

**CX SEDUTA**

(ANTIMERIDIANA)

**GIOVEDÌ 29 GENNAIO 1981**

Presidenza del Presidente CORONA

indi

della Vicepresidente CARDIA

indi

del Presidente CORONA

**I N D I C E**

Disegno di legge: "Individuazione, costituzione ed organizzazione delle Unità sanitarie locali, in attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833" (70). (Continuazione della discussione):

|                         |    |
|-------------------------|----|
| MEDDE .....             | 1  |
| CATTE .....             | 4  |
| ATZORI VILLIO .....     | 6  |
| ATZENI .....            | 12 |
| CHESSA .....            | 17 |
| ARE .....               | 21 |
| Sull'ordine del giorno: |    |
| SODDU .....             | 27 |
| PRESIDENTE .....        | 27 |
| ANEDDA .....            | 28 |

*La seduta è aperta alle ore 10 e 20.*

OFFEDDU, Segretario, dà lettura del processo verbale della seduta pomeridiana del 22 gennaio 1981, che è approvato.

Continuazione della discussione del disegno di legge:

"Individuazione, costituzione e organizzazione delle Unità sanitarie locali, in attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833". (70)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la continuazione della discussione del disegno di legge: "Individuazione, costituzione e organizzazione delle Unità sanitarie locali, in attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833".

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

MEDDE (P.L.I.). Signor Presidente, colleghi consiglieri, sulla legge nazionale di riforma sanitaria pesa profondamente la situazione politica che l'ha generata. Il fantasma del compromesso storico (sempre incombente nonostante le schermaglie verbali) e la lottizzazione più selvaggia sono i principi che stabiliscono le linee. Noti come sono gli appetiti di certi partiti, non poteva essere diversamente, anche per gli adempimenti demandati dalla legge 833 alle Regioni, nella parte della legge che più si presta alle tentazioni di lottizzazione, ossia la costituzione delle Unità sanitarie locali.

Tanto più in Sardegna la legge ha trovato lo stesso fertile terreno che l'ha prodotta: l'Intesa prima e il clima dell'unità autonomistica poi, oggi accantonata ma non ancora sepolta. E' fuor di dubbio che la riforma sanitaria, con i relativi mezzi a disposizione e quindi con le leve di potere delle quali è dotata, abbia scatenato gli appetiti di certi partiti e anche di certi colleghi in corsa per l'Assessorato alla sanità, i quali non si sono lasciati sfuggire, gli uni e gli altri, l'occasione per incrementare, attraverso la propria clientela, il proprio potere elettorale. Così la riforma sanitaria, che nelle intenzioni doveva essere la legittimazione delle aspirazioni del cittadino a partecipare alla preparazione di un servizio sanitario a lui più confacente, diventa un semplice apparato partitico di centri di potere, che di tutto terrà conto tranne che della salute del cittadino.

Non v'è dubbio che sarebbe stato un fatto nuovo e politicamente rilevante, questa iniziativa. Essa, però, sarà una pseudo-riforma che, conseguentemente, non potrà eliminare le disfunzioni della vecchia assistenza sanitaria. A mio parere, essa sarà un'ulteriore appropriazione da parte di certe forze politiche delle strutture statali; della D.C. per la continuità dell'identità partito-Stato e del Partito comunista per l'ingresso "laterale" nel governo del paese. Gli altri partiti, come più volte da me rilevato, vengono schiacciati o emarginati da questo connubio e da questa "mensa". In Sardegna se ne ha una riprova proprio nella politica che ha fatto da corollario alla gestazione del disegno di legge numero 70 e che, se la situazione sanitaria non fosse tragica, potrebbe essere tema brillante per una commedia!

Altro che condanna delle cliniche private! Guai se non fossero esistite: l'assistenza sanitaria pubblica, infatti, quasi non esiste. Non bisogna, infatti, dimenticare che la Sardegna arriva buon'ultima nell'istituzione delle Unità sanitarie locali, salvata in *corner* dal minacciato provvedimento di scioglimento della stessa Assemblea; scioglimento evitato perché la nostra isola è stata posta sullo stesso piano delle regioni terremotate. A tanto si è arrivati per voler fare scivolare nel tempo la scelta del partito che do-

vesse lucrare delle diverse centinaia di miliardi a disposizione. Tanto è vero che, quando molte altre regioni avevano già istituito da un anno le Unità sanitarie locali, la Giunta sarda, cosiddetta di transizione, ha solo presentato il disegno di legge in questione e la D.C. ha colto subito l'occasione per assicurarsi il sostegno del Partito comunista in particolare, inventando il programma di unità autonomistica, utile barriera di fumo per qualsiasi operazione politica. Il disegno di legge in esame, varato in tale periodo, è infatti una centellinata suddivisione tra Democrazia Cristiana e Partito comunista delle maggioranze nelle varie Unità sanitarie locali, precostituite tatticamente al fine principale di favorire il compromesso storico anche a questo livello, lasciando qualche briciola o qualche piccola cerniera ai partiti minori.

Ma l'incidente di percorso ha fatto sorgere la Giunta di sinistra, già abbastanza elucubrata, ponendoci dinanzi ad un disegno di legge presentato da una Giunta democristiana che ora è all'opposizione con relazioni...

PIREDDA (D.C.). C'è la continuità socialista.

MEDDE (P.L.I.). Quello che contava prima, conta oggi, il P.S.I.; se c'è qualche socialista, colga e riferisca questa mia risposta.

Ma, dicevo, l'incidente di percorso ha fatto sorgere la Giunta di sinistra, ponendoci dinanzi ad un disegno di legge presentato da una Giunta democristiana, che ora è all'opposizione, con relazione di minoranza di partiti che ora sono invece in maggioranza ed esattamente nel governo della Regione. Potenza dell'unità autonomistica, qualcuno mi suggerisce. A questo punto i soliti inquadri hanno, forse, già pensato che il mio sia un intervento rozzo e qualunquistico. Esso, supposto che lo sia, non può essere diverso, perché sto esponendo fatti e situazioni politiche che obiettivamente non si possono non definire rozze e qualunquistiche. Voglio, intanto, *en passant*, far osservare che la mia parte politica non è stata né responsabile né protagonista di questa situazione. Ma quello che è peggio è che l'ossessione del potere ha fatto perdere di

sentate molte difficoltà e si è dovuto procedere senza molti punti di riferimento, date appunto le caratteristiche del tutto particolari della Sardegna.

Tuttavia, tenendo conto dei principi ispiratori della riforma sanitaria (cioè soprattutto prevenzione e limitazione dei ricoveri, nonché esigenza di efficienza e di razionalizzazione della spesa pubblica) da un lato, e tenendo poi conto di quello che sarà il futuro ente intermedio, almeno sulla base delle proposte di legge che praticamente tutti i gruppi politici hanno presentato in Parlamento, a noi pare che il numero attuale, il numero delle Unità sanitarie locali attualmente individuate sia eccessivo, sia in relazione al numero delle strutture che alla fine ci servirebbero, sia in relazione al numero di utenti che talune Unità sanitarie locali dovrebbero servire. Già da oggi noi possiamo tener conto dell'esperienza della distribuzione degli ospedali nella nostra regione: non è un mistero per nessuno che esistono ospedali di serie B, spesso di serie C rispetto a ospedali che potremmo chiamare di serie superiore. Non v'è dubbio neppure per nessuno che queste strutture, a torto o a ragione sottovalutate dagli utenti e anche dagli operatori sanitari, sono certamente strutture eccessivamente costose, male impiegate, spesso anche dotate di strumenti e di apparecchiature assolutamente inutilizzabili. Non c'è dubbio; cioè, che in un settore come la sanità, soprattutto nella misura in cui il servizio che questo settore fornisce è gratuito, la domanda non può che indirizzarsi verso le strutture più efficienti. Pertanto, guardando al passato, noi abbiamo strutture verso le quali magari la domanda è eccessiva rispetto alla capacità di offerta di servizi e ci sono poi strutture sottoutilizzate.

Ecco, non vorremmo che si ripettesse con le Unità sanitarie locali questo fenomeno. Tenendo poi conto della ventilata riforma dell'ente intermedio, questo ci porta a dire che gli enti intermedi nella nostra Regione varieranno tra i sei, gli otto, forse i nove. Ora noi riteniamo, pur non chiedendo un'assoluta coincidenza tra la futura struttura che sarà l'ente intermedio (comunque lo si voglia chiama-

re, forse si chiamerà ancora Provincia), riteniamo che sia necessario ricondurre, per quanto possibile, il numero delle Unità sanitarie locali a quello degli enti intermedi, pronti a prendere in considerazione le eccezioni che si dovessero rendere necessarie rispetto ad una rigida coincidenza tra il futuro ente intermedio e le Unità sanitarie locali.

Un'altra questione che ci interessa sottolineare, rispetto alla quale chiediamo un impegno politico e legislativo, è che (anche se il numero delle Unità sanitarie locali sarà eccessivo, almeno dal nostro punto di vista), nelle Unità sanitarie locali, che, per il numero di utenti e per la collocazione in cui si trovano, sono chiaramente già da oggi destinate a gestioni non efficienti, si eviti di realizzare strutture che poi sarebbe difficile, se non impossibile, superare una volta che si riesamini il numero delle Unità sanitarie locali medesime. Questo vuol dire che, quantomeno, la Giunta deve impegnarsi a presentare un piano orientato nel senso di ricondurre le Unità sanitarie locali ad un numero assai vicino al numero degli enti intermedi, un piano che già contenga gli elementi che consentano di dire che in certe Unità sanitarie locali si può procedere a realizzare strutture, mentre in altre (che poi non sarà molto difficile individuare, comunque sarà la Giunta a compiere quest'operazione), queste strutture non devono sorgere. Viceversa, ripeto, una volta che le strutture esisteranno, il loro superamento sarà molto problematico.

Un terzo tipo di impegno riguarda la rappresentanza nei Comitati di gestione. Noi riteniamo che, data l'importanza di questa riforma, il problema della gestione delle Unità sanitarie locali sia un problema politico, ma anche tecnico; cioè noi riteniamo non si possa prescindere dai tecnici. In più, la rappresentanza in questi Comitati di gestione deve essere la più larga possibile. Vorrei dire, ad esempio, che tutte le forze politiche dovrebbero quantomeno essere rappresentate, evitando stretti rapporti numerici o evitando la formazione di Comitati di gestione fondati esclusivamente su rapporti di forza. In particolare, noi chiediamo anche qui un impegno perché, nei Comitati

VIII LEGISLATURA

CX SEDUTA

29 GENNAIO 1981

di gestione, almeno il 40 per cento dei componenti sia riservato a tecnici, in modo — lo dico anche molto francamente — da garantire la presenza dei piccoli partiti che, viceversa, sulla base di quanto la legge prevede, difficilmente sarebbero rappresentati o comunque sarebbero rappresentati assai insufficientemente.

Quindi, signor Assessore, visto che non c'è il Presidente della Giunta, questi sono i punti principali rispetto ai quali noi dalla Giunta attendiamo una risposta. La nostra relazione di minoranza, se le risposte a questi punti non saranno soddisfacenti, non sarà ritirata e il nostro voto non potrà che essere negativo.

#### PRESIDENZA DELLA VICEPRESIDENTE CARDIA.

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

ATZORI VILLIO (P.C.I.). Signor Presidente, colleghi consiglieri, ho seguito con interesse il collega Floris ed ho ammirato la flemma e la convinzione con la quale ha esposto le sue argomentazioni, adottandole o meglio trasformandole ad uso e consumo della nuova funzione di oppositore, forse non a sufficienza maturata. Si dà però il caso che, se è facile dimenticare per il collega il ruolo da lui giocato come rappresentante della D.C. per oltre un trentennio fino ad appena qualche mese fa, non è altrettanto facile per noi comunisti, che abbiamo denunciato ed indicato responsabilità precise, accogliere un sistema glissatorio davvero singolare.

Così abbiamo appreso che metodologia e consultazione sono stati stravolti nell'elaborazione del disegno di legge numero 70 e non sembrano individuati i responsabili, dato il fatto che l'onorevole Floris giunge fino a dimenticare di essere stato egli, insieme alla Giunta passata, presentatore della proposta formulata dall'allora Assessore alla sanità. Inoltre, il testo presentato e oggetto della discussione porta anche il suo nome, che oggi si vuole ignorare! E' davvero singolare che ci si accorga oggi dei limiti e delle insufficienze o, peggio, delle contrarietà espresse dalla maggioranza dei sindaci consultati sulla formazione della cosiddetta mappa

delle Unità sanitarie locali; ma, ancor peggio, il modo con il quale si scivola su una caratterizzazione strumentale ed equivoca della critica ad una relazione presentata ad una proposta di legge che porta la firma della Giunta di cui faceva parte integrante l'onorevole Floris. Diventa persino farsesco il riferimento al fatto che la metodologia non abbia previsto un criterio organico, preceduto da uno studio accurato della situazione socio-sanitaria dell'Isola. Si tratta di impudenza o di difficoltà ad assumere il ruolo di opposizione?

