

XL SEDUTA**VENERDI 10 GENNAIO 1975****PRESIDENZA DEL PRESIDENTE CONTU****I N D I C E**

Disegni di legge: "Norme di attuazione degli artt. 6 e 7 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, concernente l'estinzione dei debiti degli Enti mutualistici nei confronti degli Enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria" (73); e: "Norme di attuazione degli articoli 12, 13 e 18 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, concernente l'estinzione dei debiti degli Enti mutualistici nei confronti degli Enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria" (80). (Continuazione della discussione e approvazione):

FARIGU	1358
MURA	1363
FLORIS MARIO, relatore	1369
MARRACCINI, relatore	1372
MELIS ANTONIO, Assessore all'igiene e sanità	1375
LIPPI	1382
DETTORI, Assessore al bilancio, programmazione e rinascita	1398
(Votazione segreta)	1400
(Risultato della votazione)	1400
(Votazione segreta)	1400
(Risultato della votazione)	1400
Mozione (Annunzio)	1357

La seduta è aperta alle ore 10 e 10.

FLORIS MARIO, *Segretario f.f.*, dà lettura del processo verbale della seduta antimeridiana del 20 dicembre 1974, che è approvato.

Annunzio di mozione.

PRESIDENTE. Si dia annunzio della mozione pervenuta alla Presidenza.

FLORIS MARIO, *Segretario f.f.*:

"Mozione Rojch-Soddu-Carrus-Floris Severino-Piredda-Mura-Monni Pietro-Asara-Zurru sulla situazione dell'occupazione, delle infrastrutture civili e in generale sullo stato di attuazione del disegno di sviluppo della Sardegna centrale". (21)

Continuazione della discussione e approvazione dei disegni di legge: "Norme di attuazione degli articoli 6 e 7 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, concernente l'estinzione dei debiti degli Enti mutualistici nei confronti degli Enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria" (73); "Norme di attuazione degli articoli 13, 13 e 18 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, concernente l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli Enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria". (80)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la continuazione della discussione congiunta del disegno di legge: "Norme di attuazione degli articoli 6 e 7 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, concernente l'estinzione dei debiti degli Enti mutualistici nei confronti degli Enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria"; relatore l'onorevole Floris Mario, e del disegno di legge: "Norme di attuazione degli articoli 12, 13 e 18 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, concernente l'estinzione dei debiti degli Enti mutualistici nei confronti degli Enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria"; relatore l'onorevole Marraccini.

E' iscritto a parlare l'onorevole Farigu. Ne ha facoltà.

FARIGU (P.S.I.). Signor Presidente, onorevoli colleghi, siamo qui ad esaminare i due disegni di legge della Giunta regionale per l'attuazione dei disposti degli articoli 6, 7, 12, 13 e 18 della legge numero 386; vale a dire che stiamo discutendo, in effetti, per la attuazione (competenza regionale) del disposto di una legge nazionale che vorrebbe essere il primo intervento, la premessa per la riforma sanitaria nazionale. Di questa riforma si parla da anni ed è stata oggetto di scontri tra le forze politiche; è stata causa, talvolta, anche di crisi di governo. Il Partito socialista a livello nazionale ha svolto, in sede parlamentare e in sede di governo, grandi battaglie perché portatore di interessi popolari; convinto che la riforma sanitaria, appunto, a questi interessi si rivolge principalmente, ha giustamente svolto questa battaglia che si è articolata in tutte le sedi da parecchi anni.

Però siamo ancora qui, addirittura, a discutere di disegni di legge che prevedono una parziale, molto parziale attuazione di una legge nazionale che vorrebbe essere soltanto la premessa, ripeto, della riforma sanitaria. Perché ci troviamo ancora in questa fase, quando tutti si è d'accordo, almeno a parole, che la riforma sanitaria vera e propria dovrebbe non solo rispondere a una le-

gittima attesa dei lavoratori, principalmente, ma di tutta la collettività nazionale; quando la riforma sanitaria dovrebbe assicurare a tutti i cittadini la tutela di un bene così importante, così essenziale come è quello della salute; quando la riforma sanitaria dovrebbe realizzare lodevoli economie (perché è noto a tutti che l'assistenza sanitaria in Italia costa molto e offre molto poco)? Ripeto, ci si chiede: come mai (legittima, la domanda) nonostante questi convincenti, sui quali nessuna forza politica discute, questa riforma sanitaria nel nostro Paese non si è ancora realizzata, benché battaglie a tutti i livelli delle forze politiche e sindacali nel Paese si siano svolte?

Evidentemente, vi sono notevoli resistenze, perché la salute dei cittadini è stata, evidentemente, gestita dal potere pubblico non come bene rilevante che tocca ogni cittadino; è gestita, invece, è stata gestita sotto il potere reale di forze economiche privatistiche. La salute, questo patrimonio immenso, è stata gestita da baronie diverse: i baroni, diciamo pure, della salute, i baroni medici, i baroni dell'industria farmaceutica, i baroni delle mutue. Queste, certo, sono indubbiamente, essenzialmente le cause che hanno frenato, impedito la realizzazione nel nostro Paese della riforma sanitaria. Non solo vorrei rimarcare l'insufficienza e quelle contraddizioni che sono state indicate da altri colleghi nella 386; io direi che la 386 porta quelle contraddizioni e quei limiti perché ancora una volta ha rappresentato il modo, l'unico modo, rispetto alla spinta popolare ormai sempre più forte, ormai decisamente lanciata in maniera irrinunciabile verso la riforma sanitaria, l'unico modo che avevano, appunto, gli oppositori, perché portatori di interessi radicati, l'unico strumento che avevano a disposizione (appunto il pannicello caldo della 386) per cercare, rabbiosamente direi, di conservare determinati privilegi e tutelare determinati interessi.

Ed io, francamente, non me la sentirei, come ha fatto il collega Granese ieri, nemmeno di spezzare troppe lance in favore dei medici della mutua perché, a mio avviso, anch'essi hanno costituito, e direi costituiscono, una resistenza per la realizzazione di una vera riforma sanitaria. Non generalizzo, non escludo certo i medici, for-

se anche molti, se non moltissimi, dotati di sensibilità politica, vogliano sinceramente la riforma sanitaria. Però è anche altrettanto vero che essi nel passato hanno rappresentato e tuttora oggi rappresentano uno strumento di manovra a servizio dei più potenti baroni della medicina e dell'industria farmaceutica. Quindi un certo appello, un certo richiamo va rivolto anche ad essi e non posso, pur condividendo, dire che il medico della mutua svolga soltanto un'attività burocratica, che è libero professionista solo per modo di dire. Sono d'accordo nel dire che svolge molta attività burocratica, però sono anche altrettanto d'accordo nel sottolineare che questa attività burocratica produce non poco danaro, anche a questi medici della mutua.

E devo anche dire che essi, non so se per i collegamenti veri e propri con la baronia dell'industria farmaceutica, o semplicemente perché segnare una medicina significa segnare anche una visita, per realizzare un interesse particolare certamente hanno dato non piccola mano all'industria farmaceutica, dal momento che tutti siamo d'accordo che vi è un notevolissimo sperpero di medicinali. Certo, non dipende soltanto dai medici della mutua questo enorme dispendio di danaro, legato ad un consumismo esasperato dei prodotti farmaceutici; occorrono altri filtri, più certi, più autorevoli, che devono stare a monte, che devono stare laddove, appunto, si rilasciano le concessioni perché un prodotto venga classificato prodotto medico farmaceutico idoneo e valido. Vi è tutto un discorso veramente grande intorno alla produzione dei prodotti farmaceutici, e se non si farà, una riforma sanitaria vera e propria, troverà molta difficoltà ad essere realizzata.

Tornando più precisamente a quelli che sono i disegni di legge che siamo chiamati qui ad esaminare e poi ad approvare, dobbiamo dire che, certo, stante i disposti della 386, non è che rimanesse molto spazio al Consiglio regionale, al potere politico regionale. Essi, come appunto già è detto nei titoli, contengono norme di attuazione della legge nazionale numero 386. A parte che forse qualcosa di meglio (come ho avuto occasione di dire in sede di Commissione) si poteva fare per alcune parti di questi disegni di legge, l'occasione la dobbiamo prendere per dire so-

prattutto che la Giunta regionale non deve frapporre alcun indugio alla realizzazione del Piano regionale ospedaliero. Perché anche se con massima rapidità lo dovesse realizzare oggi, ci troveremmo comunque (e quindi a maggior ragione se ci saranno gravi ritardi) nelle condizioni di aprire spazi immensi alla speculazione.

Quando si stabilisce che le convenzioni con le Case di cura per il '75 vanno commisurate alla quota capitaria dell'INAM, ma che per il '76 ci si dovrà riferire alla spesa media che la Regione dovrà sostenere per gli Enti ospedalieri, io non credo che ci voglia molta fatica ad immaginare che per il 1976 si aprirà una nuova età dell'oro per le Case di cura private, che vedranno effettivamente salire (io ritengo anche abbastanza notevolmente) le quote medie capitarie per i ricoverati, appunto, a carico della Regione. Questa è una gravissima preoccupazione, perché tutte le previsioni, tutti gli accordi, anche i migliori, che un rappresentante della Giunta regionale sarda, insieme a tutti gli altri Assessori regionali della sanità, potranno stabilire col Governo, in ordine alla ripartizione del Fondo nazionale, tutte quelle previsioni per il '76 ritengo che salteranno paurosamente proprio a causa del criterio (che, a mio avviso, non è giusto, che è solo apparentemente giusto) di corrispondere alle Case di cura private quello che la Regione sostiene per i ricoverati negli Enti ospedalieri, perché queste spese saranno, indubbiamente, notevolissime. Sarebbe, forse, sotto questo aspetto, più giusto determinare la corresponsione, per i ricoveri nella Case di cura private, secondo una percentuale in aumento rispetto alle quote capitarie corrisposte dall'INAM nel 1974. Perché altrimenti, effettivamente, io non so davvero, con questo ingigantirsi delle spese, se si potrà realizzare una seria riforma sanitaria.

La situazione del Paese, è inutile ripeterlo, è, sotto il profilo economico, sotto il profilo finanziario quanto meno preoccupante, quindi non ci fa trovare nelle condizioni per affrontare riforme di così vasta portata. Se questa situazione, nel caso specifico, dovesse trovare un ulteriore aggravamento di ordine finanziario, effettivamente la riforma sanitaria, al di là degli impegni assunti dal Governo e dalle forze politiche che lo

sostengono, io credo che subirà certamente ulteriori slittamenti. Slittamenti, giova ripeterlo, che saranno di immenso utile alle Case di cura private, perché si vedranno corrispondere quote ben più cospicue del passato in base al nuovo parametro che sarà determinato per il '76 sui costi medi del 1975 da parte di tutte le Regioni. Sorge quindi una gravissima preoccupazione. Io credo che per questi disegni di legge, diciamolo pure, il Partito socialista si renda conto che nulla può fare, quasi nulla può fare in meglio e di diverso; senza dubbio li approverà, voterà a favore, consapevole, però, che siamo ben lungi, con questo nostro atto, dal dare veramente un serio e concreto apporto per un vero processo verso la riforma sanitaria.

Occorre ben altro! Occorre un impegno, direi, unitario di tutte le forze politiche e democratiche del Consiglio regionale, che, unite alle altre forze sindacali, alle forze dei lavoratori e quindi a tutti gli interessati a una riforma sanitaria, svolgano una battaglia politica a tutti i livelli in sede nazionale perché questa riforma sanitaria si realizzi al più presto. Non possiamo limitarci a dare un contributo verso questa riforma, che sia l'approvazione di questi disegni di legge. A mio avviso è troppo poco, è insufficiente. Bisogna che tutte le forze che sinceramente vogliono questa riforma, che sono presenti in questo Consiglio, chiamino a raccolta, trovino il modo per sviluppare una battaglia democratica verso una riforma seria e in tempi brevi. Una riforma che deve dare la garanzia della salute a tutti i cittadini, ma che, in termini finanziari, realizzi anche notevolissime economie: è quindi una riforma che si impone sotto tutti gli aspetti, quelli sociali e quelli economici e mi pare che questi ultimi, stante la situazione generale, non siano oggi poca cosa.

D'altra parte, preoccupazioni notevoli sorgono, soprattutto in questo momento di recessione, quando molti studenti, compiuti i loro studi, dovrebbero affacciarsi al mondo del lavoro, trovare un'occupazione e quindi una copertura anche mutualistica, sanitaria. Ebbene, io credo che andremo incontro a un notevolissimo numero di cittadini, di lavoratori che si troveranno proprio a causa di questa recessione che vede

chiudere fabbriche, che vede diminuire i posti di lavoro, un numero notevole di cittadini, dicevo, che si troveranno senza alcuna assistenza. Ed è di questo che ci dobbiamo anche preoccupare; ci dobbiamo preoccupare perché se ad essi, comunque, si vorrà dare un'assistenza (e qui forse c'è un grosso pericolo, veramente), i Comuni dovrebbero iscriverli nell'elenco dei poveri e dovrebbero iscrivere tutti quei figli di lavoratori che, raggiunta la maggiore età o superati gli studi, non hanno più l'assistenza del genitore che li aveva a carico e, per non lasciarli senza alcuna assistenza medica, i Comuni saranno portati ad iscriverli nell'elenco dei poveri.

E direi di più, che ci sarà indubbiamente una maggiore ospedalizzazione da parte dei Comuni, che in quel modo si possono anche liberare delle spese farmaceutiche. Come ci sarà anche per i lavoratori coperti da mutua, io credo (ed è una preoccupazione che dobbiamo avere), una facile ospedalizzazione da parte delle stesse mutue che, con la riforma, con la, diciamo così, perdita delle competenze ospedaliere, si possono liberare della parte che avevano forse meno convenienza ad avere; per cui, non rientrando quelle spese nei loro bilanci, avranno tentazioni di facili ospedalizzazioni. D'altra parte, l'Assessorato all'igiene e sanità, l'Amministrazione regionale non avrà gli strumenti per filtrare, per impedire il fenomeno, cioè impedire che vengano ricoverati in Case di cura o negli Enti ospedalieri, cittadini che proprio rigoroso bisogno di essere ricoverati non avranno. Sta di fatto, però, che interessi diversi e soprattutto quello di sgravarsi dell'assistenza farmaceutica tenderanno Mutue e Amministrazioni locali ad ospedalizzare. Ecco un altro elemento che ci fa facilmente presumere un vertiginoso elevarsi del costo medio dei nostri ospedali.

Da qui, quindi, come minimo atto, l'impegno immediato da parte della Regione per il Piano ospedaliero, non soltanto come atto formale di predisposizione, ma come impegno concreto a realizzarlo, perché se questo non faremo, lungi dal toccare quegli interessi che si oppongono alla riforma sanitaria, questo tipo di riforma che andiamo a realizzare addirittura andrà incontro proprio agli oppositori della riforma sanitaria

stessa, per le ragioni, appunto, che spiegavo prima (e cioè il vedersi, per gli anni successivi, incrementare notevolmente le entrate per le proprie degenze). Quindi un impegno immediato, concreto, che veda mettersi in movimento la realizzazione del Piano regionale ospedaliero, perché se non cercheremo — visto che non abbiamo la possibilità di eliminarle — di limitare con l'intervento pubblico lo spazio che avranno le case di cura private, noi la riforma non la realizzeremo e non la realizzeremo proprio perché attraverso questo tipo di riforma andremo incontro a un mostruoso ingigantirsi della spesa pubblica per la sanità.

Queste cose molto semplicemente volevo dire; queste cose volevo sottolineare perché mi pare che il problema ci tocchi tutti quanti e ci tocchi in maniera grave. Il Piano regionale ospedaliero che, per i motivi che accennavo prima, si impone e si impone a tempi brevi, si impone anche per quel marasma, per quel caos che abbiamo trovato, che abbiamo verificato, toccato con mano nel portare avanti l'indagine sugli ospedali in Sardegna. Una situazione certamente che non è soltanto sarda, che è generale e che, a mio avviso, è la conseguenza di quello che è stato il potere delle Case di cura private che si sono sviluppate, che sono diventate aziende di autentica speculazione, acquistando un potere che di fatto è offensivo anche sul piano morale oltre che sociale, perché si specula sulla salute. Hanno impedito l'intervento pubblico, lo hanno frenato, paralizzato di fatto, e se non si porrà con energia il problema del Piano regionale ospedaliero e della sua realizzazione, le Case di cura finiranno, come già oggi si sostiene da qualche parte, per sostenere che sono insostituibili, che sono assolutamente indispensabili, che senza la loro presenza la situazione subirebbe un terribile aggravamento e magari finirebbero (se non si potranno rimedi col vigore politico necessario) per conquistare una certa parte dell'opinione pubblica che riscontrerebbe (come riscontra, d'altra parte) gravi insufficienze negli Enti ospedalieri e che vede, invece (almeno apparentemente, e questo non colpisce molto, anche se sotto il profilo alberghiero), vede, ripeto, una migliore, sia pure apparente, migliore efficienza delle Case di cura pri-

vate.

Nella battaglia politica che si impone, senza la quale non si riuscirà, nel modo più assoluto, a realizzare la riforma sanitaria nel nostro Paese, le forze politiche democratiche non possono correre il rischio, addirittura, di avere un indebolimento delle forze che hanno il più diretto interesse all'assistenza sanitaria da parte dei pubblici poteri. Quindi è indispensabile garantire l'efficienza massima degli ospedali, perché ne riconosciamo il caos: cliniche ed Enti ospedalieri sovraccarichi di degenti; Enti ospedalieri che mancano dei medicinali base, di lenzuola, di vettovagliamenti, di tutto, che vivono alla giornata in condizioni disperate (Cagliari ne dà di costante prova, ed è assurda addirittura alla ribalta della cronaca internazionale proprio per questi motivi); altri ospedali magari hanno posti-letto in sovrabbondanza (abbiamo visto 15 malati in un ospedale, se non vado errato, di Bonorva, su 120 posti-letto); apparecchiature scientifiche e sanitarie sovrabbondanti in alcuni ospedali, apparecchiature costosissime, inutilizzate, destinate a non essere neanche domani utilizzate perché superate dalla tecnologia che in questo settore procede a capovolgimenti, a rivolgimenti rapidissimi; altri ospedali, invece, che mancano addirittura di siringhe o non riescono a svolgere i loro servizi per apparecchi che costano poche decine di migliaia di lire.

Sono cose assolutamente assurde, diciamo così, segni, dobbiamo pur dirlo, di deficienza non solo amministrativa e politica ma anche di una certa inciviltà. Quindi il Piano ospedaliero, che è quello che come potere reale possiamo, almeno sul piano formale, realizzare, questo impegno che dipende dalla volontà del Consiglio, dalla volontà della Giunta, questo Piano deve essere al più presto realizzato. Direi che sarebbe opportuno anche che il Consiglio ponesse all'esecutivo dei termini temporali, dei termini precisi perché questo Piano venga predisposto al più presto, discusso e approvato. Perché altrimenti noi corriamo il rischio di perdere la credibilità; corriamo il rischio, anche attraverso questo compito non risolto da parte dei poteri regionali, di infliggere un altro colpo alle istituzioni democratiche, colpo che deriverebbe da sfiducia nell'autonomia.

nei partiti, nelle forze politiche.

Abbiamo, quindi, sotto tutti i profili, interessi vivi, scottanti, perché il problema venga affrontato. Abbiamo visto, dall'è cose che dicevo prima, che si è avuta una certa gestione negli ospedali non molto oculata, che non tutte le spese fatte dagli ospedali hanno avuto come presidio la saggia amministrazione, la saggia spendita del danaro. Ed è per questo che, in sede di Commissione, quando si parlava dei limiti da porre agli Enti ospedalieri per cercare di congelare la situazione così com'è, per non ulteriormente aggravarla, per non pregiudicare poi l'effettiva realizzazione del Piano regionale ospedaliero e la riforma sanitaria, per non aggravare questa situazione, appunto, in sede di Commissione io sostenevo che non sarebbe stato male porre ulteriori limiti alle amministrazioni ospedaliere in ordine all'acquisto di apparecchiature (almeno quelle che non fossero la sostituzione di apparecchiature già esistenti) o quanto meno fosse stabilito un limite in termini finanziari.

Proponevo di stabilire limitazioni nel senso di sottoporre a controllo politico (da parte della Giunta regionale che ha la responsabilità della ripartizione dei fondi per gli ospedali) quanto concerne nuove convenzioni, quanto concerne consulenze. Se il punto di riferimento in ordine alla saggia amministrazione del danaro pubblico è quello che abbiamo visto nel girare i vari ospedali, non dovremmo essere poi tanto cattivi se pensassimo che attraverso queste maglie si possono determinare fughe o quanto meno uscite di danaro non del tutto rivolte a una seria gestione degli ospedali nell'interesse dei destinatari dell'assistenza ospedaliera. Questa è una preoccupazione che in sede di Commissione ho espresso e che qui voglio rimarcare.

