

CCLXXII SEDUTA

(ANTIMERIDIANA)

MARTEDI' 26 GIUGNO 1973

Presidenza del presidente CONTU

indi

del vicepresidente ARE

I N D I C E

Disegni e proposte di legge (Annunzio di presentazione)	7009
«Piano straordinario ospedaliero in attuazione della legge regionale 3 settembre 1970, n. 30» e «Relazione conclusiva dell'indagine sull'Ospedale civile e sull'Ospedale marino di Cagliari». (Continuazione della discussione congiunta):	
GRANESE	7010
TUFANI	7014
FADDA	7017
ZUCCA	7022
CONCAS, relatore	7028
CAMPUS, relatore	7028

La seduta è aperta alle ore 10 e 50.

MEDDE, Segretario, dà lettura del processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

Annunzio di presentazione di disegni e proposte di legge.

PRESIDENTE. Annunzio che sono stati presentati i seguenti disegni e le seguenti proposte di legge:

dalla Giunta regionale:

«Finanziamento ai Comuni e alle Province per la realizzazione di opere pubbliche».

«Proroga al termine di cui al 7° comma dell'articolo 17 della legge 6 agosto 1967, n. 765».

dai consiglieri Monni - Sassu - Spina - Tronci - Melis Antonio - Baghino - Bertolotti:

«Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 6 aprile 1954, n. 7, concernente "Provvedimenti per promuovere e diffondere la conoscenza delle provvidenze regionali in agricoltura, dei sistemi razionali di coltivazione, di allevamento del bestiame e di trasformazione dei prodotti agricoli e zootecnici"».

dai consiglieri Concas - Ghinami:

«Concessione di un contributo straordinario agli enti ospedalieri "San Martino" di Oristano e "Santa Barbara" di Iglesias per permettere l'immediata gestione dei rispettivi nosocomi».

Continuazione della discussione congiunta del «Piano straordinario ospedaliero in attuazione della legge regionale 3 settembre 1970, n. 30» e della «Relazione conclusiva dell'indagine sull'Ospedale civile e sull'Ospedale marino di Cagliari».

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la continuazione della discussione congiunta del Piano straordinario ospedaliero in attuazione della legge regionale 3 settembre 1970,

n. 30, e della Relazione conclusiva dell'indagine sull'Ospedale civile e sull'Ospedale marino di Cagliari; relatori l'onorevole Concas e l'onorevole Campus. E' iscritto a parlare l'onorevole Granese. Ne ha facoltà.

GRANESE (P.C.I.). Signor Presidente, onorevoli colleghi, il Piano straordinario ospedaliero predispone un programma di interventi per il potenziamento delle strutture ospedaliere in Sardegna da attuare ai sensi dell'articolo 4 della legge regionale 3 settembre 1970, numero 30 (realizzazione di un programma di interventi in sostegno dell'occupazione mediante la contrazione di uno o più mutui per un importo massimo di venti miliardi). In base a tale legge 4 miliardi vengono destinati all'edilizia ospedaliera. La seconda Commissione integrata ha preso in esame il piano e ha proposto delle modifiche al testo della Giunta, tenendo conto nella ripartizione dei fondi delle esigenze più pressanti e indilazionabili. Si tratta di provvedimenti che tendono a tamponare, fin dove è possibile, la falla delle strutture ospedaliere. Il settore ospedaliero, infatti, rivela, specie in Sardegna, assieme ad arretratezze impressionanti, deformazioni e degenerazioni derivanti dal fatto che esso è stato adattato nel tempo ad interessi clientelari e di potere, che alcune componenti politiche della maggioranza di governo (e in primo luogo la D.C.) hanno coltivato ed esaltato.

L'indagine condotta dalla Commissione igiene e sanità sulle condizioni in cui si svolge l'assistenza ai degenti dell'Ospedale civile e dell'Ospedale marino di Cagliari, in conformità all'ordine del giorno approvato dal Consiglio regionale nella seduta del 30 marzo 1972, ha rivelato la gravità di una situazione variamente definita come penosa, avvilente, drammatica. Su questo giudizio la Commissione (e non solo la Commissione) è stata unanime.

Carenza di posti-letto, vetustà dei locali, insufficienza del personale medico e paramedico, inadeguatezza delle attrezzature, inefficienza dei servizi anche sotto il profilo igienico: sono elementi che misurano il grado di pericolosità col quale si svolge l'assistenza in

detti nosocomi. Motivi di allarme e di seria preoccupazione, dunque, presenti in tutti e largamente denunciati nella relazione della quinta Commissione, che non possono che aumentare se si considera che quelle dell'Ospedale civile e dell'Ospedale marino di Cagliari non sono condizioni singole o particolari, ma, al contrario, emblematiche della generale situazione ospedaliera in Sardegna.

Si tratta, evidentemente, di una disfunzione che non può essere valutata soltanto e prevalentemente in termini di insufficienza del rapporto posti-letto-abitanti (ben lontano, comunque, in Sardegna, da quel 6 per cento indicato nel documento del Ministero della sanità quale valore ottimale da conseguire entro il 1980). Particolarmente deficitaria, in tal senso, è la situazione della provincia di Cagliari, con un indice del 3,53 per cento, e quella della provincia di Nuoro, con un indice di 2,48 per cento. Per la provincia di Sassari — secondo questi dati, che si riferiscono alla fine del 1970 — l'indice è del 5,71 per cento, e quindi più vicino al valore previsto. La disfunzione del settore ospedaliero è in effetti il riflesso dell'anomalia dell'intero sistema sanitario, imperniato attualmente sugli enti mutualistici, e più in generale della sistematica manomissione, ai fini di profitto, dell'ambiente di vita e di lavoro, ed ancora della gestione classista della scienza medica, subordinata dalla borghesia, in nome del profitto, alle necessità del capitale. Così, mentre da una parte una larga percentuale della popolazione è esclusa dal godimento effettivo dei progressi sanitari, la risposta che il sistema dà alle esigenze poste dalla tutela della salute è la progressiva mercificazione della medicina, cioè una costante sollecitazione all'aumento della domanda di prestazione.

Nella società dei consumi la medicina è, così, decaduta al livello di un qualsiasi prodotto di consumo e non si sottrae alle ferree leggi mercantili del profitto. Questo fenomeno dà luogo spesso ad una interpretazione di comodo (e politicamente provocatoria), facendo ricadere la responsabilità dell'iperconsumo di prestazioni sanitarie sui cittadini o sui medici. Le ragioni vere risiedono invece nella volontà

della società capitalistica di tradurre immediatamente la domanda di prestazioni in occasione di profitto, come è particolarmente evidente nel settore farmaceutico e da qualche tempo nel settore delle apparecchiature scientifiche. Gli ospedali, nella loro struttura attuale di enti-aziende, sono necessariamente coinvolti in questo fenomeno, entrando in contraddizione con i principi ai quali la loro funzione dovrebbe ricondursi. I risultati sono il sovraffollamento, l'impossibilità di dare riscontro alla crescente richiesta di ricoveri, e il conseguente deterioramento della qualità del servizio. L'insufficienza numerica del personale medico e paramedico, la difficoltà crescente, per gli ospedali, di avvalersi dell'opera di personale sanitario qualificato, vista in questo quadro, è un epifenomeno dell'attuale assetto classista del servizio sanitario, in quanto il meccanismo selettivo del massimo profitto sottrae alla rete ospedaliera i sanitari e determina una loro ripartizione in altri settori del sistema, non rispondente alle effettive esigenze del territorio e tanto meno alle necessità di una vera efficienza tecnica del servizio.

Valgano ad esempio i casi di alcuni ospedali (come quelli di Ghilarza, di Bosa, di Sorgono), nei quali i reparti di ostetricia e ginecologia non funzionano perché mancano gli specialisti, e quindi sono costretti ad indirizzare i pazienti presso altri ospedali. L'Ente ospedaliero « San Martino » di Oristano è dotato del reparto di ostetricia e ginecologia con 25 posti-letto. In detto reparto opera un solo medico, impossibilitato a far fronte ad una richiesta di prestazioni elevatissima: basti pensare che nello scorso anno si sono avuti 1707 ricoveri e mille parti. La durata della degenza è, in media, di 5,1 giorni, mentre la media prevista dovrebbe essere di 7-8 giorni. Mediamente, in questo reparto, ogni giorno ben dieci pazienti bisognosi di ricovero non vengono accolti per indisponibilità di posti-letto. Il centro trasfusionale dell'AVIS dello stesso Ospedale non è in grado di far fronte, per indisponibilità di personale sanitario, agli adempimenti tecnici riguardanti i numerosi donatori di sangue — attualmente 250 — e quindi è costretto a rinunciare all'utilizzazione

di altrettanti donatori. In complesso, L'Ente « San Martino » dispone attualmente di 130 posti-letto, a fronte di 150.000 abitanti della zona di Oristano. Nel 1972 si sono avuti 5.645 ricoveri, con un periodo medio di degenza di giorni 7,70 (mentre la media prevista dovrebbe essere di 12-14 giorni).

Son sufficienti questi dati per illustrare la gravità di una situazione che ha dato luogo a gravi episodi, presenti all'opinione pubblica perché denunciati anche attraverso la stampa, e oggetto di interventi in sede politica. La stessa magistratura si sta occupando del caso, che riguarda la sicurezza di un servizio vitale nella società. Per questo motivo abbiamo proposto che per l'Ente « San Martino » venisse previsto nel piano straordinario ospedaliero un finanziamento, che certo non può essere considerato risolutivo, ma che si impone come provvedimento immediato, al pari degli analoghi stanziamenti per altri nosocomi dell'Isola. Non mi soffermerò, per ragioni di tempo, sulle situazioni provvisorie e note riguardanti gli Ospedali di Nuoro e San Gavino, al centro di episodi clamorosi, che denunciano la drammaticità della crisi del settore ospedaliero; né mi soffermerò sui ritardi inammissibili del potenziamento e risanamento dell'edilizia ospedaliera.

Un'indagine statistica, condotta dal Ministero della sanità, dimostra che l'Italia è un cimitero di ospedali incompiuti. Il nuovo ospedale di Oristano, che prevede 348 posti-letto, iniziato nel 1964 e portato a termine soltanto di recente, non è entrato ancora in funzione per questioni di ordine finanziario (per l'avviamento della gestione occorrono 2 miliardi e mezzo di lire) e per le difficoltà di reperire il personale necessario al suo funzionamento (circa 420 unità tra medici, infermieri, tecnici e ausiliari). In questa situazione, così sommaria e frammentariamente esposta, è chiaro che l'intervento che ci accingiamo ad attuare, pur necessario, è incongruo e inadeguato. La questione merita attenzione sugli aspetti generali posti dalla gravità e dalla complessità dei problemi e sugli indirizzi di risanamento e ristrutturazione che presuppongono scelte politiche adeguate, che brevemente potremo

tentare di discutere procedendo ad un'analisi dei criteri adottati nella predisposizione di questo programma straordinario.