E' noto a tutti i colleghi quanto si sia studiato in materia socio-sanitaria; si è persino arrivati a costituire una qualificata *équipe* di esperti, che hanno speso il loro impegno pluriennale in tale direzione, ma sta di fatto che gli studi promessi (non certo per responsabilità degli esperti, né della nostra parte politica) hanno portato la Regione a collocarsi agli ultimi gradini della geografia nazionale in materia sanitaria. Così il parto del piano socio-sanitario sollecitato dalla nostra parte politica ripetutamente, ma anche dalle componenti sociali, ha subito, per stare in tema con la materia in discussione, ripetute minacce d'aborto; c'è stato annunciato durante questi anni prossimo alla nascita, ma senza fortuna. E chi non ricorda la volontà democratica di cui sembrava pervasa la maggioranza della Democrazia Cristiana, che gestiva quell'Assessorato, quando alcuni anni or sono, con grande clamore propagandistico, si convocava ad Oristano tutto il meglio della medicina sarda, per dar luogo a pletoriche quanto rivelatesi inutili commissioni incaricate di studiare per competenza il modo migliore per attuare in Sardegna la riforma sanitaria?

Siamo al dunque; credo non sia inutile e diventi serio fare un po' di autocritica per la parte politica della maggioranza...

ROJCH (D.C.). Mi permetta, onorevole Atzori, che le ricordi che l'allora assessore aveva preparato e fatto approvare dalla Giunta un piano socio-sanitario...

ATZORI VILLIO (P.C.I.). Non lo deve dire a me! Lo deve dire all'onorevole Floris, che ha

ignorato la cosa.

ROJCH (D.C.). L'assessore Rais ha ritenuto di non farne proseguire l'iter, con tutte le conseguenze che noi oggi ci troviamo ad avere.

ATZORI VILLIO (P.C.I.). Collega Rojch, lei era Assessore alla sanità, attualmente è presidente della nona Commissione: mi pare che...

ROJCH (D.C.). Il collega Sanna in Commissione ha espresso lo stesso giudizio che ho espresso io.

ATZORI VILLIO (P.C.I.). Sì, ma il discorso non deve rivolgerlo a me, deve rivolgerlo al suo collega di partito, che ieri ha fatto le affermazioni che ha fatto.

Comunque, dico che non sarebbe inutile fare un po' di autocritica per la maggioranza democristiana di allora, che dei ritardi registrati e della metodologia seguita ha le più ampie responsabilità. Né credo possa essere utile mutare, nell'occasione specifica, critiche che da tempo e con seria coerenza il nostro partito ha formulato fuori e dentro quest'aula. Non c'è più tempo per recriminare, abbiamo la necessità di recuperare il molto tempo perduto, e non lo diciamo per le mutate condizioni del quadro politico, ma per coerenza. Dire che la proposta di legge in esame sia di completo nostro gradimento non avrebbe senso, anche perché manteniamo interamente le espressioni e le riserve critiche avanzate in altre occasioni. Abbiamo però contribuito, insieme ai colleghi commissari, ad operare tutte le possibili correzioni; tanto più siamo disponibili oggi, per quelle che si riterrà di proporre in aula costruttivamente. In specie, le richieste che sono state avanzate dall'onorevole Catte mi pare abbiano trovato accoglimento già in sede di Commissione, ma potranno trovarlo anche in aula, giacché proprio in virtù delle modifiche apportate in Commissione l'articolo 1 *bis* si riferisce specificatamente a questa richiesta. Possiamo anche condividere la proposta di addivenire ad una formulazione che faccia riferimento preciso alla richiesta che è stata sostenuta.

In questo senso, quindi, accettiamo e condividiamo tutti i contributi costruttivi che verranno portati in aula per migliorare i contenuti del disegno di legge; diciamo però che siamo attenti e vigili perché non si perda altro tempo utile per definire l'annoso problema, perché le popolazioni attendono che si dia corso all'attuazione della riforma sanitaria.

Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, ci attendevamo dall'esordio del collega democristiano la dimostrazione di una volontà costruttiva e non prevenuta. Così purtroppo non è stato! Confidiamo lo facciano gli altri oratori iscritti, ricordando che si tratta di una loro proposta di legge, la quale (come abbiamo affermato in tempi non sospetti) noi abbiamo affrontato con spirito costruttivo, finalizzato ad una rapida esitazione della pur complessa e difficile materia.

GIANOGLIO (D.C.). Una esitazione c'è stata.

ATZORI VILLIO (P.C.I.). Non capisco a che cosa si riferisca, ma mi pare di essere stato esplicito.

Occorre sottolineare che va a merito dell'attuale Giunta l'aver sostenuto coerentemente l'inclusione all'ordine del giorno dell'attuale tornata del Consiglio della discussione del disegno di legge numero 70. Abbiamo, infatti, contestato ripetutamente nel passato i ritardi registrati nell'adempire agli obblighi fissati dalla legge 833 e sappiamo tutti che sono passati due anni dall'entrata in vigore della legge di riforma e ci apprestiamo solo oggi, e non per nostra responsabilità, a tradurre in legge le nostre competenze. Non ignoriamo né sottaciamo come tutto ciò sia stato determinato nel passato dallo scarso livello di consapevolezza, dalle resistenze di un sistema che ancora si esprime nel centralismo dell'organizzazione della cosa pubblica e nelle posizioni di intransigenza di coloro i quali, nell'esigere funzionalità che ancora non può esistere, pongono di fatto concreti ostacoli al cammino della riforma.

Quello che è certo è che tutte le articolazioni della vecchia organizzazione sanitaria sono al centro — e lo sappiamo tutti — di una fitta

rete di interessi finanziari oppure politico-clientelari, come del resto si è verificato nella vertenza per il contratto unico dei medici, nel corso della quale si è dimostrata la scarsa volontà di giungere ad un accordo che non privasse la popolazione dell'assistenza sanitaria. Basti poi fare riferimento alla conduzione degli ospedali e degli enti mutualistici, per avere un quadro più completo. Nei primi nove mesi dell'80, come è noto, la Regione ha liquidato 18 miliardi a 10 laboratori privati e 30 miliardi alle Case di cura private che operano in regime di convenzione pubblica; altri due miliardi circa all'anno sono previsti per far fronte agli oneri di una convenzione firmata dalla precedente Giunta con una clinica privata di Jerzu, sorta a qualche decina di chilometri da Lanusei, dove esiste un ospedale sottoutilizzato. Questo per contribuire...

ROJCH (D.C.). C'è questo rapporto: 30 miliardi a Cagliari e due a tutto il resto della Sardegna.

ATZORI VILLIO (P.C.I.). Non eccepisco, mi trova consenziente con questa osservazione critica. Questo, però, non autorizza a determinare una proliferazione delle cliniche private ed a spendere il danaro pubblico, anziché migliorare e rendere più utilizzabile l'ospedalità pubblica rispetto all'ospedalità privata. Ma di questi dati certamente non edificanti se ne potrebbero citare altri: per esempio, il costo della degenza nelle cliniche private rispetto alla durata temporale; ma anche, come è stato detto dall'oratore che mi ha preceduto, la sottoutilizzazione o spesso la non utilizzazione di ospedali presenti nella realtà sanitaria sarda. D'altro canto, sappiamo che la responsabilità del fatto che un ospedale come quello di Cagliari, il nuovo ospedale, per il quale sono state spese decine di miliardi, non sia ancora aperto, non può essere certamente attribuita all'attuale Giunta. E' responsabilità precisa e specifica di chi ha diretto le Giunte regionali da quando si è decisa la costruzione di quell'ospedale fino ad oggi!

Mi pare doveroso sottolineare che, comunque, quello della sanità sarà in qualche modo il

terreno sul quale si esprimerà per la prima volta la capacità di programmare ed operare di quella che è stata definita la repubblica delle autonomie. Se infatti sarà compito dello Stato dettare norme valide su tutto il territorio nazionale per materie specifiche (in materia di inquinamento, di controllo sui prodotti alimentari, di regole riguardanti il personale addetto, di definizione degli *standards* dei servizi, così da garantire una necessaria uniformità nel territorio nazionale), saranno le Regioni ed i Comuni a gestire il servizio sanitario con le Unità sanitarie locali. All'interno di questo quadro generale avverrà questa specifica gestione e si deciderà l'ordine delle precedenza in materia di intervento sanitario. Il che, tradotto in termini reali, significherà che dovrà essere la Regione a decidere quali epidemie e quali forme di inquinamento dovranno essere combattute prioritariamente e con il necessario vigore.

Ci attende quindi un compito assai delicato ed importante, che impegnerà soprattutto le Unità sanitarie locali e che diventerà da subito pietra di paragone per il vecchio sistema. Infatti, non si può ignorare, con amarezza, che la colpa più grave per il colpevole ritardo con il quale giungiamo a varare un provvedimento di legge per l'attuazione della riforma sanitaria, nasce dal fatto che con il vecchio sistema, anche se le cose non andavano nel migliore dei modi, un'assistenza, seppure carente, era comunque garantita. Così, invece, se i meccanismi del servizio sanitario non si mettessero in moto, l'assistenza verrebbe a mancare completamente. Questo è certamente lo spirito con il quale abbiamo sollecitato la Commissione competente a lavorare alacremente, pena il richiamo in aula del disegno di legge avvalendoci delle norme previste dal Regolamento.

Permettetemi ora di fare qualche riferimento ai detrattori della riforma. In primo luogo, la spesa della riforma: questa è stata indicata tra i 16 e i 20 mila miliardi. Tale cifra, in effetti, rappresenta non il costo della riforma, ma la sommatoria delle spese cosiddette correnti. A tale proposito, val la pena di ricordare che tale spesa corrisponde ad appena il 6 per cento

del prodotto nazionale lordo, assolutamente inferiore alla spesa dei diversi paesi europei, la cui percentuale risulta essere talvolta anche molto al di sopra. D'altro canto, è stato accertato che il costo medio per cittadino del servizio sanitario è di circa 351 mila lire; in questo quadro le Unità sanitarie locali saranno chiamate ad amministrare una cifra media di 30 miliardi annui, con quote minime di sette miliardi per le Unità sanitarie locali attorno ai 20 mila abitanti. Si tratta, naturalmente, di somme riferentisi al 1980; di queste somme, il 70 per cento fa riferimento a spese per il personale.

Ecco perché, certamente, le decisioni degli amministratori delle Unità sanitarie locali, e ancor più dei Comitati di gestione del personale, saranno determinanti non solo per il trasferimento degli indirizzi generali delle specifiche realtà, ma soprattutto per la produttività del servizio nei confronti dei cittadini in termini di tutela della salute e immagine dello Stato nei loro confronti. Coloro i quali già si beano circa gli eventi burrascosi e pieni di incognite che graveranno al momento della costituzione delle Unità sanitarie locali, si disilludano. Nelle Regioni più sensibili e lungimiranti la fase di trasferimento di effettive funzioni sanitarie alle Unità sanitarie locali non ha determinato alcuna frattura e lacerazione e nessuno di quei disastri che facili profeti timorosi o avversari del nuovo paventavano. Certo, appare perlomeno imprudente e semplicistico pensare che tali eventi possano determinarsi senza difficoltà o in termini trionfalistici.

Il disegno di legge in esame ha avuto per la parte normativa l'assenso largamente maggioritario in sede di esame in Commissione; la parte normativa è stata ampiamente emendata rispetto alle proposte della Giunta, esplicita con un concorso impegnato quanto sofferto da parte di tutti i commissari, ma si tratta pur sempre di un disegno di legge frutto del passato esecutivo. Occorre tuttavia rilevare la necessità di avere chiara l'esigenza di stabilire da subito un diretto raccordo tra Regione e assemblee per trasmettere per tempo non solo i criteri generali, ma soprattutto gli indirizzi operativi da discutere in tempi brevi dal Consiglio; di fornire

ai membri delle assemblee informazioni di carattere strutturale ed organizzativo su cui lavorare per l'impostazione del servizio; di avviare, sulla base di un lavoro integrato fra Regione e Unità sanitarie locali, un processo di programmazione, di destinazione di risorse e di verifica dei risultati come strumento per dare coerenza all'intero sistema e per evitare il sorgere ed il diffondersi di micropoteri, identificabili nel triste fenomeno del clientelismo, che annullerebbe il valore e l'immagine della qualità della riforma sanitaria e porterebbe rapidamente all'esaurimento di ogni risorsa innovativa, finanziaria e non. Anche per questi motivi sarà necessario portare in aula, in tempi stretti, il disegno di legge sulla contabilità, quello sul personale, il piano socio-sanitario.

Lo stato delle autonomie inizia dunque a prendere corpo. I Comuni, con il sostegno finanziario dello Stato e della Regione, dovranno dimostrare di essere all'altezza dei delicati, qualificanti compiti loro affidati. Attraverso un ampio processo di democratizzazione, in contrasto quindi con le critiche portate dal collega Medda, ai Comuni vengono direttamente attribuiti compiti di gestione nei servizi assistenziali sanitari e civili. S'introducono, per la prima volta, principi che spingono a superare il carattere corporativo e frammentario dell'intervento sociale e sanitario. Ma crediamo sia soprattutto da esaltare il fatto nuovo che si introduce con l'attuazione della riforma sanitaria; il servizio diventa servizio del territorio ed è legato strettamente all'evoluzione della comunità. Ecco perché diviene di fatto elemento di aggregazione, di esercizio della partecipazione popolare, ponendosi l'obiettivo di far ruotare la politica dei servizi sociali attorno alle assemblee elettive. In questo modo, sarà possibile contenere eventuali forme di separazione corporativa, affidando alla Regione funzioni di programmazione generale ed ai Comuni, singoli o associati, la gestione dei servizi.