Un miglioramento della legge sotto questo profilo in Aula forse si potrebbe anche cercare; consideriamo poi che anche in sede di Commissione, in definitiva, almeno come esigenza politica, di controllo, per far sì che non si lascino possibilità a gestioni non del tutto sagge, questa esigenza era stata riconosciuta. Si sono fatte obiezioni di natura giuridica e cioè che la Sardegna, la Regione Sarda non ha ancora competenza primaria, poiché le Norme di attuazione non sono

state ancora approvate, e che non avremmo potuto dire qualcosa di diverso che non fosse tassativamente predisposto dalla 386. Ebbene, io credo che intanto il fatto stesso che la 386 non faccia richiamo specifico alle Regioni a Statuto speciale, alla nostra Regione in ordine ai suoi più limitati poteri rispetto alle Regioni a Statuto ordinario, il fatto stesso, ripeto, che non se ne faccia menzione significa che la volontà politica del legislatore ha inteso porre tutte, indistintamente tutte le Regioni sullo stesso piano. E allora, se la Regione toscana, se quella umbra e quella ligure o altre Regioni hanno sentito questa esigenza e l'hanno formalizzata in precise disposizioni limitatrici, ciò da un lato ci dice che la nostra preoccupazione, in fondo, non era frutto di pura fantasia, perché trova conforto in altre leggi regionali già approvate, dall'altro ci dice anche che possiamo, effettivamente, legiferare.

E, in ogni caso, in una situazione di questo tipo io credo che non avremmo insultato la sensibilità di nessun costituzionalista se avessimo anche, in un certo senso, forzato la forma. Ma in sede di Commissione un accordo sostanziale su queste ulteriori limitazioni non si è raggiunto, nonostante lo sforzo di qualche collega che ha cercato in qualche modo (ma a mio avviso soltanto sul piano puramente formale) di attenuare, di dare una risposta a questa preoccupazione, a questa esigenza. Per il resto, io credo che non abbia più nulla da dire che non sia stato già detto, rimarcato da altri precedenti interventi.

Concludendo, voglio soltanto rinnovare l'impegno del Partito socialista che si estrinsecherà non soltanto in questo Consiglio, non soltanto a livello di Giunta attraverso la delegazione che ci rappresenta, ma che ci vedrà impegnati nella battaglia verso la riforma sanitaria in tutte le sedi, nel Paese, in tutto il mondo del lavoro. E l'appello noi lo rivolgiamo alle altre forze politiche democratiche, perché procedano con spirito unitario, perché questa è una battaglia di civiltà, una battaglia di democrazia vera, sostanziale, quindi una battaglia che non ci dovrebbe trovare per nessuna ragione divisi. Io credo che, almeno qui da noi, in Sardegna, le forze politiche rappresentate in questo Consiglio non abbiano alle spalle nessuno dei baroni di cui parlavo all'ini-

zio; credo che, per questo tipo di battaglia, le forze politiche democratiche presenti in questo Consiglio possano dire di avere alle spalle soltanto i cittadini sardi, i lavoratori sardi.

Dobbiamo svolgere questa battaglia sul piano attivo e sul piano della sensibilizzazione, perché io ritengo che una battaglia di questo tipo abbia bisogno di molta sensibilizzazione, anche di altre forze sociali, di varie categorie: vogliamo parlare degli artigiani, dei coltivatori diretti, dei commercianti che non hanno certamente nemmeno quell'assistenza sanitaria, pur così precaria, pur così deficiente, che hanno gli altri lavoratori. Dobbiamo porci come guida o come forza trainante anche delle forze sindacali che, a mio avviso (e non lo dico soltanto in questa occasione), su questo tema non hanno sprigionato tutto quel potere, tutta quella forza certamente notevole, acquisita soprattutto negli ultimi anni, per battere veramente le resistenze che si frapponavano e si oppongono tuttora alla realizzazione della riforma sanitaria. Io credo che anche le forze sindacali, insieme alle forze politiche, anche noi stessi, Partito Socialista Italiano, pur avendo fatto di questa battaglia una delle più qualificanti, un punto di forza della nostra azione politica, credo che abbiamo peccato di efficienza, quanto meno, di capacità organizzativa per tradurre in modo più positivo la battaglia politica.

Questo va detto a tutti, senza perciò fare colpe o polemiche con nessuno, però io credo che non abbiamo disteso per intero il nostro potenziale politico, non abbiamo saputo tradurre questa nostra volontà, che senz'altro esiste ed esiste; non abbiamo saputo trovare gli strumenti per l'azione politica idonei ad imporre veramente questa riforma, che è una delle riforme principali, che dovrebbe dare una svolta nel nostro Paese verso, veramente, una sua qualificazione di civiltà. E questo oggi io credo che si imponga, perché non basta constatare il disastro sotto il profilo finanziario, l'inefficienza dell'assistenza, le discriminazioni, le contraddizioni. Non basta individuare, direi quasi intellettualisticamente questi mali, se non abbiamo veramente quella volontà politica e non predisponiamo tutti gli strumenti di azione e di lotta perché la riforma diventi una realtà.

Senza di questo io credo che tutti gli impegni, anche della Regione, in ogni caso del Governo, potrebbero tranquillamente saltare e di giustificazioni per farli saltare, con i chiari di luna che attraversiamo, non ne mancherebbero certamente.

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

MURA (D.C.). Signor Presidente, onorevoli colleghi, il mio intervento non sarà una lunga dissertazione tecnica o una critica demagogica (e qualcuna, ieri sera, l'abbiamo sentita). Il collega Lippi Serra ha fatto ieri un grande sforzo ed ha sottoposto alla nostra attenzione una lunga e serrata critica al sistema sanitario del nostro Paese, senza però fare il minimo tentativo costruttivo, confortando il suo discorso con statistiche ad uso proprio e con interpretazioni spesso forzate. Chiedo scusa al collega Lippi Serra se affermo di aver notato nel suo discorso poca modestia, scarso rispetto del Consiglio ed in modo particolare di chi ha elaborato i due disegni di legge, l'Assessore alla sanità, di chi, infine, in Commissione ha rivisto ed ampliato gli stessi disegni di legge e in particolare nei confronti del collega Frau (ma questi sono problemi di famiglia). A me preme soltanto sottolineare che fra Lippi e Frau vi sono state non solo discordanze, ma addirittura tesi contrarie nell'esame dei due disegni di legge; mi preme anche sottolineare che il collega Lippi Serra ha portato la sua critica serrata esaminando i due disegni di legge nella stesura della Giunta e non in quella, invece, che la Commissione ha elaborato, rivisto e corretto, per cui alcune cose che erano già state corrette sono state da lui criticate.

Non sono un tecnico come i colleghi Lippi e Granese e non sono come loro espressione dell'opposizione in questo Consiglio, quindi non posso fare solo esclusivamente una critica. Farò un'autocritica, anche se sono fermamente convinto che la responsabilità degli errori ed i meriti delle cose ben fatte debba essere diviso, anche in questo settore, in proporzione alla forza e alla funzione che ciascuna forza politica esplica nel nostro Paese, senza la divisione manichea dei

buoni e dei cattivi come è stata fatta anche ieri sera.

Voglio essere molto chiaro, così come molto chiaro, a mio parere, è stato l'Assessore nella relazione che accompagnava i due disegni di legge. La premura, la fretta dell'Assessore, onorevole Lippi, non è presuntuosa, ma responsabile e chiara, consapevole della funzione che la Regione assume in questo settore, scevra da faciloneria, scevra da demagogia, come in alcune parti è stato invece il suo lungo discorso, approfondito, ma unilaterale; così come chiaro, collega Granese, ed autocritico, ma serio e responsabile, è stato il discorso che la Democrazia Cristiana sarda ha fatto nel suo Congresso e sta facendo in quest'Aula. La nostra autocritica merita rispetto come, d'altronde, ha affermato il suo Capogruppo, onorevole Raggio, in una precedente riunione di Consiglio. Merita rispetto e credibilità nella misura in cui essa è accompagnata, non solo da propositi, ma anche da proposte serie, per dare alla Regione sarda una funzione nuova, moderna, aderente alla nuova realtà economica e sociale. Proposte serie che intendiamo certamente confrontare con le altre forze politiche, democratiche, popolari, autonomistiche e costituzionali presenti in questo Consiglio.

Questo confronto, questo dialogo è possibile nella misura in cui vi sia, però, il rispetto reciproco. Non si può limitare il giudizio alla presenza o meno in Comitato regionale di persone che occupano posti di responsabilità, come ha fatto il collega Granese e come ripete il comunicato (che stamattina è riportato nei giornali) del Comitato regionale del Partito comunista — cose, credo, che succedono anche all'interno del Partito comunista, là dove il Partito comunista ha le leve di potere —. Così come non si liquida il discorso dell'autocritica che noi abbiamo avuto il coraggio di fare da sempre, perché crediamo al confronto democratico anche all'interno del partito. Abbiamo la forza, la libertà di assumere posizioni autonome diverse all'interno del nostro partito, senza intaccare l'unità, senza intaccare la validità del discorso ideologico. Comprendiamo, amici comunisti, che per voi questo non è possibile e riteniamo sia un grande limite nella vostra azione politica, anche se in alcuni mo-

menti e per avvenimenti nazionali od internazionali avete fatto un'autocritica sulle scelte operate da voi o da chi la pensa come voi (e non credo sia il caso di soffermarsi a fare degli esempi in campo internazionale, in campo nazionale o in campo regionale o provinciale, là dove detenete la maggioranza dei suffragi elettorali).

La nostra autocritica non vuole essere, dunque, una giustificazione degli errori commessi o delle scelte non fatte, ma un'indicazione di nuove linee e di diversi strumenti in una realtà in continuo movimento. La fiducia ed il potere che gestiamo è solo frutto di scelte democratiche, popolari, mentre le autocritiche possono costituire presupposti di rinnovata fiducia e di nuovo potere, ma non possono costituire un alibi. La fiducia il popolo sardo, nei nostri e nei vostri confronti, la esprime liberamente e nei modi e nei termini di libertà e di democrazia che abbiamo garantito anche per voi, colleghi comunisti e colleghi della Destra Nazionale, anche se riconosciamo ai comunisti il contributo di idee, di azioni e di sacrifici di vite umane per la riconquista di quei valori nei confronti del regime nazi-fascista che li aveva annullati.

Il giorno in cui la fiducia popolare ci verrà meno passeremo la mano ...

MURRU (M.S.I.-Destra Nazionale). Questa è retorica di trent'anni fa!

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Parla di cose serie!

MURA (D.C.). Le cose serie le ha dette per due ore e passa il collega Lippi, per cui non c'è più spazio alle cose serie in questo dibattito! Collega Lippi Serra ... (*interruzioni*).

In un dibattito sulla sanità il collega Murru dovrebbe tenersi calmo, perché altrimenti il fegato veramente gli va a pezzi. Già ieri sera ha avuto degli attacchi terribili. Non sarà sufficiente la riforma sanitaria per curare il suo fegato, collega Murru!

Il giorno in cui, dicevo, la fiducia popolare ci verrà meno, lasceremo il campo a quelle forze politiche che la fiducia avranno. Non vi saranno resistenze armate, non vi saranno colpi di Stato.

di marca "Borghese" o militare; non vi saranno interventi stranieri, non vi saranno carri armati. Voi, certamente, non potete dire la stessa cosa, a scanso di smentite storicamente dimostrate.

MURRU (M.S.I.-Destra Nazionale). Taviani ne sa qualche cosa, e anche Andreotti, di quel golpe ...

MURA (D.C.). Ma vi sentite toccati! Collega Murru, il più toccato è sempre lei, su questi argomenti, non avrà mica la rappresentanza!

Dicevo, non vi saranno interventi ... (*interruzioni*).

PRESIDENTE. Onorevole Mura, continui, per cortesia. Non raccolga le interruzioni.

MURA (D.C.) ... interventi stranieri. Voi non potete dire la stessa cosa, dicevo, a scanso di smentite storicamente dimostrabili, anche perché non riconosciamo in voi la forza politica, morale ed organizzativa di governare il nostro Paese. In questo caso, voi sareste posti in alternativa alla Democrazia Cristiana e non avreste fatto la proposta del compromesso storico, così come è stata fatta. Il Partito comunista riprende oggi, con un comunicato della sua Segreteria regionale, la polemica nei confronti del nostro Congresso ... Collega Chessa, si sposti un pochettino, almeno, così non ...

Il Partito comunista riprende una critica che è la solita e che ha la sua validità in quanto fatta da parte comunista, dicendo che la Democrazia Cristiana non riesce a trovare una via diversa, una via di cambiamento, ma riesce ad esprimere la propria classe dirigente attraverso accordi precostituiti, attraverso accordi di vertice e di potere. E, a proposito di accordi precostituiti, di accordi tra Gruppi, sappiamo che, anche se non lo ricordiamo certamente nei comunicati (e non so fino a che punto sia vero), che la stessa elezione del collega Birardi a Segretario regionale è un accordo fra due parti che certamente, nella gestione del partito, non la pensano nello stesso modo. Ma non lo scriviamo in un comunicato, così come voi fate! Dite che la Democrazia Cristiana è incapace di rinnovarsi prima al suo inter-

no e poi negli organismi dove la Democrazia Cristiana da diversi anni è guida. Ebbene, noi riteniamo e riconfermiamo, come abbiamo fatto in sede di Congresso regionale, che stiamo portando avanti un discorso di rinnovamento all'interno del nostro partito e all'interno dei consigli democratici dove siamo presenti, non con parole, non con sole semplici enunciazioni teoriche, ma con proposte serie, per le quali accettiamo il dialogo e accettiamo il confronto.

Nei giorni scorsi un quotidiano pubblicava un servizio sulla situazione ospedaliera con un titolo che, a mio parere, è molto significativo: "Gli ospedali - malati cronici - guariranno con le cure della Regione"? Intanto dobbiamo dire che le condizioni del malato, e cioè degli ospedali, sono ormai disperate, sull'orlo del collasso, come direbbe il collega Lippi. Sono in sala di rianimazione con somministrazione, quindi, di ossigeno, con un controllo attentissimo e continuo ed il medico curante, cioè la Regione, ha appena conseguito la laurea ed ha a disposizione scarsa collaborazione, scarsi mezzi. Non si può avvalere certamente della collaborazione di chi ha perso, ormai, l'interesse e la credibilità in questo settore. Gli ospedali italiani in generale e quelli sardi in particolare (e Cagliari e Carbonia sono solo gli ultimi esempi nel tempo), sono oberati da debiti accumulati da diversi anni, con tutte quelle disfunzioni che da questa situazione scaturiscono. Per questo motivo, gli organici sono insufficienti e non sempre il personale ha la qualifica appropriata e necessaria, capace di coprire tutti i settori dell'assistenza.

Nonostante questa reale situazione, dobbiamo però dare atto alla classe ospedaliera di grandi meriti. Se gli ospedali resistono ancora, i meriti sono da ricercarsi proprio nel senso di responsabilità, nello spirito di sacrificio, nell'adattamento ai diversi ruoli di tutta la categoria degli ospedalieri. Questo nonostante una situazione di crisi gravissima, una carenza di medici, in modo particolare nelle zone interne, una fuga di medici dagli ospedali e dai paesi delle zone interne, e certamente non sempre per motivi sanitari; una situazione dove è impossibile trovare tempo per l'aggiornamento, una situazione dove si sente la mancanza di specialisti, in modo particolare per

quanto riguarda i medici, gli anestesisti, i radiologi, senza contare poi quelle carenze che sono state determinate dal fatto che gli Enti mutualistici hanno interrotto l'assistenza in questi settori.

Per questi motivi assistiamo a continui episodi di protesta da parte di ditte commerciali che bloccano le forniture di beni di prima necessità: pane, carne, latte, verdure e così via, per indicare i più importanti. Assistiamo alla protesta di case farmaceutiche che spiccano denunce, che richiedono risarcimenti di danni, che pretendono pagamenti con la forma del contrassegno, altrimenti non forniscono i medicinali. Per cui assistiamo ancora alla mancanza assoluta di ossigeno (in qualche circostanza), di alcool, di garze, per indicare solo alcuni elementi, ma anche i più necessari. Se a questa situazione finanziaria si aggiunge poi la funzione dissanguante dei tassi bancari che raggiungono e superano spesso il 20 per cento, si ha un'idea chiara del dramma che ogni giorno gli amministratori debbono affrontare. E' spesso ingeneroso e gratuito il giudizio di classe clientelare, disinvoltata e allegra di cui vengono tacciati gli amministratori ospedalieri, come sono stati tacciati anche in questo dibattito dal collega Lippi e dal collega Granese. Gli amministratori hanno operato ed operano in una situazione precaria con leggi superate, senza mezzi finanziari, con scarsa collaborazione. Credo che la figura e la funzione dell'amministratore ospedaliero debba essere giustamente valutata, collocata nella realtà sociale ed economica e come tale giudicata, incoraggiata e ringraziata per l'opera meritoria che ha svolto nel nostro Paese.

Certamente qualcuno potrà farmi osservare e notare che può essere un giudizio interessato di chi, come me, s'è trovato ad operare all'interno di un Consiglio di amministrazione di un ospedale. Forte di questa esperienza vorrei dare una risposta al collega Lippi Serra che ieri, portando in termini scandalistici un avvenimento che è capitato nel mio ospedale, ha cercato di dare un'interpretazione diversa da quella che è la realtà. Intendo parlare di quello strumento che, secondo lui, l'amministrazione ospedaliera di Nuoro avrebbe venduto ad altra amministrazione. Intendeva parlare della bomba al cobalto.

Ebbene, la bomba al cobalto non è stata ordinata dal Consiglio di amministrazione di Nuoro; era stato un ordine mandato avanti dall'allora primario di radiologia del nostro ospedale, senza un ordinativo, una giustificazione ed una richiesta dell'allora Consiglio di amministrazione. Noi che abbiamo iniziato la nostra attività in quel periodo, dicevmo che non potevamo accettare la bomba al cobalto perché, intanto, non eravamo in condizioni economico-finanziarie di costruire i locali che erano necessari per la bomba al cobalto; secondo, non eravamo in condizioni di farla funzionare, perché non avevamo il personale adatto, il personale specializzato.

Ebbene, di fronte ad una situazione come questa, anche perché nel frattempo era andato via il primario, abbiamo chiamato la casa fornitrice, che non aveva ricevuto un nostro ordine, perché portasse via, così come l'aveva mandata, la bomba al cobalto ed abbiamo chiesto in sostituzione una diagnostica moderna, nuova, che abbiamo inserito all'interno del reparto di radiologia. Quindi nessuno scandalo, nessuna amministrazione allegra, ma solo un senso di responsabilità del Consiglio di amministrazione.

CHESSA (M.S.I.-Destra Nazionale). Un disguido postale!

MURA (D.C.). Non vi è stato neanche un disguido postale. Se non ha capito bene, il collega Chessa, poi glielo spiego meglio ...

CHESSA (M.S.I.-Destra Nazionale). Come mai è stata venduta poi al triplo?

ROJCH (D.C.). La risposta è all'onorevole Lippi, che è docente in materia! (*Interruzione*).

MURA (D.C.). Dicevo che i posti-letto sono insufficienti, i ricoveri troppo spesso numerosi e di lunga durata per la scarsezza dei servizi di radiologia e di laboratorio, come accennavo prima, e per la mentalità di considerare l'ospedale ormai come un parcheggio di malati cronici e in modo particolare dei vecchi; credo che per questa situazione non vi sia alcuna responsabilità né del Governo né della Regione. Certo, esiste il proble-

ma della geriatria, esiste il problema dei vecchi nella nostra Isola e nel nostro Paese, ma è un problema che certamente non va risolto con delle battute, che non va risolto con la bacchetta magica. I costi diventano ormai elevatissimi e i disavanzi incontenibili; a questi elementi costanti si aggiungano poi anche elementi particolari, come quello del controllo degli atti ospedalieri fatto con ritardi di anni, delle rette esaminate con due o tre anni di ritardo, con le conseguenze che tutti noi possiamo immaginare. L'azione di controllo, inoltre, è fatta con animo repressivo, senza comprensione, senza alcun senso di collaborazione, di partecipazione alla soluzione dei gravi problemi degli ospedali. Nuoro è un esempio di questo tipo di controllo per gli atti ospedalieri.

In Italia esistono circa 1.300 Enti ospedalieri, con un ammontare di credito da parte delle Mutue (in parte minore dei Comuni) di 4.600 miliardi. I debiti sono, in egual misura circa, così ripartiti: banche 1.800 miliardi, Istituti di Previdenza 900 miliardi, diversi fornitori 1.900 miliardi. Sono quindi 4.600 miliardi, non 14.000 come ieri ha affermato il collega Lippi. Evidentemente vi è stato un errore: ha messo un uno di fronte al 4 e 4 quindi è diventato 14, oppure stava dando dei numeri al lotto, il collega Lippi Serra. Il costo della gestione ospedaliera, che nel 1974 è stato di 2.770 miliardi, per il 1975 è previsto in 3.000 miliardi, e questo aumento è giustificato dall'indennità integrativa, dal nuovo contratto di lavoro che è stato regolarmente accettato ed applicato, dall'aumento dei generi di consumo. Non dipende quindi da cattiva amministrazione e non dipende neanche dai gettoni di presenza degli amministratori o delle Commissioni di concorso, come con molta demagogia ha affermato ieri il collega Lippi Serra.