Se i criteri adottati sono: 1) dotare gli ospedali esistenti dei requisiti indispensabili per poter procedere alla loro classificazione (ai sensi della legge 12 febbraio 1968, numero 132); 2) sanare gli squilibri territoriali nei loro aspetti più sensibili; 3) immettere sul mercato, nel più breve tempo possibile, il maggior numero di posti-letto; noi dobbiamo discuterli non solo in ordine al Piano straordinario ospedaliero, di cui oggi ci occupiamo, ma alla predisposizione del programma ospedaliero che la situazione impone come indilazionabile. Non vi è dubbio che le gravi carenze dell'organizzazione ospedaliera vanno viste come un aspetto del generale marasma dell'intero sistema sanitario, e che pertanto ogni serio proposito di risanamento del settore ospedaliero non può prescindere da misure che affrontino contestualmente il problema dell'intero ordinamento sanitario, attraverso il superamento e l'eliminazione del sistema mutualistico e la sua sostituzione con un servizio sanitario nazionale, che eroghi alla generalità dei cittadini tutte le prestazioni sanitarie di prevenzione, di cura e di recupero, finanziate dal prelievo fiscale.

Pertanto, a nostro avviso, una corretta metodologia di formazione del Piano ospedaliero regionale, all'interno dell'intero programma regionale sanitario, deve tener conto di alcune considerazioni. In primo luogo, riteniamo che il Piano ospedaliero debba assolvere alla funzione di predisporre una rete funzionale di presidi qualificati come gli ospedali, intesi quale strumento per la tutela della salute, così come prescritto dall'articolo 32 della Costituzione. Ciò significa che l'ospedale deve essere concepito come un elemento armonicamente integrato in un complesso di servizi che devono essere articolati secondo un criterio che contempli in modo globale i tre momenti della tutela della salute: prevenzione, cura e recupero. A nostro avviso, quindi, il Piano ospedaliero deve preliminarmente individuare i fabbisogni sanitari da soddisfare nell'ambito della nostra Regione, e in un se-

condo momento stabilire le opportune modalità di inserimento dell'ospedale nel quadro della completa copertura dei fabbisogni rilevati. L'unità sanitaria locale costituisce, a nostro modo di vedere, il punto fondamentale di connessione tra Piano ospedaliero e organizzazione sanitaria, il punto che consente la corretta integrazione dell'ospedale in un sistema sanitario che intenda ottenere una prestazione sanitaria completa a tutela della salute delle singole comunità dei cittadini.

D'altronde, il Piano quinquennale nazionale di sviluppo economico individua nelle unità sanitarie locali gli strumenti per assicurare la tutela della salute del cittadino a livello di intervento sanitario di base, con funzioni eminentemente preventive di medicina sociale e di educazione sanitaria, le quali riassumeranno, in un'unica struttura, tutte le competenze e le funzioni sanitarie che attualmente si ripartiscono a livello locale tra un numero notevole di organismi diversi. Ne consegue che compito preliminare del Piano debba essere quello di individuare i cosiddetti « Comprensori demografici economico-urbanistici », intesi come unità elementari, relativamente autonome e autosufficienti, per poter quindi fare un'adeguata valutazione dei fabbisogni sanitari da soddisfare e successivamente delineare anche i limiti del Comprensorio sanitario (a cui dovrà corrispondere ogni unità sanitaria locale) e le caratteristiche del complesso dei servizi su cui ogni unità sanitaria locale dovrà articolarsi.

Risulta evidente, quindi, la possibilità di una corretta integrazione dell'ospedale con i presidi esterni, che devono gestire la tutela della salute per ogni nucleo comunitario di cittadini. Uno standard, in definitiva, che, partendo da un certo assetto del territorio, della realtà socio-economica delle singole zone e della dinamica delle popolazioni, e passando attraverso un'analisi della funzionalità delle attuali strutture, pervenga a delineare un quadro degli interventi da operare in campo sanitario, in funzione della salvaguardia della salute delle popolazioni.

Occorre allora evitare che il Piano ospedaliero per la nostra Regione si risolva in una

pura e semplice proiezione nel futuro della situazione attuale, ed evitare altresì la tendenza ad aggiornare i piani ospedalieri eventualmente predisposti da organismi pubblici o da enti o associazioni ospedaliere, soprattutto perché un tal modo di procedere perpetuerebbe nel futuro, aggravandola, l'attuale situazione di anarchia ospedaliera nella nostra Regione. Ad esempio, è da respingere con fermezza l'indebita interferenza del cosiddetto Sindacato unitario e autonomo dei dipendenti del Consorzio regionale sanitario nei confronti del potere politico e dell'intero Consiglio regionale, tendente a configurare il Consorzio come Istituto scientifico di ricerca. Detta interferenza, che si innesta al di fuori di ogni organica programmazione e scavalca la dialettica in atto tra le forze politiche, appare tanto più grave ed offensiva in quanto addebita indiscriminatamente al Consiglio e alle forze politiche una presunta strumentalizzazione di posizioni di potere ad esclusivo vantaggio personale.

In effetti, onorevoli colleghi, dette posizioni di potere, attraverso i consueti canali del sottogoverno, del clientelismo e del sottobosco politico da parte di forze ben individuate della maggioranza di Governo, hanno generato all'interno del Consorzio, con assunzioni anomale e con altri mezzi, un nuovo centro di potere che si propone fini manifestamente omogenei e conseguenti alla prassi del clientelismo e del sottogoverno da cui ha tratto origine. Come dire che la corruzione politica e il sottogoverno si perpetuano attraverso le loro creature sino al punto da colpire ed offendere l'intera assemblea regionale e la stessa autonomia. Grave è risultato, invero, il danno della condizione sanitaria del Paese e della Regione, per il regime aziendale e mercantile che vige negli ospedali, accentuato dalla legge ospedaliera del '68.

L'Ente ospedaliero impedisce all'ospedale di essere un servizio e gli conferisce una natura di azienda, che ha nel deprecabile istituto della retta il meccanismo per garantirsi gli introiti necessari a coprire il suo piano di spesa. Oggettivamente, l'ente ospedaliero è interessato alla permanente occupazione dei suoi posti-letto per tutte le giornate dell'anno.

Tutto ciò ha condotto al sovraffollamento degli ospedali e alla loro dequalificazione, mentre l'interesse pubblico della tutela della salute esige che l'ospedale sia il più alto e il più qualificato presidio sanitario. E' questo un obiettivo che si raggiunge eliminando gli enti ospedalieri, la classificazione degli ospedali ed ogni residuo di interessi mercantili, come ad esempio le « camere paganti ». Occorre evitare soprattutto che la programmazione ospedaliera si risolva in una scelta quantitativa regolata da schematici standards di rapporti tra posti-letto ospedalieri e popolazione; essa deve basarsi su una scelta qualitativa, alla quale partecipino le popolazioni e le loro rappresentanze, fondata sulle reali condizioni delle popolazioni, dei territori in cui risiedono e dei presidi sanitari di base di cui dispongono, oltre che sulle razionali proposte di riforma di tale assetto sanitario di base (unico contesto in cui collocare le scelte ospedaliere).

Si tratta, in altre parole, di porsi l'obiettivo di trasformare gli ospedali da enti o aziende in servizi di un più generale servizio sanitario, nel quale essi devono completamente integrarsi, e abbandonare l'indiscriminata politica di espansione quantitativa. In particolare si tratta di privilegiare i servizi rispetto ai posti-letto, di promuovere e sostenere l'impegno del personale al posto della spartizione delle aree di potere, di adeguare la rete ospedaliera in relazione ai bisogni anziché espanderla a macchia d'olio. Occorre andare al di là degli interventi palliativi come questo che oggi discutiamo, e che pure riteniamo urgente « in stato di necessità » per mitigare gli aspetti più macroscopici della crisi di alcuni ospedali.

Sino ad oggi il Governo e la Giunta regionale non hanno provveduto ad impostare una politica sanitaria tesa a realizzare effettive condizioni di tutela della salute. Anche in questo settore la Giunta si è rivelata incapace di esprimere nei fatti (e in questo caso neanche a parole) una volontà contestatrice nei confronti del Governo per la mancata attuazione di un avvio di riforma sanitaria e soprattutto di promuovere iniziative ed interventi nell'ambito delle competenze statutarie della Regione sarda. E' mancato, di fatto, un programma

regionale sanitario avente come direttive principali: l'adeguamento delle strutture ospedaliere e sanitarie nel quadro delle previsioni di sviluppo economico e di assetto urbanistico territoriale; un sistema ospedaliero e dei presidi sanitari di base adeguati alle esigenze sociali di sviluppo civile della Sardegna (richiamati nella nostra mozione sui problemi delle strutture ospedaliere e sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria nell'isola), da realizzarsi attraverso la partecipazione diretta alle scelte e all'elaborazione delle popolazioni interessate, anche attraverso la convocazione di una Conferenza regionale sanitaria per discutere e definire le linee della programmazione sanitaria e del piano regionale dei presidi ospedalieri.

Le discrasie dell'attuale sistema sanitario (così gravi anche in Sardegna, di cui il dissesto delle strutture e l'anarchia dell'organizzazione ospedaliera sono un aspetto), il loro protrarsi nel tempo, l'anacronismo della situazione in ordine alla tutela della salute dei cittadini e le punte di pericolosità persino sconosciute in passato che ne derivano, sono responsabilità primarie del Governo e delle Giunte regionali che si sono succedute in Sardegna, incapaci di tradurre in iniziative politiche e in volontà di rinnovamento le spinte popolari e la coscienza (matura nel Paese e largamente presente tra le forze politiche) del diritto alla salute come obiettivo primario di una società civile e democratica. Il superamento di questa condizione, onorevoli colleghi, è evidentemente un fatto politico e una questione di democrazia che presuppone in generale un assetto della direzione politica del Paese e della Regione su un terreno avanzato e di svolta, che attraverso un nuovo rapporto con le forze autenticamente di sinistra, rimuova ogni ipoteca di destra e spazzi via anche le scorie del centrismo e del moderatismo comunque camuffato.

PRESIDENTE. E' iscritto a parlare l'onorevole Tufani. Ne ha facoltà.