Ecco dunque affermarsi, da un lato, il rapporto cittadino-territorio, che dovrà sostituire il rapporto cittadino-categoria; dall'altro, un collegamento dei servizi sociali alla programmazione economica. Ci pare doveroso, in questo qua-

dro, sottolineare che alle Province, così come sono oggi, domani agli enti intermedi, spetterà il compito della localizzazione dei presidi e dei servizi sanitari. Tale affidamento indica un ruolo tutto da riempire e forse ancora sottovalutato, sia in rapporto alla programmazione socio-sanitaria locale, sia nell'assistenza tecnica agli enti locali per favorire il decollo del nuovo sistema sanitario. Infine, l'acquisizione di spazi più ampi, destinati ai processi di formazione, aggiornamento, riqualificazione del personale che opera nei servizi socio-sanitari.

Da tutto ciò discende la necessità di un impegno che prefigura un nuovo rapporto tra Regione e Provincia, diverso dall'attuale e conseguente al tipo di impegno nuovo. Indubbiamente, questo accordo fra Regione e Provincia, ma di più fra Regione e Unità sanitarie locali, non solo non impedirà, ma renderà più corposo il rapporto tra Unità sanitarie locali e singoli Comuni. Si dovrà dar luogo istituzionalmente ad un'azione tra essi coerente: basti pensare, ad esempio, all'integrazione addirittura indispensabile tra servizi sanitari e sociali, che strutturalmente devono essere in simbiosi con l'Unità sanitaria locale, non solo, ma devono adeguarsi e svilupparsi. Ad esempio, per gli aspetti non esclusivamente attinenti alla tutela fisico-psichica, anche in ambiti esterni e più propriamente comunali (pensiamo all'urbanistica, a tutte le opere di carattere igienico, alla stessa polizia urbana).

Ho lasciato per ultimo il grosso problema dei trasporti, ma, colleghi, diciamoci che molte delle spinte che tutti abbiamo avuto in questi ultimi tempi, più accentuate, tendenti ad associarsi o a dissociarsi da questa o quell'Unità sanitaria proposta, sono originate dall'assenza di identificazione di bacini di traffico adeguati alla nuova distribuzione del territorio. E' certamente indispensabile giungere rapidamente all'elaborazione di un piano dei trasporti, capace di interpretare ed assimilare la nuova distribuzione territoriale in atto, adeguando il servizio alla nuova domanda e alle nuove esigenze. In una parola, per completare il pensiero, occorre andare alla considerazione del cittadino come unità che è scarsamente interessata quanto ostile

alle sedi in cui non sono soddisfatte le proprie esigenze.

Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, preme al sottoscritto sollevare come elemento di riflessione, per le iniziative che potranno essere assunte, la questione della figura giuridica delle Unità sanitarie locali. Questa definizione è rimasta irrisolta e certamente non possiamo risolverla noi, con l'assunto legislativo in essere, ma credo non si possa ignorare che, comunque, la questione potrà determinare difficoltà alle nascenti Unità sanitarie locali. Voglio solo fare un esempio, che può essere banale: l'acquisto di eventuali beni mobili, come l'auto, non potrà essere fatta dall'Unità sanitaria locale. Certo, si può trovare il marchiegno di intestare il bene al Comune in cui ha sede l'Unità sanitaria locale, ma altri di questi episodi certamente non serviranno ad identificare un'immagine e una dignità dell'Unità sanitaria locale e della sua gestione quale quella che invece si auspica. Quindi il problema, evidentemente, rimane. Le Unità sanitarie locali hanno tutte le caratteristiche e gli organi propri di organismi dotati di personalità giuridica propria, tuttavia si stenta a riconoscere loro tale qualifica, per la preoccupazione che esse possano divenire centri di spesa incontrollata, di potere autarchico, di burocrazia, e chi più ne ha, più ne metta. Credo, personalmente, che i timori siano assolutamente esasperati e pecchino nella sostanza di sfiducia nei confronti di amministratori che, peraltro, esplicano tali poteri già oggi nella loro veste di componenti le Giunte delle Comunità montane o le Giunte municipali, ben per questo sarebbe invece utile e dignitoso riconoscerne la personalità giuridica come garanzia delle loro azioni nei confronti di terzi, evitando conseguenze negative. Ciò può essere ottenuto attraverso uno strumento fondamentale, consistente nel dare agli organi di indirizzo, controllo e verifica dei risultati, specie a livello regionale, ma anche statale, le informazioni sull'andamento delle attività e della spesa in modo sistematico, così da consentire l'effettivo esercizio delle loro funzioni.

Onorevole Presidente, onorevoli consiglieri, è stato possibile, in sede di esame in Commis-



sione, raggiungere un ampio grado di unità, soprattutto per una specifica sensibilità manifestata di fronte all'urgenza di recuperare il tempo perduto. Ci preme valorizzare e riconoscere positivamente il contributo dato da tutti, anche da coloro i quali hanno ritenuto di presentare relazioni di minoranza. Credo sia nell'interesse del Consiglio, ma soprattutto delle popolazioni che rappresentiamo, difendere e sostenere i risultati acquisiti e quelli acquisibili, anche se non ottimali, certamente opinabili, ma allo scopo, al fine di licenziare il disegno di legge in esame e dare, finalmente, avvio anche in Sardegna all'attuazione della riforma sanitaria.

Abbiamo sostenuto, come ho detto in apertura, il testo in tempi non sospetti; tanto più oggi, di fronte all'esigenza di far partire la riforma, siamo perché la legge passi. Del resto, la relazione di maggioranza esprime nel merito argomentazioni valide ed inconfutabili; credo sia da sottolineare, come del resto ha fatto qualche giorno fa la Federazione unitaria sindacale, il rilievo dato nel testo emendato dalla Commissione alla partecipazione e alla valorizzazione della presenza delle minoranze negli organi gestionali delle Unità sanitarie locali, non per creare presupposti di presunto compromesso storico, quanto invece per rendere la gestione di questi organismi in termini pluralistici e conseguenti a principi che si ispirano alla più larga democrazia.

Condividiamo le preoccupazioni, del resto manifestate da diversi colleghi in sede di Commissione e nelle stesse relazioni di minoranza (anche nell'intervento del collega Catte è stato ripreso questo concetto), circa la mappa delle Unità sanitarie locali e la sua ampiezza. Sono indubbiamente reali i pericoli che avverte la Federazione unitaria sindacale, la quale sottolinea ulteriormente le preoccupazioni esterne nel dibattito in Commissione e anche negli interventi che si sono qui succeduti. Ci si chiede una norma che salvaguardi, che consenta di realizzare con procedure rapide l'eventuale ridefinizione degli ambiti territoriali sulla base dell'esperienza. L'articolo 1 *bis* è stato appunto introdotto per rendere concreta tale garanzia, in stretto riferimento a quanto previsto dalla 833; a rafforzare tale indirizzo è interve-

nuto anche l'articolo 39, che tutela il diritto e l'autonomia di scelta del singolo ente locale. Può essere certamente utile, l'ho detto in apertura, lo riconfermo, rafforzare ulteriormente tale indirizzo. Noi pensiamo che in questa direzione si possa andare e si possano, quindi, sostenere le iniziative che in questo senso saranno assunte.

Onorevole Presidente, onorevoli consiglieri, ho richiamato le difficoltà incontrate nella redazione della mappa; del resto, sono note le vicissitudini che l'hanno originata. Vi è stata una larghissima consultazione, iniziative assunte autonomamente da Comunità montane, da Comprensori, assunte da partiti politici. Le spinte che si sono messe in moto sono state in qualche caso ragionevoli ed in altri assolutamente no; talvolta si è conculcata maldestramente l'idea che la realizzazione di una data Unità sanitaria locale potesse essere occasione di soddisfacimento della pressione occupativa o, peggio, una pericolosa spinta verso l'ospedalizzazione selvaggia. E' questa preoccupazione che ha esternato anche l'onorevole Carta. Le conseguenze di una tale impostazione credo appaiono anche ai colleghi nella loro più ampia negatività: basti pensare all'erigenda struttura ospedaliera di Macomer, situata in un'area di 20 chilometri, nella quale esistono ben quattro altre strutture ospedaliere: Nuoro, Bosa, Ghilarza, Bonorva. Ma altre spinte, come ho del resto affermato, derivano dallo stato della viabilità e dei trasporti.

In Commissione si è cercato di far quadrare il cerchio, le esigenze più rilevanti sono state accolte, altre se accolte avrebbero stravolto il lavoro svolto, con conseguenze serie circa i tempi di attuazione delle Unità sanitarie locali. Non ignoriamo che esistono malumori, la cui ampiezza impegna spesso tutte le parti politiche. Sarebbe davvero facile e nel contempo demagogico accedere a tali spinte, caldeggiandole singolarmente. L'attuale mappa è il "meno peggio" di una distribuzione territoriale stralciata dal contesto nuovo che la Regione cerca di darsi, sia pure in maniera non soddisfacente, ma permette di mettere in moto il meccanismo della riforma e nessun interesse speci-

fico può assumersi la responsabilità di ostacolarne l'attuazione; ciò tanto più in quanto norme specifiche, che abbiamo voluto richiamare, ne garantiscono l'autonoma scelta.

Rimane l'esigenza della definizione dei confini delle due Unità sanitarie locali di Cagliari. Parlo di due perché la relazione di maggioranza, sulla base del voto espresso dalla Commissione, le indica in questo numero, ma anche perché si è tenuto conto del voto espresso dal Consiglio comunale di Cagliari, col quale si richiede la ripartizione in due Unità sanitarie. Esistono in proposito orientamenti sui quali è possibile trovare un accordo; l'importante è salvaguardare il dosaggio, oltre che la distribuzione nel territorio, delle strutture sanitarie esistenti. Su queste basi, sarà possibile presentare delle proposte unitarie.

Onorevole Presidente, onorevoli consiglieri, avviandomi alla conclusione non posso non ricordare che la Sardegna vive un momento socio-economico estremamente difficile e grave; che nell'Isola ogni anno crescono di cento i microcitemici, per i quali la Giunta attuale è impegnata ad offrire la sollecita apertura dell'apposita struttura costruita da anni e non ancora aperta; che l'echinococcosi continua ad essere un male endemico per la Sardegna; che è ancora alta la mortalità infantile; che di aborto, anche legale, sia pure per assenza di apparecchiature specifiche richieste e non avute dai reparti ospedalieri della nostra città, si muore, come si muore ancora di aborto clandestino.

Dunque, l'atto legislativo che ci apprestiamo a licenziare può rappresentare la speranza di un modo nuovo di gestire la salute, che priorizzi la prevenzione e che sappia, attraverso l'utilizzazione delle tante energie preziose che renderanno disponibili le Unità sanitarie locali, esplicare appieno la difesa e la preservazione della salute da parte del cittadino.

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

**ATZENI (D.C.).** Signor Presidente, colleghi consiglieri, il Gruppo della Democrazia Cristiana, di fronte all'iniziativa legislativa all'esame del

Consiglio, ha assunto sin dall'inizio un atteggiamento responsabile e costruttivo, perché valutava, come tuttora valuta, nella sua interezza la profonda ispirazione di giustizia da cui l'iniziativa discende e il carattere attuativo della stessa, che è una delle più significative riforme previste dalla nostra Carta costituzionale. La situazione dell'assistenza sanitaria preesistente alla legge di riforma sull'intero territorio nazionale e regionale ci offre altri argomenti, di non poco conto, a favore dell'attuazione di essa e dei quali, seppure brevemente, è bene parlare.

E' noto a tutti che i veri enti mutualistici, che nell'accezione più diffusa venivano considerati, a torto o a ragione, corpi separati dello Stato e separati soprattutto dall'assistenza medica, fornivano prestazioni diversificate in relazione all'appartenenza degli utenti a settori produttivi che assicuravano anche un rapporto economico alla loro gestione, mediante il prelievo di contributi assicurativi sui salari e sugli stipendi degli assistiti. In questo regime di assistenza, conseguentemente, i lavoratori appartenenti a gruppi sociali economicamente più forti godevano di un'assistenza sanitaria, farmaceutica e ospedaliera di privilegio rispetto a quella goduta da altri lavoratori economicamente più deboli. Noi tutti siamo stati testimoni delle differenziazioni, al limite dell'ingiustizia, messe in atto dalle diverse Casse mutue nell'erogazione dell'assistenza; non è il caso di entrare in descrizioni dettagliate per ricordare una situazione che veniva rifiutata da tutti, ma di fatto da tutti accettata passivamente.

Il disegno globale di riforma è maturato attraverso varie tappe, che hanno scandito i momenti di graduale trasferimento dallo Stato alle Regioni — a Statuto ordinario e speciale — delle competenze che ne avrebbero consentito, entro limiti di tempo prefissati, l'attuazione. Sappiamo però che anche sotto quest'aspetto ci sono state delle discrepanze, ritengo non colpevoli, ma che di fatto hanno, per quanto ci riguarda, ritardato la predisposizione, con un lavoro di ricerca e di studio, dei provvedimenti legislativi previsti dalla legge 833. E' opportuno ricordare che, mentre alle Regioni a Statuto ordinario le competenze in materia

di assistenza sanitaria sono state trasferite col D.P.R. 616, del 24 luglio '77 in attuazione della legge 382 del 1975, alla Regione sarda il trasferimento delle analoghe competenze è avvenuto due anni dopo, cioè nel giugno del 1979, con il D.P.R. 348.