Lo sforzo che deve fare lo Stato per normalizzare la situazione è di 7.600 miliardi, in un momento della nostra economia, che, a detta di tutti, è drammatico. Il Governo è intervenuto con molto ritardo, con una mini-riforma: la legge 386, con una spesa prevista di 2.700 miliardi. Si è invece riusciti a trovare 1.900 miliardi che si devono dividere in diversi anni. Il fondo ospedaliero nazionale disponibile in questo momento è

di 360 miliardi, che però dev'essere suddiviso appunto tra le diverse Regioni, ed è necessario, ed è sufficiente solo per circa 2 mesi. Siamo d'accordo col collega Lippi Serra quando dice che, certamente, non si possono celebrare le nozze con i fichi secchi, ma se aspettiamo ad avere i confetti, la riforma sanitaria non la inizieremo mai!

I disegni di legge numero 73 e numero 80 segnano il primo passo, il passaggio alla Regione sarda dell'assistenza ospedaliera; il primo tentativo di riforma, che potrà dare i frutti sperati se verrà ben applicato dagli amministratori, dalla classe ospedaliera, dai malati, dai cittadini in genere. Intanto, dobbiamo prendere atto della validità del discorso di decentramento che queste iniziative comportano, compresa l'estensione dell'assistenza ospedaliera gratuita — o quasi — per buona parte della collettività, tenendo conto che il pagamento è dovuto alle trattenute delle mutue e per quelli che si iscrivono all'albo regionale con la quota che è stata stabilita. Si deve anche tener conto che l'erogazione dell'assistenza è uguale per tutti i cittadini, anche se rimane qualche disparità (divisione in classi, per esempio, assistenza libero-professionale), disparità che dobbiamo eliminare per ovviare sperequazioni di trattamento tra cittadini e cittadini.

Per quanto riguarda uno dei Consigli di amministrazione tanto criticati, quello di Nuoro, per esempio, ha eliminato la divisione tra le diverse classi. Dobbiamo tenere conto che l'assistenza, ormai, è senza limiti di tempo, mentre prima vi era un massimale di 180 giorni; dobbiamo tenere conto della semplificazione delle strutture burocratiche, dell'obbligo comunque del ricovero d'urgenza per qualsiasi persona e in qualsiasi momento. Non è certamente sufficiente per poter parlare di riforma ospedaliera, ma è il primo passo verso un cambiamento; è un taglio col passato, come diceva il collega Granese, è una sterzata verso una nuova direzione. Occorre che la Regione sia certamente all'altezza della situazione, onde predisporre in tempi brevi ed in modo razionale un Piano ospedaliero, per dare ad ogni Ente ospedaliero la possibilità di far funzionare bene le divisioni ed i reparti esistenti, istituendo in modo ordinato le divisioni mancan-

ti ed indicando; al di fuori e al di sopra del campanilismo, la localizzazione di altre eventuali strutture.

Deve finire la corsa alla costruzione degli ospedali che, comunque, occorre programmare come numero e come tipo. Occorre fare un discorso nuovo per i posti letto, per le specializzazioni, per i servizi con la relativa attrezzatura moderna efficiente e funzionale; occorre portare una dura lotta agli sprechi, ai possibili dopplioni; occorre frenare le richieste, non sempre razionali, di alcuni operatori sanitari e spingerli ad una forma di collaborazione che, oggi, molto spesso è inesistente o comunque carente; occorre predisporre ed ordinare il lavoro a tempo pieno, con la piena disponibilità, con la totale partecipazione di tutto il personale ospedaliero; occorre creare occasioni per allargare la conoscenza delle nuove tecniche, curare l'aggiornamento con lo scambio di esperienze, con la partecipazione a convegni e congressi. Nel campo sanitario è necessario un continuo aggiornamento che la realtà in movimento comporta ed impone, e su questo la Regione potrà certamente dare un grosso contributo.

E' indispensabile trovare i modi della riduzione della durata della degenza; evitare specializzazioni inutili e spesso dispersive. Occorre, per ottenere tutte queste cose, sollecitare la partecipazione, la collaborazione della classe lavoratrice, delle forze sindacali, che debbono sempre più sentire non solo la spinta rivendicazionistica, ma anche quella di contributo fattivo e costruttivo. E' necessario creare un filtro esterno che eviti il ricovero incondizionato o di comodo, e per questo occorre aprire un dialogo con la classe media esterna agli ospedali e con gli amministratori degli Enti locali, per avere un comportamento corretto dell'utilizzazione di un pubblico servizio, la cui disfunzione, i cui sprechi si riverberano sempre sulla società intera. Per una maggiore, più responsabile collaborazione della classe medica, occorrerà probabilmente rivedere il tipo di retribuzione a quota capitaria, assegnando magari una quota forfettaria annua per mutuato.

E non comprendo il discorso che ieri, o i discorsi che ieri sono stati fatti dal collega Lippi Serra e dal collega Granese in difesa della classe

medica, di accuse di ladri, di disonestà, cosa che in quest'Aula certamente nessuno ha portato e che certamente il mio partito non ha voluto portare. Si son voluti fare scudieri probabilmente costruendo le accuse e dando contemporaneamente anche le risposte! Amico e collega Murru, io sono contento di questa sua contrarietà, perché mi preoccuperebbe il contrario ...

MURRU (M.S.I.-Destra Nazionale). Lei si contraddice, perché le leggi le avete fatte voi, mica Gesù bambino!

MURA (D.C.). Gesù bambino è ancora piccolo, perché è nato 10 giorni fa ...

MURRU (M.S.I.-Destra Nazionale). Ma le leggi chi le ha fatte? Voi! E allora ...

MURA (D.C.). In sostanza, e per concludere, colleghi consiglieri, per garantire un'assistenza migliore occorre l'impegno da parte di tutti, occorre la fiducia, che veramente è una componente importante per la salute, come diceva ieri il collega Lippi, ma è una componente anche importante per costruire un discorso per la salvaguardia della salute pubblica. Occorre la collaborazione e la partecipazione della Regione, come dicevo, per la predisposizione di un Piano ospedaliero, per aprire un dialogo con la classe dirigente ospedaliera; occorre la partecipazione dei medici ospedalieri e non ospedalieri; occorre la partecipazione del personale non medico dell'ospedale; occorre la partecipazione e la comprensione di tutti i cittadini come utenti di un pubblico servizio.

Per questi motivi, dando atto all'Assessore del lavoro svolto con celerità e con alto senso di responsabilità, approviamo i disegni di legge numero 78 e numero 80.

PRESIDENTE. Poiché nessun altro è iscritto a parlare, dichiaro chiusa la discussione generale. Comunico che è pervenuto alla Presidenza un ordine del giorno a firma Usai, Marraccini, Floris Mario, Farigu, Biggio e Granese sulla presentazione dei provvedimenti di attuazione della legge 17 agosto '74, numero 386. Se ne dia

lettura.

CARRUS, *Segretario ff.*:

“IL CONSIGLIO REGIONALE

a conclusione della discussione generale sui disegni di legge nn. 73 e 80 concernenti norme di attuazione della legge 17 agosto 1974, n. 386 e assistenza ospedaliera;

RICORDATA la mozione approvata a Venezia dagli Assessori regionali alla sanità;

RITENUTO che la legge n. 386 può rappresentare, se correttamente applicata, l'inizio della riforma sanitaria;

CONVINTO che le Regioni possono esercitare con capacità e puntualità le loro funzioni in materia di assistenza ospedaliera e sanitaria solo a condizione che il Governo eroghi immediatamente le somme per la copertura totale della esposizione debitoria degli ospedali e i mezzi atti ad assicurare alle Regioni la possibilità di assolvere ai nuovi compiti ad esse trasferiti;

CONVINTO, altresì, che il primo provvedimento adottato deve essere accompagnato con ferma determinazione e chiara volontà politica dal provvedimento di riforma sanitaria;

ACCERTATA la situazione delle strutture ospedaliere dell'Isola, carenti e mal distribuite, e l'esigenza di programmare l'intervento;

impegna la Giunta regionale

- 1) a predisporre e presentare con la necessaria sollecitudine gli ulteriori provvedimenti di attuazione della legge n. 386 del 1974;
- 2) a presentare al Consiglio regionale, entro il 31 marzo 1975, una documentazione sanitaria in Sardegna e a predisporre gli strumenti operativi necessari per la raccolta dei dati sull'andamento dell'attività ospedaliera e della situazione sanitaria;
- 3) a presentare, come altre volte sollecitato, nel più breve tempo possibile, il Piano regionale ospedaliero e sanitario”. (1)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno non può essere illustrato, in quanto presentato dopo

la chiusura della discussione generale. Diamo pertanto la parola ai relatori. Nell'ordine, ha facoltà di parlare l'onorevole Mario Floris, per il disegno di legge numero 73.

FLORIS MARIO (D.C.), *relatore*. Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, la presentazione dei due disegni di legge numero 73 (Norme di attuazione degli articoli 6 e 7 del decreto legge 8 luglio 1974, convertito nella legge 17 agosto 1974, numero 386) e numero 80 (Norme di attuazione degli articoli 12, 13 e 18 della stessa legge) richiede alcune brevi note di carattere più generale per stabilire un accordo logico tra la nuova normativa e le mutazioni del contesto sociale e giuridico del settore ospedaliero. Si è venuta manifestando nel corso degli ultimi anni una degradazione del sistema ospedaliero, sia per il necessario standard quanti-qualitativo dell'assistenza erogata, sia per la non rispondenza della struttura e dell'organizzazione sanitaria alla crescente richiesta di tutela della salute, in riferimento alla patologia propria dei Paesi industrialmente sviluppati, alla recrudescenza delle malattie ed al genere di mortalità tipiche dei Paesi sottosviluppati.

D'altro canto, si è verificata l'esplosione dei costi, in una spirale accelerata dall'incremento dei consumi sanitari e dalla mancanza di controlli tipica del sistema mutualistico, che ha assunto nel tempo un'esclusiva funzione esattoriale per servizi erogati in condizioni di assoluta indipendenza ed autonomia.

La legge 132 del 12 febbraio '68 segnò una importante svolta nell'assetto strutturale della rete ospedaliera, nella natura giuridica dell'ospedale, nei metodi di gestione dei singoli presidi e nell'insieme della politica sanitaria attraverso lo strumento della programmazione. Non si può non rilevare, pertanto, l'oggettiva importanza della legge 132, soprattutto sotto il profilo del rinnovamento della legislazione, dell'indicazione di parametri generali per la crescita delle strutture e per l'avvio di una gestione più democratica e più partecipata dei presidi sanitari stessi. Ma la mancata assunzione, da parte dello Stato, della tutela globale della salute, il carattere frammentario degli interventi, l'esaltazione del momento

curativo, l'attribuzione all'ospedale di un preciso carattere aziendale ed al Consiglio di amministrazione di funzioni tipicamente imprenditoriali, hanno ridotto la legge ospedaliera a riforma degli operatori sanitari, influenzando pesantemente sui costi.

L'istituzione degli Enti ospedalieri ha di fatto estrapolato l'ospedale dal contesto dei presidi sanitari e si è risolta in uno strumento di conservazione dell'ospedale concepito come Ente autonomo, come centro di potere e come momento di incentivazione degli aspetti mercantili della medicina. La stessa autonomia dell'Ente non è riuscita a tradursi in uno stimolo partecipativo delle comunità locali, ma ha costituito un diaframma tra la domanda sociale di tutela della salute ed un metodo di gestione autarchico, intessuto di incertezze operative ed organizzative mediate in precari equilibri che hanno consentito il proliferare di interessi particolari di categoria e di mestiere. La carenza di programmazione nazionale e regionale e la mancata elaborazione di *standards* di efficienza ospedaliera, basati su dati fondamentali quali il rapporto ricoverati-popolazione, la durata media di degenza, l'indice di utilizzazione dei posti-letto, hanno di fatto consentito una politica ospedaliera preguata di ragioni localistiche e municipali che, attraverso lo strumento della retta omnicomprensiva, ha scaricato l'incremento dei costi sulle utenze. Lo stesso sistema dei mutui contratti dagli Enti ospedalieri e dagli Enti locali ha consentito una politica di espansione agli ospedali più dotati di beni patrimoniali, accrescendo da un lato il divario tra Nord e Sud del Paese e dall'altro, a fronte di croniche carenze di ricettività, consentendo, in certe zone, eccedenze di stabilimenti ospedalieri e sovraddimensionamento degli ospedali esistenti.

Il concetto stesso di Ente ospedaliero non consente un esatto rapporto con il territorio (popolazione e suo quadro nosologico), che viene assunto anzi come puro riferimento dello spazio per perimetrare le aree di influenza operativa dei vari ospedali, senza distinzioni tra livelli di intervento di base, intermedi e regionali. Questo fatto rappresenta la causa remota delle irrazionali localizzazioni degli ospedali, che in assenza di una seria ed incisiva programmazione ha scatenato

una proliferazione spontanea, un'accentuata concorrenzialità, una rincorsa alle classificazioni, agli aumenti degli organici, agli ampliamenti incontrollati cui solo in pochi casi ha corrisposto un effettivo miglioramento delle prestazioni sanitarie.

Anche i decreti delegati della legge 132, che dovevano rappresentare un momento di articolazione e di realizzazione progressiva della legge stessa, si sono sostanzialmente ridotti a puro modello di restaurazione dei rapporti di classe fra gli operatori sanitari e di esaltazione delle strutture sanitarie ospedaliere in relazione al concetto di medicina intesa come strumento di potere.

Il quadro di estrema sintesi, ora tracciato, della situazione ospedaliera in riferimento alla vigente normativa, rivela l'indilazionabile esigenza di riformare tutta la struttura sanitaria per rispondere alla domanda complessiva dei cittadini (che da curativa è diventata sempre più domanda preventiva, di attacco alle cause morbigene, di modifica delle condizioni di lavoro e di ambiente) e per rompere la prassi della contraddizione fra enunciati di propositi riformatori senza mai superare la soglia della concretezza politica e giuridica e progressiva dequalificazione del sistema sanitario complessivo del Paese, della medicina mutualistica, sia generica che specialistica, dell'assenza di una politica di prevenzione, eccetera.

Il decreto-legge numero 264 dell'8 luglio '74, convertito nella legge numero 386 del 17 agosto '74, ed il disegno di legge istitutivo del Servizio sanitario nazionale approvato dal Consiglio dei Ministri il 31 luglio '74 e presentato alla Camera dei Deputati il 12 agosto '74, rappresentano fatti politici di estrema importanza e concretizzano una volontà politica di rinnovamento da troppo tempo latente, interpretando una domanda sociale dei cittadini e delle classi lavoratrici. Si è dunque posto in essere, specie con la legge 386, non certo un nuovo provvedimento congiunturale, ma un meccanismo di rinnovamento profondo della realtà sanitaria del Paese, volto al superamento del sistema mutualistico assicurativo e che in effetti assicura, a grandi linee, il passaggio dall'assistenza ospedaliera alle competenze e alle responsabilità delle Regioni; la so-

stituzione del meccanismo della retta di degenza con un finanziamento basato sul Fondo regionale ospedaliero, quale quota parte del fondo nazionale ospedaliero; l'impegno a liquidare le mutue entro il mese di luglio '77, nominando, già dal 1° luglio '75, i Commissari liquidatori.

Siamo entrati in una fase nuova; ci attendono pertanto compiti nuovi. Il trasferimento delle competenze ospedaliere non può ridursi ad un fatto burocratico, ma deve realizzare un cambiamento dei presidi sanitari in grado di operare un riequilibrio delle aree scarsamente attrezzate, in una prospettiva programmata di crescita equilibrata del complesso dei presidi sanitari. E' chiaro che occorre risolvere il problema della quantità dei mezzi disponibili, e cioè il finanziamento del Fondo nazionale ospedaliero e la conseguente necessaria ripartizione alle Regioni, sulla base in primo luogo del livello consolidato della spesa e cioè corrispondente, quanto meno, alla spesa storica del 1974 aumentata dall'incremento naturale dovuto ai nuovi oneri contrattuali e all'incremento medio del costo della vita. La Regione non intende avere i cortei dei lavoratori ospedalieri sotto le finestre a rivendicare i loro stipendi, né intende avviare il meccanismo suicida delle anticipazioni agli ospedali sul bilancio ordinario regionale. Questa soluzione significherebbe l'affossamento della riforma regionalista, con la penalizzazione degli interventi per l'agricoltura o per il turismo, per i lavori pubblici o per altri settori.

In pari tempo, un'azione efficace deve essere rivolta a comprimere l'eccessivo costo dell'assistenza ospedaliera, l'eccessivo tasso di ospedalizzazione dei cittadini, l'eccessiva durata della degenza media. Per trovare una risposta positiva non ci si dovrà limitare a manovrare la sola leva ospedaliera, quanto e prima di tutto la leva extraospedaliera e sulla zona filtro pre-ospedaliera. In effetti, oltre al sostanzarsi di un nuovo modo di gestire la spesa in termini di maggiore rigore nelle deliberazioni sugli organici, sui servizi e sulle attrezzature (in riferimento alle precise norme di salvaguardia), va ricercata una maggiore qualificazione e crescita dei servizi sanitari extraospedalieri ed una loro gestione democratica e partecipata.

Esiste uno stretto nesso fra volontà politica di rinnovamento e tempi tecnici di realizzazione. I tempi troppo lunghi, in genere, servono ad attutire (quando non a riassorbire del tutto) la carica riformatrice dei provvedimenti. In questo senso, la legge 386 è strettamente connessa all'iter parlamentare ed all'approvazione della riforma sanitaria, anzi può essere addirittura considerata come un suo necessario atto propedeutico. Se la legge quadro si perdesse volutamente nei meandri senza fine dei lavori parlamentari, anche la legge 386 si svuoterebbe gradualmente, al di là dell'insieme dei provvedimenti regionali di attuazione, perché è chiaro che il discorso deve investire il territorio, le strutture gestionali extraospedaliere, lo sviluppo dei servizi di prevenzione e soprattutto la predisposizione di una globale programmazione socio-sanitaria. La legge 386 richiede alle Regioni numerose e complesse leggi attuative sulla normativa specifica di salvaguardia, sul diritto ad usufruire dell'assistenza ospedaliera e sulle modalità di erogazione, sui rapporti con le mutue nelle fase transitoria sino alla riforma e sulle nuove basi di bilancio, con disposizioni organiche sulla contabilità e sulla gestione ospedaliera.

Questi provvedimenti rivestono carattere di estrema urgenza in quanto costituiscono la necessaria strumentazione giuridico-operativa per l'avvio della gestione regionale, che, per altro verso, dovrà basarsi — anziché su mezzi aggiuntivi — sulla conversione e sulla qualificazione delle risorse e su un nuovo rapporto con il personale, che renda possibile la mobilità orizzontale a livello di territorio per l'ottimale utilizzo in senso qualitativo della forza lavoro occupata nell'intero settore socio-sanitario. In questo senso, le forze politiche devono fare un discorso serio ed onesto anche con i medici, in quanto non è assolutamente vero, come è stato detto in questa Aula, che si vuole fare una riforma sanitaria contro o punitiva della classe medica. Il fatto è che ci sono medici che credono ancora nel movimento operaio e nel movimento classista operaio e su questi medici si sta incidendo, perché l'attività ospedaliera non può essere riservata dal medico al solo momento dell'intervento sul paziente ricoverato, riservando l'insieme della restante at-

tività alla libera professione.

La materia è regolata dall'accordo unico degli operatori ospedalieri recentemente stipulato ed è specificatamente richiamata dalla legge 386. Non potrà mai esservi una parità di reddito tra un medico ospedaliero a tempo pieno ed un medico che faccia diverse attività contemporaneamente, rincorrendo ogni possibile forma di entrata. Il medico a tempo pieno dovrà trovare più motivazioni culturali e meno motivazioni economiche a giustificazione del suo impegno nella medicina pubblica. Ciò comporta, però, il riconoscimento del contributo che i medici possono portare alla gestione dei servizi sanitari e la ricerca di nuove forme di incentivazione, in termini di aggiornamento culturale e professionale; la scelta del pieno impiego nella vita ospedaliera e negli altri servizi e presidi di medicina pubblica. La Regione, riconoscendo la sua funzione istituzionale di centro partecipato di programmazione, deve tendere alla gestione unificata e democratica di tutti i presidi sanitari territoriali (ospedali, poliambulatori, centri di Medicina del lavoro e scolastica, eccetera) per assicurare atti simultanei sull'uomo e sull'ambiente naturale e di lavoro per eliminare le cause di malattia.