TUFANI (P.L.I.). Signor Presidente, onorevoli colleghi, il mio intervento sarà necessariamente breve dato che non ho una competenza specifica sull'argomento. Non sono un

medico e, pertanto, non ho la possibilità di percepire appieno e in tutta la sua complessità la situazione drammatica della salute pubblica in Italia e in Sardegna, né posso valutare, con competenza, l'inadeguata consistenza delle strutture sanitarie; il mio intervento, perciò, sarà l'intervento un po' dell'uomo politico, un po' del cittadino, un po' dell'uomo della strada.

Mi sforzerò comunque di non fare un discorso prettamente politico, né azzarderò su questo argomento, così serio, delle puntualizzazioni demagogiche del tipo di quelle rese poco fa dal collega Granese in chiusura del suo intervento, quasi che la salute pubblica interessasse solamente — come mi è sembrato di capire dalle sue parole — una forza politica o i figli di alcune persone o di alcuni ceti sociali e non riguardasse invece tutti quanti noi. Normalmente, tutte le cose nella vita politica italiana, anche le più serie, vengono sempre inquinate (mi scusi il collega Granese per questo mio giudizio che lo riguarda personalmente) da una voglia e da una volontà di essere sempre i primi della classe nel fare della demagogia.

Io devo invece dare atto all'Assessore alla sanità, e quindi anche alla Giunta, della sollecitudine dimostrata nell'affrontare questo problema. Siamo sempre pronti a riconoscere i meriti (quando ci sono e sono da riconoscere), meriti e sollecitudine di cui diamo atto a questa Giunta anche se noi non la appoggiamo.

Devo riconoscere all'Assessore alla sanità il merito di aver recepito, con immediatezza, le conclusioni della quinta Commissione che, in adempimento a un ordine del giorno di questo Consiglio, ha compiuto un'indagine sulla situazione ospedaliera di Cagliari, pervenendo a delle conclusioni veramente drammatiche, che hanno trovato immediata rispondenza nell'applicazione di alcuni criteri di intervento da parte dell'attuale Assessore e della Giunta. Devo anche dare merito alla quinta Commissione di aver sbrigato in una limitata quantità di tempo questa indagine, a differenza, bisogna riconoscerlo, di altre indagini condotte da questo Consiglio regionale, i cui risultati, purtroppo, non sono ancora venuti alla discussione

di questa assemblea, pur essendo state le indagini provocate ed iniziate da molto tempo ed una addirittura già conclusa.

Dopo questi riconoscimenti, passando all'esame del provvedimento, muoverò alcune critiche a questo piano ospedaliero. Ancora una volta, per cercare di accontentare un po' tutti, sono stati diluiti i 4 miliardi a disposizione in molteplici interventi settoriali tra una quantità di ospedali o di presidi sanitari, sparsi in tutta la Sardegna. Secondo un nostro principio, che abbiamo sempre sostenuto, riteniamo che è molto meglio cercare di risolvere un problema, e risolverlo bene, piuttosto che fare interventi parziali e dispersivi che, pur portando qualche piccolo immediato beneficio, si risolvono, nel contesto della programmazione, in spese molte volte inutili, che domani saranno superate da altri interventi organici, che verranno anche a sovrapporsi. Ecco un motivo di critica e di dissenso; io mi sarei attenuto al primo programma o piano che era stato presentato dalla passata Giunta, per concentrare gli interventi su pochi complessi ospedalieri in modo da porre rimedio ad alcune macroscopiche ed assurde deficienze che sono state riscontrate nel corso dell'indagine; oppure, se avessi voluto ribaltare completamente il primo concetto informatore, contemporaneamente all'attuale provvedimento avrei presentato all'attenzione di questa assemblea un piano straordinario di intervento, contraendo (come da una richiesta contenuta in un ordine del giorno che verrà presentato a fine discussione e di cui sono uno dei firmatari) un consistente mutuo per un intervento completo e decisivo in questo delicato settore della sanità.

Perché — e qui concordo con i colleghi che sono intervenuti precedentemente, competenti in materia, medico l'uno, medico l'altro — effettivamente l'attuale situazione ospedaliera del nostro Paese e della Sardegna in particolare non è degna di una nazione civile. Ribadisco: in Sardegna in particolare, in quanto se devo accettare (come devo, secondo i dati statistici) gli indici di possibili ricoveri, risulta evidente la nostra collocazione al penultimo posto tra le regioni italiane e agli

ultimi gradini della scala in una valutazione mondiale. Di qui un duro giudizio sull'azione svolta dalla Regione nel campo della salute pubblica. Colpevole è stata, a mio avviso, per il passato, la classe politica sarda quando, avendo fatto in altri settori interventi integrativi o addirittura sostitutivi a quelli di competenza dello Stato, non ha pensato ad uno dei settori primari, anzi al più importante, cioè quello della pubblica salute. Non ha pensato ad un consistente intervento a favore delle attrezzature ospedaliere, per permettere agli abitanti di una regione povera, quale è la Sardegna, la possibilità dell'accesso in ospedali che siano nella loro terra, che abbiano ubicazione qui in Sardegna.

Veramente drammatica è stata la parte finale dell'intervento svolto ieri dal collega Lippi, quando ha accennato ad alcune situazioni che vengono a crearsi in Sardegna nel momento in cui (per certe malattie di cui non ricordo ora il nome) si ha bisogno e necessità di ricorrere a delle particolari trasfusioni di sangue per bambini o per adulti comunque colpiti da quella particolare affezione. E' necessario sottoporsi al sacrificio finanziario e allo strapazzo di dover attraversare il mare per venire ricoverati in cliniche del Continente, per essere poi molte volte rinviati in Sardegna anzi tempo dato che anche nel resto dell'Italia la situazione non è migliore di quella sarda. Il non aver posto rimedio a questo stato di cose, il non aver provveduto a far sì che per curare alcuni tipi di malattie non fosse più necessario attraversare il mare per essere ricoverati in un ospedale romano o milanese, io dico che è stata veramente una grave colpa della classe politica regionale! Una imperdonabile colpa, nel momento in cui per il passato non ha affrontato con la dovuta serietà, con la dovuta tempestività, questo gravissimo problema.

Ma la cosa più sconcertante, onorevole Assessore, è il fatto che, pur in questa drammatica situazione, si abbiano dei complessi ospedalieri ultimati da tempo e non ancora messi in funzione. Quando, nel mentre noi abbiamo questi indici così bassi di possibilità di ricovero, che sono addirittura la metà di

quelli ritenuti appena sufficienti dalla legge sanitaria nazionale (siamo infatti in Sardegna al 3 per cento in media), vi sono due ospedali — quello di « San Martino » in Oristano, se non sbaglio, e « Santa Barbara » in Iglesias — che mi si dice siano ormai da tempo ultimati, e senza alcuna valida ragione non ancora aperti, non ancora messi a disposizione di chi ha bisogno di ricovero, io dico che la responsabilità di chi questo consente è veramente molto grave! Io posso capire che l'ospedale di Iglesias non sia stato aperto, nonostante le invocazioni a Santa Barbara, dato che questa Santa è stata cancellata dal calendario liturgico; ma a San Martino gli oristanesi si sono rivolti! Purtroppo, anche l'intercessione di San Martino nulla ha pouto e vane sono risultate le preghiere. Speriamo che un nuovo santo, quello di cui l'attuale Assessore alla sanità porta il nome, voglia fare la grazia ...

Tralasciando ogni scherzo, è necessario, onorevole Assessore, che questi ospedali vengano messi al più presto in attività, e se sono necessari altri interventi finanziari si spenda quello che si deve spendere. Non si abbia poi alcuna remora nel colpire una volta tanto chi deve essere colpito, se vi sono state delle inadempienze o delle responsabilità.

E' veramente cosa assurda che, data l'attuale situazione, sia necessaria una raccomandazione per essere ricoverati in ospedale; che per essere accolti in una qualsiasi corsia o camerone sia obbligatorio rivolgersi a questa o quella persona cosiddetta importante; che sia necessario pregare e piangere per avere il diritto e la possibilità al ricovero, mentre vi sono decine, anzi centinaia di posti-letto che potrebbero essere messi a disposizione della comunità. Ci si assume una grossa responsabilità morale e politica, onorevole Assessore, nel momento in cui non si colpiscono le responsabilità laddove queste vi sono (e delle responsabilità io credo che senz'altro vi debbano essere).

Altro appunto che devo muovere nei confronti della sua parte politica, onorevole Assessore, riguarda il fatto che siamo arrivati con tre anni di ritardo a questo piano ospe-

daliero. I quattro miliardi già disponibili tre anni or sono avevano un certo valore. Se questo piano — questo o un altro non importa — lo avessimo discusso ed approvato allora, noi avremmo avuto la possibilità di intervenire in maniera più efficace, con la possibilità di realizzare una quantità di opere più consistenti, dato il maggior valore della moneta in quel momento. Pur avendo, molte volte, e questo è un altro assurdo, la disponibilità finanziaria, si lasciano passare sconsideratamente gli anni. La Regione aveva quella disponibilità; se si fosse contratto per intero quel famoso mutuo di 20 miliardi che il Consiglio aveva approvato circa tre anni or sono, avremmo avuto disponibili ben 12 miliardi da destinare a questo settore, cifra consistente che avrebbe consentito allora un intervento ben più massiccio, se non addirittura risolutivo.

Per quanto riguarda i due ospedali, anzi i tre ospedali che la quinta Commissione ha visitato a Cagliari, non vi è necessità alcuna di ritornare ad illustrare l'assurda situazione accertata sia sotto il profilo della ricettività e dell'igiene sia sotto quello della possibilità di intervento nei confronti dei malati. Ed ecco perché nel predisporre questo piano io forse avrei tenuto più presenti quelle che erano le risultanze a cui era arrivata la Commissione quando indicava in circa 675 milioni l'intervento minimo necessario per l'Ospedale marino di Cagliari e in un miliardo e 700 milioni quello per i due Ospedali civili della città... (*interruzioni*). Non è per una questione di campanilismo, non si può fare del campanilismo quando si trattano questi argomenti! La realtà è che gli ospedali di Cagliari, per tante ragioni, pur con le loro tante grosse insufficienze, normalmente accolgono non soltanto il cittadino di Cagliari, non soltanto il cittadino della provincia, ma anche il malato che risiede nella provincia di Nuoro o di Sassari. Vi è la tendenza molte volte, certo sbagliata, da parte del malato, di voler ricorrere all'ospedale del centro più grosso o dei centri più grossi perché egli crede che lì vi sia una migliore assistenza o comunque la possibilità di essere meglio curato e meglio sorvegliato. Forse c'è una fiducia e una speranza maggiore

nei medici che operano in questi grossi nosocomi, anche se questo non è del tutto esatto. Però, obiettivamente, bisogna tener conto di questa situazione.