Signor Presidente, colleghi consiglieri, non vogliamo con ciò prefigurare argomenti di difesa per giustificare il ritardo con cui la nostra Regione giunge all'approvazione del primo indispensabile provvedimento legislativo, che è quello dell'individuazione, costituzione e organizzazione delle Unità sanitarie locali; tuttavia, non possiamo negare che, al di là della buona volontà delle forze politiche, a causa dei numerosi impegni, pur essi di notevole rilevanza ed urgenza, che hanno gravato sulla Commissione sanità (come la ristrutturazione di numerose piante organiche, dei servizi sanitari di numerosi enti ospedalieri, l'attivazione del complesso microcitemico, le numerose audizioni di amministratori di enti ospedalieri, di rappresentanze sindacali e di associazioni di categorie, vedi nefropatici, handicappati e microcitemici, le elezioni comunali e provinciali), non possiamo negare — dicevo — che la Commissione è stata costretta dalle vicende richiamate ad iniziare in ritardo l'esame del disegno di legge. Ritardo causato peraltro anche dai tempi morti determinati dalla crisi della Giunta regionale, durante i quali, sino alla deroga, la Commissione ha dovuto sospendere ogni attività referente.

Rimane da dire che la Commissione stessa, una volta ottenuta la deroga, ha portato avanti, sollecitamente ed a tappe forzate, con l'impegno costante ed assiduo di quasi tutti i commissari (con buona pace del collega Buzzanca, non presente, il quale — a mio parere — molto ingenerosamente e niente affatto obiettivamente, formula nella sua relazione di minoranza, un giudizio di tutt'altro segno), ha portato avanti, la Commissione, dicevo l'esame del disegno di legge entro termini assai ristretti, i quali forse non hanno consentito nella giusta misura l'approfondimento di tutti gli aspetti della complessa problematica di natura giuridica e socio-territoriale.

Signor Presidente, entrando nel merito

del disegno di legge nel suo complesso, debbo dire che la Commissione ha fatto un notevole sforzo per introdurre in esso una serie di proposte migliorative, sia sotto il profilo formale ed organico, che sotto il recupero di norme sostanziali ispiratrici della riforma. E di questo miglioramento si trova riscontro nella notevole ampiezza delle modifiche introdotte attraverso un esame rigoroso e puntuale di tutte le norme. A titolo esemplificativo, citerò l'articolo 1, che — da una proposta quasi anonima — è stato trasformato in una serie di norme a carattere programmatico, che danno luogo ad uno sviluppo armonico delle norme squisitamente operative. Prima di procedere nell'analisi del provvedimento, però, desidero porre alcune domande all'onorevole Presidente della Giunta regionale — assente —, al quale mi auguro che l'Assessore alla sanità trasmetta le stesse.

Ritiene, onorevole Rais, che, dopo la proroga concessa dal Governo, l'approvazione del provvedimento rivesta ancora il carattere di emergenza che ha costantemente ispirato i lavori della Commissione? Urgenza che ha dato occasione — come ho già accennato — ad alcune insufficienze, evidenziate allora anche dal Vicepresidente della Commissione sanità ed oggi Assessore, onorevole Emanuele Sanna. Oppure, oggi, tali insufficienze sono da considerare superate?

Ritiene, onorevole Presidente della Giunta, che lo spirito di urgenza e di unitarietà che ha accompagnato i lavori della Commissione, esista ancora? Che superi quindi gli stessi confini dell'attuale maggioranza?

Ritiene, infine, onorevole Rais, che il provvedimento che questa Assemblea è chiamata a discutere, una legge destinata ad incidere sulla gestione futura e complessiva della sanità, sia compatibile con le linee programmatiche da lei prospettate quando ha dato il via all'attuale Giunta, considerando in particolare il fatto che il testo approvato dalla Commissione è molto diverso da quello proposto dall'allora Assessore, ragione per la quale ella, onorevole Rais, ebbe a manifestare più volte nervosismo e disappunto?

Dunque, il testo della Commissione, le

linee sostenute con il concorso determinante e decisivo, per qualità e per quantità, del Gruppo della Democrazia Cristiana, vanno bene anche al Presidente della Giunta, oltre che all'Assessore attuale? O, invece, ha una linea diversa da proporre? Se la linea nuova non esiste, dunque, lavoriamo pure su una base che la Democrazia Cristiana considera certamente più adeguata della precedente.

Signor Presidente della Giunta, ho motivo di ritenere che la necessità impellente di dimostrare all'opinione pubblica l'attivismo della sua Giunta, lo porterà a rispondere affermativamente alle mie domande pregiudiziali. E, oltre a ciò, la sua innata abilità di uomo di pubbliche relazioni di sé stesso, lo porterà a sfruttare il risultato a suo favore attraverso l'amplificatore delle televisioni private e della stampa locale. Se però noi, l'Assemblea, la Giunta, lo stesso suo partito, riflettiamo sul fatto che questi due interessi non sono interessi collettivi, ma di parte, siamo portati a riconoscere in primo luogo che il carattere di emergenza e di urgenza non esiste più; in secondo luogo, che lo spirito di unitarietà che ha animato i lavori della Commissione, per le vicende ampiamente ricordate, non esiste più; in terzo luogo, dovremo riconoscere che la compatibilità fra le linee da lei avanzate nelle sue dichiarazioni programmatiche e quelle emerse dai lavori della Commissione sanità non ha la minima consistenza, a meno che non si voglia fare dello scherzo e del paradosso. Perché, come lei ben sa, nelle sue dichiarazioni c'era tutto e il contrario di tutto, con una propensione formidabile al generico.

Se questa è la situazione, lei sicuramente nella replica farà acrobazie per dimostrare il contrario ne sono certo. Forse non è il caso di attendere le risposte, se dobbiamo soprassedere per riflettere su un provvedimento che rappresenta una rivoluzione culturale ed organizzativa di enorme portata o se, invece, sempre con urgenza e rapidità, dobbiamo procedere ad esaminare e ad approvare il testo della Commissione, sicuramente convinto che le carenze riscontrate potranno essere superate nel confronto tra tutte le forze politiche, confronto

in atto in quest'aula. Credo sia questa la soluzione più coerente, poiché non ritengo che la Giunta sia in condizione di fare meglio della Commissione.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, l'obiettivo primario e di fondo della riforma sanitaria è senza dubbio quello della tutela della salute fisica e psichica, che deve essere raggiunto nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Tale finalità, che è poi quella della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, si propone di realizzare la tutela della salute pubblica mediante l'erogazione a tutti i cittadini di prestazioni socio-sanitarie di tipo preventivo, curativo e riabilitativo, nell'affermazione e nel rispetto del principio dell'uguaglianza nell'intero territorio nazionale.

Tale obiettivo ripropone, cioè, la necessità che l'assistenza primaria diventi un valido ed indispensabile filtro all'assistenza ospedaliera, per restituire a quest'ultima la funzione che le è propria, e consente di pervenire, nel contempo, ad una qualificazione della spesa sanitaria. Per il raggiungimento di un così importante risultato, la riforma ha individuato un modello organizzativo chiamato Unità sanitaria locale, che l'articolo 2 del disegno di legge 70 così definisce: "L'Unità sanitaria locale è una struttura operativa dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità montane. Essa è formata dal complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi, i quali, in ciascuno dei relativi ambiti territoriali, assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale, di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833".

Come è certamente noto, i soggetti istituzionali delle Unità sanitarie locali sono i Comuni, ai quali sono state attribuite tutte le funzioni amministrative connesse con l'adozione delle misure di tutela sanitaria. Oltre ai Comuni, sono organi istituzionali delle Unità sanitarie locali le Comunità montane e le associazioni tra Comuni. Gli organi delle Unità sanitarie locali sono l'Assemblea generale, della quale faranno parte soltanto consiglieri comunali, il Comitato di gestione ed il Presidente. L'assemblea generale delle Unità sanitarie locali

può essere variamente costituita, a seconda che coincide con il territorio di un solo Comune o di parte di esso; in tale ipotesi, l'assemblea si identifica con il Consiglio comunale, nel primo caso, o con una rappresentanza proporzionata alla popolazione in essa residente, nel secondo caso. Quasi analogo discorso vale per la Comunità montana.

Si hanno diverse soluzioni, invece, quando l'Unità sanitaria locale abbracci più Comuni, più Comunità montane, oppure, una o più Comunità montane integrate da Comuni. I criteri già indicati nell'articolo 5 del disegno di legge in discussione per l'elezione dei rappresentanti nell'Assemblea generale dei Comuni associati, dovrebbero — a mio parere — essere corretti, perché non rispettano i principi di proporzionalità. A titolo esemplificativo dirò infatti che, nel caso in cui vi fosse un'Unità sanitaria locale composta da dieci Comuni, con 5.000 abitanti ciascuno, ed un Comune con 50.000 abitanti, si avrebbe, secondo i criteri previsti, una rappresentanza di 43 membri, di cui 30 espressi dai 10 Comuni piccoli e 13 soltanto dal Comune maggiore. La sproporzione è evidente a tutti e a tutti non possono quindi sfuggire le conseguenze.

Tra le competenze più importanti attribuite all'Assemblea generale delle Unità sanitarie locali figura l'elezione dei componenti del Comitato di gestione, l'approvazione dei bilanci preventivi e consuntivi, l'approvazione della pianta organica del personale, la stipulazione delle convenzioni e l'istituzione dei distretti sanitari di base. La periodicità delle adunanze ordinarie delle Assemblee generali dovrebbe essere intensificata, portandola da due a quattro adunanze obbligatorie nell'arco dell'anno, per consentire anche a quei Comuni che non abbiano un proprio rappresentante nel Comitato di gestione di poter esercitare un controllo più assiduo e puntuale sull'attività dell'esecutivo.

Il Comitato di gestione, come previsto nel disegno di legge in esame, presenta un carattere di novità altamente qualitativo rispetto al dettato della legge 833. Di esso infatti possono far parte anche persone non appartenenti all'Assemblea generale, cioè non consiglieri

comunal o circoscrizionali, in misura, però, non superiore al 40 per cento dei componenti. Ciò consentirà l'utilizzazione di persone in possesso di particolari capacità professionali e competenza. Il Comitato di gestione elegge tra i suoi componenti, che facciano parte dell'Assemblea generale, il Presidente ed il Vicepresidente, nella stessa seduta e con le stesse modalità; opera collegialmente, provvedendo ad una serie di importanti adempimenti di carattere esecutivo, riferiti a norme di legge e a deliberazioni dell'Assemblea generale; tra questi adempimenti sono da segnalare quelli relativi alla nomina dei coordinatori dell'Ufficio di direzione e dei responsabili dei servizi, nonché quello di pronunciarsi sui ricorsi presentati dai cittadini contro la mancata erogazione delle prestazioni sanitarie.

#### PRESIDENZA DEL PRESIDENTE CORONA.

(Segue ATZENI). Signor Presidente, colleghi consiglieri, è altresì opportuno sottolineare un'altra innovazione introdotta nel disegno di legge in esame, innovazione che riguarda le funzioni del Presidente del Comitato di gestione. Infatti, ad esso vengono attribuite funzioni importanti ed assolutamente necessarie. Dall'esame delle norme della 833, dove si parla degli organi delle Unità sanitarie locali, il Presidente sembra collocato, invece, all'interno del Comitato come *primus inter pares*.

La partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali e dei cittadini a tutte le fasi della programmazione dell'attività dell'Unità sanitaria locale ed al controllo della loro funzionalità è prevista dall'articolo 19 del disegno di legge, il quale dà piena attuazione a questa esigenza, delegando le Unità sanitarie locali ad adottare un apposito regolamento.

Mi sembra doveroso sottolineare altresì che, nel disegno di legge presentato dalla Giunta, su proposta dell'assessore Rais, era totalmente assente qualsiasi riferimento alle associazioni di volontariato, delle quali la legge 833 invece si è occupata positivamente in ben tre articoli: l'articolo 1 (ultimo comma), l'articolo 45 e

l'articolo 71. Su proposta dei commissari della Democrazia Cristiana, è stata colmata anche questa lacuna ed è stato inserito l'articolo 20 *bis*, nel quale viene riconosciuta la funzione di tali benemerite associazioni e prevista la stipula di apposite convenzioni per la loro utilizzazione nel raggiungimento degli obiettivi della riforma.

Continuando in questo esame generale, dopo aver parlato delle Unità sanitarie locali, dei loro organi e relative funzioni, mi sembra doveroso soffermarmi sull'articolazione delle stesse nei Distretti sanitari di base: cellule e cuore — come ho già detto — delle Unità sanitarie locali. In questi Distretti sanitari di base gli operatori sanitari, con l'ausilio di adeguate strutture tecnico-funzionali, debbono assicurare i servizi di base a carattere preventivo, curativo e riabilitativo. La medicina pubblica deve affondare le sue radici nel distretto, dove trova medici di sanità pubblica storicamente preparati ad assumere la responsabilità ed a farsi garanti della sua realizzazione, a diretto contatto col cittadino, laddove questi vive e lavora e dove si chiede la sua personale partecipazione alla difesa della salute individuale e collettiva. Se si riuscirà ad ottenere un impegno globale di tutti gli operatori socio-sanitari a livello di base nella prevenzione, lo sforzo innovativo della riforma darà certamente i frutti sperati.