Questo risultato non può essere ottenuto senza una programmazione socio-sanitaria globale e, più settorialmente, senza un piano regionale di programmazione ospedaliera. In questo settore vi sono ritardi e lacune da colmare, tanto più urgenti quanto più esiste un divario ricettivo e qualificativo con aree del Paese più sviluppate. L'obiettivo di fondo del Piano, infatti, dovrà essere un nuovo dimensionamento delle strutture in relazione agli effettivi fabbisogni, ponendo fine alla casualità di motivazioni che ha finora dominato la logica degli investimenti sociali.

E' in questi giorni al lavoro la Commissione all'igiene e sanità per l'indagine conoscitiva della situazione ospedaliera sarda, utile e necessaria per la definitiva redazione del piano ospedaliero. Il risultato di questa indagine è oltremodo urgente per consentire la definizione degli obiettivi del piano (distribuzione equilibrata sul territorio delle strutture; integrazione ed articolazione delle diverse funzioni dei servizi ospedalieri; riassorbimento nelle strutture generali dei

presidi monospecialistici; eccetera), la perimetrazione delle Unità Sanitarie Locali, la definizione della metodologia specifica della programmazione ospedaliera, nonché l'individuazione degli organi operativi. Il Piano consentirà un'azione più armonica fra tutti i presidi, una crescita qualitativa più bilanciata ed un intervento sanitario più incisivo.

Senza mitizzare il Piano in sé e senza distinguere le Regioni in buone o cattive, a seconda se dotate o no di programmazione di settore, occorre peraltro ricordare che il processo di programmazione è già in atto con il rinnovamento del modo di gestire gli ospedali e non si concluderà affatto con la legge di piano, ma anzi proseguirà in relazione alla tensione morale e alla volontà politica che sapremo coagulare attorno a questo fondamentale settore della nostra attività. Oggi, questo impegno più generale si specifica in due provvedimenti di attuazione della legge 386, indispensabili per intraprendere, nel rispetto dei tempi, la gestione regionale dell'assistenza ospedaliera.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare l'onorevole Marraccini, relatore del disegno di legge numero 80.

MARRACCINI (D.C.), relatore. Signor Presidente, onorevoli colleghi, se dovessi dare al mio intervento il taglio, l'impostazione degli interventi che lo hanno preceduto, forse mancherei al mio compito di relatore; d'altra parte, faccio mie le considerazioni di carattere generale testé svolte dal consigliere Floris e quelle politiche svolte dal consigliere Mura. Né mi farò vincere dalla tentazione di esaminare i disegni di legge articolo per articolo, perché offenderei l'attento esame che la Commissione ne ha fatto e che tutti i consiglieri regionali hanno dimostrato di avere svolto per questi due importantissimi disegni di legge e specialmente per il numero 80. Mi limiterò pertanto ad alcune considerazioni di carattere generale ed a sottolineare il lavoro svolto dalla Commissione in ordine al disegno di legge del quale sono relatore.

Intanto dobbiamo dare atto alla Giunta di avere presentato al Consiglio un disegno di legge

(e qui mi discosto dalle osservazioni e dalle obiezioni sollevate dal collega Lippi Serra) articolato in una maniera ineccepibile, chiaro tanto da farsi comprendere (io questo ho voluto anche indicare nella relazione) anche da coloro che non sono addentro ai meandri della legislazione. E' un disegno di legge accessibile diremo anche agli sprovveduti, ed è questo che deve essere, essendo esso un disegno di legge che si indirizza direttamente alle popolazioni dell'Isola. Il provvedimento noi l'abbiamo esaminato anche sotto la luce delle esperienze delle altre Regioni e dobbiamo sottolineare che la manifestazione del nostro Assessorato in questo provvedimento è stata una delle migliori manifestazioni legislative in ottemperanza alla legge 386. Ci siamo anche valse dell'esperienza delle altre Regioni, ma abbiamo recepito alcune cose per modificare e, io mi auguro, per migliorare il provvedimento, che pure di per sé era ottimale nella presentazione della Giunta.

Presenta sì delle carenze, il provvedimento, ma esse non sono insite nel dispositivo di legge, bensì trovano origine al di fuori del dispositivo. Le carenze, a mio avviso, principalmente sono due: quella che il provvedimento deriva da una legge nazionale non completamente attuata e quella relativa al fatto che alla presentazione di questo documento manca la contestualità della attuazione della legge di riforma. Mi pare che siano queste, sostanzialmente, le carenze che possiamo attribuire ma non imputare al provvedimento stesso. E l'esame del provvedimento io credo che non possa essere fatto senza un attento riferimento al dispositivo e specificatamente agli articoli 12, 13 e 18 della legge nazionale. E' per questo che la Commissione ha discusso quelle eccezioni sollevate in Aula dal collega Lippi Serra. Noi le abbiamo discusse, abbiamo recepito le istanze prodotte in questo Consiglio, ma, riferite al dispositivo della legge nazionale, inquadrare, incanalare nei binari direttivi di quel provvedimento, non abbiamo potuto far altro che recepirle e soltanto sottolineare, così come da me è stato fatto, modestamente, nella relazione, anche se affrettata, che ho presentato al Consiglio.

Una delle prime cose nella quale si evidenzia la carenza della mancata contestualità di pre-

sentazione della riforma sanitaria, sta proprio in quell'articolo 3 che diversifica in classi quella che dovrebbe essere un'assistenza sanitaria uguale, indiscriminata per tutti i cittadini dello Stato italiano. E proprio per le ragioni esposte dal collega Lippi Serra, il quale diceva che era pleonastico il sottolineare una diversificazione che già esisteva in una legge nazionale, la Commissione ha cassato la seconda parte dell'articolo che si riferisce alle possibilità d'accesso all'interno degli Enti ospedalieri di professionisti liberi a soccorso dell'opera dei professionisti dell'istituto di ricovero. E' ...

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Proprio quello che non dovevate cassare!

MARRACCINI (D.C.), *relatore*. No, mi consenta, era un'indicazione pleonastica che è regolata per legge, ha una sua normativa e la segue; aggiungerla era un fatto puramente formale proprio perché questa indicazione non era neanche stata indicata dalla legge nazionale. La legge nazionale, invece, indica la diversificazione per classi e noi abbiamo dovuto, e sottolineato il "dovuto", recepire quest'indicazione, anche se con un angolo visuale diverso da quello indicato in quest'Aula dal collega Lippi Serra, cioè orientandosi verso quelle che sono le definizioni su questo punto indicate dalla futura legge della riforma sanitaria, che vuole un'uguaglianza di trattamento per tutti e, semmai, una diversificazione intesa sotto la forma, come diceva il collega Granese, del censo di chi riceve l'assistenza ospedaliera.

Io vorrei molto brevemente chiedere l'attenzione del Consiglio per quanto riguarda gli articoli 7 e 8 del provvedimento legislativo.

Detti articoli sembrano disgiunti ma sono intimamente connessi. L'articolo 7 concerne il recepimento, l'acquisizione ai ruoli regionali dei non abbienti compresi nelle liste di assistenza sanitaria dei Comuni; l'articolo 8 imposta il ruolo di coloro che, per ottenere l'assistenza, devono pagare una quota che per il '74 è stabilita dall'INAM, per il '75 sarà stabilita dalla Regione. Perché dico che sono intimamente connessi, questi due articoli? Perché, a mio giudizio, si riferi-

scono alla stessa fascia di popolazione che deve utilizzare l'assistenza sanitaria. Se non si opera amministrativamente, tecnicamente un qualche coordinamento generale, noi cadiamo in una discriminazione di accesso all'assistenza che contraddice lo spirito della legge e, anzi, la lettera stessa della legge, che chiaramente vuole un'assistenza parificata all'equilibrio regionale italiano. La Sardegna, proprio per la sua economia, soffrirà maggiormente di questa sperequazione se appunto non interverrà un coordinamento di carattere generale di cui prego l'Assessore di farsi interprete.

Vorrei dire che l'iscrizione alle liste dei non abbienti che abbiano diritto all'assistenza sanitaria comunale è regolata sì per legge, ma è altresì regolata da parametri che ogni Comune si crea per proprio conto, ed interessa una fascia di persone che sono al di sotto di una certa possibilità finanziaria ed economica e che, ad un certo momento (io ho preso le indicazioni del Comune di Cagliari) danno motivo di preoccupazione se noi facciamo un confronto con quelle che sono le forze di lavoro che non hanno la possibilità di lavorare e cioè le quantità di disoccupazione. A Cagliari, per esempio — io mi rifaccio, ripeto, al Comune di Cagliari —, il Consiglio comunale ha deliberato che, per l'iscrizione nelle liste degli aventi diritto all'assistenza sanitaria del Comune, il capo famiglia non deve avere un reddito superiore alle 45.000 mensili, aggiungendo ad esso 15 mila lire per ogni componente la famiglia. Ecco già il quadro delineato: quanti nuclei familiari, tante persone sono iscritte in questo elenco. Adesso io scendo al dettaglio: ho i dati relativi agli ultimi anni ('70-'71-'72-'73). Se volete, vi risparmio gli anni precedenti e vengo al '73 per brevità d'illustrazione.

Nel '73, dunque, 541 nuclei familiari, iscritti 1.555. Ogni Comune cerca di restringere il più possibile il numero di questi nuclei; ha cercato fino ad oggi di restringerlo il più possibile, perché il Comune per queste prestazioni ha dovuto sborsare milioni, milioni e milioni nei grossi e nei piccoli centri. Però io vorrei sottolineare il dato: 1.555 persone che usufruiscono di questa condizione di favore, diciamo. Per contro, quanti sono gli iscritti delle liste di collocamento di

Cagliari? Sono 2.500, questo è un dato "a scia-bolata" che mi è stato indicato, non preciso, ma molto vicino alla sua reale entità. Noi abbiamo quindi una fascia di circa 1.000 persone sottoccupate, disoccupate o non abbienti, sicuramente non abbienti, che per ottenere l'assistenza sanitaria devono pagare, a seconda della norma. Il tesserino di disoccupazione dà la possibilità, a chi lo ottiene, di avere le medicine per 6 mesi; d'accordo, ma dopo i 6 mesi cosa succede?

GRANESE (P.C.I.). Lavora!

MARRACCINI (D.C.), *relatore*. Lavora? Auguriamocelo, che lavori! Però io vorrei estendere il fenomeno a tutta la Regione e vorrei chiedere: "Qual è la famiglia del paese centrale della Sardegna che ha 45 mila lire di reddito (a seconda dei parametri del Comune di Cagliari) più 15 mila lire per componente, per cui ha diritto all'assistenza gratuita?"

Ecco, qui bisogna, a mio avviso, arrivare ad una uniformità, per non cadere in una sperequazione che vedrebbe la nostra Regione, circa i livelli di possibilità di accesso all'assistenza sanitaria gratuita, sottostare alle altre Regioni più sviluppate, più, diciamo, avanzate nell'inserimento nel mondo del lavoro delle forze sociali. Questo mi premeva sottolineare. La Commissione ha apportato una modifica sostanziale all'articolo 8 (io vorrei sottolineare ancora una volta) individuando nell'Istituto regionale il dispositivo dell'iscrizione nei ruoli regionali. La Commissione ha ritenuto opportuno decentrare il tutto ai Comuni e lasciare che la corrispondenza avvenisse soltanto tra Comuni e Regioni e non tra singolo cittadino e Regione. Questo anche per dar la possibilità, a chi dovesse presentare in un qualsiasi Comune una richiesta d'inserimento nei ruoli regionali, di avere immediatamente quella ricevutina che il Comune rilascia all'atto della presentazione della domanda, ricevutina che diventerà titolo per accedere all'assistenza sanitaria. La Commissione ha trovato l'unanimità dei presenti sul disegno di legge della Giunta regionale; nel licenziarlo, ha altresì espresso alcuni voti che sono contenuti nell'ordine del giorno. Io non credo che sia il caso di illustrarlo, perché es-

so ricalca temi che d'altra parte sono noti. Invita l'Assessore (e credo che sia un invito pleonastico, perché l'Assessore mi pare abbia dimostrato attenzione al lavoro che incombe in questo momento alle Regioni e soprattutto al suo Assessorato, presentandoci e sollecitandoci addirittura la discussione di questi provvedimenti) a presentare una documentazione sulla situazione sanitaria in Sardegna (anche per questo la Commissione sta svolgendo un'indagine, in collaborazione con l'Assessorato, per ottenere una situazione completa delle esigenze sanitarie in Sardegna); invita anche a predisporre gli strumenti operativi necessari per la raccolta dei dati sull'andamento dell'attività ospedaliera e sulle situazioni sanitarie.

Due minuti mi vorrei fermare su questo punto, che mi sembra molto importante come richiesta e come innovazione. Vorrei dire che noi ci stiamo avviando all'attuazione della riforma sanitaria e se potessimo, nell'avvio, impostare delle condizioni anche amministrative ottimali, tutto il resto ci verrà molto facile. Noi si pensava, addirittura, ad un Centro di programmazione e ad un Centro di calcolo centralizzato, con i terminali in tutti quanti gli Istituti ospedalieri della Sardegna, da cui dovessero pervenire i dati relativi al personale, agli indigenti che venivano ricoverati in questo ospedale, i dati relativi all'andamento di determinate malattie (per esempio, l'ultimo sfogo colerico sarebbe stato maggiormente controllato dalle autorità regionali se le stesse avessero avuto tempestivamente, diciamo giornalmente, i dati relativi allo svilupparsi di questa malattia nei vari centri dell'Isola), i dati relativi allo stoccaggio dei medicinali nei vari ospedali, i dati relativi alle necessità di approvvigionamento, eccetera. Ecco, io penso che impostando adesso una cosa di questo tipo, noi ci troveremmo indubbiamente facilitati nel completare la riforma sanitaria nel prosieguo di tempo a venire.

Onorevoli colleghi, chiudo questa relazione invitando il Consiglio, a nome della Commissione che unanimemente si è espressa in questo modo, ad approvare il provvedimento.

PRESIDENTE. Per esprimere il parere della

Giunta anche sull'ordine del giorno, ha facoltà di parlare l'onorevole Assessore all'igiene e sanità.

MELIS ANTONIO (D.C.), *Assessore all'igiene e sanità*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il contenuto del decreto legge 8 luglio '74, numero 264, presentato dal Governo e convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto '74, numero 386, non si esaurisce nelle disposizioni attinenti al ripiano del *deficit* delle mutue, ma contiene decisioni di estrema importanza politica in quanto determina un radicale mutamento nel sistema dell'assistenza ospedaliera mutuo-assicurativa.

La nuova legge comporta e disciplina infatti: il passaggio dell'assistenza ospedaliera, finalmente scorporata dal sistema mutualistico, alla competenza e responsabilità delle Regioni (tale passaggio, come è noto, è divenuto operante dal 1° gennaio 1975); la soppressione del meccanismo della retta di degenza e la sua sostituzione con il finanziamento dell'attività ospedaliera basato sulla ripartizione agli Enti ospedalieri della quota parte del Fondo nazionale ospedaliero assegnata dallo Stato alle singole Regioni in funzione di criteri obiettivi predeterminati; l'impegno per la liquidazione degli Enti mutualistici entro il 1° luglio '77, da attuarsi mediante gestione commissariale a decorrere dal 1° luglio '75.

Con la normativa in argomento il problema sanitario è pertanto entrato in una nuova fase; e precisamente nella fase che segna l'avvio concreto del passaggio dal sistema mutualistico alla costituzione del servizio sanitario nazionale. Il mancato slittamento temporaneo dell'operatività della 386, da diverse parti e per opposti motivi paventato o richiesto, per i limiti e le insufficienze rilevate nella legge stessa, ha reso irreversibile l'immediato avvio della riforma sanitaria nazionale ed il superamento della mutualità. Inoltre, unificando nella Regione la fonte di erogazione, ha reso possibile l'attuazione di un sistema di finanziamento degli ospedali idoneo ad assicurare la regolarità dei flussi monetari e di conseguenza il normale funzionamento dell'assistenza sanitaria.

Certamente, come ha rilevato anche l'ono-

revole Floris nel suo intervento, sarebbe stata cosa migliore fare camminare di pari passo l'unità sanitaria locale e l'ospedale, sviluppando la riforma sanitaria in quel quadro armonico che la delicatezza del problema richiede. Nei molteplici incontri fra Assessori delle diverse Regioni si è rimarcata tale esigenza e si sono prospettati gli inevitabili effetti negativi determinati dalla separazione fra l'attività ospedaliera e gli altri momenti dell'intervento sanitario. Tuttavia, la cronica e grave insolvenza degli Enti mutualistici nei confronti degli Enti ospedalieri, insolvenza che ha messo questi ultimi nella condizione di non poter più funzionare e garantire la necessaria assistenza di degenti, ha determinato come soluzione immediata l'emanazione e la tempestiva operatività della legge 386. Appare opportuno evidenziare che, nel corso dei precitati incontri interassessoriali, mentre si è ribadito che soltanto una radicale riforma del sistema sanitario nazionale potrà dare compiuta soluzione ai molteplici ed interdipendenti problemi del settore, di fronte alla presente gravità della situazione ospedaliera, da tutte le parti politiche si è convenuto che ogni ulteriore ritardo degli interventi governativi intesi a risolvere i problemi finanziari degli Enti ospedalieri avrebbe determinato l'immediata totale paralisi della loro attività; ciò riconferma la necessità di immediata operatività della legge 386, pur con i limiti e le carenze che essa presenta.

Questa legge, peraltro, ha posto delicati problemi, di cui alcuni avrebbero dovuto trovare soluzione a precise scadenze e, fra questi, innanzitutto: a) quello relativo all'estinzione dei crediti vantati dagli Enti ospedalieri nei confronti degli Enti mutualistici (questa urgente operazione finanziaria si poneva e si pone come necessaria premessa per l'affidamento alle Regioni degli Enti ospedalieri in posizione "pulita" dal punto di vista debiti e crediti); b) quello di una completa, tempestiva e corretta attuazione degli aspetti finanziari, in relazione alla garanzia da dare alle Regioni in ordine alla disponibilità degli stanziamenti necessari per fronteggiare gli oneri connessi all'espletamento dei nuovi compiti in tema di assistenza ospedaliera; c) quello di una netta separazione, anche sul piano finanziario, della ges-

stione mutualistica cessata al 31 dicembre '74 dalla gestione regionale dell'assistenza ospedaliera che ha avuto inizio dal 1° gennaio '75. L'avvenuto slittamento delle scadenze sopra accennate, per cui i problemi testé esposti sono entrati solo da pochissimo tempo in fase risolutiva, è legato all'eccezionale crisi economica che il Paese sta attraversando ed alla lunga stasi politica determinata dalla crisi di governo recentemente risolta.

La concomitanza di questi eventi ha influito negativamente sugli aspetti finanziari della legge 386: ecco perché è ancora in fase di definizione il ripianamento dei debiti degli Enti mutualistici, mentre soltanto ieri sono stati concordati i parametri di riparto del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera. Carenze quindi — benché spiegabili — da parte dello Stato e di portata non certo secondaria.

Tuttavia, la gravissima situazione degli Enti ospedalieri operanti nell'Isola, così come in tutta Italia, giunta notoriamente alle soglie del collasso, ha consigliato accanto alla critica obiettiva l'adozione di accorgimenti idonei ad assicurare l'assolvimento dei nuovi compiti demandati alla Regione nel momento presente, difficile come ogni inizio di riforma. Come primo accorgimento, non avendo ritenuto del tutto soddisfacente in relazione ai parametri di ripartizione del Fondo nazionale, la determinazione delle componenti elastiche previste nel 7,50 per cento, ciascuna in rapporto alla popolazione e in rapporto ai posti-letto-popolazione, noi, Regione sarda, abbiamo richiesto la revisione ai fini di una reale azione perequativa, rivolta appunto ad adeguare la situazione della nostra Regione, meno dotata di servizi rispetto alle altre Regioni che si trovano in posizione di relativo vantaggio, onde poter garantire almeno la conservazione dei livelli assistenziali e tentare un più equo trasferimento territoriale delle risorse necessarie per pervenire all'erogazione di prestazioni uniformi ed eliminare le differenze interregionali; abbiamo pertanto ritenuto necessario far riesaminare la posizione di tali due componenti, e precisamente quelle relative alla popolazione ed al rapporto inverso, posti-letto-popolazione.

A tal fine, si è ritenuto più equo e meno sperequativo il ridimensionamento dei parametri

di che trattasi, partendo dal presupposto di assegnare: alla popolazione, la quota del 5 per cento anziché del 7,50 per cento; al rapporto inverso, posti-letto-popolazione, la quota del 10, anziché 7,50 per cento, con l'assegnazione del parametro globale per la Sardegna di 2,626 anziché di 2,593, come inizialmente proposto. A fondamento di tale richiesta risiedeva, oltre le considerazioni dette in premessa, anche la necessità di garantire attraverso il Fondo nazionale la gestione di nuove unità e l'adeguamento di altre deficitarie, il cui funzionamento si presenta assolutamente inderogabile come già segnalato al Ministero della sanità. Il CIPE, su relazione del Ministro della sanità, onorevole Gullotti, e su segnalazione presso il Ministro da parte del Presidente Del Rio (cui dobbiamo dare atto del suo impegno), ha approvato nella seduta di ieri 9 gennaio le proposte per la determinazione dei parametri di ripartizione del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera per l'anno 1975.