Perciò non sarebbe stato affatto questo un atto di campanilismo da parte di chi questa tesi sosteneva e chiedeva un intervento più massivo, decisivo — se vogliamo — a favore di questi tre ospedali del capoluogo della Regione, per intervenire poi immediatamente negli altri ospedali, con interventi di tipo straordinario contraendo un nuovo mutuo che noi indichiamo, nell'ordine del giorno annunciato, in 20 miliardi. La cifra può sembrare enorme, onorevole Assessore e onorevoli colleghi, però noi riteniamo che qualsiasi somma venga spesa per la salute pubblica, a favore di chi meno ha la possibilità di poter ricorrere alle cliniche private, sia ben spesa.

Anche qui vorrei aprire una piccola parentesi. Si è criticata nel passato e si critica ancora da parte di alcuni Gruppi politici l'esistenza delle cliniche private, e non si vuol riconoscere che, nell'attuale situazione ospedaliera del nostro Paese, senza questo apporto complementare veramente la situazione da tragica sarebbe divenuta drammatica. E, d'altra parte, devo anche dire, per esperienza personale, che in queste cliniche private, almeno fino a poco tempo fa, la retta giornaliera non è che differisse di molto da quella dei normali ospedali, i quali però senz'altro offrono prestazioni meno buone, non dico sotto il profilo medico, ma sotto il profilo dell'assistenza in generale.

Per concludere, tornando all'argomento che ci interessa, io ritengo che la Giunta e il Consiglio regionale bene farebbero ad accogliere quell'ordine del giorno che altri colleghi ed io abbiamo sottoscritto e presentato. Ciascun componente di questo Consiglio regionale, senza distinzione di parte o di colorazione politica, se potessimo varare prima della chiusura di questa sesta legislatura un piano ospedaliero di tale portata, potrebbe terminare il suo mandato con la certezza e la consapevolezza di aver contribuito a risolvere uno dei più grossi problemi che affliggono la nostra società, conscio di aver fatto tutto il proprio

dovere nei confronti di coloro che purtroppo devono ricorrere all'assistenza ospedaliera. Potremmo veramente ripresentarci all'elettorato a testa alta! Con questa speranza e con questa aspettativa, concludo il mio intervento — non certo brillante né per forma né per contenuto — annunciando, pur mantenendo le critiche che ho fatto, il voto favorevole del Gruppo liberale.

PRESIDENTE. E' iscritto a parlare l'onorevole Fadda. Ne ha facoltà.

FADDA (P.S.d'A.). Signor Presidente, onorevoli colleghi, nel valutare il piano che è sottoposto al nostro esame e nel recepire le considerazioni svolte dalla Commissione igiene e sanità in merito alla situazione degli Ospedali marino e civile di Cagliari, non possiamo esimerci dall'inquadrare le due questioni nel contesto più vasto della generale situazione ospedaliera e sanitaria esistente in Sardegna, esaminandola sia sotto il profilo strettamente giuridico, sia sotto il profilo economico-sociale, sia infine sotto il profilo politico. Non mi soffermerò nel ribadire gli aspetti negativi (evidenziati dagli oratori che mi hanno preceduto e abbondantemente emersi nel corso delle discussioni in Commissione) per quanto attiene alla situazione di carenza strutturale, organizzativa e funzionale della maggior parte degli ospedali della Sardegna. Non basta infatti evidenziare i mali: li conosciamo, ed è per questo che si assumono determinati provvedimenti. Sono cose ormai note a tutti ed è inutile che le ripeta.

Però, d'altro canto, non posso esimermi dal valutare la portata del piano (perché questo è il nocciolo della questione) per quanto attiene ai contenuti finanziari dell'intervento. Dico subito e premetto che esprimo un giudizio positivo sulle scelte e sui criteri che l'onorevole Assessore e la Giunta hanno adottato ai fini della ripartizione di questa « manciata » di lire da spendere in direzione dell'edilizia ospedaliera. E' positivo, considerati soprattutto i limiti di disponibilità finanziaria entro i quali si è mosso l'Assessore, assurda addirittura per la sua scarsità e non considerabile

tale da permettere di formulare un piano di edilizia legato a tutti i presupposti, a tutte le argomentazioni e le necessità che sono a valle e che richiederebbero un piano organico e interventi di ben altra portata.

Che un impegno in questa direzione ci debba essere, concordo con l'onorevole Tufani, è del tutto opportuno, per cui io stesso vorrei avere il piacere di sottoscrivere quell'ordine del giorno che è stato predisposto (e che ancora non ho meditato, per lo meno valutato nei suoi particolari), nel quale appunto vengono indicate delle linee e vengono previste delle possibilità entro le quali, evidentemente, la Giunta regionale e l'Assessore alla sanità (che peraltro è molto solerte e responsabile) si dovranno muovere insieme al Consiglio per cercare di dare finalmente avvio alla soluzione di questo gravissimo e fondamentale problema.

Ripeto che si è mosso bene l'Assessore, e io vedo anche un qualche cosa che va al di là delle ragioni per le quali questi soldi dovevano essere spesi. I quattrini dovevano essere spesi in relazione a quel famoso mutuo di 20 miliardi, che era stato assunto come misura anticongiunturale, e relativamente alla necessità di dare un certo rilancio nei settori occupazionali, tra i quali veniva indicato quello edilizio, soprattutto dell'edilizia ospedaliera. Questo era l'obiettivo, che quindi non era strettamente sanitario. Ma l'Assessore e la Giunta, molto bene (e direi anche la Commissione, che ha poi recepito e fatto proprio il piano) sono andati oltre, ed hanno inquadrato — questo è il fatto positivo che riconosco all'onorevole Soddu — anche questo provvedimento limitato in una prospettiva di politica sanitaria.

Una scelta ben fatta, per esempio, riguarda il primo tentativo concreto di legare, dal punto di vista organico e dal punto di vista funzionale, le strutture nosocomiali alle strutture ambulatoriali; inoltre, la destinazione di una discreta somma (sempre in senso relativo) alle strutture ambulatoriali, finalizzate sotto il profilo funzionale e in un certo modo legate allo sviluppo industriale. Si tratta di presidi che tendono soprattutto alla preven-

zione e alla salvaguardia del lavoratore esposto in determinati ambienti di lavoro: ecco come i due settori si legano in una visione, io credo, intelligente ed articolata di organizzazione sanitaria, alla quale è necessario giungere al più presto in Sardegna come in tutto il resto d'Italia.

Valido nell'impostazione tecnica, considerando la limitatezza dei mezzi, il Piano è valido anche nell'impostazione di carattere politico. La necessità di tener presente una politica ambulatoriale, non fine a se stessa (come fine a se stessa non può essere una politica ospedaliera — bene ha detto il collega Granese poc'anzi —), discende anche dal fatto che l'ente pubblico oggi deve rispondere in modo adeguato a un nuovo tipo di domanda assistenziale che proviene dal corpo sociale. Quest'ultimo non chiede più la cura della malattia (cioè la tutela una volta che il cittadino è ammalato), ma chiede il mantenimento dello stato di salute, quindi soprattutto mette l'accento sulla necessità di organizzare strumenti di prevenzione. E la prevenzione non si può fare a livello di ospedali — o per lo meno non si può fare solo negli ospedali, per i motivi che poi dirò —, ma si deve fare soprattutto a livello di strutture ambulatoriali.

D'altro canto, su questa linea si muove la riforma sanitaria (e non potrebbe fare altrimenti) traendo frutto dalle indicazioni scaturite dai numerosissimi convegni di carattere politico, tecnico, sindacale, che si sono tenuti in Italia da dieci-dodici anni a questa parte. La Regione sarda, attraverso questo « piccolo » provvedimento, dà il segno di volersi muovere in questa direzione. E' necessario, quindi, legare questi due tipi di interventi, non solo per disciplinare il ricovero come tale, ma, ripeto, per attendere a delle esigenze moderne di tutela della salute pubblica.

D'altro canto bisogna fare anche delle considerazioni di altro genere. L'istituto del ricovero è indispensabile; l'ospedale è un presidio di base che nella società civile non può mancare, ma non risponde ai suoi obiettivi e alle necessità reali di tutela collettiva e del buon diritto del cittadino che questo strumento si dà attraverso le leggi, se del rico-

vero si abusa. Io spero di esporre le questioni per coloro che cortesemente mi ascoltano, in maniera chiara, e non vorrei essere frainteso. Non voglio negare al cittadino il diritto di andare all'ospedale; voglio invece che al cittadino sia dato uno strumento in più, che lo tuteli al di là e a monte dell'ospedale. L'ospedale infatti non è sufficiente, e non lo sarà mai, altrimenti. Ecco come si colloca il problema della carenza dei posti-letto. Va visto nel quadro della mancanza di presidi di prevenzione; va individuato nella selezione a monte che crea la situazione di disagio, insieme, ovviamente, alle carenze intrinseche dell'organizzazione ospedaliera italiana, della farragine burocratica che la caratterizza, della mancanza di snellezza funzionale all'interno degli ospedali.

Una legge è stata fatta, è vero, ma è una legge che non ha avuto efficacia, dobbiamo riconoscerlo, che non ha riformato un bel niente. La legge ospedaliera indica delle linee, ma purtroppo ad essa, per la sua applicazione, si legano tanti altri interessi. Basta pensare al decretone: quanto ha impedito l'esplosione positiva della legge ospedaliera, quanto ha bloccato l'estrinsecazione di tutte quelle iniziative che le amministrazioni avrebbero dovuto assumere, con il concorso dello Stato, in ordine al loro perfezionamento e a quello degli organici e delle funzioni dell'ospedale! Ma c'è ancora qualche cosa di più: ciò che non va è il sistema più generale che regola la stessa vita economica degli ospedali, inquadrata nel criterio assistenziale arcaico (arcaico in senso relativo) che vige tuttora in Italia, cioè il sistema della mutualità, della solidarietà così espressa a livello associativo, mancando invece la rispondenza a un dettato più profondo, più importante, cioè quello di garantire in ogni caso per tutti, attraverso il concorso di tutti, la tutela della salute dei cittadini. Quando dico questo, mi riferisco alla retta. Il criterio della retta, che fa sopravvivere gli ospedali, è un criterio negativo, che non darà mai soddisfazione a quelle esigenze di posti-letto di cui tanto si parla.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE ARE

(Segue FADDA). Da ultimo, metto anche il problema della carenza in assoluto di posti-letto. Onorevoli colleghi, gli indici di cui tanto si parla sono indici che l'organizzazione mondiale della sanità ha indicato (e che gli organi comunitari europei hanno fatto propri) riferendoli ad un *optimum* generico. Ma essi vanno rapportati agli aspetti qualitativi degli interventi, cioè non possiamo considerare un indice 6 a livello, per esempio, di ospedali per lungo-degenti. Non possiamo considerare quello stesso indice sufficiente, e dovremmo allargarlo al massimo, quando parliamo di acuti, per esempio; pensate soltanto al settore della traumatologia, e a quale sia oggi la sua importanza. Ancora: quando le famiglie vanno in vacanza e ricoverano i vecchi genitori negli ospedali, quelli occupano posti-letto e rendono insufficienti i servizi. Questa è la sostanza e qui è la carenza.

