al centro il cittadino malato e si rispettino i principi costituzionali di libertà. Per quanto riguarda i medici condotti, osserva che non si può imporre ad essi di scegliere fra tre o quattro opzioni possibili senza dare ad essi alcuna garanzia. Infine sot

tolinea l'esigenza di riformare gli studi di medicina.

Il segretario regionale dell'ANAAO, Michele Poddi, ricorda che l'ospedale, già prima della istituzione delle usl, era una bomba innescata: molti ospedali già allora erano inutili, e in quelli bene avviati si era creato un grave deterioramento nella qualità degli operatori. Con le usl si è avuto un moltiplicatore dei difetti già esistenti, a causa della burocratizzazione e della falsa rappresentanza degli utenti. Si è giunti ad incrinare persino il senso morale della classe medica. Se si vuole managerialità, occorre poter mettere in discussione la sicurezza del posto di lavoro, occorre oculatèzza gestionale, e questo implica una elasticità che oggi non si trova nelle unità sanitarie locali.

Il rappresentante della UIL, Calleda, ricorda che a Cagliari ci sono ancora 600 pazienti nell'ospedale psichiatrico, che, se non è un lager, è certo in stato di abbandono. Fa presenti poi le difficoltà di attuazione del contratto unico del comparto sanità: c'è ancora un ruolo unico provvisorio, con qualifiche non previste che non si sa dove inserire nel contratto. Inoltre il testo del contratto è particolarmente complicato: per interpretarlo ci sono volute tre circolari ministeriali e un parere del consiglio sanitario nazionale. Tutto questo fa sì che il contratto, in scadenza al 30 giugno 1985, sia rimasto tuttora inattuato. Nella assistenza agli handicappati la parte pubblica è assente: l'80% dell'utenza è assistita dall'AIAS, benchè le usl abbiano in pianta organica personale sufficiente. I tempi per l'ecografia o per il TAC nelle strutture pubbliche sono di mesi, mentre nelle strutture private sono molto più brevi. La stessa cosa avviene per le visite oculistiche. Per la tossicodipendenza c'è a Cagliari un centro antidroga frequentato da 1.500 persone, con circa 400 presenze al giorno. Infine chiede una modifica del dpr 761 che consenta maggio-

ri possibilità di carriera per il personale sanitario non medico.

Il segretario regionale del CUMI, Antonio Onnis, lamenta l'ottica ospedalocentrica emersa anche nella riunione che si sta svolgendo. Chiede una disciplina delle incompatibilità, citando il caso di primari ospedalieri che sono contemporaneamente anche l'unico specialista convenzionato in posizione di concorrenzialità con la struttura pubblica. Non si tratta di demonizzare il privato, ma di chiedere al privato di rapportarsi al pubblico secondo norme di corretta concorrenzialità. Lamenta poi la mancata attuazione dei contratti, che ha comportato la non applicazione di accordi ormai scaduti.

Il rappresentante della CIMO, Marcello Marchei, lamenta una grave crisi del medico ospedaliero, i cui guadagni toccano solo la quarta parte di quelli del medico generico. Per questi motivi il tempo definito è scelto ormai in misura superiore al 65%. Si lavora da due parti solo come scelta obbligata. Il tempo pieno infatti è dequalificante perchè non è stata attuata la normativa del contratto sull'aggiornamento professionale. Infine ritiene indispensabile l'immediata approvazione della sanatoria per fare chiarezza nelle piante organiche. Il rappresentante della FIMMG, Franco Zucca, osserva che l'articolo 24 della legge finanziaria responsabilizza nei confronti del contenimento della spesa sanitaria solo i medici generici e i pediatri: così l'80% del loro lavoro è impiegato in attività burocratiche. Ritiene invece che tutti i medici vadano responsabilizzati nei confronti del servizio sanitario nazionale, e forniti di ricettario.

Il segretario regionale del SUMAI, Pippo Orru, incentra il suo intervento su tre punti: i ritardi nei pagamenti ai fornitori; la mancata attuazione del contratto; e la mancanza di competenza professionale nei membri dei comitati di gestione.