Tali proposte, che in origine prevedevano una determinazione del parametro complessivamente meno favorevole per la Regione sarda, hanno subito in sede di approvazione importanti modificazioni, che rispecchiano il contenuto delle istanze presentate dalla Regione sarda con il documento precedentemente citato. Infatti, la ripartizione del Fondo avverrà per l'85 per cento in relazione alle spese effettive sostenute per l'assistenza ospedaliera dalle mutue nella Regione; per il 5 per cento in relazione alla distribuzione della popolazione; per il restante 10 per cento in relazione al rapporto inverso posti-letto-popolazione. E poiché il costo nazionale per l'assistenza ospedaliera sarà certamente superiore ai 3 mila miliardi — e non ai 14.500 (collega Lippi, parliamo di assistenza ospedaliera, non di assistenza sanitaria generale) —, la quota del Fondo nazionale spettante alla Regione sarda, per effetto del parametro segnalatoci, dovrebbe aggirarsi intorno agli 80 miliardi; cifra obiettivamente valutabile come idonea a coprire la spesa annua per l'assistenza ospedaliera in Sardegna.

A questo proposito, onorevole Lippi Serra, io vorrei ricordarle anche che l'articolo 16 della 386 dà le garanzie per l'aggiornamento annuo della quota per la spesa ospedaliera, laddove al

comma sesto dice: "Il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, sentita la Commissione interregionale di cui al primo comma, verifica annualmente l'andamento della gestione del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera ed i livelli qualitativi e quantitativi di assistenza ospedaliera assicurati sull'intero territorio nazionale. Ove da detta verifica dovesse riscontrarsi l'insufficienza del Fondo stesso, con appositi provvedimenti legislativi si provvede alla revisione delle fonti di alimentazione di cui all'articolo 14". E lei sa quali sono le fonti di alimentazione: non sono tutte a carico dello Stato, ma vi è anche una quota-parte di contributi dei lavoratori. Quindi, da questo punto di vista, la legge nazionale ci garantisce, garantisce le Regioni e dimostra la sua volontà politica di portare avanti veramente un'assistenza ospedaliera.

E ancora, date le serie difficoltà che si sono presentate per far fronte pienamente ai nuovi e gravosi compiti connessi al trasferimento alla Regione delle responsabilità in materia di assistenza ospedaliera, stante l'ancora incompleta organizzazione dei relativi uffici, siamo d'accordo su questo.

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Almeno su questo!

MELIS ANTONIO (D.C.), *Assessore all'igiene e sanità*. Ma questo non ci deve fermare, né ci ha fermato nel portare avanti i nostri compiti e la nostra attività politica. Stante l'incompleta organizzazione degli uffici, dicevo, specie a livello provinciale e zonale (e l'Assessorato sta lavorando per la sua organizzazione), è stato chiesto, unitamente ad altri Assessori regionali, l'intervento del Ministero del lavoro e previdenza sociale perché autorizzasse, nella fase di transizione e per il periodo strettamente necessario per la messa a punto degli uffici regionali stessi, gli Enti e le casse, gestori dell'assistenza malattia, ad assicurare la collaborazione dei propri uffici a quelle Regioni che ritenessero di avvalersene e che pertanto ne facessero espressa richiesta. A tale richiesta, il Ministero del lavoro e previdenza sociale, mostrandosi sensibile alle obiettive diffi-

coltà suddette, ha risposto affermativamente e pertanto anche il nostro Assessorato, non avendo potuto ancora predisporre i relativi uffici, si è avvalso di tale facoltà.

Inoltre, siamo intervenuti presso i responsabili degli Istituti di credito che in Sardegna hanno la gestione dei servizi di tesoreria degli Enti ospedalieri, affinché provvedessero ad erogare anticipazioni, sia pure limitate, agli Enti ospedalieri al fine di garantirne l'attività in attesa che lo Stato assegni alla Regione, ormai certe dopo la deliberazione del CIPE, le previste quote-parte del Fondo nazionale ospedaliero di sua spettanza. Nel contempo, abbiamo caldeggiato, presso i responsabili degli Istituti di credito, ottenendone il pieno consenso, la necessità di una netta separazione tra i conti relativi alle gestioni cessate al 31 dicembre 1974 e quelle iniziate col 1° gennaio 1975.

Tutto ciò premesso, a questo punto riteniamo di dover evidenziare la portata politica ed amministrativa dell'innovazione data dalla legge 386, per cui nell'ambito dei limiti fissati dall'articolo 117 della Costituzione ogni competenza in materia ospedaliera deve ormai ritenersi di esclusiva spettanza regionale. La Regione, infatti, mentre per la legge di riforma ospedaliera (la 132) venne sì tenuta presente, ma in una posizione e con un ruolo quasi assimilabile a quello di un Ente territoriale autarchico, con la legge 386 (che si può definire una legge quadro in materia di assistenza ospedaliera), viene individuata come protagonista ed investita di potestà legislativa e non di mera potestà regolamentare.

In questo contesto si inseriscono i disegni di legge presentati dalla Giunta regionale attinenti, il primo, alla norme di attuazione degli articoli 6 e 7 del Decreto-legge numero 264 convertito, con modificazioni, nella legge 386, ed il secondo concernente le norme di attuazione degli articoli 12, 13 e 18 dello stesso Decreto-legge.

Le norme relative al primo dei due disegni di legge (il numero 73), comunemente denominate "norme di salvaguardia" in attuazione degli articoli 6 e 7 della legge 386, pongono: a) il divieto dell'istituzione di nuove divisioni, sezioni o servizi in tutti i casi in cui si possano utilizzare analoghe strutture di ospedali limitrofi. Il divie-

to non opera nel caso di specifiche inderogabili esigenze di assistenza sanitaria e per le cliniche o istituti universitari nel caso di imprescindibili esigenze didattiche e di ricerca (dobbiamo stare attenti, anche qui, a porre dei divieti quando vi sono, invece, esigenze veramente di carattere scientifico e di relazioni tra ospedali e istituti universitari); b) il divieto dell'aumento degli organici e dell'assunzione, anche temporanea, di nuovo personale, salva la copertura dei posti vacanti previsti dalle piante organiche e di posti determinati dall'istituzione di nuove divisioni, sezioni o servizi nei casi consentiti dal precedente punto a) e salva la sostituzione del personale cessato dal servizio e collocato in aspettativa senza assegni o in congedo per gravidanza o puerperio.

Inoltre, il disegno di legge di cui trattasi disciplina i compensi e le indennità corrisposte dagli Enti ospedalieri e pone il divieto agli Enti medesimi di procedere ad alienazioni o alla costituzione di diritti reali relativamente a beni immobili o titoli facenti parte del loro patrimonio. Scopo evidente di tale normativa è quello di costituire le premesse per la razionale articolazione del servizio sanitario nazionale, previsto appunto dalla riforma sanitaria di cui si attende l'entrata in vigore, evitando nel frattempo l'incontrollata dilatazione delle strutture sanitarie e della spesa conseguente, con le prevedibili negative ripercussioni sull'ormai improcrastinabile riorganizzazione pianificata dell'assistenza sanitaria nazionale. Le Regioni sono chiamate nella circostanza in veste di protagoniste a precisi adempimenti al riguardo: quelli che in questa sede maggiormente interessano sono gli adempimenti legislativi che gli articoli 6 e 7 demandano alle Regioni stesse. Infatti, mentre l'articolo 8 della 386 prevede il semplice consenso, cioè un atto puramente amministrativo da parte della Regione in ordine alla concessione di autorizzazioni interministeriali (sanità, tesoro e previdenza sociale) agli Enti mutualistici a derogare al divieto di cui all'articolo 8 stesso (cioè il problema di aumento di personale o di strutture), gli articoli 6 e 7 impongono alla Regione adempimenti legislativi comportanti la emanazione di norme di attuazione del precetto legislativo contenuto in tali articoli, con particolare riferimento alla disciplina delle deroghe ai

divieti sopra menzionati, deroghe da autorizzarsi, appunto, da parte della Regione.

La Giunta accetta la modifica, apportata dalla Commissione, che queste deroghe siano deliberate dalla Giunta sentita la Commissione permanente, perché ciò rappresenta ancora una maggiore partecipazione dell'organismo regionale alla vita sanitaria, all'organizzazione ospedaliera in Sardegna. Evita, anche da questo punto di vista, le clientele o le scelte particolaristiche, così come ieri sera ci ricordava il collega Lippi Serra.

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Speriamo che sia così, ma non ci credo.

MELIS ANTONIO (D.C.), *Assessore all'igiene e sanità*. Si vede che lei ha poca fiducia in se stesso, perché lei non ha mai fiducia in nulla. E l'uomo proprio che non ha fiducia in nulla!

Le norme regionali debbono, quindi, porre un limite all'ampliamento degli Enti ospedalieri, in attesa della riforma sanitaria e della più sollecita emanazione della legge del Piano regionale ospedaliero, per il quale qui confermo la volontà della Giunta di portarlo avanti il più sollecitamente possibile, così come è detto nell'ordine del giorno approvato a chiusura della discussione del Quinto programma esecutivo. L'Assessorato, in questo periodo, si è trovato a dover operare per l'attuazione della 386, ma nondimeno ha dimenticato quello che è l'impegno che gli deriva dall'ordine del giorno del Consiglio. Vi è già uno studio portato avanti dalla precedente amministrazione (che aveva dato l'incarico alla SOMEA), uno studio specializzato per iniziare una certa rilevazione di dati; l'Assessorato, ora, attraverso i suoi organi tecnici, sta continuando a raccogliere quei dati necessari. La Commissione stessa ha già dei dati ben precisi sulla situazione ospedaliera in Sardegna, situazione che definiamo grave, ma non così catastrofica come ieri ce l'ha presentata il collega Lippi Serra, perché se diciamo che vi è una presenza, sul piano territoriale, squilibrata di ospedali in Sardegna, e perciò non siano ancora all'*optimum* dei posti letto rispetto alla popolazione, diciamo anche che non siamo al numero

di 2-3 posti-letto per mille abitanti. Infatti, i dati al 1974 sono di 8.445 posti-letto di fronte ad una popolazione di 1.515.000 abitanti, per cui il rapporto diventa di quasi 6 posti-letto per mille abitanti, con una sperequazione all'interno della Regione tra zona e zona.

Però dobbiamo ricordarci che non è che la Regione, pur non avendo competenza primaria in materia, non si sia preoccupata di dare una sua incisiva azione politica concreta nel settore ospedaliero in Sardegna. La Regione, ricordiamoci, ha costruito anche ospedali con propri fondi; tutti gli ospedali gestiti dall'Ente Crespellani (sette ospedali nelle varie zone) sono stati costruiti dalla Regione sarda con propri fondi. Con le ultime decisioni prese in base alla legge numero 30 dei 20 miliardi, è stata destinata al settore ospedaliero la somma di 5 miliardi per l'ampliamento degli ospedali; l'ultima decisione presa sul Quinto programma esecutivo, di inserire nel cosiddetto "capitolone" dei 27 miliardi, anche il settore ospedaliero, è la dimostrazione che la Giunta regionale interviene pur non avendo la competenza primaria, facendo un grosso sacrificio e dimostrando così la propria volontà politica di intervenire nel settore ospedaliero e di dare risposte concrete, nei limiti delle sue possibilità, al settore ospedaliero in Sardegna. La Regione in questa linea si è mossa. Certo, noi diciamo che da ora in poi, (ed ecco la necessità e l'importanza del Piano regionale ospedaliero da più parti richiesto e sollecitato, con l'esigenza di una programmazione nel settore dell'ospedalità in Sardegna) si dovrà fare un punto sulla situazione per avere il più esattamente possibile un quadro delle esigenze in termini territoriali di ospedali ed un quadro delle esigenze in termini verticali, cioè di specializzazioni, di ospedali specializzati necessari in Sardegna onde evitare anche qui il dilatarsi della spesa a punto tale da non poter dare risposte esaurienti e la possibilità della spendita precisa delle somme. Siamo convinti, perciò, che sia necessario lavorare celermente per approvare il Piano regionale ospedaliero, al fine di evitare di trovarci di fronte a richieste di carattere municipalistico e di carattere settoriale per quanto riguarda sia la presenza di ospedali e sia la richiesta di divisioni dei settori specializzati nella no-

stra Isola. Quindi, su questo punto, la Giunta ha preso l'impegno accettando l'ordine del giorno approvato durante la discussione del Quinto programma esecutivo. La Giunta riconferma questo impegno e assicura il Consiglio che sta predisponendo gli strumenti necessari (con i mezzi a disposizione) per poter presentare nei tempi brevi, per una qualificata assistenza ospedaliera in Sardegna, un Piano che dia veramente una visione chiara e completa al problema ospedaliero in Sardegna.

Dicevo, quindi, che in attesa della riforma sanitaria e della sollecita emanazione del Piano regionale ospedaliero dobbiamo limitare ai soli casi che si presentano assolutamente indispensabili, ai fini dell'assistenza, l'ampliamento delle strutture e degli organici degli Enti ospedalieri. Ciò soprattutto in dipendenza del fatto che occorre realizzare la massima economia con una più razionale e controllata utilizzazione delle strutture e degli organici ospedalieri esistenti. Pare opportuno rammentare, infatti, il radicale mutamento del meccanismo di finanziamento dell'attività ospedaliera con l'abolizione della retta di degenza; ciò comporta che la vita degli ospedali sarà assicurata con l'attribuzione di frazioni determinate dalla quota-parte del Fondo nazionale ospedaliero assegnato alla Regione.

Le norme di cui al disegno di legge numero 80, relative agli articoli 12, 13 e 18 della legge 386, stabiliscono che i compiti relativi all'assistenza ospedaliera, già di competenza degli Enti anche previdenziali, che gestiscono forme di assistenza contro le malattie, nonché delle Casse mutue anche aziendali, comunque denominate e strutturate, a partire dal 1° gennaio 1975 sono trasferiti alle Regioni, le quali provvedono ad erogare le prestazioni agli aventi titolo e loro familiari sia in forma diretta che indiretta, gratuitamente, senza limiti di durata, avvalendosi degli Enti ospedalieri, nonché di Cliniche universitarie, Istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, Enti religiosi cattolici ed Ospedali religiosi acattolici civilmente riconosciuti, che esercitano l'assistenza ospedaliera, questi ultimi convenzionati in conformità a quanto stabilito dall'articolo 18 della legge 386 succitata. La Regione, inoltre, in presenza di

comprovate esigenze del servizio ospedaliero, potrà convenzionarsi ai fini dell'assistenza ospedaliera, altresì, con Case di cura private, che risultino in possesso dei requisiti previsti dalla legge numero 132 del 1968. A questo proposito, noi non possiamo andare contro la legge nazionale, che dice chiaramente che la Regione continua con le convenzioni in atto tra le Case di cura private e le Casse mutue e, in attesa della convenzione unica nazionale (che le Regioni hanno sollecitato, perché la legge dice che deve essere presentata entro sei mesi, ma le Regioni hanno sollecitato il Ministro per approntarle nel più breve tempo possibile), in attesa della convenzione unica nazionale, dicevo, le Regioni sono tenute a tener fede alle convenzioni che le Casse mutue hanno avuto con le Case di cura private.

In questo e per la garanzia di questo, del servizio delle Case di cura private, ove i cittadini che hanno diritto all'assistenza vogliono ricoverarsi, in un primo momento, proprio perché non avevamo gli strumenti necessari, gli uffici pronti per controllare il ricovero nelle Case di cura private, abbiamo chiesto agli Istituti mutualistici di continuare loro questo servizio, attraverso l'impegnativa, sino all'entrata in vigore della legge regionale, che invece vede impegnati gli Enti locali. L'impegnativa verrà fatta appunto dagli Enti locali, e noi accettiamo questa proposta, come Giunta, attraverso il documento rilasciato dal medico curante, dal medico condotto o dall'ufficiale sanitario della città e col visto del Sindaco, ove si assumano loro la responsabilità di inviare preventivamente, nella Casa di cura privata convenzionata, il cittadino che dovesse chiedere di ricoverarsi nella casa di Cura privata anziché in un ospedale pubblico.

A far data dal 1° gennaio 1975 la Regione eroga, ancora, l'assistenza ospedaliera gratuita ai non abbienti già a carico dei Comuni (e per questo la legge 386 è importantissima perché sgrava i Comuni di un grosso onere e già incomincia ad avviarsi nella linea del servizio sanitario nazionale), iscritti negli elenchi comunali in forza dell'articolo 55 del Testo unico sulla legge sanitaria. I non aventi diritto, in quanto non appartenenti alle categorie sopra descritte, possono ugualmente ottenere l'assistenza ospedaliera gratuita me-

dante l'iscrizione in appositi ruoli regionali. Pertanto, sempre a far data dal 1° gennaio 1975, sulla base di quanto previsto dalla più volte citata legge 386, è data la possibilità a tutti i cittadini di usufruire dell'assistenza ospedaliera gratuita in forma diretta, o in quanto soggetti già assistiti da Enti mutualistici in base alle vigenti norme o in quanto soggetti che possono iscriversi negli appositi ruoli, che verranno istituiti in tutte le Regioni.

Il disegno di legge che viene portato all'esame di questo Consiglio sancisce chiaramente il diritto all'assistenza ospedaliera gestita dalla Regione nelle forme sopra indicate e stabilisce gli altri compiti attinenti all'assistenza ospedaliera di competenza della Regione. Specificamente è prevista: 1) l'assistenza ospedaliera in forma indiretta a favore degli aventi diritto, che si ricoverino in Istituti o Case di cura non convenzionati. Solo in questo caso, e per i ricoveri negli Istituti e Case di cura non convenzionati, il ricovero è condizionato, ai fini di un doveroso controllo, all'emissione di un'impegnativa e ciò con l'evidente scopo di accertare la sussistenza o meno della necessità di usufruire delle prestazioni presso detti Istituti o Case di cura, anziché presso gli Enti ospedalieri. Agli assistiti che usufruiscono della forma indiretta è previsto il rimborso da parte della Regione di una quota pari alla spesa media sostenuta dalla Regione stessa per le Case di cura private convenzionate ed ubicate in Sardegna. Quindi il cittadino può ricoverarsi, paga, anticipa e la Regione rimborsa a quel cittadino la quota che la Regione rimborsa alle Case di cura convenzionate. Quindi non c'è possibilità di nessuna ...

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Onorevole Assessore, è stata accertata la spesa media?

MELIS ANTONIO (D.C.), *Assessore all'igiene e sanità*. Adesso stiamo lavorando. Queste sono le prime due leggi che danno la certezza dell'assistenza; tutto il fatto amministrativo lo stiamo accertando.

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Non è stata accertata?

MELIS ANTONIO (D.C.), *Assessore all'igiene e sanità*. E' da accertare e dobbiamo presentare la legge finanziaria, perché soltanto ieri abbiamo saputo qual è la quota che ne deriva, che poi dev'essere ripartita, secondo criteri obiettivi, a tutti gli ospedali della Sardegna. Gli uffici stanno lavorando.

LIPPI (M.S.I. - Destra Nazionale). Non è che si parte da un dato certo per stabilire l'ammontare del fondo. Si parte dal fondo per stabilire ...

MELIS ANTONIO (D.C.), *Assessore all'igiene e sanità*. Si parte già da un dato certo, che è la spesa avuta dalle Mutue nel '74. In base a quella, a noi è stata attribuita la quota regionale; noi adesso dobbiamo fare i calcoli per accertare cosa costa esattamente un ricovero nell'Ente ospedaliero, salvo mantenere ancora in piedi, per le Case di cura convenzionate, le convenzioni che vi sono attualmente, sino alla convenzione nazionale che dovrà essere emanata quanto prima.

Secondo: ricovero in classi diverse da quelle convenzionate con trattamento supplementare di tipo alberghiero. Mentre si afferma nella legge il principio per cui le prestazioni medico-sanitarie e farmaceutiche sono assicurate a livello uniforme e gratuitamente per tutti i degenti, si chiarisce che il trattamento supplementare di tipo alberghiero, il cui corrispettivo annualmente viene stabilito dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore all'igiene e sanità, sarà a totale carico del richiedente (perché anche lì dobbiamo calcolare che cos'è la spesa per le comodità che l'ammalato richiede).