Ho fatto questi esempi per significare che noi dobbiamo parlare di indici relativi ai posti-letto tenendo presenti i convalescenti, i lungo-degenti, gli acuti, i cronici, le qualità dei servizi, delle divisioni, degli interventi, per i quali è chiaro che deve sussistere una disponibilità permanente e assoluta che non deve mai venir meno. Come si legano questi aspetti al problema della retta? E' evidente che nel momento in cui l'amministrazione ospedaliera, onorevole Assessore, fissa la retta (perché il cittadino la paga, quando va in ospedale, o la paga l'ente pubblico che lo rappresenta) col concorso dell'autorità tutoria e delle forze sindacali, di tutti gli operatori economici, di tutte le confederazioni degli industriali, dei commercianti, dei lavoratori, eccetera, cioè attraverso quegli organismi che sono preposti a esprimersi, e poi viene sancita con un decreto, questa benedetta retta, essa risulta alla fine il frutto di un'analisi obiettiva, per quanto possibile, dei costi, avuto riguardo al presunto numero di giornate di degenza che l'ospedale riuscirà a soddisfare nell'anno. Quando avesse 100 posti-letto, tanti deve coprirne, altrimenti fallisce! Se ne avesse 3 mila, nel giro di un mese deve coprire i 3 mila posti, quindi

il sistema farà sì che non ci sarà mai possibilità di soddisfare la richiesta di posti-letto, perché da un punto di vista puramente amministrativo l'ospedale deve coprire quei posti-letto, altrimenti non riesce a pagare i dipendenti e a dar da mangiare agli ammalati, perché la retta non gli sarebbe sufficiente. Cioè: se non ha quel numero di rette in relazione ai posti-letto in atto, in relazione al numero di giornate di ricovero che devono per forza arrivare, l'amministrazione ospedaliera non vive.

La retta ha come componenti, ai fini della valutazione, le spese relative a tutto quello che concerne l'ospedale, sia in conto capitale che in conto spese correnti, non ultimo il problema del personale. Concludo su questo aspetto puramente tecnico, dicendo che in un ospedale per lungodegenti, dove può essere sufficiente un infermiere per 20 letti, nel reparto di chirurgia ci vogliono per esempio 4 infermieri per un letto. In certi casi, forse, occorre una *équipe* di persone, anche dodici (per esempio, nella rianimazione). Come vedete, ci sono delle sostanziali differenze. Mediamente possiamo tenere per buone quelle esigenze e quegli indici di cui abbiamo parlato, ma se non si cambia il sistema non avremo mai una copertura adeguata. Saremo sempre in difficoltà! Una vera riforma deve partire, prima di tutto, da un presupposto: quello della fiscalizzazione degli oneri sociali e, nel mondo ospedaliero, della fiscalizzazione degli oneri relativi.

La riforma può muoversi solo da questo presupposto, altrimenti non esiste possibilità in assoluto di risolvere il problema assistenziale del paese, e tanto meno quello degli ospedali. A monte, quindi, occorrono servizi poliambulatoriali; servizi di base efficienti; potenziamento delle condotte mediche. Non lasciamo questi presidi periferici isolati, mortificati, senza il minimo conforto, senza un assistente sanitario che assieme al medico educi la popolazione; addirittura, alle volte, senza ambulatorio; senza strumenti di lavoro; più spesso, molto spesso, senza una persona che sia in grado di fare neppure la pulizia dell'ambulatorio. Questo è uno dei problemi

che stanno a monte e che vanno esaminati. Anche la riforma sanitaria non può muoversi che su questa base: modificando, aggiornando, strutturando, potenziando quell'istituto che potrà assumere anche un altro nome, nell'ambito degli strumenti periferici, e che oggi si chiama condotta medica, ma che comunque dovrà rimanere in vita. Io dico che è ancora un sistema tra i primi nel mondo, perché i paesi cosiddetti più progrediti del nostro non hanno neppure questo strumento di civiltà, rappresentato dalla condotta medica. Essa va potenziata, perché rappresenta uno degli elementi atti a garantire che la politica ospedaliera marci in un certo modo. E' semplice pletorizzare gli ospedali: mandiamoci tutti, e chi s'è visto s'è visto!

Certo bisogna creare le condizioni perché il medico possa espletare il suo mandato. Di solito, si fa molta politica e molta demagogia in campo sanitario, ma non si danno strumenti idonei per fare una qualificata assistenza (ivi comprese, purtroppo, le nostre amministrazioni comunali, che molto spesso pensano più ad altri che a questi problemi). Occorre poi pianificare territorialmente gli ospedali. Bisogna dare atto che la Regione sarda, già vent'anni fa, ha avuto intuito, creando quegli ospedaletti zionali che oggi fanno capo all'Ente « Crespellani ». Erano il primo segno di una previsione organizzata di presidi di base, di ospedali zionali che dovevano poi confluire nei presidi assistenziali (ripeto: ambulatoriali) per lavorare insieme e coordinarsi. Ma per ottenere questo risultato finale, bisogna che la Regione ne abbia la possibilità e la capacità. Quando parlo di capacità, parlo di capacità giuridica, intendiamoci. Credo che a questo punto, purtroppo, la Regione abbia le mani legate, perché quella capacità giuridica non ce l'ha.

Mi si permetta di muovere un appunto, a questo proposito, molto amabilmente. Io non riesco a capire come, a distanza di cinque anni dall'approvazione della legge n. 132 (la legge ospedaliera), in mancanza delle norme di attuazione dello Statuto sardo — in presenza delle quali, peraltro, il legislatore regionale non poteva che riferirsi alla legge ospe-

daliera — la Regione non abbia ancora fatto proprio, con un provvedimento di uno o due articoli, quanto previsto dall'articolo 67 della legge n. 132. Tale articolo sancisce che: « le Regioni a statuto speciale adegueranno la propria legislazione sanitaria ispirandosi ai principi della presente legge e alla legge sul piano ospedaliero nazionale ». Ma cosa si aspetta a fare questo? Perché è chiaro che se la Regione non lo fa, non può avere la possibilità di intervenire! Potrà tentare, potrà agire indirettamente, ma non ha la capacità giuridica, e nessuno sente in sé la forza di promuovere iniziative perché la Regione è avulsa.

Noi siamo l'unica Regione italiana dove ancora il controllo di legittimità e di merito è esercitato dal medico provinciale. Con tutto il rispetto per il medico provinciale (non parlo di quello di Cagliari, o di Sassari, o di Nuoro, ma parlo dei medici provinciali in generale), resta il fatto che questa istituzione è ancora al servizio dello Stato, o del Ministro, o del Gabinetto del Ministro, ma non è al servizio della Regione. E' un organismo da utilizzare, ovviamente, perché è uno strumento attivo, capace, che ha esperienza, ma dovrebbe essere acquisito per la parte di competenza alla Regione, per lo meno per questo settore. Ci furono dei tentativi, qualche anno fa: Dio ce ne scampi! Capitarono addirittura scioperi, perché immediatamente subentravano determinati interessi, con questi movimenti. Però io dico, ed è un invito quello che formulo, che la Giunta lo deve fare. Se non lo farà, io credo che dovrà farlo il Consiglio. Qualcuno si assumerà l'iniziativa di promuovere con due, tre articoli, il recepimento di quella norma, in modo che la Regione acquisisca di fatto i poteri. E quando li acquisisce in campo ospedaliero, onorevole Assessore, li ha di fatto acquisiti nel campo sanitario in generale. Non potrà assorbire le mutue, ma le potrà coordinare, e non è detto che non possa raggiungere delle intese anche con le amministrazioni delle mutue.

Certo è che la legge ospedaliera attribuisce il potere di creare strutture, di collegarle, e non solo *intra moenia*, ma anche al di fuori dell'ospedale, e quindi la Regione potrebbe

coordinare e fare la riforma, se volesse. La riforma sanitaria, di cui tanto si parla, ma di cui non so quanto effettivamente si voglia fare! Tutti ne parlano, ma non fanno un danno piffero, perché la riforma sanitaria non la vogliono! Noi la vogliamo, e siamo in condizioni di farla. Una riforma sarda, inquadrata in questi principi, che si adegui alla realtà della Sardegna (perché bisogna tenere conto anche di quest'ultimo aspetto quando si parla di posti-letto, di programmi, di piano): bisogna vedere che tipo di morbidità e di patologia sociale noi abbiamo, per orientare le scelte nosocomiali, le scelte strutturali a livello di poliambulatori, di centri organizzati nella direzione giusta. Se noi dovessimo fare istituti per curare malattie che qui non esistono, o che esistono solo per modo di dire, sarebbe assolutamente un assurdo.

Quindi è un appello, un invito, quello che io rivolgo. L'Assessore Soddu è un uomo volitivo, lo ammiro molto e gli sono amico, perciò gli dico che lo deve fare; lo faccia, perché altrimenti l'iniziativa la dovrebbe assumere il Consiglio, e questo non sarebbe certamente un fatto positivo per la Giunta che abbiamo in questo momento l'onore di sostenere. La pianificazione avverrà automaticamente a valle di questo: avendo i poteri, potrà farsi anche il piano ospedaliero. Si potrà obiettare: « Ma non si può fare un piano ospedaliero vero, se non esiste la legge nazionale di piano; non si può fare il piano ospedaliero se non esiste un piano economico quinquennale ». Si può sempre fare, si può sempre inserire, nel discorso della pianificazione regionale, sul piano economico; l'importante è avere degli strumenti di base, acquisire poteri diretti sul controllo degli enti ospedalieri, e quindi gestirli direttamente (per la parte di competenza, ovviamente, e nei limiti in cui, in linea di diritto si può fare), coordinandoli, indirizzandoli e rendendoli efficaci.

Questo è lo spirito nel quale io mi muovo, nell'apprezzare quel programma, pur limitato, ripeto, per l'entità finanziaria, ma capace di dare già il segno di una volontà politica della Giunta e della Commissione, che si è espressa con voto unanime. Con questo spirito io con-

fermo la mia adesione e la mia approvazione alla relazione e al documento del piano di indirizzo ospedaliero che ci sono stati presentati.

PRESIDENTE. E' iscritto a parlare l'onorevole Zucca. Ne ha facoltà.