Sulla dimensione e sull'organizzazione del Distretto sanitario di base, è giusto sottolinearlo, la Commissione si è soffermata a lungo, avendone colto la fondamentale importanza. Tale importanza è stata concretamente evidenziata nell'ampiezza e puntualità delle norme che ne definiscono la dimensione stessa ed i molteplici compiti tecnico-funzionali. Se gli obiettivi del servizio sanitario nazionale (che sono: la vigilanza dell'ambiente naturale, di vita e di lavoro; la vigilanza sugli alimenti; l'estensione, a livello di base, della consulenza specialistico-diagnostico-strumentale, affidando al medico di base la funzione di sintesi di tutte le conoscenze relative all'utente e la scelte dei metodi di intervento; l'integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari) verranno perseguiti scrupolosamente dagli operatori del Distretto sanitario

di base, con strutture e servizi adeguati, il traguardo della riforma non potrà non essere raggiunto.

Per un compiuto funzionamento del Distretto sanitario di base, qualora il bacino d'utenza dello stesso comprenda più Comuni, dovrà essere però previsto un medico pubblico dipendente, residente in ciascun Comune, che assicuri le funzioni primarie di sanità pubblica, medico-generiche e di prevenzione. Tale attività dovrà, ovviamente, essere integrata da una *équipe* specialistica mobile, composta da pediatra, ostetrico, ginecologo ed odontoiatra.

Queste mie valutazioni, che possono apparire un giudizio sostanzialmente positivo sui contenuti e sul complesso delle norme, lasciano però ampi spazi di dubbi e di riserve sui punti più qualificanti di questo fondamentale progetto di riforma. In particolare, io ritengo che, per quanto concerne la delimitazione degli ambiti territoriali (che rimane uno dei punti più controversi e qualificanti della legge), la Commissione non abbia avuto a disposizione dati ed elementi di valutazione che le consentissero di effettuare uno studio attento ed accurato sulla situazione sanitaria-socio-economica di ogni singola zona della Sardegna. Poiché la riforma sanitaria ha come obiettivo primario, attraverso la ramificazione dei servizi, quello di rispondere ai bisogni reali della gente, l'esigenza di conoscere preventivamente le singole situazioni diventerà un elemento di fondamentale importanza.

Alla luce di quanto ho detto ed in mancanza di dati obiettivi, non a caso chi vi parla aveva proposto in Commissione di far corrispondere agli ambiti territoriali dei Comprensori quelli delle costituenti Unità sanitarie locali. In questo modo, che sembra peraltro corrispondere al pensiero della stragrande maggioranza delle nostre comunità locali, ci saremmo, se non altro, agganciati all'attuale assetto territoriale della Sardegna, in attesa di nuove iniziative. Ciò anche perché sentiamo fortemente la necessità di provvedere ad un complesso riequilibrio dei presidi socio-sanitari esistenti, capaci di soddisfare appieno

i bisogni delle popolazioni.

A tale proposito debbo anche significare che, forse, non abbiamo sufficientemente approfondito il discorso sui servizi multinazionali, che agli effetti della loro collocazione e delle norme e modalità di gestione richiedono un discorso a parte. Essi sono: gli ospedali regionali di Cagliari e Sassari, il Consorzio sanitario regionale, l'ospedale Businco per l'oncologia e le microcitemie, i complessi universitari di Cagliari e di Sassari. I due ospedali regionali rappresentano delle unità funzionali multispecialistiche, che consentono l'erogazione di servizi coordinati ed interdipendenti nel settore della medicina generale e di quella specialistica. Il Consorzio sanitario regionale, con la sua rete di ambulatori e servizi, situati nelle varie zone e in tutti i comuni dell'Isola, svolge una rilevante azione di *depistage* e di prevenzione nei confronti del rischio oncogeno e nel monitoraggio di soggetti già depistati.

L'ospedale Businco per l'oncologia e le microcitemie rappresenta un insieme ospedaliero ad alta ed insostituibile specializzazione, che assicura l'intervento diagnostico e terapeutico in due settori così importanti per la Sardegna quali l'oncologia e le microcitemie.

I complessi clinici universitari di Cagliari e di Sassari raggruppano unità di alta specializzazione, talvolta non rappresentate nell'ambito dei due ospedali regionali che, per la consistenza delle attrezzature e le caratteristiche del personale, forniscono un punto di riferimento per i casi più impegnativi, provenienti da tutta la Sardegna e, talvolta, anche dal Continente.

Per queste loro caratteristiche di strutturazione e di funzionamento parrebbe opportuno, per tutti questi complessi, uno sganciamento delle Unità sanitarie competenti per territorio. Infatti, per le loro caratteristiche di attività extra-zonale, dovrebbe o potrebbe essere individuata una modalità di gestione che, garantendo tutte le verifiche ed i controlli previsti dalla 833, consenta, tuttavia, un funzionamento autonomo sotto il profilo tecnico ed amministrativo, che per essere tale richiede particolari caratteristiche di snellezza. A questo scopo potrebbe essere approntato un apposito dis-

egno di legge, che stabilisse, in termini chiari e giuridicamente validi, le modalità di gestione di questi complessi sanitari. Un'iniziativa di questo genere appare motivata dall'esigenza di mantenere intatto il livello di efficienza raggiunto da questi centri di diagnosi e cura, garantendo alle popolazioni di tutta l'Isola, al di fuori di ristretti limiti zonal, un libero e facile accesso a questi presidi sanitari di alta specializzazione.

Signor Presidente, colleghi consiglieri, avviandomi alla conclusione di questo mio intervento, non posso fare a meno, di fronte alla complessità dei problemi emersi, di denunciare la mia preoccupazione per l'inadeguatezza di questa Giunta a risolvere positivamente le difficoltà che l'attuazione di questa legge, sicuramente, presenterà. Non sarà difficile avvertire, anche fuori di quest'aula, la debolezza di questo governo dinanzi ad impegni che richiedono ben altra forza di quella dimostrata da questa Giunta ormai minoritaria. Se avete a cuore, onorevoli colleghi Assessori, il vero bene del popolo sardo, dovrete avere il coraggio di trarre le conseguenze politiche per rimediare a questa vostra insanabile e congenita debolezza, che altro non può produrre se non danni a tutti.

In conclusione, e sulla base delle argomentazioni portate, ritengo doveroso riformulare la mia domanda iniziale, cioè se ella, signor Presidente della Giunta, non ritenga che occorra un'ulteriore riflessione prima di procedere al varo di questa legge.

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

CHESSA (M.S.I.-Destra Nazionale). Signor Presidente, colleghi consiglieri, noi ci siamo permessi di presentare una relazione di minoranza, ma l'averla presentata non ci esime (così almeno a me pare) dal fare alcune sottolineature a questo disegno di legge numero 70, che oggi, con notevole ritardo, è sottoposto all'esame del Consiglio. Come è noto, la legge nazionale n. 833, del dicembre del '78, prevedeva la riforma sanitaria. Una delle tante riforme, si disse allora, una delle tante di cui la società italiana aveva bisogno. Forse non sfuggì, né peraltro occor-

reva essere osservatori molto attenti e profondi, il fatto che quella riforma, una delle tante come qualcuno disse e scrisse, era una delle più importanti. Però, come tutte le riforme di cui si parla da parecchio tempo oggi in Italia, anche questa o non arriva in porto (dopo pericolose navigazioni), oppure, se in porto arriva, ci arriva come nave che faccia acqua da tutte le parti, che imbarca acqua e non finire, dopo essere stata dai potenti marosi scaraventata da uno scoglio all'altro e dopo essere riuscita, seppure malamente, soltanto per miracolo, a scampare a qualche tremendo naufragio.

In queste condizioni (perdonatemi l'immagine marinaresca), pare a me e ad altri che arrivi il disegno di legge numero 70. Noi abbiamo un lungo elenco di incompiute, e non sono certamente da attribuirsi a Schubert o ad altri grandi musicisti. Da un lungo elenco di incompiute, di riforme naufragate (alle quali si aggiunge anche questa), è lastricata la vita politica nel secondo dopoguerra italiano: dalla riforma degli enti locali alla riforma finanziaria, dalla riforma burocratica alla riforma della scuola, soprattutto della scuola superiore. Come il paradiso (per alcuni, per altri è l'inferno) è lastricato di buone intenzioni, così la vita politica italiana è lastricata di riforme fallite!

Fallirà anche questa? Certo! Grandi, grandissime perplessità, forti, fortissimi dubbi abbiamo noi circa l'efficacia di questa riforma, sia a livello nazionale che a livello regionale. Questa riforma è certamente più importante delle altre, perché la salute, quindi la prevenzione e l'assistenza sanitaria, sono un bene irrinunciabile, un bene cui tutti i cittadini hanno diritto, soprattutto i meno abbienti, che spesso sono i più esposti, che sempre sono i più indifesi. Quindi questa riforma, la cui importanza non sfugge, non può sfuggire ad alcuno di noi, doveva essere affrontata con maggiore serietà, con maggiore tranquillità, con minore sete di potere da parte dei maggiori partiti; eppure, questa riforma è quella che forse lascia più perplessi, proprio perché è stata affrontata con grande leggerezza. Perché noi siamo perplessi? E' un preconcetto, il nostro, onorevole Assessore? Siamo prevenuti, noi, forse, onore-

voli colleghi? No, ma la realtà è sotto gli occhi di tutti, basta saperla leggere! La realizzazione di questa riforma è affidata per legge alla Regione, ai Comuni, agli Enti locali, ad un sistema orizzontale di strutture nuove, di recente creazione.

Le famose Unità sanitarie locali, in concreto (questo non possiamo negarlo), sono piccoli enti territoriali impreparati, per ragioni magari indipendenti dalla volontà di chi sovrintende alla loro funzionalità; sono piccoli enti con strutture tecniche inesistenti, nella maggior parte dei casi, e ove queste strutture esistono, sono profondamente inadeguate alle necessità, gravi necessità e sono sempre (non talvolta, sempre) in gravissima crisi finanziaria. Sono pastoie dalle quali, pur volendo, al di là della loro volontà, non riescono a liberarsi, a districarsi; questi enti, queste strutture, inesistenti o inefficaci, sono chiamate dalla legge nazionale e regionale a realizzare l'assistenza sanitaria. Come si può, onestamente, avere fiducia, onorevoli colleghi del Consiglio regionale, in strutture inesistenti o fatiscenti come queste?

Non sto dicendo certamente niente di nuovo, onorevole Presidente, onorevoli colleghi, ma potrei anche rinunciare alle mie modeste sottolineature, se dò fastidio. Mi si dica, sono pronto a smetterla.

Ora, si aggiunga a questo l'instabilità e l'incertezza che deriveranno certamente dalla ventilata possibilità della creazione di nuovi enti intermedi, che verrebbero ad aggiungersi, farragine nuova, alla farragine vecchia. La legge 833, come è noto, doveva entrare in vigore il 1° gennaio 1980: è perfettamente inutile che io evidenzi il ritardo con cui in Consiglio regionale si affronta questo disegno di legge. Ma non è forse del tutto inutile che richiami altri superiori ritardi imputabili allo Stato, che avrebbe dovuto e non ha invece predisposto il piano nazionale sanitario, cui si aggancia la legge di riforma. Ora, la Sardegna, anche se non fa testo, Dio mio, arriva come sempre in ritardo notevole, tant'è vero che è l'unica Regione, in questo momento, che non abbia ancora individuato, non abbia provveduto, come la legge impone, ad individuare le Unità sanitarie locali.



Il disegno di legge 70, dunque, del quale stiamo discutendo, arriva con oltre un anno di ritardo. Ma non è tanto questo che ci angustia e ci amareggia (e non è poco, sarebbe sufficiente anche questo ritardo), perché vi è di peggio: nonostante l'anno e passa, la Commissione lo ha licenziato in sole tre settimane. Onorevoli colleghi, un po' troppo poco! Forse anche questa è una concausa, non è la sola causa, ma è una concausa, uno dei motivi per cui non soddisfa, non soddisfa si può dire quasi nessuno soprattutto non soddisfa coloro i quali sono più direttamente interessati, i cittadini sardi, i medici, i protagonisti, i soggetti gli uni e gli oggetti gli altri di questa riforma sanitaria. Forse soddisfa (ma non ne sono più sicuro, dopo alcuni interventi di stamani) alcuni dirigenti della Democrazia Cristiana e del Partito comunista, dal cui accordo (non ancora, peraltro, del tutto smentito) scaturirono sia la legge 833 in sede nazionale, sia il disegno di legge numero 70 in sede regionale. Ma oggi, a giudicare almeno da quanto si è potuto vedere stamani in quest'aula, vi è un certo palleggiamento di responsabilità tra la D.C. e il P.C.I., quasi a voler significare che, ove la riforma fallisse, gli uni vorrebbero, scrollandosi di dosso la responsabilità, attribuirla agli altri, e viceversa. Questo mi è parso di capire.

Esempi clamorosi di insoddisfazione se ne potrebbero citare tanti; io mi limiterò a citarne alcuni. Proteste dei medici, proteste dei veterinari, sono due esempi clamorosi di insoddisfazione; recente esempio macroscopico di insoddisfazione è la levata di scudi di interi territori, intere regioni storiche come l'Anglona, che si sono ribellate. L'Anglona intera, con tutti gli amministratori in testa, ha protestato vivacemente per questa riforma sanitaria! Possibile che intere plaghe si muovono disorientate come la Giunta Rais-Raggio, con gli occhi bendati in campo minato? Non credo che gli amministratori dell'intera Anglona non si siano tolti la benda, prima di avventurarsi nel mare della protesta così clamorosa e così vivace! L'insoddisfazione, che ha cause prossime e cause remote, nasce dalla lottizzazione del potere, criterio al quale si sono ispirati democratici cristiani e

comunisti, criterio che è stato dominante, criterio che è stato prevalente, prepotentemente dominante e prevalente nella individuazione delle Unità sanitarie locali, e soprattutto nella loro gestione.