Questi sono i punti più importanti, direi, oltre a quelli che i colleghi che sono intervenuti hanno già esposto nel loro intervento di stamattina.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, siamo, evidentemente, in presenza di una normativa nuova che, come si è detto, rappresenta un momento di rottura con sistemi dimostratisi non più attuali e incapaci di rispondere a quell'esigenza primaria di ogni contesto sociale che è la tutela della salute. Sotto questo profilo, pur con

le carenze e le lacune precedentemente accennate, la legge 386 rappresenta la prima tappa di un cammino che dovrà essere percorso con la celerità che la nostra epoca richiede, sino alla meta della riforma sanitaria globale che ormai si presenta come una necessità improcrastinabile. Ritengo doveroso sottolineare l'impegno della Giunta regionale perché la riforma sanitaria, che si pone ormai come occasione fondamentale per avviare nell'assetto regionale dello Stato un autentico processo di rinnovamento del Paese, con l'attuazione degli obiettivi di maggiore giustizia sociale per i quali si battono da tempo le forze politiche più avanzate ed i sindacati dei lavoratori, diventi un fatto irreversibile.

La Regione ha un ruolo di protagonista, nel processo di tale riforma, per due motivi fondamentali: il dettato costituzionale che sancisce le competenze sanitarie delle Regioni e la nuova realtà della dimensione regionale come dimensione istituzionale dello Stato. Alla luce di quanto sopra, la riforma sanitaria rappresenta un'importante verifica della volontà di rinnovamento dello Stato che, nell'attribuire responsabilità e funzioni alle Regioni in un campo così importante, garantisce alle Regioni stesse la loro funzione costituzionale, di decentramento democratico, di autogoverno e di partecipazione popolare. Non c'è dubbio che le responsabilità e le funzioni in tema di sanità siano complesse, delicate e nuove. Possono e debbono essere accolte ed assolve solo con la collaborazione e l'impegno politico delle forze politiche, di tutte le componenti del settore sanitario, onorevole Lippi, di tutte le componenti. Nessuna prevenzione da parte dell'organo regionale vi è mai stata nei confronti dei medici, della classe medica e, anzi, nelle nostre dichiarazioni abbiamo sempre detto che la riforma sanitaria si fa con tutti i lavoratori, con i medici e non contro i medici. La riforma sanitaria si fa con tutte le componenti sociali del nostro Paese, tutte le componenti del settore sanitario e dei sindacati dei lavoratori.

Gli inizi sono certamente difficili, ma la volontà unanimemente manifestata da tutte le Regioni, da tutte le forze politiche democratiche popolari e dai sindacati, come giustamente e responsabilmente ha dichiarato stamattina nel suo

intervento l'onorevole Mura, da tutti quanti, in campo nazionale, di attuare la legge 386 in prima istanza e di portare avanti tempestivamente la legge di riforma, permette a noi di guardare, con ragionevole fiducia, alla possibilità di un'effettiva soluzione del primario problema sociale che è la certezza del diritto alla salute come primo bene del cittadino.

PRESIDENTE. Prima di procedere alla votazione per il passaggio alla discussione dei singoli articoli, metto in votazione l'ordine del giorno Usai e più numero 1.

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, brevemente, per dichiarare che siamo solidali e anche per sottolineare che questo ordine del giorno contraddice, a nostro giudizio, gli atteggiamenti scandalizzati che abbiamo potuto registrare nella serata di ieri e anche nella mattinata di oggi, da parte di alcuni colleghi, soprattutto della maggioranza, i quali non solo sembra che cascassero dalle nuvole mentre la mia parte politica esprimeva determinate opinioni, determinate riserve, determinate preoccupazioni, ma andavano al di là persino di questi atteggiamenti nel definire alcune parti, direi tutto l'intervento, forse troppo lungo, forse anche troppo disorganico, col quale la mia parte politica ha ritenuto di esprimere con estrema serenità, con estrema obiettività i propri punti di vista.

Io vorrei chiedere, per esempio, al collega Mura, che non è firmatario dell'ordine del giorno, ma che certamente è consenziente con esso, cosa c'è in questo documento di diverso, che cosa c'è soprattutto in questo documento che non sia stato detto ieri sera nel mio intervento. In definitiva, a parte il preambolo che ha scarsa rilevanza, in questo ordine del giorno che si dice? Al punto 1): "a predisporre a presentare con la necessaria sollecitudine gli ulteriori provvedimenti di attuazione della legge 386 del 1974". Onore-

vole Marraccini, onorevole Mura, onorevole Floris, che altro ho detto io, se non questo? L'ho detto e risulta scritto.

USAI (P.C.I.). Tu hai parlato per due ore e mezza, queste sono cinque righe.

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Dico che mi meraviglio, come si sarebbe meravigliato lei. Aspettavo un ordine del giorno che dicesse cose diverse da quelle che noi abbiamo sostenuto. Dice esattamente le stesse cose, forse non le dice tutte, perché alcune cose andavano dette in quest'ordine del giorno e bene avreste fatto ad aggiungerle. Noi non gridiamo allo scandalo per aver letto le cose che avete scritto: ci meravigliamo che abbiate gridato allo scandalo voi per avere sentito le stesse cose che poi voi avete scritto!

Al punto 2) dite: "a presentare al Consiglio regionale, entro il 31 marzo 1975, una documentata relazione sulla situazione degli ospedali, eccetera". E che altro è stato detto, è stato chiesto dal sottoscritto, se non questo? La nostra non è stata, come forse qualcuno ha ritenuto, una critica demolitrice, assolutamente; è stata una critica stimolante, tesa ad accertare determinate cose che fino a ieri sera sapeva solo l'Assessore (non gliene faccio una colpa, onorevole Melis), tese a puntualizzare la gravità della situazione cercando di arricchire queste nostre preoccupazioni con dei dati, caro collega Mura, che non sono fasulli o fatti ad uso e consumo di chi parlava!

Tutti conosciamo la tecnica dell'utilizzo delle statistiche che possono essere viste da una parte, dall'altra, utilizzate a seconda della comodità del discorso e degli approdi ai quali si vuole arrivare; ma io credo che la materia sia una materia delicata che, tra l'altro, giuoca sulla pelle di tutti, noi compresi, che siamo potenzialmente dei malati, e su un argomento di questo genere nessuno di noi si permetterebbe di utilizzare, solo per fini puramente dialettici o, peggio ancora, per scopi defatigatori o, peggio ancora, per scopi demolitori, statistiche e dati come questi. Io mi sono preoccupato di approfondire il problema attingendo, dove ho potuto, dati che ritengo estremamente seri.

Ma la finalità che l'intervento della mia par-

te politica si fissava era proprio quella di accertare le cose che poi voi chiedete nel vostro ordine del giorno; cioè accertare qual è la reale situazione degli ospedali italiani, una situazione che è tutt'altro che accertata, che è tutt'altro che conosciuta, è tutt'altro che consaputa da questo Consiglio regionale. E io aggiungo: è tutt'altro che nota allo stesso Assessore all'igiene e sanità.

Al terzo punto voi chiedete: "a presentare, come altre volte sollecitato, nel più breve tempo possibile, il Piano regionale ospedaliero e sanitario". E io questo ho chiesto! Quindi non vedo per quale motivo vi siate scandalizzati. Caro collega Mura, lei mi ha fatto l'onore di citarmi più d'una volta, e la ringrazio per le citazioni, come ringrazio gli altri, ma, dico, non capisco il perché di questo suo scandalizzarsi per le cose da noi affermate, se è vero, come è vero, che voi le ritenete valide, tanto che le approvate nell'ordine del giorno.

Io, però, in quest'ordine del giorno, onorevoli presentatori, avrei detto qualcosa di più, qualcosa di più che mi pare sia affiorata anche dagli interventi del collega Granese, dallo stesso intervento del collega Floris. Noi ci troviamo, diciamo, lo abbiamo sostenuto tutti, nell'antimera della grossa riforma. Granese, giustamente, ha chiamato questa "piccola riforma" ed è andato al di là nelle sue affermazioni dicendo che nessuno si deve illudere che questa sia soltanto una pietra che noi posiamo per inaugurare fittiziamente una riforma, alla quale non intendiamo assolutamente rinunciare. Il concetto, grosso modo, espresso dal collega Granese è stato questo. Bene, ma nel momento in cui noi siamo consapevoli di questo, pigliamo atto di questa realtà (e credo che tutti ne prendiamo atto), allora, caro onorevole Assessore, dobbiamo anche essere conseguenti. Perché non dire nell'ordine del giorno che il Consiglio regionale auspica che attraverso un dispositivo di legge, che sia il più celere possibile, si conferiscano alla Regione, come del resto dice la 386, poteri di controllo più puntuali sull'attività mutualistica, cioè poteri di controllo su quell'attività mutualistica che, dal primo gennaio 1975, dovrà guardare al traguardo dell'1 luglio 1977, data in cui per legge tutte le residue attività mutualistiche dovranno essere

trasferite alla Regione?

Un'altra cosa che io avrei detto, perché è un'esigenza viva, onorevole Assessore, riguarda l'aspetto che almeno l'esigenza del coordinamento fra attività mutualistica e regionale, onde realizzare un armonico rapporto fra momento ospedaliero e tutti gli altri momenti dell'assistenza sanitaria. Anche queste cose, a mio giudizio, in quest'ordine del giorno le avrei dette.

Io non so se tecnicamente sia consentito sospendere, anche per qualche minuto, la seduta, onde consentire maggiore riflessione e maggior chiarimento su questo ordine del giorno, ma io credo che questo sia un momento molto importante al quale non possa sfuggire l'esigenza di sottolineare tutti gli aspetti del problema. Fatta questa precisazione che ritenevo importante, io sottopongo, comunque, alla vostra attenzione, se me lo consente, onorevole Assessore, una piccola annotazione su quello che lei ha detto.

Lei ci ha detto certamente delle cose molto interessanti ... Se non lo dicessi ora lo direi nel corso della discussione sugli articoli, perciò forse è meglio che ce ne liberiamo subito. Io non metto in dubbio, non ho mai messo in dubbio che la Giunta abbia fatto quanto in suo potere, forse anche più di quanto è nelle sue possibilità, per ottenere, nella fase della spartizione della saporita torta dei miliardi per l'ospedalità, quanto in suo potere per ottenere per la Sardegna il più possibile. E io, forse più di altri, ero in grado di ritenere in buona fede ogni vostra iniziativa, perché mi è capitato, mi pare due volte, di incontrarla di ritorno da Roma e in quelle occasioni ci siamo amichevolmente scambiati impressioni generali. Non c'era in me dubbio alcuno su questo. Io, probabilmente, ieri, nella foga del dire, può anche darsi che abbia lasciato in lei opinioni diverse. Avevo una preoccupazione e l'ho ribadita, l'ho sottolineata, quando le ho chiesto come lo Stato, come il Governo nazionale intendano onorare, quel "con particolare riguardo per le Regioni meridionali".

Questo è stato il mio discorso di ieri, tutto il resto può essere dialettica, può essere battuta spiritosa; lei mi ha risposto, ed è qui, ed è la risposta che non mi soddisfa e credo che sia una risposta che non possa soddisfare nessuno. Ciò

non significa che la legge debba essere approvata, ciò non significa niente di tutto questo; significa, però, che le preoccupazioni esistevano prima e continuano a rimanere oggi, anzi, oggi le preoccupazioni sono addirittura quantificate. Onorevole Assessore, lei ci ha detto che la pressione politica sua e soprattutto del Presidente della Giunta è riuscita a sovvertire certe formule, onde consentire alla Regione sarda di ottenere più di quanto probabilmente era nell'intenzione del Governo di darci. E io di questo prendo atto e vi ringrazio, a titolo personale, vi ringrazio a nome del popolo sardo, di quella parte di popolo sardo che rappresento. Però le cifre sono quelle che sono!

Quando lei ci dice che sono 80 miliardi, io non so se siano 80 miliardi dei 2.700 o se siano 80 miliardi dei 3.050, perché anche qui i miliardi si palleggiano con una disinvoltura impressionante. So soltanto che, se 80 miliardi sono la quota parte dei 2.700 miliardi che dovrebbero essere destinati all'ospedalità, gli 80 miliardi che voi avete ottenuto rappresentano appena il 2,8 per cento dell'intero ammontare. Il che significa che questo corrisponde, grosso modo, alla quota che spetterebbe per la popolazione che rappresentiamo: 1 milione e mezzo di abitanti su 55 milioni rappresenta il 2,8 per cento: il 2,8 per cento ci è stato dato con gli 80 miliardi. Se, invece, gli 80 miliardi, onorevole Assessore, sono relativi ai 3.050 miliardi (e, badi, questa è la cifra più attendibile, secondo i dati ufficiali che circolano) dobbiamo convenire che siamo al di sotto delle quote che ci spetterebbero per la popolazione che rappresentiamo, perché non siamo più al livello del 2,8 per cento, ma al livello del 2,5 per cento.

Questo è il discorso sulle percentuali. Vogliamo fare l'altro discorso, quello più realistico? Io, caro onorevole Assessore, quando l'ho interrotta per chiederle quale era ...

MELIS ANTONIO (D.C.), *Assessore all'igiene e sanità*. Mi dica, quale era il calcolo generale?

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Mi consenta ... Allora, dica, io sto qui ad ascoltarla. (*Inter-*

ruzioni dell'onorevole Antonio Melis).

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi! Mi scusi, onorevole Lippi, mi scusi; onorevole Melis, ma vorrei ricordare che siamo in sede di dichiarazione di voto. Noi consentiamo sempre ...

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Io il discorso lo riprenderò nel corso della discussione sugli articoli.

PRESIDENTE. Sto solo dicendo, onorevole Lippi ...

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Io intendo sgombrare questo equivoco! Onorevole Melis, la prego di credere che io non sto contestando la verità di quanto lei dice.

DEL RIO (D.C.), *Presidente della Giunta*. Noi siamo profondamente insoddisfatti, come tutte le Regioni!

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Benissimo, io prendo atto di questo, la ringrazio di essere d'accordo con me, una volta tanto, però mi consenta di concludere, abbia pazienza! Non voglio lasciare all'onorevole Mura l'impressione che noi stiamo qui sparando a salve e nemmeno all'onorevole Marraccini, mi consenta, nemmeno all'onorevole Floris e agli altri colleghi. Noi stiamo cercando di fare un discorso sereno e quando facciamo un discorso sereno vogliamo anche dimostrarle un'altra cosa, onorevole Assessore: che noi siamo, come si suol dire in sardo, "cornuti e fustigati", perché non solo non ci viene dato quello che ci spetterebbe per tutte le ragioni che abbiamo detto finora, ma le quote che ci vengono affidate non corrispondono nemmeno alle esigenze reali che ci sono state nel 1974. Perché, se è vero, come è vero, che le quote pagate, cioè le quote-retta per il 1974 erano pari a 60 mila lire a individuo, allora, caro onorevole Assessore, 60 mila lire per un milione e mezzo non fa 80 miliardi, ma 90 miliardi! Quindi, dal conto della serva mancano 10 miliardi. Questo ho voluto dirle, ma mica per dirle ... *(interruzioni dell'onorevole Antonio Melis)*.

Onorevole Assessore, io le ho fatto una domanda molto cortese. Ho detto: "Onorevole Assessore, vuol farci conoscere qual è la media retta per individuo?". E lei ci ha detto: "La sappiamo", ma non ce l'ha detta! Anche se lei non ce l'ha detta, io la so lo stesso, so che la media retta è 60 mila lire. Il conto allora si fa presto: 60 per un milione e mezzo fa 90 miliardi, non 80! Io questo le voglio dire. *(Interruzioni)*.

Esatto, sì, questo è: 60 mila lire. Queste cose le sappiamo anche noi, onorevole Assessore, le conosciamo anche noi. Non voglio dire che le conosco più di lei e nemmeno meno di lei, le dico che le conosco e, siccome i dati sono questi e le nozze con i fichi secchi non si fanno, le mie perplessità rimangono. *(Interruzione dell'onorevole Antonio Melis)*.

Benissimo, e mi fa piacere che ci siano le sue perplessità, però io credo che questo Consiglio, nel mentre approva questo provvedimento di legge, debba essere consapevole che noi corriamo il rischio di arrivare al mese di giugno, luglio, massimo agosto e trovare che il sacco è vuoto. Lei ci dice: "C'è l'articolo 16 che ci conferisce delle cautele"; io dico che invece l'articolo 16 di cautele non ce ne darà assolutamente e la situazione ospedaliera andrà a peggiorare invece che a migliorare.

PRESIDENTE. Siamo ormai in sede di votazione. Non so se i proponenti dell'ordine del giorno ritengano ... Onorevole Marraccini?

MARRACCINI (D.C.), *relatore*. No.

PRESIDENTE. Poiché non vi sono altre dichiarazioni di voto, metto in votazione l'ordine del giorno Usai e più. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Metto ora in votazione il passaggio alla discussione degli articoli del disegno di legge numero 73. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 1.

MEDDE, *Segretario*:

Art. 1

Fino all'entrata in vigore della riforma del Piano regionale ospedaliero è fatto divieto agli Enti ospedalieri:

a) di istituire nuove divisioni, sezioni e servizi quando questi non rispondano a specifiche, inderogabili esigenze di assistenza sanitaria delle Comunità locali che non possano essere soddisfatte mediante utilizzazione di analoghe strutture esistenti in ospedali limitrofi e quando questi, nel caso delle cliniche e degli istituti universitari convenzionati, non rispondano ad imprescindibili esigenze didattiche e di ricerca;

b) di aumentare gli organici e di assumere, anche temporaneamente, nuovo personale in eccedenza alle vigenti piante organiche, salva la sostituzione del personale cessato dal servizio o collocato in aspettativa senza assegni o in congedo per gravidanza e puerperio e salvo altresì il caso dell'istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi per le riconosciute, inderogabili esigenze di cui alla lettera a);

c) di deliberare — senza l'autorizzazione della Giunta regionale — acquisti di attrezzature che comportino di fatto l'espletamento di un nuovo servizio di diagnosi o di cura;

d) di deliberare — senza l'autorizzazione della Giunta regionale — la stipula di nuove convenzioni con le Università ovvero la modifica di quelle in vigore che comportino l'espletamento di fatto di un nuovo servizio di diagnosi o di cura.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 2.

MEDDE, *Segretario*:

Art. 2

L'istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi da parte degli Enti ospedalieri è subordinata alla preventiva autorizzazione della Giunta regionale.

L'autorizzazione è concessa con deliberazione adottata dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore all'igiene e sanità.

Gli Enti ospedalieri che intendano istituire nuove divisioni, sezioni o servizi devono inoltrare all'Assessore all'igiene e sanità la relativa istanza, corredata dall'apposita deliberazione del Consiglio di amministrazione.

La deliberazione del Consiglio di amministrazione, oltre che comprovare la sussistenza delle condizioni previste dalla lettera a) del precedente articolo 1 dovrà indicare:

1) i locali e le attrezzature relativi al funzionamento dei nuovi presidi;

2) la dotazione organica del personale occorrente;

3) le spese di impianto e l'analisi del costo presunto di esercizio annuo.

All'atto deliberativo di cui al precedente comma dovrà altresì essere allegata:

a) copia della relazione del Direttore sanitario o del Sovrintendente sanitario che comprovi la necessità e la rispondenza del nuovo presidio a specifiche, inderogabili esigenze assistenziali;

b) copia del parere del Consiglio dei sanitari o del Collegio sanitario centrale;

c) copia del documento attestante l'avvenuta consultazione delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

Nel caso di cliniche o di istituti universitari convenzionati l'istanza di cui al terzo comma dovrà essere ulteriormente integrata dalla apposita deliberazione del Consiglio di amministrazione dell'Università che comprovi l'esistenza di imprescindibili esigenze didattiche e di ricerca.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 3.

MEDDE, *Segretario*:

Art. 3

L'aumento degli organici degli Enti ospedalieri di cui all'articolo 1, lettera b) è subordinato alla preventiva autorizzazione della Giunta regionale.

L'autorizzazione di cui al precedente comma è concessa con la deliberazione della Giunta regionale che autorizza la istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi, nei limiti degli organici minimi previsti dal D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 4.

MEDDE, *Segretario*:

Art. 4

La trasformazione dei posti nell'ambito delle dotazioni organiche degli Enti ospedalieri è subordinata alla preventiva autorizzazione della Giunta regionale.

L'autorizzazione può essere concessa quando la trasformazione di posti risponda a specifiche inderogabili esigenze di assistenza o di funzionalità dell'Ente.

L'autorizzazione alla trasformazione di posti è concessa con deliberazione della Giunta regionale su proposta dell'Assessore all'igiene e sanità.

Gli Enti ospedalieri che intendono procedere alla trasformazione di cui al primo comma devono inoltrare all'Assessore all'igiene e sanità istanza corredata di apposita deliberazione del Consiglio di amministrazione la quale, oltreché comprovare la rispondenza della trasformazione richiesta a specifiche, inderogabili esigenze di as-

sistenza, dovrà indicare:

- 1) la dotazione organica complessiva;
- 2) la dotazione organica per i posti da trasformare;
- 3) i costi connessi alla trasformazione;
- 4) le variazioni che si verificano nel tempo minimo di assistenza dell'ammalato, ove trattasi di personale sanitario ausiliario.