Interviene nuovamente a conclusione dell'incontro

il Presidente della Federazione regionale degli ordine dei medici, Mulas, il quale osserva che nel rapporto fra ospedali e università le convenzioni vengono stipulate senza alcun coinvolgimento degli ospedalieri. Chiede poi di modificare i meccanismi delle procedure concorsuali che devono potersi svolgere in modo più rapido; lamenta l'esautoramento degli ordini dei medici dalle operazioni di estrazione dei primari per le commissioni di concorso; chiede che il prontuario farmaceutico sia inviato a tutti i medici di base, ricordando che spesso il medico prescrive farmaci più costosi di altri semplicemente perchè non ne conosce il prezzo; sottolinea l'ingiustizia insita nella giungla delle contribuzioni sanitarie; ed afferma l'assoluta necessità di fornire ai medici di base gli elenchi degli assistiti, senza i quali è del tutto impossibile identificare gli emolumenti che ad essi competono.

Visita alla usl 21 di Cagliari

Presso la usl 21 di Cagliari la delegazione parlamentare ha incontrato il sindaco e il presidente della usl insieme al coordinatore sanitario al coordinatore amministrativo e a cinque membri del comitato di gestione. Rispondendo a domande dei vari deputati i presenti hanno toccato i seguenti problemi.

- Aspetti istituzionali.

Questa usl ha realizzato il 90% delle prescrizioni di legge: sono stati individuati i distretti e il relativo costo, è stato approvato il regolamento per i consultori e quello per il funzionamento degli organi della usl. Manca solo il personale, che è già previsto in pianta organica. Si ritiene che quello che non funziona non dipenda dalla riforma sanitaria, si tratta semplicemente di snellire le procedure concorsuali e di facilitare la mobilità. In ogni modo, con tutte le sue lacune, la riforma è stata un passo avanti e non si può dire certo che con la riforma i servizi siano peggiorati. Per quanto concerne più da vicino l'ospedale, rispetto ai vecchi consigli di amministrazione dell'ospedale il comitato di gestione della usl è chiamato dalla legge alla "gestione", che è concetto più penetrante di quello di "amministrazione". Ma bisogna riconoscere che la gestione affidata ai politici deresponsabilizza i tecnici: basti pensare che per trasferire una persona da un ospedale ad un altro dovrebbe bastare il capo servizio mentre invece occorre una delibera del comitato di gestione. Lo stesso coordinatore sanitario può ben poco, perchè non ha potere gerarchico nei confronti degli altri capo servizio. Il sindaco di Cagliari, richiesto di un parere sul progetto governativo di riforma delle usl nell'ambito della riforma delle autonomie locali, che ne assegnerebbe la responsabilità ai comuni, ha det



to di esserne preoccupato. Il sindaco, secondo tale progetto dovrebbe presiedere il consiglio di amministrazione della usl, che diverrebbe azienda comunale. Se si tratta solo di una imputazione legale di responsabilità, la cosa può andare, ma il comune non è in grado di assumersi la responsabilità diretta della gestione delle unità sanitarie locali. La riforma dovrebbe prevedere una distinzione netta fra governo della politica sanitaria e gestione.

- L'applicazione del contratto

Dal punto di vista economico il contratto è applicato integralmente, ma ci sono ancora problemi per l'inquadramento delle nuove qualifiche. Per quanto riguarda la medicina di base, le strutture ex mutualistiche sono gestite dalla usl n.20 e non sono confluite in questa usl. Gli elenchi degli assistiti e i relativi massimali non sono più stati aggiornati dopo la prima scelta del medico di base, fatta nel 1979. Per quanto riguarda la mobilità, si è istituita la commissione per la mobilità prevista dal contratto ed è stato approvato l'apposito regolamento interno.

- Scorporo dell'ospedale

La posizione dei tecnici, è, se non per lo scorporo, per l'autonomia degli ospedali regionali e specializzati.

- Psichiatria

La usl gestisce un ospedale psichiatrico che aveva oltre 1200 degenti, e che ora ne ha oltre 600. Ci sono strutture periferiche di servizio psichiatrico in cui opera il personale liberatosi dall'ospedale psichiatrico: si tratta di un centro di igiene mentale e di due strutture psichiatriche per acuti (trattamento obbligatorio) allocate in un padiglio

ne che presenta diverse carenze (ci sono 30 posti letto invece di 15, ma spesso i posti letto diventano anche 40 o 50). C'è un piano per trasferire entro il 1985 una parte di queste strutture in locali più idonei, ma le vere strutture alternative non sono state ancora create.

- Pronto soccorso

Nella usl ci sono 4 ospedali di cui due generali e due specializzati, (oncologico e microcitemico). I due ospedali generali hanno un pronto soccorso inserito nel dipartimento di urgenza.