Prendiamo, per esempio, la delimitazione degli ambiti territoriali. Come è stata fatta? Ispirandosi a quali criteri? Basta scorrere neppure troppo attentamente, per averne l'idea chiara, la legge: la delimitazione degli ambiti territoriali è stata fatta tenendo conto — è doloroso dirlo, ma lo devo dire, mi corre l'obbligo di dirlo — del colore politico delle amministrazioni locali. Proprio così: si è tenuto conto del colore politico delle amministrazioni locali, mentre non si è tenuto conto delle esigenze dei cittadini assistiti o assistendi; non si è tenuto conto delle strutture tecnico-amministrative, assolutamente, mentre si è tenuto conto del potere politico dei maggiori partiti che doveva essere accresciuto, che non doveva essere in alcun modo intaccato o diminuito.

Cosa ne deriva? Ne deriva, a nostro giudizio (ripeto, sempre sereno, perché non partiamo da preconcetti; vorremmo soltanto anche noi dare un nostro modesto contributo, del quale vorremmo si facesse talvolta buon uso, perché dettato proprio da assoluta mancanza di fame, di sete di potere, che non ci può ne mai ci ha contraddistinto), ne deriva, dicevo, un numero eccessivo di Unità sanitarie locali, che a nostro giudizio genera inefficienza, frammentarietà, mancanza di incisività in questo settore così delicato dell'assistenza sanitaria. Noi perciò siamo contrari, onestamente, caro Assessore, alla gestione, al modo in cui verranno gestite queste Unità sanitarie locali. La gestione ci pare (e vorremmo tanto, Dio sa quanto vorremmo essere corretti, se ci sbagliassimo), la gestione ci pare, dicevo, alternativamente affidata alla Democrazia Cristiana, con la sinistra all'opposizione, maggiore opposizione; o viceversa, alle sinistre con la D.C. all'opposizione, come maggiore opposizione, dove le Unità sanitarie locali hanno amministrazioni diverse.

Questo tipo di gestione non ci può soddisfare perché, prima di tutto, tutti gli altri partiti vengono sistematicamente fatti fuori, così

come è accaduto nelle Comunità montane, così come è accaduto negli Enti comprensoriali, e non ci pare democratico, né utile, né salutare per gli interessi degli amministratori, delle popolazioni amministrate. E' un vecchio andazzo, mi si consenta, che è stato ormai elevato a prassi costante in Sardegna, questo del lottizzare il potere tra i maggiori partiti. Ma non sono solo i partiti piccoli, gli esclusi dalla gestione delle Unità sanitarie locali: vi sono (e questo è assai più grave) gli ordini professionali dei medici, che sono gli unici, mi pare, in grado di fornire garanzie serie di onestà e di competenza in questa materia. Ebbene, gli ordini professionali sono esclusi dagli organi di gestione!

La legge 833, poi, la legge nazionale parla di partecipazione ampia, anzi, mi pare, se non ricordo male, che dica "la partecipazione più ampia"; usando un rafforzativo, la legge nazionale, vuole, esige, pretende la partecipazione più ampia dei cittadini a tutti gli organismi di gestione. Ebbene, questa partecipazione più ampia, la più ampia possibile, che è prevista dalla legge 833, a che cosa si riduce nel disegno di legge numero 70? Alla possibilità di dare qualche parere, alla possibilità di fornire così, quasi di soppiatto, entrando dalla porta di servizio e non dalla porta principale a pieno titolo, qualche proposta, che può essere benissimo disattesa. Questo non vuol dire coinvolgere il cittadino nella scelta, nella gestione; a me pare anzi significhi escludere il cittadino, dandogli il contentino, l'offa, consentendogli di dare pareri, consigli e proposte, che possono essere benissimo disattesi, senza che alcuno debba risponderne ad alcuno.

Quindi il cittadino, che è il principale oggetto e soggetto stesso della riforma sanitaria, viene emarginato, viene praticamente escluso dalla partecipazione vera, concreta e reale, alle scelte ed alla gestione. Ora, questo evidentemente non può soddisfare il cittadino, e allora, se ce lo consentite, ci dichiariamo insoddisfatti anche noi per la parte che ci riguarda; né soddisfatti mi pare e pare a tutti siano i medici, che — in ossequio ai criteri che noi, nella relazione di minoranza, ci siamo permessi di definire collettivistici, cui la riforma si è ispirata e si ispira —

vedono la loro professionalità gravemente umiliata, profondamente mortificata. E in quest'aula ci sono molti medici, che hanno osato secondo alcuni, e che hanno fatto bene secondo noi, a levare vibrante voci di protesta contro la loro dequalificazione. Quindi, professionalità umiliata, professionalità mortificata!

Dall'umiliare la professionalità del medico ad alterare profondamente il rapporto medico-paziente, mi pare che il passo sia breve. Quindi, il rapporto tra medici e pazienti ne esce profondamente alterato. Io non sono medico, ma non occorre essere medici, perché tutti abbiamo avuto bisogno di medici, per sapere quale rapporto c'è tra paziente e medico. E' un rapporto profondamente, squisitamente fiduciario: guai se crolla, guai se manca questa fiducia! Bene, la riforma, a nostro giudizio, fa di tutto per scalzare, fa di tutto per smantellare questo rapporto fiduciario fra medico e paziente. Lo riduce ad un rapporto burocratico, amministrativo, chiamatelo come volete, ma non certo rapporto fiduciario.

Ancor meno questo disegno di legge 70 soddisfa i veterinari, che si sono rivolti non solo a me, ma a molti di voi perché ci facessimo canale, portatori delle loro sacrosante, legittime proteste. Il disegno di legge, infatti, non tiene nella dovuta considerazione i compiti del servizio veterinario, importantissimi in una regione come la nostra con un patrimonio zootecnico di grande rilevanza, come tutti sappiamo. I veterinari, onorevoli colleghi della Giunta, non è che chiedano la luna nel pozzo; chiedono semplicemente l'applicazione della legge 833, perché chiedono che vengano previste due aree funzionali per i veterinari, come la legge regionale contempla, e non un'area funzionale soltanto. Due aree che la legge definisce: 1) area funzionale della sanità animale e igiene dell'allevamento e della produzione animale; 2) area funzionale dell'igiene, della produzione e della commercializzazione degli alimenti di origine animale. Siccome questo dettato della legge 833 viene disatteso dal disegno di legge numero 70, i veterinari chiedono questo, che venga applicata integralmente la legge nazionale. Quindi sono insoddisfatti anche loro, non soltanto

perché il riconoscimento della seconda area contribuirebbe, e in modo non del tutto lieve, anche a lenire la disoccupazione che vi è in quel settore, quanto perché si garantirebbe maggiore assistenza preventiva. E ne abbiamo bisogno, date le malattie che abbiamo in Sardegna: basterebbe citare l'echinococcosi, in cui battiamo un triste primato, per non parlare di altre malattie. I veterinari quindi sono insoddisfatti; a maggior ragione insoddisfatto è il cittadino, che non si vede tutelato come dovrebbe.

Qualche sottolineatura vorremmo anche fare per quanto attiene ai controlli. Ci permettiamo di dire che, in caso di negligenza (cose che accadono, Dio mio! Talvolta accadono negligenze da parte degli amministratori imputabili anche a buona fede, a ignoranza), in caso di negligenza, dicevo, di questi organi di gestione, a me pare che i controlli siano talvolta inesistenti, talaltra insufficienti, ove esistano. Non ci soddisfa questo sistema dei controlli, perciò vi è da temere, a giudizio nostro, un'invasione del potere politico, un incremento della partitocrazia, a danno sempre della bontà della legge dell'assistenza sanitaria.

Vorrei ancora fare un'altra osservazione, che purtroppo non mi prenderà molto tempo, perché è una realtà che tutti conosciamo: la riforma si cala, o sta per calarsi in una realtà sarda che è quella che è; una realtà tremendamente pesante dal punto di vista socio-economico. Questa riforma sanitaria, forse destinata al fallimento, si innesta in un contesto sociale che tutti noi conosciamo e siamo in grado di valutare. Quindi, non dobbiamo aver paura soltanto della cattiva legge, delle tensioni sociali che ci minacciano, ma dobbiamo anche aver paura (e noi ne abbiamo) di altri pericoli che da vicino ci minacciano. Ci minaccia seriamente l'inquinamento, l'inquinamento del mare, l'inquinamento dei fiumi, l'inquinamento delle coste; ci minacciano seriamente da vicino, onorevoli colleghi della Giunta, le montagne sempre più alte di immondizie, che hanno trasformato ormai le nostre città in grandi discariche pubbliche, di rifiuti solidi urbani; ci minacciano sempre più l'aria ammorbata, le mosche, le zanzare, negli

ospedali, nei luoghi pubblici, dove sono ricomparse; ci minacciano, noi e i nostri figli, i pidocchi e le zecche, che sono tornate a dilagare nelle scuole e altrove; ricompare la malaria dopo 35 anni!

In questo dilagare di possibili affezioni, ecco che ospedali e case di cura incompiuti (non come le opere musicali di Schubert), o non funzionanti, ove esistono, si aggiungono ai pericoli che dall'altro lato ci minacciano.

Ora, in queste condizioni, il disegno di legge numero 70 a nostro giudizio avrebbe dovuto costituire il primo, non dico l'unico, ma il primo, serio, valido baluardo di prevenzione contro queste ulteriori malattie da inquinamento e da sporcizia che tutti i giorni ci minacciano. Ebbene la prevenzione, questo istituto della prevenzione, anche se spesso richiamato in legge, dobbiamo onestamente riconoscerlo, a noi non sembra che abbia al proprio servizio strumenti validi, strumenti efficaci per poter validamente funzionare.

Per queste ragioni, onorevoli colleghi, a nostro giudizio il disegno di legge va respinto, non può essere approvato. Ove fosse necessario, aggiungerei anche l'inadeguatezza e la debolezza della Giunta, che non ci sembra la più adatta per realizzare questa riforma. Il Movimento Sociale Italiano-Destra Nazionale, dunque, voterà contro.

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

ARE (D.C.). Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, il disegno di legge che abbiamo in discussione e che riguarda l'individuazione, la costituzione e l'organizzazione delle Unità sanitarie locali in Sardegna, è il primo di una lunga serie di atti legislativi che la Regione dovrà emanare, per rendere possibile la realizzazione della riforma sanitaria, in attuazione degli indirizzi e dei principi fissati dalla legge statale 23 dicembre 1978, numero 833, che istituisce il servizio sanitario nazionale. La rilevanza del disegno di legge in discussione non è legata tanto al suo stato di primogenitura, al fatto cioè di venire per primo fra le numerose leggi regionali

di attuazione previste nel quadro della riforma, quanto invece al fatto che individua e delinea le strutture operative, gli istituti e gli organismi che dovranno assicurare, nel territorio, la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, così come dichiara l'articolo 1 della citata legge 833.

Non mi sembra necessario ripercorrere le tappe che, negli ultimi anni, hanno portato alla preparazione, alla discussione e all'approvazione della riforma sanitaria, dalle leggi anticipatrici del disegno riformatore alla legge quadro, la 833, che sancisce la riforma. Né mi sembra necessario, almeno da parte mia, ripetere quasi pedissequamente le argomentazioni del vastissimo dibattito che si è sviluppato nel paese, nelle istituzioni, fra le forze politiche, tra le forze sociali, tra gli operatori sanitari, a favore o contro la riforma, quasi che fosse necessario o sufficiente, ad ogni tappa, all'inizio del cammino, pronunziare un atto di fede da parte di coloro che vogliono la riforma o un atto di dolore da parte di coloro che non la vogliono, per farla andare avanti, o viceversa, per farla tornare indietro. La storia e le vicende sono abbastanza recenti, per cui non occorre rinfrescarne il ricordo; la posizione dei gruppi politici è ormai largamente consolidata e nota, come tra l'altro risulta dalle relazioni allegare a questo disegno di legge (vedasi la posizione del M.S.I. e del Partito radicale, la cui posizione è aprioristicamente preconcepita nei confronti della legge di riforma).

Per quanto riguarda la Democrazia Cristiana, essa è stata ed è favorevole alla riforma sanitaria, che considera un fattore di ulteriore sviluppo e progresso della società italiana. E' consapevole che essa avvia un vasto processo di trasformazioni, in una società che è libera e pluralista, e che intende e deve restare libera e pluralista. E' anche consapevole che il cammino della riforma è irto di difficoltà, che non si superano certamente con gli entusiasmi del primo momento, con le parole d'ordine o con le mitizzazioni esasperate, quasi dogmatiche, come si fa da qualche parte, e neppure — al contrario — con esecrazioni o rifiuti, come

si fa da altre parti, ma che dovranno essere invece affrontate giorno per giorno per un lungo arco di tempo, quale quello necessario per realizzare la riforma, cercando di perseguire non la penalizzazione di questo o di quel comparto, di questa o di quella categoria, ma raccogliendo sulle proposte riformatrici il conforto ed il consenso della popolazione e il consenso e la collaborazione degli operatori sanitari.