La deliberazione di cui al precedente comma dovrà essere inoltre corredata del parere del Consiglio dei sanitari o del Consiglio sanitario centrale, ove trattasi di servizi igienico organizzativi e di diagnosi e cura e del documento attestante l'avvenuta consultazione delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 5.

MEDDE, *Segretario*:

Art. 5

Fino all'entrata in vigore della legge di approvazione del Piano regionale ospedaliero non possono essere adottati, se non per comprovati motivi e per necessità assolutamente indifferibili, provvedimenti degli Enti ospedalieri e degli Enti territoriali concernenti le opere di costruzione, di ampliamento o di trasformazione di ospedali, salva la normale manutenzione.

I provvedimenti degli Enti ospedalieri e degli Enti territoriali concernenti opere di costruzione, ampliamento o trasformazione di ospedali sono assoggettati alla preventiva autorizzazione della Giunta regionale.

Gli Enti che intendano adottare provvedimenti concernenti le opere di cui al presente articolo devono inoltrare istanza all'Assessore all'igiene e sanità.

L'istanza di cui al precedente comma dovrà essere corredata:

- 1) dalla deliberazione del Consiglio dell'En-

te che comprovi i motivi che rendono necessario il provvedimento e che ne giustificano l'adozione d'urgenza prima dell'attuazione del Piano regionale ospedaliero e che indichi il relativo piano tecnico-finanziario;

2) della copia del progetto di massima dell'opera.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 6.

MEDDE, Segretario:

Art. 6

A far data dall'8 luglio 1974 ai membri di organi di amministrazione ed ai dipendenti di Enti ospedalieri chiamati a far parte delle Commissioni giudicatrici di concorsi per l'assunzione del personale presso gli Enti ospedalieri e di altre Commissioni consultive nominate dalla stessa Amministrazione non spetta alcun compenso, salvo l'indennità di missione in quanto dovuta.

Sono fatti salvi i diritti ai compensi per i membri di organi di amministrazione e per i dipendenti di Enti ospedalieri chiamati a far parte delle Commissioni di cui al precedente comma in data anteriore all'8 luglio 1974, ancorché gli adempimenti connessi alla chiamata siano assolti posteriormente all'8 luglio 1974.

A far data dall'8 luglio 1974 i compensi spettanti ai componenti delle Commissioni di cui al precedente articolo, che non siano membri di organi di amministrazione né dipendenti di Enti ospedalieri, devono essere contenuti nel limite massimo previsto dalle norme di legge vigenti per i dipendenti regionali.

L'indennità di missione, in quanto dovuta, deve essere contenuta nel limite massimo determinato dalle norme di legge vigenti per i dipendenti regionali della carriera direttiva.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di

parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 7.

MEDDE, Segretario:

Art. 7

Fino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria e della legge di approvazione del Piano regionale ospedaliero è fatto divieto agli Enti ospedalieri di procedere ad alienazione di beni immobili e di titoli facenti parte del loro patrimonio nonché alla costituzione di diritti reali sui medesimi, salva la deroga di cui al terzo comma del presente articolo.

Il divieto di cui al precedente comma non si applica agli atti già deliberati e pubblicati alla data dell'8 luglio 1974.

La Giunta regionale può autorizzare, con propria deliberazione adottata su proposta dell'Assessore all'igiene e sanità, la deroga al divieto di cui al primo comma del presente articolo quando l'Ente ospedaliero dimostri la necessità del ricorso alla alienazione di beni immobili o di titoli appartenenti al proprio patrimonio o alla costituzione di diritti reali sui medesimi per il reperimento di fondi da destinare al finanziamento di opere di costruzione, ampliamento o trasformazione in corso, per le quali non sia possibile provvedere con altre forme di finanziamento.

Gli Enti ospedalieri che intendano avvalersi della deroga di cui al precedente comma devono inoltrare istanza all'Assessorato all'igiene e sanità.

L'istanza deve essere corredata della apposita deliberazione del Consiglio di amministrazione comprovante:

1) la necessità dell'operazione patrimoniale per la quale si richiede l'autorizzazione;

2) la destinazione dei relativi proventi al finanziamento di opere di costruzione, ampliamento o trasformazione in corso, che siano state autorizzate;

3) la impossibilità del ricorso ad altre forme di finanziamento per il medesimo scopo.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 8.

MEDDE, Segretario:

Art. 8

Le autorizzazioni di cui agli articoli 1, 2, 3, 4, 5 e 7 sono concesse dalla Giunta regionale previo parere della Commissione consiliare competente.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 9.

MEDDE, Segretario:

Art. 9

La presente legge è dichiarata urgente ai sensi e per gli effetti dell'art. 33 dello Statuto speciale per la Sardegna ed entra in vigore nel giorno della sua pubblicazione.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Prima di passare alla votazione a scrutinio segreto, esaminiamo il disegno di legge numero 80. Metto in votazione il passaggio alla discussione degli articoli. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 1.

MEDDE, Segretario:

Art. 1

(Diritto all'assistenza ospedaliera gratuita in forma diretta).

La Regione Autonoma della Sardegna dal 1° gennaio 1975 eroga l'assistenza ospedaliera, già di competenza degli Enti, anche previdenziali, che gestiscono forme di assistenza contro le malattie, nonché delle Casse Mutue anche aziendali, comunque denominate e strutturate, in forma diretta, gratuita e senza limite di durata nei confronti degli iscritti principali e rispettivi familiari che ne abbiano titolo.

L'erogazione dell'assistenza ospedaliera avviene tramite gli Enti ospedalieri, nonché — secondo quanto disposto dall'articolo 18 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386 — tramite apposite convenzioni con Cliniche universitarie, Istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, Istituti ed Enti indicati al penultimo comma dell'articolo 1 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, Istituti di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817 e Case di cura private, in possesso dei requisiti previsti dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132 e solo in presenza di comprovate esigenze del servizio di assistenza ospedaliera.

PRESIDENTE. Ha domandato di parlare l'onorevole Lippi. Ne ha facoltà.

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Signor Presidente, solo per chiedere un ulteriore chiarimento. Un primo chiarimento è già venuto dalla replica dell'Assessore; io credo, però, che su questo aspetto sia bene avere le idee ancora più chiare. Laddove si dice: "... e solo in presenza di comprovate esigenze del servizio di assistenza ospedaliera", cosa si intende?

PRESIDENTE. Poiché nessun altro domanda di parlare, per fornire il chiarimento richiesto dall'onorevole Lippi ha facoltà di parlare l'onorevole Assessore all'igiene e sanità.

MELIS ANTONIO (D.C.), *Assessore all'igiene e sanità*. Ad un certo momento, solo se non c'è la possibilità di assistenza attraverso l'Ente ospedaliero, qualora per comprovate esigenze ci si dovesse rivolgere ad Istituti universitari o a cliniche private, in quel momento noi diamo l'autorizzazione alla convenzione.

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Il che, praticamente, vuol dire che un malato prima va all'ospedale; se non trova posto, va alla Regione e chiede ...

MELIS ANTONIO (D.C.), *Assessore all'igiene e sanità*. No, va al Comune.

PRESIDENTE. Metto in votazione l'articolo 1. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 2.

MEDDE, *Segretario*:

Art. 2

(Diritto all'assistenza ospedaliera in forma indiretta).

A decorrere dal 1° gennaio 1975 e fino alla data di entrata in vigore della legge di riforma sanitaria, la Regione eroga, altresì, l'assistenza ospedaliera in forma indiretta a favore dei soggetti assistibili, che ne abbiano diritto in base ai vigenti ordinamenti dei rispettivi Enti o Casse Mutue di Malattia.

L'Ente Regione rimborserà agli aventi diritto all'assistenza ospedaliera, che si ricoverino in Istituti e Case di cura non convenzionati, una quota pari alla spesa media sostenuta dalla Regione per analoghe prestazioni nelle Case di cura private convenzionate, ubicate nella Regione

stessa.

Il ricovero in Istituti e Case di cura non convenzionati è soggetto alla preventiva emissione dell'impegnativa rilasciata dall'Amministrazione regionale.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 3.

MEDDE, *Segretario*:

Art. 3

(Prestazioni extra).

I soggetti assistibili di cui al primo comma dell'art. 1 della presente legge che chiedono il ricovero in classi diverse da quelle convenzionate, dovranno corrispondere direttamente all'Ente ospedaliero, l'importo giornaliero che per tale prestazione verrà annualmente stabilito dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore all'igiene e sanità, fermo restando che le prestazioni medico-sanitarie e farmaceutiche saranno assicurate a livello uniforme e gratuito per tutti i degenti.

L'Ente ospedaliero su tali importi tratterrà il 10 per cento per le maggiori spese sostenute in dipendenza delle prestazioni di cui al comma precedente, e verserà la differenza, entro 15 giorni dalla data di riscossione, al Fondo Nazionale Ospedaliero.

PRESIDENTE. Ha domandato di parlare l'onorevole Lippi. Ne ha facoltà.

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Soltanto per conoscere, onorevole Assessore, se l'Assessorato all'igiene e sanità intende, oppure no, predisporre una sorta di albo sul quale siano indicati Enti ed Istituti da convenzionare o convenzionati, fuori dal territorio regionale. Altrimenti, ci riesce difficile comprendere come e con quali

criteri la Regione possa dirottare verso istituti extra-territoriali malati che ne facciano richiesta o direttamente o, come più logico, attraverso le richieste dei medici curanti.

MARRACCINI (D.C.), *relatore*. Si riferisce all'articolo 4?

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). All'articolo 4.

MARRACCINI (D.C.), *relatore*. Ma siamo all'articolo 3!

PRESIDENTE. Quindi l'intervento dell'onorevole Lippi è pertinente all'articolo 4. Come tale, appena passiamo all'articolo 4 vuol dire che apriremo la discussione.

Metto in votazione l'articolo 3. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 4.

MEDDE, *Segretario*:

Art. 4

(Convenzioni con Istituzioni pubbliche nonché Case di cura private operanti fuori del territorio regionale).

La Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare alla sanità, su proposta dell'Assessore all'igiene e sanità può, inoltre, stipulare convenzioni con Enti ed Istituzioni pubbliche nonché con Case di cura private ubicate fuori del territorio regionale, al fine di garantire quelle prestazioni che non siano erogabili presso gli Enti ospedalieri operanti nella Sardegna.

PRESIDENTE. Allora l'onorevole Assessore all'igiene e sanità può fornire i chiarimenti che sono stati chiesti dall'onorevole Lippi.

MELIS ANTONIO (D.C.), *Assessore all'igiene e sanità*. Onorevole Lippi, con questo ar-

ticolo la Giunta ha voluto tener conto anche di alcuni casi che si possono verificare per qualche malattia che non trova in Sardegna cliniche o ospedali attrezzati per la sua cura. La convenzione con questi Istituti si farà volta per volta, non prima. Vedremo poi, se, ad un certo momento, certi tipi di malattie richiedano una convenzione permanente; la Regione, allora, sentita la Commissione, provvederà a fare questa convenzione permanente con l'Istituto privato o le Case di cura private che curano quella particolare malattia che in Sardegna non può essere curata.

PRESIDENTE. Credo che l'argomento meriti una approfondita discussione. Ha domandato di parlare l'onorevole Lippi. Ne ha facoltà.

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Posso chiarire meglio la mia richiesta, onorevole Assessore. Qual è il perché di questa mia richiesta, che non è peregrina, non è maliziosa, non è cattiva? Io credo che farebbe bene l'Assessorato a censire quelle che sono le disponibilità effettive che la Regione ha in ordine a tutte le discipline mediche. Una volta fatto questo censimento, io credo che per la Regione sia estremamente più facile sapere se, per esempio, nel caso di un intervento di alta chirurgia cardiaca la richiesta del trasferimento del paziente a Torino (faccio un esempio limite) sia giustificata. L'esigenza, per esempio, di un intervento di alta chirurgia traumatologica (ove noi, non per colpa dei sanitari, ma per obiettive situazioni, siamo carenti) è un'altra esigenza che si impone. La mia domanda tendeva a questo, onorevole Assessore, a dare un modesto, modestissimo suggerimento, non di chi vuole assumere atteggiamenti cattedratici, ma di chi si preoccupa di determinate cose.

Non ritiene l'Assessorato che sia opportuno e saggio che a un certo punto si stabilisca quali sono le reali possibilità, qual è la capacità che la Regione ha di dare risposte alle richieste che ogni giorno emergono dalla patologia isolana per poter essere in grado domani di valutarle in termini obiettivi e di chiarezza? In modo da poter dire, cioè: "Questa richiesta è pertinente; questa richiesta non è pertinente. Possiamo assolvere a queste necessità *in loco* o non possiamo" (fatte

salve, naturalmente, le esigenze che attengono a quel criterio di fiducia al quale io non posso rinunciare). Ma, dico, fatto salvo questo aspetto che può essere amministrato autonomamente dal paziente, rimane il fatto tecnico di stabilire quali sono effettivamente le eventuali lacune del nostro dispositivo ospedaliero, in maniera tale da non mettere il paziente nelle condizioni di doverne soffrire. Tutto qui il problema, onorevole Assessore.

PRESIDENTE. Onorevole Lippi, prima di dare la parola all'onorevole Marraccini, voglio chiederle se lei ritiene di dover formalizzare il suo suggerimento in un emendamento, oppure se si tratta di una semplice raccomandazione.

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Io potrei anche tradurlo in un emendamento, però preferirei chiedere una sospensione. Potremmo farlo anche assieme, senza firmarlo, per non "inquinare" ...

PRESIDENTE. Purché il tempo necessario sia molto breve, perché siamo in un'ora piuttosto tarda. Ha domandato di parlare l'onorevole Marraccini. Ne ha facoltà.

MARRACCINI (D.C.), *relatore*. Soltanto per dire che le considerazioni che ha fatto testé l'onorevole Lippi attengono all'operatività necessaria che la Giunta dovrà programmare in ordine alla presentazione, all'approvazione di questo provvedimento legislativo. Non credo che abbia spazio legislativo in questo provvedimento, perché trattasi di una fase operativa che la Giunta dovrà porre in essere di concerto con la Commissione.

Voglio sottolineare anche che nel sottotitolo dell'articolo 4 manca la dizione: "anche Convenzioni con altre Regioni". Cioè la Giunta potrà stipulare Convenzioni anche direttamente con le altre Regioni per il libero scambio della tutela sanitaria di tutti i cittadini, perché ad un certo momento è evidente che un cittadino che si sente tutelato per quanto riguarda la sua salute nella nostra Regione, deve avere anche la possibilità di accedere, tramite convenzioni inter-regio-

nali, agli Istituti ospedalieri delle altre Regioni nel caso si trovi spostato per lavoro o per qualsiasi altro motivo.

PRESIDENTE. Allora, per quanto riguarda l'ultima osservazione, potremo apportare la necessaria correzione in sede di coordinamento. Avremo perciò la seguente dizione: "Convenzioni con Enti ed istituzioni pubbliche, eccetera". Sentiamo il parere dell'Assessore.

MELIS ANTONIO (D. C.), *Assessore all'igiene e sanità*. Molto brevemente per dire che, per quanto riguarda gli Enti ospedalieri, qualunque cittadino, di qualunque Regione può essere ricoverato nell'ospedale della Regione dove si trova, se è ammalato. Un milanese a Cagliari può essere ricoverato all'ospedale civile di Cagliari o in una Casa di cura convenzionata in Sardegna. E' evidente che, quando questo articolo dice che la Regione deve dare l'autorizzazione ad un cittadino sardo per ricoverarsi in un Istituto o Ente pubblico (non riferito all'Ente ospedaliero, ma un Istituto universitario o Casa di cura privata) del Continente che abbia una disciplina medica che qui in Sardegna non c'è, la Regione prima accerta se veramente non vi è questa disciplina medica in Sardegna e poi concede l'autorizzazione ad andare fuori della Sardegna.

Aggiungerei qualcosa: il Piano regionale ospedaliero non tralascia alcuno sforzo per avere qui in Sardegna tutte quelle discipline per cui non si debbano chiedere ai nostri sardi di andare a curarsi forzatamente in Continente. Però, se un malato si trova a Bologna, se vuole andare all'ospedale di Bologna, si può ricoverare: nessuno glielo vieta, se trova posto.

PRESIDENTE. Mi pare che dopo questi chiarimenti possiamo senz'altro mettere in votazione l'articolo. Metto pertanto in votazione l'articolo 4. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 5.

MEDDE, *Segretario*:

Art. 5

(Assistenza ospedaliera nei confronti degli aventi diritto che si trovino all'estero per ragioni di lavoro).

A decorrere dal 1° gennaio 1975 la Regione Autonoma della Sardegna, sulla base dei vigenti ordinamenti degli Enti Mutualistici, assicura l'assistenza ospedaliera all'estero nei confronti degli aventi diritto che si trovino fuori del territorio nazionale per ragioni di lavoro.

PRESIDENTE. A questo articolo è stato presentato un emendamento, soppressivo parziale, a firma Lippi-Chessa-Offeddu-Anedda-Frau e Murru. Se ne dia lettura.

MEDDE, Segretario:

“Alla fine dell'articolo sostituire le parole: “per ragioni di lavoro” con le parole: “per qualsiasi motivo consentito dalla legge”. (1)

PRESIDENTE. Uno dei presentatori dell'emendamento può illustrarlo, se lo ritiene. Ha facoltà di parlare l'onorevole Lippi.

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Credo di averne già fatto cenno ieri, nel corso del mio intervento. Questo emendamento tende a dare conforto a chi può trovarsi fuori sede anche per ragioni non di lavoro. Uno può trovarsi fuori dal territorio nazionale per molteplici ragioni, ed io ne ho citato alcune, ieri: ragioni professionali, ragioni di studio. Qualsiasi motivo può portare un cittadino sardo fuori dal territorio regionale e nazionale. Ecco, non riusciamo a capire perché la copertura del diritto al ricovero deve essere riservata soltanto a chi è fuori per ragioni di lavoro. Uno può avere un accidente della propria salute in qualunque momento! Ora, nel momento in cui noi stabilissimo un principio secondo cui l'assistenza ospedaliera è un diritto costituzionale acquisito da tutti, non vediamo per quale motivo debba essere negato questo diritto all'assistenza a un cittadino che, per qualsiasi ragione, si trovi fuori dal territorio nazionale.

Io faccio il caso Lippi, parlo di me. Mi trovo in Tunisia per lavoro con una qualsiasi Commissione, per ragioni di studio; mi ammalò, non ho diritto all'assistenza! Non riesco a capirlo, questo è anacronistico, per cui credo che bene sarebbe approvare un emendamento nel quale si dica: “che si trovino fuori dal territorio nazionale per qualsiasi motivo consentito dalla legge”, oppure “che si trovino fuori dal territorio nazionale”, senza aggiungere per ragioni di lavoro.

MELIS ANTONIO (D.C.), Assessore all'igiene e sanità. Così tutti andrebbero in Svizzera a farsi curare!

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Cosa significa: così tutti andrebbero in Svizzera a farsi curare? Se uno volesse essere ricoverato in un istituto extraterritoriale, la legge prevede che lo possa fare, ed allora io direi che questa paura non c'è.

PRESIDENTE. Ha domandato di parlare l'onorevole Marraccini. Ne ha facoltà.

MARRACCINI (D.C.), relatore. Signor Presidente, questa obiezione, sollevata dall'emendamento dell'onorevole Lippi, è stata a lungo discussa in Commissione, la quale si è trovata a dover recepire gli indirizzi della legge nazionale. Nella legge nazionale è espresso a chiare lettere che tale facilitazione viene concessa soltanto a coloro che si trovano all'estero per motivi di lavoro; evidentemente le altre persone che dovessero andare all'estero e casualmente trovarsi ammalati, avranno a presentazione delle loro spese il rimborso giornaliero, così come è stabilito per gli Istituti fuori dal territorio della Regione; è questo il punto. Sono sì cautele, ma per quella cifra giornaliera che la Regione disporrà per tutte quante le cliniche private fuori del territorio regionale.

PRESIDENTE. Per esprimere il parere della Giunta sull'emendamento ha facoltà di parlare l'onorevole Assessore all'igiene e sanità.

MELIS ANTONIO (D.C.), Assessore al-

VII LEGISLATURA

XL SEDUTA

10 GENNAIO 1975

l'igiene e sanità. La Giunta non accetta l'emendamento.

PRESIDENTE. Metto in votazione l'emendamento Lippi e più numero 1. Chi lo approva alzi la mano. *(Viene richiesta la controprova).* Chi non l'approva.

(Non è approvato).

Metto ora in votazione l'articolo 5 nel testo della Commissione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 6.

MEDDE, Segretario:

Art. 6

(Assistenza ospedaliera ai marittimi all'estero).