ZUCCA (Indip.). Signor Presidente, onorevoli colleghi, la presentazione al Consiglio della relazione della Commissione di indagine su alcuni ospedali di Cagliari e la previsione della spendita di quattro miliardi di mutuo, destinati al settore ospedaliero, consentono di mettere a fuoco alcuni problemi riguardanti l'intero settore. Finora, per quanto riguarda la questione ospedaliera, la Regione sarda aveva un alibi: quello delle scarse competenze che le derivano dallo Statuto speciale. Sennonché ormai, come ciascuno di noi sa, queste competenze sono state, di fatto, allargate dalla legislazione statale riguardante tutte le regioni, perciò anche questo alibi delle scarse competenze — per cui, dopo venti anni di autonomia, la situazione ospedaliera nella Sardegna nel complesso non è migliorata, ma semmai è peggiorata, e non già perché non si siano costruiti degli ospedali o perché non si siano fatti gli interventi, ma perché sempre maggiore è il bisogno delle popolazioni — viene a cadere. Oggi la Regione può e deve diventare il centro per risolvere, in maniera adeguata, il problema delle attrezzature sanitarie nell'Isola, naturalmente utilizzando anche i fondi destinati dallo Stato in questo settore, ma anche mediante un intervento, che io credo debba essere cospicuo, integrativo di quello statale.

I 4 miliardi che iniziamo a spendere in questo settore sono una piccola integrazione ad un intervento che lo Stato ha fatto o sta facendo, sia pure in misura assolutamente inadeguata, il che sta a dimostrare, ancora una volta, che i Governi che si sono avvicendati all'amministrazione della cosa pubblica in Italia hanno trascurato uno dei settori fondamentali nei quali si manifesta il grado di civiltà di un popolo e, oserei dire, la civiltà di un popolo al di là del regime economico e sociale su cui si basa. Di recente, dei con-

siglieri regionali sono andati in un paese socialista e hanno visitato alcuni ospedali. Ebbene, l'impressione che hanno riportato dal complesso delle attrezzature sanitarie e ospedaliere di quel paese è pressoché analoga a quella che, per esempio, io, senza fare grandi indagini, ho avuto da un paese capitalistico, la Svizzera, in cui indubbiamente l'attrezzatura sanitaria-ospedaliera è all'altezza dei paesi socialisti. Indubbiamente l'Italia è, tra le nazioni cosiddette industrializzate, la più arretrata d'Europa e del mondo in questo campo.

E dobbiamo dire che dopo vent'anni di autonomia non è che l'intervento, non soltanto finanziario, ma anche politico, della Regione sia servito molto a modificare in meglio le cose in Sardegna. Basti pensare, per esempio, a ciò che risulta da quella breve indagine che ha compiuto la Commissione in due ospedali di Cagliari, per i quali parlare di ospedale è già fare un'offesa al significato di questo termine! In realtà, altro termine dovrebbe usarsi nel definire l'Ospedale civile o l'Ospedale marino di Cagliari, che indubbiamente hanno bisogno (come la Commissione ha tentato di documentare) di interventi urgenti per poter funzionare da ospedali e non da semplici ricoveri malandati quali oggi sono. Ed ecco che sorge allora il problema di sapere se ci aviamo anche qui a programmare seriamente come Regione, o se vogliamo continuare, invece, a vivere alla giornata, a operare con interventi limitati (come del resto è anche questo). Qualcosa si è mosso, per fortuna, su iniziativa di consiglieri regionali, che durante la discussione del bilancio hanno sollevato il problema di questi due ospedali: si è fatta l'indagine, se ne è accertata la reale situazione. Naturalmente, da cosa nasce cosa, e anche altri consiglieri hanno manifestato le esigenze delle loro singole zone, hanno prospettato la situazione degli ospedali in Sardegna, per cui oggi la Regione, Giunta e Consiglio, sono investiti di questo grosso problema.

Tra poco, io penso tra qualche mese, la Giunta dovrà presentare il piano sanitario regionale, anche in base alle leggi dello Stato; io credo che questo non basti, e occorra fare anche un inventario della situazione presente.

Tale inventario si può fare soltanto con l'indagine « sul campo », così come ha fatto la Commissione per quanto riguarda gli Ospedali civile e marino di Cagliari. Ecco perché io credo che da questo dibattito debba scaturire anche un impegno del Consiglio per la Commissione competente di estendere l'indagine a tutto il resto della Sardegna. In alcuni mesi si può fare un'indagine seria, in modo che, quando la Giunta presenterà il piano sanitario regionale, avremo a disposizione il documento della Commissione per sapere quali altri interventi (anche al di fuori delle leggi dello Stato) la Regione dovrà fare.

Che la situazione sia terribile, è ormai documentato; d'altra parte ciascuno di noi, per motivi vari, si reca negli ospedali, e può quindi rendersene conto. Indubbiamente la situazione è pesante: vi è carenza di posti-letto, e non soltanto perché le medie sono in Sardegna non rispettate e di molto inferiori a quelle minime previste, ma anche perché i posti-letto, per un cumulo di situazioni che si sono create, sono male utilizzati in gran parte. Non c'è dubbio poi che le carenze di alcuni servizi, in varie specializzazioni, obbligano il degente a stare in ospedale più a lungo di quanto non avvenga in paesi civili.

Faccio un esempio, che ho constatato di persona: son dovuto rimanere ricoverato otto giorni in ospedale per fare delle analisi che in Svizzera ho fatto nel giro di tre quarti d'ora! Le stesse identiche analisi, senza bisogno neppure di ricovero! Quel letto che io ho occupato per le analisi che si potevano eseguire benissimo (come è accaduto in Svizzera) senza neanche ricoverarmi, è stato occupato per otto giorni, e può darsi che un ricovero d'urgenza non si sia potuto fare perché il posto-letto era occupato da me. Ho portato un esempio tipico e personale per dire quello che si verifica: accanto alla carenza dei posti-letto vi è il problema della carenza dei servizi, per cui, per dire, nell'ospedale di Cagliari bisogna aspettare un mese molte volte per avere una radiografia, e quindi uno sta ricoverato lì per un mese solo perché mancano le attrezzature e l'organizzazione! Quindi, accanto alla questione dei posti-letto che

mancano, vi è anche quella di mettere gli ospedali in condizioni di funzionare meglio.

Altro esempio: ci sono dei nuovi ospedali, pronti di tutto, ma mancano alcune centinaia di milioni per poterli fare funzionare. E' il caso tipico di Iglesias e di Oristano, per cui ecco che abbiamo incluso Oristano, per esempio, assegnando duecento milioni per il vecchio ospedale, perché quello nuovo non è in grado di funzionare. A mio parere, si rendono indispensabili interventi integrativi della Regione indirizzati in una duplice direzione: per i nuovi e per i vecchi ospedali. Non è che noi vogliamo fare interventi sostitutivi di quelli dello Stato, bensì integrativi, per sistemare i vecchi ospedali, che con la spesa di certe somme di denaro (è il caso di quello di Cagliari o di quello di Oristano) possono essere messi in grado di meglio funzionare e di allargare anche il numero dei posti-letto. Per esempio, credo che l'ospedale di Cagliari abbia già stabilito di fare due sezioni di radiologia, una all'ospedale provinciale e l'altra a Is Mirrionis. Tutti sapete che ormai il settore della traumatologia è in continua espansione (incidenti stradali e così via), eppure ci sono molti ricoverati che nel reparto di traumatologia devono stare molto più del necessario in attesa della famosa radiografia: può sembrare una sciocchezza, d'altra parte non si può operare senza radiografia.

L'indagine abbastanza seria che ha fatto la Commissione deve essere estesa a tutta la Sardegna, per vedere quali interventi urgenti e integrativi debba fare la Regione. Interventi integrativi che possono essere anche nell'ordine di miliardi e decine di miliardi, ma son soldi ben impiegati. Prendiamo adesso il caso del nuovo ospedale di Cagliari: praticamente è in porto per quanto riguarda le opere murarie, ma non c'è nessuno stanziamento per quanto riguarda le attrezzature. Cosa può succedere? Che si ultima l'ospedale nel suo complesso di mura, eccetera, ma mancano le attrezzature! Ed allora bisogna fare gli stanziamenti, aspettare di indire gli appalti e così via; passano così altri due o tre anni con l'ospedale costruito ma non attrezzato.

Il personale, poi. L'intervento della Regione deve essere complementare di quello dello Stato non soltanto per quanto riguarda l'ospedale (posti-letto, attrezzature, servizi e così via), ma — come giustamente mi faceva osservare il collega Usai — anche per quanto concerne il personale. Per esempio, se vogliamo paragonare il personale ospedaliero che abbiamo in Svizzera (io parlo della Svizzera che conosco) o nei paesi socialisti, con quello che abbiamo in Sardegna, c'è da sentirsi rizzare i capelli! Le infermiere diplomate sono pochissime, vi sono solo infermieri generici e portantini. La colpa non è degli infermieri, naturalmente, ma degli ospedali, del pubblico potere che non organizza i corsi di specializzazione, che non fa programmazione professionale. Ecco quale può essere un intervento complementare della Regione: organizzare dei corsi di qualificazione professionale e di specializzazione, che secondo me si impongono, a parte altre questioni che dobbiamo rivedere.

Una di queste è un mio chiodo fisso, ma credo che sia condivisa da parecchi colleghi. C'è stato un periodo, anni fa, in cui la Regione ha pensato di — come dire? — periferizzare gli ospedali, cioè di fare in ogni zona un ospedale. Io credo che questa sia stata un'esperienza negativa, nel suo complesso. Leggiamo tutti i giorni nel giornale: « L'ospedale "X" senza sanitari, chiuso o quasi... » eccetera. Io penso che (tranne delle eccezioni) creare degli ospedali zionali in zone molto periferiche sia stato un errore. Abbiamo voluto fare una esperienza, che per un dato momento poteva andare anche bene. Occorre però, adesso, creare delle strutture più agili in periferia, e consentire la realizzazione di una rete di mezzi per il rapido trasporto dei malati da qualunque zona della Sardegna agli ospedali attrezzati, che abbiano anche personale sanitario adeguato — perché è chiaro che in un ospedale zonale non è che ci possa andare il primario di fama; quello non se ne va a Sorgono o ad altro ospedale periferico! Si capisce che, a seconda del tipo di ospedale, si ha anche il personale sanitario medico di un certo livello —. Per esempio, anziché doversi rivolgere, ogni tanto, ai carabinieri, alla marina, o al-

l'aviazione per avere un elicottero per trasportare i degenti, io penso che dovrebbe esserci un servizio di elicotteri a disposizione dei maggiori ospedali per il trasporto rapido dei malati, soprattutto quelli dell'estrema periferia. Insomma, l'ammalato grave del più sperduto paese di montagna deve essere messo in condizioni di poter raggiungere il grande ospedale e il grande primario quanto il cittadino di Cagliari o il cittadino di Sassari, ecco il punto!