Quale che sia la posizione dei gruppi politici sulla riforma, o di grandi aspettative o di previsioni pessimistiche, credo che noi tutti dobbiamo tener presente che esistono alcuni fatti che non possono essere né contestati né ignorati. Esiste ormai nel diritto positivo italiano una legge-quadro di riforma sanitaria, la legge statale 833, che assegna funzioni allo Stato, alle Regioni ed ai Comuni. Allo Stato la funzione della programmazione sanitaria generale; alle Regioni la funzione della programmazione regionale sanitaria entro le linee del piano nazionale e del relativo controllo politico; ai Comuni la funzione di realizzare le direttive del piano. La Regione sarda ha l'obbligo costituzionale di emanare una serie di leggi di attuazione per adattare alla realtà locale la normativa statale, entro limiti e margini di opzione che, peraltro, sono ristrettissimi. Il disegno di legge che abbiamo in esame risponde a quest'obbligo e a questo dovere. Esso si articola in due parti, che sono sostanzialmente distinte, anche se tecnicamente non evidenziate. La prima parte riguarda l'ordinamento delle Unità sanitarie locali, la loro individuazione, costituzione e funzionamento; la seconda parte accenna all'organizzazione sanitaria.

La prima parte è largamente preponderante rispetto alla seconda: individua compiutamente gli organi, le loro competenze, la elezione, il funzionamento, i controlli; si addentra persino in disposizioni di natura regolamentare quando tratta, ad esempio, dei termini di convocazione. Ciò non può sorprendere, dato che la normativa generale sugli enti locali minori e gli enti di amministrazione a loro subordinati è consolidata e costante da alcuni decenni e la stessa Regione ha già trattato specificatamente la materia con l'istituzione degli Organismi compren-

soriali e delle Comunità montane. La seconda parte, invece, più propriamente sanitaria, era nel testo del proponente Assessorato alla sanità notevolmente carente (sulla partecipazione dei cittadini, sui Distretti, nella parte transitoria) e del tutto insufficiente a rappresentare ai consiglieri che qui siedono e ai cittadini quale potrebbe essere il futuro servizio sanitario e come potrà muoversi. Su questo, fornirò qualche precisazione in seguito.

In Commissione abbiamo quindi affrontato il tema per colmare le lacune, integrando le disposizioni carenti e correggendo quelle imprecise e si porta oggi all'aula un testo con molte modifiche. Sui lavori della Commissione, mi pare opportuno precisare che le modifiche al testo sono state sempre approvate a larghissima maggioranza da un ampio arco di forze politiche della maggioranza e dell'opposizione di allora (e della maggioranza e dell'opposizione di oggi) e che ad esse si è pervenuti soltanto avendo di mira l'aderenza alla lettera e allo spirito della 833, il rispetto dei rapporti tra Giunta e Consiglio, quali si sono configurati negli anni recenti e tenendo presente il principio di assicurare l'uniformità in tutto il territorio degli strumenti operativi delle Unità sanitarie locali.

In particolare, si è provveduto a trasformare all'articolo 1 *ter* gli indirizzi formulati dall'Assessorato all'igiene e sanità all'interno del piano sanitario. Leggo testualmente la dizione: "gli indirizzi formulati dalla Giunta regionale per riportare, come vuole la legge numero 1, il potere di indirizzo esecutivo all'intera Giunta nella sua collegialità", collegialità che, del resto, è stata solennemente riconfermata dalla nuova Giunta, come ho letto in un proclama contenuto in una recente nota stampa (risale alla prima settimana di gennaio). Evidentemente, quella dizione era attribuibile più che ad una furbizia dell'Assessore del tempo, ad una ingenuità degli uffici che predisposero il testo, o è possibile anche il contrario: ad una ingenuità dell'Assessore del tempo e ad una furbizia degli uffici, considerato che, talvolta, gli uffici sono più realisti del re.

Per garantire il principio di uniformità in tutto il territorio è stato previsto l'obbl-

go (che nel testo dell'Assessorato era previsto solo come facoltà) per le Unità sanitarie di darsi un regolamento di funzionamento dell'Assemblea e del Comitato di gestione, secondo uno schema-tipo predisposto dalla Giunta regionale, sentita la Commissione competente. Ugualmente è stato stabilito che, con le stesse modalità, le Unità sanitarie locali si diano un regolamento per l'attività dei servizi. Sono due adempimenti importanti, che costituiscono la naturale proiezione e l'indispensabile completamento di questa legge e che il nuovo Assessore dovrà inserire nella sua agenda di lavoro prima che vengano eletti gli organi delle Unità sanitarie locali, se vuole evitare quella che in gergo sportivo si potrebbe chiamare una falsa partenza delle Unità sanitarie locali.

E' pure previsto un terzo regolamento, riguardante la partecipazione dei cittadini e degli operatori. Esso è stato affidato alla libera individuazione da parte delle Unità sanitarie locali circa le forme e le modalità di partecipazione, dando il solo suggerimento di costituire consigli socio-sanitari-consultivi. E' stato introdotto un articolo relativo alle associazioni di volontariato, che nella legge statale di riforma sono espressamente menzionate e che nella proposta assessoriale erano state stranamente ignorate. Ci è sembrato che debba essere riconosciuta e riconfermata la loro rilevanza nel perseguimento dei fini del servizio sanitario e le benemerenze acquisite in tanti anni di silenzioso impegno. L'Amministrazione regionale è stata vincolata a regolare i rapporti tra esse e le Unità sanitarie locali attraverso la predisposizione di uno schema di convenzione. E' stata usata la formula "Amministrazione regionale" in senso lato e non riferita alla sola Giunta. A me pare che non vi sia necessità di emendare l'articolo, se l'Assessore darà al Consiglio regionale l'opportuna assicurazione che, coerentemente al procedimento fissato per gli altri schemi-tipo di regolamento, la proposta di schema di convenzione prima della delibera di Giunta verrà portata alla conoscenza della Commissione consiliare (anche se non è necessario che questa esprima un parere in senso tecnico).

Nella seconda parte, quella più propria-

mente sanitaria, il testo del proponente ha introdotto il Consiglio sanitario regionale, che costituisce una novità rispetto alla legge 833 ed alle leggi delle altre Regioni e che la Commissione, se non erro all'unanimità, ha ritenuto di accantonare, cassando l'articolo; è stata accantonata non perché espressione di novità, ma perché è sembrata prematura, non suffragata da motivazioni appaganti, rispetto a quelle negative, l'istituzione di un organo di consulenza tecnico-rappresentativo di tutte le corporazioni esistenti in campo sanitario, il quale esprimesse non solo pareri obbligatori, ma al quale venivano riconosciute competenze che sono, se non proprio di scavalcamento, almeno di concorrenza diretta e per di più istituzionalizzata nei confronti della Commissione consiliare competente e dello stesso Consiglio regionale. Basta aver presente, oltre che il testo dell'articolo 20, anche la relazione al disegno di legge proposto dall'Assessore alla sanità dell'epoca, laddove a pagina 13 è detto che le linee politiche del piano sanitario regionale sono sottoposte a due controlli: quello politico della Giunta e quello politico-tecnico del Consiglio sanitario. Il controllo politico di questo Consiglio regionale sembrerebbe superfluo; si tratta, nell'ipotesi più indulgente, di un *lapsus*, *lapsus* che comunque manifesta il riaffiorare di un'opzione o di un desiderio radicati nel subconscio.

Con la cassazione dell'articolo 20, è stato rinviato ad altra occasione il discorso su come riformare i Consigli provinciali di sanità, ma non esistono motivi di urgenza tali da far accettare in loro sostituzione un male maggiore, quale sarebbe stato il Consiglio sanitario regionale che è stato proposto.

Ho detto all'inizio che la seconda parte, quella sanitaria, era palesemente insufficiente nel testo proposto dall'Assessore e credo che sia doveroso dimostrarlo e far rilevare, allo stesso tempo, come la Commissione, anche in questo caso all'unanimità, abbia cercato di colmare le lacune più vistose e di dare contenuti specifici a strutture che erano indicate e definite troppo genericamente e per le quali bisognava fare uno sforzo, se non di fantasia, almeno di ricerca

(come ha dovuto fare la Commissione) fra le proposte fatte da altre Regioni, per individuare funzioni e capacità operative da dare a quelle che saranno le strutture portanti del futuro servizio sanitario. Mi riferisco ai Distretti sanitari di base, per i quali la Commissione ha provveduto non solo allo spostamento dall'articolo 3 all'articolo 21 *bis*, per una più pertinente ed appropriata collocazione logica e sistematica, togliendoli da quella parte della legge che tratta dei soggetti istituzionali per collocarli nella parte che tratta delle strutture sanitarie, ma ha anche formulato un testo notevolmente ampliato con indicazioni chiare e specifiche.

Era infatti apparso chiaro ai rappresentanti di tutti i gruppi presenti in Commissione (o meglio, di tutti quelli che hanno tenuto una presenza attiva e costruttiva) come fosse del tutto insufficiente ed inadeguato limitarsi a dire, come faceva il testo dell'Assessorato proponente, che le Unità sanitarie locali si articolano in Distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento. E quali sono i servizi di primo livello e di pronto intervento? Questa è la domanda che sorge spontanea in chiunque. Chi avrebbe dovuto rispondere a questa domanda? Forse i cittadini, che cercano di capire come si muoverà la riforma sanitaria? forse gli amministratori comunali, che attendono lumi e che dovranno applicare questa legge? o forse gli operatori socio-sanitari, ai quali si chiede una responsabile collaborazione alla realizzazione della riforma?

La risposta poteva essere data dall'Assessorato proponente; la risposta doveva e deve esser data dalla legge in esame. E mancando la risposta nel testo del proponente, essa è stata data dalla Commissione consiliare, che ha formulato un testo in cui sono indicate specificamente quelle attività del Distretto di base che costituiscono servizi di primo livello e di pronto intervento da rendere a tutti i cittadini. Esse riguardano la tutela dell'igiene pubblica, della salute nei luoghi di lavoro, la tutela della salute nell'alimentazione, l'assistenza socio-sanitaria alle famiglie e agli anziani, la profilassi delle malattie infettive, la medicina preventiva e riabilitativa, la

medicina scolastica, la medicina sportiva, l'assistenza medico-generica, pediatrica, ostetrica ed odontoiatrica da prestare in forma ambulatoriale e domiciliare, la guardia medica, la distribuzione dei farmaci, l'assistenza infermieristica sia ambulatoriale che domiciliare, l'igiene e la medicina veterinaria, l'informazione, la promozione sociale e l'educazione sanitaria.

Mi sono attardato a leggere le funzioni dei Distretti sanitari di base perché dalla loro elencazione emerge, con tutta evidenza ed in maniera obiettiva, il ruolo di struttura portante della riforma che i Distretti assumeranno; emerge anche il loro rapporto di struttura primaria e polivalente, in grado di soddisfare in sede locale una vastissima gamma di bisogni di salute dei cittadini rispetto ai presidi ed ai servizi multizonali, destinati invece a soddisfare limitate e ben definite esigenze di salute. Sono convinto che, se le attività attribuite ai Distretti fossero state conosciute dagli amministratori comunali sin dal momento in cui venne diffuso il disegno di legge, probabilmente non sarebbero sorte tante tensioni intorno alla delimitazione ed individuazione del territorio delle Unità sanitarie locali da parte di Comuni e di Comprensori, che si sono sentiti emarginati dalla nuova realtà sanitaria che si sta creando, perché avrebbero potuto apprendere che l'assistenza sanitaria fondamentale, sia preventiva che curativa e riabilitativa, nelle forme ambulatoriali e domiciliari, verrà erogata attraverso i Distretti di base. I quali, peraltro, dovranno avere una diffusione nel territorio molto ampia e capillare, tanto da coprire anche le zone marginali e periferiche, perché è previsto che nelle zone con popolazione sparsa possano essere costituiti Distretti sanitari con una popolazione minima necessaria per rendere efficiente il servizio di cinquemila abitanti, ed è anche stabilito che si tenga conto per le comunità con popolazione inferiore della situazione geomorfologica e delle condizioni di viabilità.

Mi auguro, comunque, che dopo le integrazioni apportate dalla Commissione consiliare sulla funzione dei Distretti sanitari, la tensione che dalla periferia è arrivata in quest'aula e che si sente, è diventata quasi palpabile e tocca quasi tutti i gruppi, si incanali nella

giusta direzione e porti a posizioni ragionate e non ad atteggiamenti sterili e non concludenti. Nel dire queste cose, non intendo né sottovalutare né ignorare che le tensioni sono legate anche ad altri fattori, come la diffidenza dei Comuni e delle zone marginali nei confronti dei Comuni e delle zone del vecchio e del nuovo sviluppo, oppure alla paura di continuare a rimanere emarginati e sottoserviti od anche, talvolta, a questioni di potere locale. Tuttavia, continuo a ritenere che un maggiore sforzo nella fase di proposta, per chiarire e precisare alcuni contenuti fondamentali, avrebbe agevolato i primi timidi passi della riforma e reso più rapido e semplice il lavoro della Commissione.

Ritengo che la puntualizzazione e le integrazioni apportate in Commissione rendano più chiara, più comprensibile ed accettabile a tutti i cittadini la legge che stiamo discutendo e che si sarebbe potuto fare di più se il tempo a disposizione fosse stato maggiore. Così come sono fermamente convinto — e mi riferisco non solo a questa legge, ma anche alle altre leggi, a tutti gli adempimenti, regolamenti e decreti che la Regione dovrà predisporre — sono convinto, dicevo, che soltanto col massimo di chiarezza possibile, soltanto con un quadro di certezze giuridiche, che può essere dato dalla definizione in legge di istituti ben delimitati, di strutture operative stabili e non mutevoli secondo le circostanze o gli opportunismi, di modelli di organizzazione sanitaria non lasciati alle improvvisazioni o alla pressione del momento o alla fervida inventiva di singoli o di gruppi, di tecnici o di pseudo-tecnici di parte, ma definiti in una visione unitaria dei problemi ed applicati in maniera uniforme ed omogenea su tutto il territorio della Sardegna, soltanto in un quadro di questo tipo la riforma sanitaria potrà camminare con scioltezza e sicurezza nel Paese reale, altrimenti rischierà di impantanarsi sin dai primi passi nella palude della confusione, nella non fiducia, del burocratismo, dell'indifferenza, del rifiuto.