L'assistenza ospedaliera ai marittimi all'estero viene sempre erogata — secondo le norme di cui al R.D.L. 23 settembre 1937, n. 1918, convertito nella legge 24 aprile 1938, n. 831 — dalle rispettive Casse Marittime sino all'entrata in vigore della legge sulla riforma sanitaria ed a partire dal 1° gennaio 1975 i relativi oneri finanziari saranno rimborsati dalla Regione alle Casse stesse.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 7.

MEDDE, Segretario:

Art. 7

(Assistenza ospedaliera ai non abbienti).

A decorrere dal 1° gennaio 1975, la Regio-

ne eroga l'assistenza ospedaliera ai non abbienti compresi nelle liste di assistenza sanitaria dei Comuni.

Agli effetti della presente legge vengono considerati non abbienti gli iscritti negli elenchi comunali degli aventi diritto all'assistenza medico-chirurgica, ostetrica e farmaceutica gratuita, di cui all'art. 55 del T.U. sulla Legge Sanitaria approvata con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 8.

MEDDE, Segretario:

Art. 8

(Ruolo regionale per l'assistenza ospedaliera volontaria).

I soggetti non assistibili dagli Enti o Casse ai sensi del primo comma dell'art. 2 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386 possono ottenere un'assistenza ospedaliera mediante l'iscrizione in appositi ruoli per un importo pari alla spesa media capitaria annua rilevata dall'INAM per l'anno 1974 e dalla Regione Autonoma della Sardegna per gli anni successivi.

Ai fini dell'iscrizione di cui al precedente comma gli interessati devono inoltrare domanda all'Assessorato all'igiene e sanità della Regione Autonoma della Sardegna, utilizzando lo specifico modulo rilasciato dal Comune di residenza e corredato dalla seguente documentazione:

- a) certificato di nascita;
- b) certificato di residenza;
- c) stato di famiglia, qualora venga richiesta la estensione dell'assistenza ospedaliera ai componenti del nucleo familiare del richiedente.

Nella domanda dovranno essere indicati la professione e il numero del codice fiscale del ri-

chiedente.

I Comuni sono tenuti a trasmettere alla Regione, Assessorato alla sanità, entro 10 giorni dalla sua presentazione la domanda di cui al precedente comma.

La ricevuta rilasciata dal Comune di residenza all'atto della presentazione della domanda di iscrizione costituisce titolo provvisorio alla assistenza ospedaliera.

Entro 30 giorni dalla data di trasmissione della domanda, l'Amministrazione regionale trasmetterà all'interessato il documento comprovante l'avvenuta iscrizione nel ruolo, redatto in conformità al modello A) allegato alla presente legge.

L'iscrizione è operante nei periodi non inferiori ad un triennio, fatti salvi i casi di premorienza o di passaggio alla categoria degli assistibili di cui al primo comma dall'art. 1 della presente legge, nei quali casi l'iscrizione al ruolo si intende limitata all'intero anno entro il quale è stata inoltrata la richiesta.

PRESIDENTE. Ha domandato di parlare l'onorevole Marraccini. Ne ha facoltà.

MARRACCINI (D.C.), *relatore*. Signor Presidente, soltanto per una più puntuale interpretazione di questo articolo. In esso si dice, al secondo comma: "Ai fini dell'iscrizione di cui al precedente comma gli interessati devono inoltrare domanda all'Assessorato all'igiene e sanità della Regione Autonoma della Sardegna, utilizzando lo specifico modulo rilasciato dal Comune di residenza e corredato dalla seguente documentazione". E' chiaro che, con il rilascio, si intende anche che tutta l'operazione conseguente viene fatta dal Comune, anche perché nel comma successivo si dice che "I Comuni sono tenuti a trasmettere alla Regione entro 10 giorni la domanda di cui al precedente comma". Questo ho voluto dire per una più puntuale interpretazione dell'articolo nella sua globale complessità.

PRESIDENTE. Bisognerebbe allora chiarire che la presentazione avviene tramite i Comuni. Si deve cioè intendere l'articolo in questo senso, che la domanda viene presentata tramite il Co-

mune. E' così?

VOCE. Evidentemente.

PRESIDENTE. Forse occorrerebbe un emendamento ... Possiamo vedere il problema in sede di coordinamento, comunque.

Poiché nessun altro domanda di parlare sull'articolo 8, lo metto in votazione con quest'ultimo chiarimento fornitoci dal collega Marraccini. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 9.

MEDDE, *Segretario*:

Art. 9

(Riscossione dei ruoli).

L'Assessorato all'igiene e sanità entro il 31 ottobre di ciascun anno, ai fini della riscossione e del relativo accreditamento al Fondo Nazionale Ospedaliero delle quote di cui al primo comma dell'articolo precedente, comunica i ruoli alle sedi provinciali dell'Amministrazione finanziaria dello Stato.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 10.

MEDDE, *Segretario*:

Art. 10

(Assistenza ospedaliera ai lavoratori stagionali all'estero).

Per i lavoratori stagionali all'estero, che rientrano in Sardegna, agli effetti dell'iscrizione nei ruoli di cui all'art. 8 della presente legge,

l'importo di cui al primo comma dell'art. 13 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, viene commisurato al periodo medio di permanenza della categoria di appartenenza nel territorio nazionale.

PRESIDENTE. A questo articolo è stato presentato un emendamento, sostitutivo parziale, a firma Lippi-Chessa-Offeddu-Anedda-Frau e Murru. Se ne dia lettura.

MEDDE, *Segretario*:

"Alla quinta riga, dopo il numero 386, sostituire le parole che seguono con le seguenti: "viene ridotto forfettariamente dell'80 per cento". (2)

PRESIDENTE. L'onorevole Lippi può illustrare l'emendamento.

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). L'emendamento si illustra da sé e credo di avere già illustrato anche questo ieri nel corso del dibattito. A noi la norma sembra a dir poco disumana, se si tiene conto che il lavoratore stagionale, quello che cioè periodicamente si sposta nel corso dell'anno fuori dal territorio nazionale per alcuni mesi è da catalogarsi, a nostro giudizio, fra quelli indigenti che la stessa legge prevede debbano essere gratuitamente assistiti. Ora, ci sembra quanto mai inopportuno che, nel mentre questi lavoratori rientrano in Patria per consumare quelle poche risorse che son riusciti a tesaurizzare, a risparmiare nei pochi mesi in cui hanno lavorato fuori dal territorio nazionale, mentre tornano ai loro affetti e alle loro famiglie, siano costretti a pagare una quota parte, corrispondente al periodo di loro permanenza nel territorio nazionale.

La mia parte politica sarebbe dell'avviso che a questi cittadini debba essere levato l'obbligo e l'onere di pagare qualsiasi quota. Se questo non fosse possibile (come penso non sia possibile), noi riterremmo opportuno ripiegare su una formula intermedia, secondo la quale si stabilisca che forfettariamente questi lavoratori stagio-

nali debbano pagare non un importo proporzionale al periodo di loro permanenza in Sardegna, ma un importo che non sia superiore al 20 per cento della quota complessiva calcolata per le degenze per cittadino. Quindi, questo è lo spirito del nostro emendamento, che sottoponiamo all'attenzione dell'Assemblea ed alla benevolenza dell'Assessore.

PRESIDENTE. Ha domandato di parlare l'onorevole Marraccini. Ne ha facoltà.

MARRACCINI (D.C.), *relatore*. Signor Presidente, per sottolineare che la dizione del disegno di legge ricalca con esattezza il dettato dell'articolo 13 della legge nazionale, che recita proprio così: "Per i lavoratori stagionali all'estero che rientrano nel territorio nazionale l'importo di cui al primo comma è commisurato al periodo medio di permanenza della categoria di appartenenza nel territorio nazionale". Ora, se si accedesse all'emendamento, si creerebbe in campo nazionale una sperequazione contraria allo spirito della legge, e poi non credo che sia proponibile, l'emendamento.

PRESIDENTE. Per esprimere il parere della Giunta ha facoltà di parlare l'onorevole Assessore all'igiene e sanità.

MELIS ANTONIO (D.C.), *Assessore all'igiene e sanità*. La Giunta non accetta l'emendamento.

PRESIDENTE. Metto in votazione nell'ordine l'emendamento Lippi e più numero 2. Chi lo approva alzi la mano. (*Viene richiesta la controprova*). Chi non lo approva alzi la mano.

(*Non è approvato*).

Metto quindi in votazione l'articolo 10 nella dizione della Commissione. Chi lo approva alzi la mano.

(*E' approvato*).

Si dia lettura dell'articolo 11.

MEDDE, *Segretario*:

Art. 11

(Prestazioni ospedaliere d'urgenza).

La mancata iscrizione nel ruolo non può comunque consentire il rifiuto delle prestazioni ospedaliere d'urgenza.

I soggetti non assistibili dagli Enti o Casse Mutue, ai sensi del primo comma dell'art. 12 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 7 agosto 1974, n. 386, che fruiscano di prestazioni ospedaliere d'urgenza, potranno ottenere l'assistenza erogata nelle forme di cui agli artt. 1 e 2 della presente legge, qualora entro 10 giorni dalla data del ricovero e comunque, nei casi di impossibilità certificata dal Direttore Sanitario, entro il periodo della degenza, abbiano richiesto l'iscrizione al ruolo secondo le disposizioni del precedente art. 8.

Nel caso l'assistito dichiara per iscritto che non intende avvalersi delle disposizioni di cui al comma precedente dovrà versare all'Ente ospedaliero presso il quale è avvenuta la prestazione d'urgenza, un importo, per ogni giorno di degenza, pari alla reta onnicomprensiva approvata e deliberata per l'anno 1974 per lo stesso Ente ospedaliero.

L'adeguamento di tale importo giornaliero verrà stabilito annualmente a partire dal 1976 con delibera della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore all'igiene e sanità.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 12.

MEDDE, *Segretario*:

Art. 12

(Modalità amministrative d'accesso).

I ricoveri degli aventi diritto all'assistenza ospedaliera non sono soggetti ad alcuna autorizzazione preventiva.

Gli assistibili dovranno esibire al servizio accettazione degli Enti ospedalieri, il documento attestante il diritto all'assistenza e la proposta del medico curante.

La valutazione sulla necessità del ricovero è demandata al medico di guardia ai sensi dell'art. 14 del D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128.

Coloro che richiedono il ricovero negli Istituti o Case di cura private convenzionate dovranno presentare la impegnativa rilasciata dall'Amministrazione regionale.

L'Ente ospedaliero dovrà versare al Fondo Nazionale gli importi di cui ai commi precedenti, entro 15 giorni dalla data di riscossione.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 13.

MEDDE, *Segretario*:

Art. 13

(Finanziamento dell'assistenza ospedaliera).

La Regione Autonoma della Sardegna provvede al finanziamento delle singole forme di assistenza ospedaliera disciplinate dagli articoli precedenti mediante l'utilizzazione della quota parte del Fondo Nazionale di cui all'art. 14 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386 assegnata alla Regione stessa.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

E' stato presentato un emendamento aggiuntivo a firma Dettori-Melis Antonio e Puddu Mario, precisamente l'emendamento numero 3. Se ne dia lettura.

MEDDE, *Segretario*:

"Art. 13 bis. Il Presidente della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore all'igiene e sanità, di concerto con l'Assessore al bilancio, e su conforme deliberazione della Giunta stessa, è autorizzato ad assumere i provvedimenti di bilancio necessari all'attuazione della presente legge". (3)

PRESIDENTE. L'emendamento si illustra da sé. Ha domandato di parlare l'onorevole Lippi. Ne ha facoltà.

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Signor Presidente, solo un chiarimento. Io confesso che non ho grande competenza in materia di bilanci, però ricordo di aver letto un articolo della 264, l'articolo 16, terzo comma, che dice: "Le Regioni non possono integrare in via amministrativa gli stanziamenti annualmente assegnati per le spese correnti agli Enti ospedalieri in bilancio regionale". Ecco, io vorrei che mi si spiegasse, non ho ben capito questo punto, e bene avrebbe fatto invece l'Assessore ad illustrarcelo. Io non ho afferrato cosa s'intenda dire con: "Il Presidente della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore all'igiene e sanità, di concerto con l'Assessore al bilancio, e su conforme deliberazione della Giunta stessa, è autorizzato ad assumere i provvedimenti di bilancio necessari all'attuazione della presente legge". Siccome si è detto che le Regioni "non possono integrare in via amministrativa gli stanziamenti annualmente ..." (interruzioni).

Ma no, io sto chiedendo chiarimenti, onorevole Assessore.

PRESIDENTE. Sarà forse opportuno che l'Assessore al bilancio dia i chiarimenti necessari.

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). Su un articolo di questo genere, voglio avere chiarezza. A me pare in contraddizione, voi dite di no; son convinto che avete ragione, però illuminatemi! Qui si dice che le Regioni non possono integrare in via amministrativa gli stanziamenti, dal che mi sembrerebbe di capire, nella mia ignoranza, che gli 80 miliardi non possono entrare nel bilancio. Questo vuol dire?

MELIS ANTONIO (D.C.), *Assessore all'igiene e sanità*. Sì che debbono entrare in bilancio ...

LIPPI (M.S.I.-Destra Nazionale). "Non possono integrare in via amministrativa": cosa vuol dire che non possono integrare in via amministrativa? (Interruzioni).

PRESIDENTE. Vorrei pregare i colleghi di non fare un dialogo personale, perché l'argomento interessa anche tutta l'Assemblea. Quindi, dopo l'intervento del collega Lippi, io pregherei l'Assessore al bilancio di fornire i chiarimenti necessari, se lo ritiene.

DETTORI (D.C.), *Assessore al bilancio, programmazione e rinascita*. Ci sono due questioni.

Una prima questione è quella che non si riflette nel testo della legge 386, così come è stata approvata dal Parlamento, e che era invece presente nel testo del Decreto presentato dal Governo. Cioè il Governo riteneva che non si potesse da parte delle Regioni né in via amministrativa né in via legislativa assumere provvedimenti che integrassero gli stanziamenti attribuiti a ciascuna di esse con la ripartizione del Fondo ospedaliero e del Fondo sanitario nazionale. Il Parlamento non ha voluto dare alle Regioni la possibilità di assumere provvedimenti integrativi di quello che lo Stato ha assunto con la 386; ha detto una cosa che è assolutamente ovvia, è pleonastica, è una norma pleonastica. E' chiaro che, se la Regione vuole ordinare nuove spese a favore dell'assistenza ospedaliera, non lo può fare con atti amministrativi perché per ordinare nuove spese occorrono provvedimenti legislativi. Però noi dob-

biamo pur pagare gli ospedali, chè dal 1° gennaio assumiamo gli oneri dell'assistenza ospedaliera; questo lo dobbiamo fare acquisendo gli stanziamenti che sono stati già in certa misura definiti con la sanzione da parte del CIPE, nella seduta di ieri, dei parametri che sono stati proposti dal Ministro della sanità e che il Consiglio dei Ministri determinerà in modo definitivo nella riunione di lunedì. Fatta questa riunione, nella stessa giornata di lunedì dovrebbe essere comunicato a ciascuna Regione qual è l'entità del finanziamento sulla prima disponibilità relativa ai mesi di gennaio e di febbraio. Allora noi dobbiamo introdurre in bilancio questa somma e lo possiamo fare perché, nel corso della discussione sul bilancio, con un emendamento abbiamo stabilito un capitolo in entrata e in uscita (una partita di giro, una di quelle entrate che si compensano con le spese) ed abbiamo detto: quello che ci verrà attribuito dal Fondo nazionale noi lo destineremo agli ospedali, lo acquisiremo e lo spenderemo.

Per ora, abbiamo bisogno di fare un altro passo in avanti. Noi acquisiremo, mettiamo, per il 1° bimestre 10 miliardi. Non tutta la spesa è destinata in modo univoco agli ospedali, perché il disegno di legge 80 contempla una serie di spese che dobbiamo sostenere (convenzioni con le cliniche gestite da privati, assistenza di quelli che non sono tutelati ancora dall'iscrizione delle Mutue e così via), quindi il capitolo del Fondo dev'essere poi a sua volta articolato e distinto in varie voci. Questi provvedimenti, una volta che avremo determinato l'entità dell'intervento, non saranno assunti dal Consiglio, ma dal Presidente della Giunta su conforme deliberazione della Giunta e su proposta dell'Assessore all'igiene e sanità di concerto con l'Assessore alle finanze. E' una cosa del tutto tranquilla, ormai; non c'è nessun collegamento con l'articolo 16. Resta fermo, e non può non restare fermo, il divieto alle Regioni di integrare con atti amministrativi gli stanziamenti che sono disposti dal Governo.

PRESIDENTE. Dopo questi chiarimenti, credo che possiamo porre in votazione l'emendamento numero 3, accettato dalla Giunta. Metto dunque in votazione l'emendamento aggiuntivo

Dettori-Melis Antonio e Puddu Mario. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

Si dia lettura dell'articolo 14.

MEDDE, Segretario:

Art. 14

La presente legge è dichiarata urgente ai sensi e per gli effetti dell'art. 33 dello Statuto speciale della Sardegna ed entra in vigore nel giorno della sua pubblicazione.

PRESIDENTE. Poiché nessuno domanda di parlare su questo articolo, lo metto in votazione. Chi lo approva alzi la mano.

(E' approvato).

C'è poi un allegato, concernente il modulo di cui all'articolo 8. Io non so se, dal punto di vista della tecnica legislativa, sia opportuno legare alla forma legislativa le caratteristiche di un modello che poi, domani, non si potrà correggere se non con legge ...

USAI (P.C.I.). Perché potrebbe essere modificato ...

PRESIDENTE. Effettivamente io esprimo qualche dubbio sull'opportunità di fare un riferimento esplicito ad un modulo che domani potrebbe essere modificato anche in via amministrativa, senza disegno di legge, voglio dire. Io mi permetterei di suggerire di modificare, in sede di coordinamento, il testo dell'articolo 8, parlando di un modello apposito redatto dall'Assessorato all'igiene e sanità. Se il Consiglio fosse d'accordo, si potrebbe modificare l'articolo 8 in questo senso, perché mi parrebbe, come tecnica legislativa, più opportuno non fare riferimento specifico al modello. Siamo d'accordo? Va bene.

Votazione a scrutinio segreto.

PRESIDENTE. Si procede alla votazione a scrutinio segreto sul disegno di legge: "Norme di attuazione degli artt. 6 e 7 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, concernente l'estinzione dei debiti degli Enti mutualistici nei confronti degli Enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria".

Risultato della votazione.

PRESIDENTE. Proclamo il risultato della votazione:

presenti	61
votanti	60
maggioranza	31
favorevoli	52
contrari	8
astenuti	1

(Il Consiglio approva).

(Hanno preso parte alla votazione: Are-Asara - Baghino - Berlinguer - Biggio - Birardi - Borio - Cardia - Careddu - Carrus - Catte - Chessa - Corrias - Del Rio - Dettori - Erdas - Farigu - Floris Mario - Floris Severino - Frau - Ghinami - Giagu - Gianoglio - Granese - Isola - Isoni - Lippi - Loffredo - Macis - Mancosu - Marini - Marraccini - Marras - Masia - Medde - Mela - Melis Antonio - Melis Egidia - Monni Pietro - Monni Pietro Serafino - Mulas - Muledda - Mura - Muravera - Murr - Offeddu - Piredda - Puddu Mario - Puddu Piero - Raggio - Rais - Rojch - Saba - Serra - Sini - Spina - Tedesco - Tronci - Usai - Zurru.

Si sono astenuti: Presidente Contu).

Votazione a scrutinio segreto.

PRESIDENTE. Si procede alla votazione a scrutinio segreto sul disegno di legge: "Norme di attuazione degli articoli 12, 13 e 18 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con mo-

dificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, concernente l'estinzione dei debiti degli Enti mutualistici nei confronti degli Enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio alla riforma sanitaria".

Risultato della votazione.

PRESIDENTE. Proclamo il risultato della votazione:

presenti	61
votanti	60
maggioranza	31
favorevoli	53
contrari	7
astenuti	1

(Il Consiglio approva).

(Hanno preso parte alla votazione: Are-Asara - Baghino - Berlinguer - Biggio - Birardi - Borio - Cardia - Careddu - Carrus - Catte - Chessa - Corrias - Del Rio - Dettori - Erdas - Farigu - Floris Mario - Floris Severino - Frau - Ghinami - Giagu - Gianoglio - Granese - Isola - Isoni - Lippi - Loffredo - Macis - Mancosu - Marini - Marraccini - Marras - Masia - Medde - Mela - Melis Antonio - Melis Egidia - Monni Pietro - Monni Pietro Serafino - Mulas - Muledda - Mura - Muravera - Murr - Offeddu - Piredda - Puddu Mario - Puddu Piero - Raggio - Rais - Rojch - Saba - Serra - Sini - Spina - Tedesco - Tronci - Usai - Zurru.

Si sono astenuti: Presidente Contu).

PRESIDENTE. Il Consiglio sarà riconvocato a domicilio.

La seduta è tolta alle ore 14 e 20.

DAL SERVIZIO RESOCONTI

Il Coordinatore

Dott. Irene Zurrida