Il fatto che si debbano creare posti-letto, attrezzature e così via (che sono indispensabili e necessarie) e che anche in periferia ci debbano essere dei complessi sanitari di un certo tipo, non nasconde la necessità di dover attrezzare in modo compiuto alcuni grossi centri chirurgici e di creare la possibilità di trasportare in questi centri, da qualunque località, qualsiasi ammalato. Questo mi pare che oggi l'esperienza dimostri, perché diversamente avremmo anche carenza di personale sanitario (come si verifica negli ospedali regionali che abbiamo creato). Io credo che quell'indirizzo di cui parlavo sia stato sbagliato, e che invece sia necessario avviarci ad avere alcuni grossi complessi ospedalieri. In fin dei conti siamo un milione e mezzo di abitanti (anche se sparsi in un'Isola di 24 mila chilometri quadrati), per cui 4 o 5 grossi complessi ospedalieri, con attrezzature funzionali e la possibilità del rapido trasporto, rappresenterebbero, secondo me, una soluzione molto migliore di quella di creare tanti piccoli ospedali poco attrezzati ed anche con personale sanitario abbastanza deficiente. Di morti che potevano non avvenire son piene le cronache, e ciascuno di noi ha fatto le proprie esperienze anche con persone vicine.

FADDA (P.S.d'A.). Anche la giungla dei grandi ospedali...

ZUCCA (Indip.). La giungla degli ospedali dipende da chi la giungla permette. Prendiamo il caso del chirurgo. Non è che i grandi chirurghi siano in abbondanza! Veniamo al sodo...

FADDA (P.S.d'A.). Pensa ai casi di perforazione gastrica, agli infarti. E' chiaro che non puoi trasportarli a 130 Km ...

ZUCCA (Indip.). Certo, se vai con la macchina. Ma con l'elicottero in un'ora sei qua!

Insomma questa è un'esperienza negativa. Io ho visto (potrei fare i nomi) gente che è morta proprio perché il personale sanitario l'ha fatta morire; perché in molti ospedali zonali non hanno neanche un buon chirurgo, non hanno un buon ostetrico. Non parliamone! Non parliamone, perché son cose che tutti quanti noi sappiamo. Insomma, è difficile attrezzare tutto e bene. Secondo me bisogna invece mettere qualsiasi cittadino in grado di raggiungere il grande chirurgo, se l'operazione lo richiede, perché di gente che fa il chirurgo ce n'è molta, ma i chirurghi degni di questo nome sono molto pochi. Come gli specialisti: in alcuni settori ve ne sono molti, ma gli specialisti veri sono pochissimi, anche perché le specializzazioni che si fanno in Italia, viste al confronto di quelle di altri paesi, fanno semplicemente ridere, in gran parte. Ridere, soltanto ridere mi fanno! Come ridere mi fa anche il modo come si ottengono le specializzazioni in Italia, in confronto ad altri paesi.

Tornando al discorso degli ospedali periferici, bisogna considerare anche il fatto che spesso volte il grande chirurgo si reca nell'ospedale di periferia ad operare, e impiega molto più tempo che se l'elicottero avesse portato l'ammalato nel grande ospedale, dotato di diverse attrezzature, oltretutto.

Tutto ciò non toglie che io sia favorevole ai presidi sanitari, anche nelle zone industriali. Certo vanno attrezzati, naturalmente, ma sarei contrario a fare il grande ospedale solo perché esiste una fabbrica. Deve invece essere concepito il modo più rapido di trasporto verso i complessi più ampi e più specializzati. Ecco la mia idea, praticamente; potremo discuterla, e non è detto che deve essere per forza quella giusta, ma abbiamo alcune esperienze che ci confortano in questo senso.

Questi sono i problemi, e altri ve ne possono essere, naturalmente, come quello degli

ambulatori nei paesi. Abbiamo fatto un piano per gli ambulatori, tempo fa, che sicuramente bisogna rivedere. Quella volta si era fatto ambulatorio e mattatoio: in conclusione, si sono fatti ambulatori, pochi buoni e molti non buoni; mattatoi se ne sono fatti ovunque, anche dove si macella un bue ogni anno, e la gran parte dei mattatoi sono anche chiusi, come voi tutti sapete, per l'abbandono in cui sono stati lasciati. Secondo me, accanto all'indagine della Commissione sarebbe utile anche un'indagine della Giunta. Si potrebbe per esempio scrivere a tutti i Comuni per avere notizie sulla situazione sanitaria e assistenziale esistente in ciascuno di essi. Ciò permetterebbe di avere un quadro generale, in modo che la Giunta, nel predisporre il piano generale sanitario, sia confortata da questo « inventario dei bisogni ».

Ci potrà poi essere questo intervento integrativo e complementare della Regione a completamento dello stanziamento che lo Stato deve fare in quel settore; cioè, quando noi diciamo « interveniamo », non è per diminuire la carica rivendicativa nei confronti dello Stato, ma è per un settore importante, dove oggi la Regione ha anche delle competenze, che dovrà estendere man mano che le leggi glielo permetteranno. E' un intervento in un settore vitale, qualificante e assolutamente necessario per un paese che si vuol chiamare civile. Direi che la scuola è importante, certamente, ma la questione degli ospedali lo è ancora di più (se questo è possibile dire, trattandosi di due settori fondamentali entrambi).

Altra questione è quella dei presidi sanitari nelle grandi zone industriali, o dove sorgono dei complessi industriali importanti. Ovviamente, questo è un fatto importante, e non può essere affidato alla gestione del datore di lavoro, il quale può essere una persona rispettabile ma può essere anche una carogna, e allora ci vuole la garanzia del servizio pubblico, anche per quanto riguarda gli operai occupati nelle industrie. Vi è poi la questione dei reparti ospedalieri che ancora oggi non abbiamo attrezzato, e che è strettamente connessa alla precedente. C'è il reparto, per esempio, delle ustioni: abbiamo oggi delle fab-

briche in cui, indubbiamente, il pericolo delle ustioni è molto più esteso che in passato. E' chiaro che l'organizzazione ospedaliera non si è ancora resa conto, o non ha potuto, o non ha voluto fare quanto necessario per avere dei reparti specializzati. Noi abbiamo dei complessi chimici molto importanti: bisogna attrezzarci anche sotto il profilo ospedaliero, a questo riguardo.

Abbiamo poi da risolvere la questione microcitematica: sapete tutti che per fare trasfusioni bisogna andare a Roma. C'è chi ci può andare, naturalmente, e chi non può, e allora si muore ... Ci sono alcune specializzazioni tipiche (per esempio questa della microcitemia, reni artificiali, rianimazione, eccetera), cioè alcuni settori dell'assistenza sanitaria moderna, più sviluppati, in questo momento, in cui noi dobbiamo intervenire accanto allo Stato, non al posto dello Stato.

Nell'ultima crisi regionale, ci fu una gara a non volere lo scranno dell'Assessorato alla sanità. Non lo voleva nessuno, ed erano tutti puntati all'Assessorato al turismo, allo sport, perché consente i piccoli intrallazzi del contributo o anche il grande intralazzo del contributo ai grossi complessi alberghieri. Io credo però che un Assessore, che voglia fare il politico, abbia molto più da fare in questo settore che in quelli dello sport o del turismo; le vicende ci hanno portato ad avere un Assessore alla sanità che è un uomo politico, non un medico, che potrà analizzare i problemi con visione politica. Non so quanto rimarrà in quel posto: per alcuni aspetti, sarebbe bene che ci rimanesse; per altri, sarà difficile che ci rimanga. Comunque, finché c'è, sfruttiamolo! Sfruttiamo le sue capacità per intervenire in quel settore in maniera più adeguata di quanto non abbiamo fatto finora.

Ci sono alcuni settori che vanno rivisti. Discuteremo un ordine del giorno riguardante il centro oncologico, e non si dica che l'intervento per costituire il centro oncologico, per fare un settore specializzato in questo campo, è stato sbagliato. Solo bisogna vedere come funziona e come è stato utilizzato. Le cose che si dicono le sapete tutti, quelle che non si dicono le sapete tutti lo stesso, anche se

molto più tardi: anche qui bisogna mettere un po' d'ordine, praticamente. Bisogna vedere se il personale è specializzato come dovrebbe essere; si fa presto a dire: « E' un centro di ricerche », però bisogna vedere chi sono i ricercatori. Non vorrei che molti ricercatori fossero dei ricercati, insomma, o gente da ricercare...

Bisogna stare attenti, in alcuni settori in cui si opera: la giungla dei grossi ospedali è un po' la giungla di tutta l'organizzazione medica, per cui la mia tesi è che la più grande rivoluzione che si possa fare in Italia sia quella del settore sanitario. E' più facile nazionalizzare la FIAT che fare una riforma sanitaria seria! Questo perché siamo in Italia, perché in altri paesi, civili e moderni, hanno fatto la riforma sanitaria senza « nazionalizzare le FIAT ». Qui in Italia, ripeto, fare una riforma sanitaria seria è più difficile che nazionalizzare la FIAT ... Secondo me non è facile manco quello. Dicevo che è più difficile, secondo me, fare una seria riforma sanitaria, nel senso inteso in tutti i paesi moderni, cioè di servizio sanitario nazionale, della sanità a disposizione di tutti nella stessa maniera, per cui il disgraziato può avere a disposizione il grande chirurgo o il grande clinico, come lo ha chi ha soldi!

Le baronie, la giungla, ci sono, ed è difficile stroncarle, ma io credo che la Regione, anche soltanto con la sua presenza, possa servire a modificare alcune situazioni: presenza, diciamo, temporanea di una commissione di indagine; presenza permanente della Giunta regionale e dell'Assessore preposto. Io penso che così si possano correggere (non dico rivoluzionare) alcune delle maggiori strutture. Circa la spendita di questi quattrini, si capisce che ci sarebbero altri modi di spenderli; ci vorrebbero trenta miliardi, probabilmente, e allora forse potremmo fare una cosa organica e completa. Ecco perché abbiamo presentato un ordine del giorno in cui invitiamo la Giunta a predisporre un provvedimento per l'accensione di un mutuo (abbastanza solido), in modo da poter fare, al momento opportuno, gli interventi integrativi, accanto a quelli

dello Stato, in questo settore fondamentale per tentare di rendere quest'Isola un po' meno disgraziata.