- Igiene pubblica

Vi sono due responsabili uno in ciascuna delle due usl, del servizio di igiene pubblica. Entrambi teoricamente dovrebbero occuparsi, almeno in parte, dei medesimi aspetti, come per esempio delle fogne. Di fatto l'ex ufficiale sanitario del comune, che è uno dei due responsabili, quello della usl n.20; afferma, confortato dal parere della regione, di conservare certi aspetti della funzione precedente, come ad esempio quello di sedere nella commissione edilizia.

Visita al vecchio ospedale civile S.Giovanni di Dio

La delegazione parlamentare, su insistente richiesta di operatori, rivolta alle autorità regionali, si è recata a visitare il vecchio ospedale civile, S.Giovanni di Dio. Originariamente tale visita non era prevista dal programma, dati i tempi ristretti, anche se le condizioni dell'ospedale erano già comunque state segnalate alla commissione dalle autorità regionali.

L'ospedale è dotato di 450 posti letto, che diventano 750 se si considera anche la sezione di pediatria.

La delegazione parlamentare ha visitato il reparto di patologia chirurgica, la prima divisione di medicina, la clinica chirurgica e il reparto di dermatologia.

Sono stati constatati una forte presenza di umidità e di infiltrazioni in tutti i muri, e specialmente nei reparti di dermatologia. E' necessario rifare interamente almeno le fognature e l'impianto idrico. Un progetto di restauro più complessivo, per una cifra di 40 miliardi è stato presentato, suscitando molte perplessità. L'orientamento attuale è quello di un intervento congiunto della regione e del comune, questo ultimo nel quadro degli interventi di risanamento del centro storico.

Visita alla usl n.19 di Sanluri

Si tratta di una usl composta da 24 comuni, con una assemblea di 88 membri, un bilancio di 11 miliardi e mezzo, e priva di ospedale. La delegazione ha avuto un breve incontro con i dirigenti della usl e con alcuni sindaci.

Dopo brevi interventi del presidente Casalnuovo e del presidente della usl, Aresti, il sindaco di Serrenti, Franco Lecis, ha osservato che la mancanza di fondi rende difficile attuare l'impegno principale della riforma sanitaria che riguarda i servizi di prevenzione. Un altro punto dolente è la guardia medica: il medico giovane è il meno adatto a questo servizio, per il quale occorrerebbe fare dei turni fra i medici del comune.

Il sindaco di Samassi, signora Urraci, giudica positivamente i rapporti fra l'assemblea e il comitato di gestione, e il fatto che si sia istituzionalizzato l'incontro dei sindaci con il comitato di gestione.

Il sindaco di Turri (597 abitanti) signor Vincenzo Casula, lamenta troppo lunghe attese per le visite specialistiche e la gravosità delle trafale burocratiche che è tanto maggiore per chi abita lontano dal capoluogo.

La signora Urraci del servizio farmaceutico della usl, ricorda che la spesa farmaceutica impegna il 46% del bilancio, e che si sente l'esigenza di una maggiore educazione all'uso dei farmaci.

Il presidente Aresti ricorda le difficili condizioni in cui si è avviato il lavoro di questa unità sanitaria locale tre anni fa, quando c'erano in tutto 7 o 8 impiegati amministrativi, tutti ex INAM, che per un anno hanno retto tutto il lavoro connesso ai nuovi problemi relativi all'avvio della unità sanitaria locale. Un altro grave problema è dovuto al fatto che la usl non ha nessun medico a tempo pieno.

Tale problema potrebbe essere risolto con gli ex medici condotti, ma mancano norme che consentano di costringere questo persona

le a stare a tempo pieno nell' unità sanitaria locale. Fra le altre realizzazioni, ricorda che questa usl è l'unica della regione a svolgere in proprio e non in convenzione il servizio di medicina sportiva; che dall'inizio del 1983 sono attivati i consultori; che funziona un servizio di medicina scolastica, che è stato avviato un servizio di diabetologia, anche se questo non è inserito nel piano sanitario regionale.

Il sindaco di Sanluri osserva che, nonostante la mancanza dell'ospedale, che normalmente appesantisce i problemi delle unità sanitarie locali, le cose non vanno bene neppure in questa usl, e questo dipende soprattutto da vincoli di natura finanziaria. Ritiene che a livello di principio la legge vada bene, ma che sia necessario applicarla meglio. In particolare lamenta grossi disguidi per quanto riguarda la guardia medica: egli, come sindaco, non riesce ad avere nei giorni di sabato e di domenica l'autorizzazione per la sepoltura, perchè non sono disponibili nè il medico condotto nè la guardia medica.