PRESIDENTE. Poiché nessun altro è iscritto a parlare, dichiaro chiusa la discussione generale. Sono pervenuti alla Presidenza quattro ordini del giorno. Se ne dia lettura.

MEDDE, Segretario:

Ordine del giorno Bertolotti - Melis Antonio - Spina - Serra - Fadda - Baghino sul piano straordinario ospedaliero:

« Il Consiglio regionale, a conclusione della discussione del Piano straordinario ospedaliero, in attuazione della legge regionale 3 settembre 1970, n. 30, presentato dalla Giunta regionale; attesa l'importanza, peraltro condivisa all'unanimità dalla Commissione competente, di intervenire nelle zone in fase di sviluppo industriale, attraverso il potenziamento dei presidi sanitari locali; impegna la Giunta regionale a destinare lo stanziamento di lire 200 milioni, previsto per l'Ente Ospedaliero "L. Crespellani", prevalentemente, per quegli ospedali dell'Ente esistenti nelle zone industriali ». (1)

Ordine del giorno Usai - Peralda - Tufani - Zucca - Concas - Campus - Granese sulla convocazione di un convegno regionale sui problemi sanitari:

« Il Consiglio regionale, a conclusione del dibattito sul piano straordinario ospedaliero; impegna la Giunta regionale a convocare, entro il corrente anno, un convegno regionale sanitario per definire le linee della programmazione sanitaria e del piano regionale dei presidi ospedalieri ». (2)

Ordine del giorno Usai - Zucca sul riconoscimento dell'Ospedale oncologico in Ente Ospedaliero:

« Il Consiglio regionale, a conclusione della discussione generale sul piano straordina-

rio ospedaliero; impegna la Giunta regionale a predisporre le misure necessarie per il riconoscimento dell'Ospedale oncologico in Ente Ospedaliero ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 ». (3)

Ordine del giorno Concas - Campus - Melis Antonio - Corona - Tufani - Zucca - Usai - Granese - Peralda - Biggio - Fadda sullo svolgimento di un'indagine negli Ospedali dell'Isola sulla presentazione e finanziamento di un piano sanitario regionale:

« Il Consiglio regionale, al termine della discussione sul "Piano straordinario ospedaliero" che attua la legge regionale 3 settembre 1970, n. 30, e sulla indagine sull'Ospedale civile e sull'Ospedale marino di Cagliari; constatata la gravissima situazione in cui versano quasi tutti gli Ospedali dell'Isola che sono ubicati per la maggior parte in locali inadatti e vetusti e insufficienti; considerato che il numero dei posti disponibili nelle tre Province è al di sotto della media ritenuta sopportabile e che comunque occorrono per soddisfare tutte le esigenze circa 5.000 posti letto; ricordato che con l'attuazione della riforma sanitaria l'Amministrazione regionale dovrà provvedere direttamente alla gestione della pubblica assistenza dell'Isola, delibera di far svolgere una approfondita indagine da parte della Commissione alla Sanità presso tutti i nosocomi dell'Isola ed entro il 30 novembre 1973 per accertare: a) quali siano le condizioni della struttura muraria e dell'immobile in genere; b) quali siano le disponibilità e le condizioni delle attrezzature medico sanitarie; c) quali siano la consistenza e la funzionalità dei diversi reparti, divisioni o sezioni, nonché dei vari servizi; d) quale sia la ricettività effettiva complessiva e settoriale di ogni nosocomio raffrontata con la necessità reale dei posti-letto; e) quale sia la presenza effettiva dei sanitari, degli infermieri, degli amministrativi, degli ausiliari e del personale religioso, raffrontata con le esigenze reali degli ospedali; f) quale sia la situazione amministrativo-finanziaria di ogni nosocomio con particolare riferimento ai debiti, ai crediti ed al

VI LEGISLATURA

CCLXXII SEDUTA

26 GIUGNO 1973

patrimonio; g) quale sia la superficie che gravita attorno all'Ospedale e quanti siano gli abitanti; impegna la Giunta regionale 1) a predisporre i provvedimenti per la contrazione di un mutuo sufficiente alla sistemazione la più moderna e funzionale di tutti gli Ospedali dell'Isola che sia integrativo degli interventi statali nel settore; 2) a proporre adeguate misure per invogliare sanitari sardi ad acquisire specializzazione nelle branche che risultino carenti; 3) a proporre adeguate misure per consentire la formazione professionale e le specializzazioni tecniche del personale para-sanitario; 4) a presentare al Consiglio entro il 31 gennaio 1974 il piano regionale sanitario ». (4)

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare l'onorevole Concas, relatore.

CONCAS (D.C.), relatore. Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, dopo gli interventi degli onorevoli Granese, Tufani, Fadda e Zucca rimane ben poco da dire. Al relatore spetta il compito di riferire quello che è successo in Commissione, cioè deve fare il cronista.

Le Commissioni seconda e quinta si sono riunite l'otto di giugno per esaminare il piano predisposto dalla Giunta. Era nato un certo conflitto tra le due Commissioni, perché la quinta rivendicava a sé il diritto di discutere e di dare il parere su quelle che erano le decisioni della Giunta in merito alla distribuzione di questi quattro miliardi. Sarebbe nato un contrasto, se la diplomazia dei Presidenti delle due Commissioni non avesse portato al superamento del delicato momento, e le due Commissioni, sotto la Presidenza dell'onorevole Spina e dell'onorevole Campus, si sono riunite per discutere il problema. La discussione sulla distribuzione dei quattro miliardi è stata estremamente serena. Merito anche dell'Assessore che, con chiarezza e con facilità, ha esposto i criteri fondamentali che la Giunta aveva seguito nel giungere alla divisione di questi pochissimi danari.

Al termine dell'esposizione dell'Assessore sono intervenuti diversi consiglieri, ognuno dei quali ha sostenuto una sua tesi partico-

lare. Vi è stato chi ha sostenuto la necessità di dare una manciata di milioni all'ospedale di Oristano, che era ed è in pessime condizioni; vi è stato chi ha preso la parola per sostenere la necessità che anche terre abbandonate, come l'Ogliastra, avessero un presidio sanitario; vi è stato, infine, chi ha preso la parola in favore e contro le proposte novità che sono chiamate « presidi sanitari ». Ognuno ha avuto la possibilità di dire la sua. Certamente vi è una sola cosa ferma, e cioè che questi fondi sono stati messi a disposizione degli ospedali della Sardegna perché possano migliorare le loro attuali attrezzature, per migliorarne la resa e quindi la loro classificazione. A rigor di termini, pochissimi nosocomi dell'Isola dovrebbero avere sussidi da questo piano per rispettare in pieno la legge. Però, siccome le necessità sono tante (come tutti hanno avuto modo di esporre), le due Commissioni insieme hanno trovato l'accordo per dividere i fondi in una maniera che è apparsa estremamente giusta, rispettando, quasi integralmente, quello che era il programma della Giunta. Vi è stato soltanto lo spostamento di 300 milioni, che passano dall'Ente Ospedaliero « Luigi Crespellani » all'Ente Ospedaliero « Ospedali Riuniti », che prima aveva 700 milioni, secondo il programma della Giunta, e che invece ha attualmente un miliardo di lire.

Vi è poi da riferire che, nel corso della discussione, oltre ad invocare qualcosa per l'ospedale di Oristano, vi è stata anche una richiesta d'intervento per quanto riguarda l'Ente Crespellani, in favore dell'Ospedale di S. Gavino.

Detto questo, signor Presidente, onorevoli colleghi, a me non rimane altro che sollecitare dal Consiglio l'approvazione del programma così come è stato redatto dalle due Commissioni, dopo aver sentito il parere della Giunta.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare l'onorevole Campus, relatore.

CAMPUS (D.C.), relatore. Signor Presidente, onorevoli colleghi, sono qui in veste di relatore per l'indagine che è stata compiuta

dalla Commissione sugli ospedali di Cagliari, ed esattamente l'Ospedale civile e l'Ospedale marino. Ritengo che l'ampia relazione e l'approfondito esame della Commissione siano sufficientemente chiari, e diano modo agli onorevoli consiglieri di esaminare, con tutta serenità, quello che è stato deciso, appunto, e relazionato dalla Commissione.

Devo, in questa sede, dare atto ai componenti della Commissione dell'impegno e dell'abnegazione con cui hanno condotto, oltre che una seria indagine, un vero studio sulla situazione degli ospedali di Cagliari. E vorrei che altrettanto fosse fatto per gli ospedali di tutta la Sardegna. Debbo inoltre sottolineare, in qualità di Presidente della Commissione, che unanimemente, senza sfumature di colore, sia dalla destra che dalla sinistra, si è veramente riconosciuta qual è la situazione reale dell'ospedale civile, che noi abbiamo il dovere di ritenere veramente un ospedale a livello regionale.

Onorevoli colleghi, io credo di non dover aggiungere altro a quello che è stato detto stamattina in questa sede, perché le discussioni abbinate — che hanno portato a relazionare sul piano della ripartizione ospedaliera e sull'indagine degli ospedali — hanno ampiamente messo a nudo una situazione veramente drammatica. Debbo ancora sottolineare che la Commissione, nonostante l'impegno per esaminare i problemi degli ospedali di Cagliari, ha ritenuto con molta serenità di non dover fare discriminazioni, e quindi non è apparso niente che possa sembrare campanilistico nei riguardi degli ospedali del capoluogo. Ono-

revoli colleghi, ho il dovere di ricordare come, e più di una volta, i lavori sia della Commissione sia della Giunta regionale siano stati ostacolati dal fatto che noi non abbiamo i poteri delegati. Qualche volta è stato ricordato che la mancanza del trasferimento dei poteri delegati alla Regione Autonoma della Sardegna ha ostacolato molte innovazioni e molto impegno che il Consiglio e l'esecutivo avrebbe potuto mettere in pratica. E debbo ricordare, non perché sono stato io (con l'allora Presidente onorevole Giagu) a portare di persona la richiesta al Ministro della sanità, che son passati ben due anni, e ancora non si è visto niente a proposito dei poteri delegati! Ho il dovere di ricordarlo, perché fu l'Assessore a presentarla allora, e in questo momento, in qualità di Presidente della quinta Commissione, la rivendico a nome di chi ha fatto diventare quello della sanità veramente un problema tanto importante e significativo per una Regione così impegnata nella sua evoluzione.

PRESIDENTE. I lavori del Consiglio proseguiranno nel pomeriggio alle ore 17 e 30.

La seduta è tolta alle ore 12 e 45.

DAL SERVIZIO RESOCONTI

Il Coordinatore

Dott. Maria Pinna Scalas

Stabilimento Tipografico Editoriale G. Fossataro - Cagliari
Anno 1975