E' un avvertimento che va fatto alla Giunta ed a noi che operiamo in Commissione ed in Consiglio, per evitare di portare avanti disegni predeterminati e particolari, per evitare di asse-



condare esigenze settoriali di gruppi di pressione, di categorie, di gruppi sociali. E' una riflessione che dobbiamo fare per il piano sanitario regionale, che non deve essere il grande libro, la *summa* di tutto lo scibile in campo sanitario, da leggere magari a puntate nelle notti insonni; che non deve sostituirsi alle leggi ordinarie, ancora da fare, come qualche settore sembra prediligere; che non deve essere preparato nel chiuso di una stanza, quasi fosse segreto di stato invalicabile, ma deve invece essere uno strumento operativo agile e leggibile anche per il popolo, contenente la determinazione chiara di obiettivi concreti da raggiungere, le modalità e i tempi per conseguirli e la quantificazione certa dei mezzi finanziari necessari.

Ritornando ai Distretti sanitari, sembra al Gruppo della D.C. che, proprio in relazione alla loro struttura di base, con una molteplicità di funzioni da esplicare nei confronti di tutta la popolazione, sia insufficiente limitare il controllo della loro attività ad un controllo squisitamente burocratico, per di più concentrato nella sede della Unità sanitaria locale, per cui ritiene che, pur rispettando il principio dell'unità amministrativa, gestionale, funzionale e finanziaria delle Unità sanitarie locali e delle loro articolazioni volute dalla legge 833, sia opportuno individuare una forma più penetrante di controllo sociale a livello di Distretto, con rappresentanze democratiche responsabili verso la popolazione, magari rivedendo funzioni e composizioni dei comitati di distretto, nei quali potrebbero assumere un ruolo rilevante i rappresentanti delle Amministrazioni comunali.

Altro nodo cruciale di questo disegno di legge è quello relativo alla delimitazione territoriale delle Unità sanitarie locali, che la Commissione ha lungamente esaminato, senza peraltro raggiungere quel livello di accordo conseguito in altri punti della legge, ed ha trasmesso al Consiglio un testo aperto. Le difficoltà nascono non solo dalle contrastanti richieste delle comunità locali, ma anche dal fatto che i criteri che sono stati elaborati o possono essere elaborati non hanno un grado di oggettività indiscutibile e non trovano sufficiente adesione da parte

dei Gruppi politici.

La discussione sull'ente intermedio, come struttura basilare della programmazione, dell'assetto del territorio e dell'erogazione dei servizi, è avviata in tutta Italia da più di un decennio e non è ancora giunta a conclusioni omogenee od accettate. Lo stesso legislatore nazionale procede tra molte incertezze. In questa situazione, non essendo valido il metodo di spostare questo o quel Comune o questa o quella zona a seconda di chi tira o di chi molla, la Democrazia Cristiana ritiene che sia giusto ancorarsi all'unica realtà esistente ed operante, che è quella dei Comprensori, facendo coincidere le Unità sanitarie locali con la loro delimitazione territoriale. Non è questa una posizione pregiudiziale o intransigente, ma legata all'unico punto di riferimento oggettivo oggi esistente. Se invece l'attuale delimitazione dei Comprensori si ritenesse inadeguata alla programmazione economica ed a quella socio-sanitaria, come si sostiene da qualche forza politica e da forze sociali, allora queste forze politiche — e io le invito espressamente — oppure la stessa Giunta regionale, che si accinge a predisporre il programma economico come cardine della sua attività, presentino oggi o domani, o in tempi rapidissimi, una proposta di nuova delimitazione che sia organica e fondata sui criteri generali logici ed obiettivi. La D.C. è disposta al confronto, anche se la proposta prevedesse una loro riduzione e un loro accorpamento.

Onorevoli colleghi, è evidente da quello che ho detto e per il notevole contributo che abbiamo dato in Commissione, che il voto della Democrazia Cristiana sarà favorevole a questa legge, se non verranno fatti tentativi per manometterla in aula. Deve essere però altrettanto chiaro che votare per questa legge non significa affatto votare per questa Giunta, che consideriamo una Giunta di intralcio all'autonomia (altro che di garanzia autonomistica!) per il modo e per il momento in cui è sorta: per il modo, perché esclude la Democrazia Cristiana, il cui autonomismo è storicamente *ante litteram*, *ante marcia*; per il momento, perché l'esclusione è avvenuta proprio quando le difficoltà romane erano venute meno. Una Giunta che, quanto



prima sgombrerà la strada, tanto più eviterà l'inquinamento dei rapporti tra i partiti.

Il cammino della riforma è appena iniziato e sarà lungo e difficile. La nostra posizione in Commissione e in Aula non sarà di opposizione aprioristica e neppure di morbido, quasi indolore rallentamento degli atti, come è stato fatto dall'opposizione del più recente periodo e di cui abbiamo appreso le tecniche, ma non sarà neanche di comoda acquiescenza. Sarà vigile e attenta, affinché la riforma segua un cammino lineare nella coerenza e nella gradualità e non venga distorta a fini di parte o di comparti, perché riteniamo che la riforma sanitaria non riguardi solo la salute, ma anche la libertà di tutti i cittadini, soprattutto dei più umili, dei più poveri, di quelli che non sono e non saranno liberi di rivolgersi alla cliniche e ai medici privati. Riguarda i cittadini di una società che ha conquistato grandi spazi di libertà, soprattutto grazie alla trentennale direzione politica della Democrazia Cristiana, una società che questa libertà vuole conservare, che questa sua libertà vuole vedere salvaguardata e rispettata anche nel servizio sanitario nazionale.

#### Sull'ordine del giorno.

PRESIDENTE. Ha domandato di parlare sull'ordine del giorno l'onorevole Soddu. Ne ha facoltà.

SODDU (D.C.). Sempre che non venga preso come sabotaggio, questo nostro chiedere alla Giunta di discutere su alcuni argomenti, perché abbiamo visto che anche stamattina il collega Barranu ci rimproverava quest'interesse che portiamo alle riunioni del Consiglio.

Vorrei chiedere alla Giunta di fornirci la risposta che si era riservata di dare nella Conferenza dei Capigruppo in ordine alla discussione della nostra mozione sulla centrale termoelettrica del CIRRAS, presso Oristano, e sull'interpellanza relativa al terrorismo presentata dal collega Serra, che noi abbiamo sollecitato nella Conferenza dei Capigruppo e che ci riserviamo anche di trasformare, forse, in mo-

zione.

La Giunta aveva detto che ci avrebbe dato una risposta e noi la sollecitiamo, per sapere se, alla ripresa dei lavori, lunedì, ci saranno all'ordine del giorno questi argomenti, e se la Giunta sarà disponibile a discuterne.

PRESIDENTE. Voglio avvertire i membri della Giunta qui presenti che è pervenuta a questa Presidenza una lettera del Gruppo del Movimento Sociale Italiano, di cui dò lettura:

"A norma dell'articolo 35, 3° comma del Regolamento interno, chiediamo venga fissato il termine di 30 giorni alle Commissioni per l'esame delle seguenti proposte di legge da noi presentate fin dal 1979: "Interventi a favore dell'agriturismo" (sta alla quinta Commissione); "Norme per il miglioramento delle condizioni di abitabilità" (all'8ª Commissione)". Su questa richiesta si deve pronunciare il Consiglio, o confermando il termine di 30 giorni richiesto dal Gruppo del Movimento sociale, o accorciandolo o dilatandolo. Quindi, mentre la Giunta stasera risponderà al Capogruppo della Democrazia Cristiana, onorevole Soddu, circa la data di svolgimento delle interpellanze e della mozione richiesta, pongo ora in votazione...

SODDU (D.C.). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ha domandato di parlare su questa proposta l'onorevole Soddu. Ne ha facoltà.

SODDU (D.C.). Signor Presidente, noi avevamo capito, dall'intervento del collega Anedda nella Conferenza dei Capigruppo — mi scuso se ricordo male — che il Movimento sociale sollecitava questi argomenti, ma che non avrebbe chiesto immediatamente i termini...

ANEDDA (M.S.I.-Destra Nazionale). Per la legge sull'energia.

SODDU (D.C.). Io ho capito su tutto, in quanto si sarebbe aspettato (questo è quello che ho capito io) una relazione di orientamento da parte della Presidenza della Commissione. Se

è così, cioè se io non ricordo male, io pregherei il collega Anedda di non insistere stamattina nel porre ai voti questa questione, perché forse è meglio che si abbia un quadro generale di compatibilità del lavoro, nel senso che quel che decidiamo non sia campato per aria ma abbia sostegni anche operativi.

PRESIDENTE. I termini sono esattamente quelli citati dall'onorevole Soddu. In effetti, nella Conferenza dei Capigruppo si era detto che la settimana entrante avremmo stabilito articolamente il programma di lavoro trimestrale.

Però, onorevoli colleghi, se un gruppo presente in Consiglio mi pone un problema, io non posso che rivolgermi all'Assemblea.

Ha domandato di parlare l'onorevole Anedda. Ne ha facoltà.

ANEDDA (M.S.I.-Destra Nazionale). Io ho chiarito al collega Soddu quale è stata la nostra posizione nella Conferenza dei Presidenti di gruppo; avevamo da sollecitare anche la legge

che abbiamo presentato sull'energia solare e sull'energia eolica. Siccome erano state chieste dichiarazioni su questo argomento alla Giunta, abbiamo ritenuto fosse ovvio attendere quelle dichiarazioni e quel dibattito prima di sollecitare la legge. Peraltro, siccome si è rimandato ad una successiva riunione il quadro generale, noi non abbiamo nessuna difficoltà (ferma la nostra richiesta), ad attendere questa nuova riunione, perché venga visto in sede di Conferenza dei Capigruppo il quadro generale dei lavori del Consiglio.

PRESIDENTE. La ringrazio. Dopo questo chiarimento, comunico che i lavori del Consiglio proseguiranno questo pomeriggio alle ore 17 e 30.

*La seduta è tolta alle ore 13 e 25.*

DAL SERVIZIO RESOCONTI

*Il Capo Servizio*

Dott. Francesco Cocco

vista ai nostri reggitori un'ulteriore occasione di servirsi dell'autonomia per fare una legge che, pur con i difetti di origine, poteva essere di vera riforma in un settore tanto importante e in profonda trasformazione.

Questo disegno di legge poteva porre la nostra regione in grado di elevarsi dal solito medio-basso livello di assistenza all'italiana, che non è assistenza, ma attività quasi elemosiniera e clientelare, politicamente parlando. Stando così le cose, ci troviamo quindi a dover subire una legge inadeguata e necessitata da improrogabili scadenze e, ripeto, da minacce di scioglimento del Consiglio regionale.

Cari colleghi, la Regione poteva e doveva evitare strumentalizzazioni e dare invece un indirizzo di miglioramento e di elevamento dell'importante pubblico servizio sanitario che rischia, viceversa, di ritrovarsi nell'area delle prestazioni più dequalificate, con medici che, molto verosimilmente, si ridurranno al ruolo di semplici burocrati. Nell'attuale stesura abbiamo quindi una riforma sanitaria disarticolata dai problemi che essa pone e che purtroppo sono i problemi di sempre, come le comunicazioni, i trasporti, il problema degli anziani, dei fossicodipendenti, degli handicappati, della zootecnia per quanto riguarda il settore veterinario; e questo per citare solo qualche aspetto del complesso problema che si discute.

Per le Unità sanitarie locali si legittimizza, ripeto, il criterio della lottizzazione più selvaggia, senza raccogliere — come era dovere — i più elementari interessi e le insopprimibili esigenze delle nostre popolazioni. Si fanno coincidere molto spesso Comunità montane e Unità sanitarie locali non tenendo conto dei molti malumori che serpeggiano, giustamente, per aggregazioni cervelotiche imposte dall'alto...

ROJCH (D.C.). Ce ne citi una sola, imposta dall'alto, collega Medde.

MEDDE (P.L.I.). Dalla prima sino all'ultima!

Sei difensore d'ufficio di una causa scanalata...

ROJCH (D.C.). Devo darle atto della sua dialettica.

MEDDE (P.L.I.). Risposta esatta!

Per aggregazioni, dicevo, cervelotiche imposte dall'alto per interessi partitici e non ispirate ed ancorate a criteri di obiettiva validità.

Onorevole Pili, lasci stare in pace il Presidente del Consiglio! Scusi, Presidente, io mi metto nei suoi panni e comprendo che lei non può dargli il foglio di via obbligatorio; gradisco, però, che il Presidente ascolti queste mie modestissime considerazioni.

ROJCH (D.C.). Da medico...

MEDDE (P.L.I.). Da medico, appunto, e non so se ce ne siano altri.

DEMONTIS (P.R.I.). Ci sono io.

MEDDE (P.L.I.). Tu mi stai ascoltando, sei fuori accusa.

Le Unità sanitarie locali prescindono dalla continuità e dal collegamento con le strutture sanitarie già esistenti. La stessa gestione delle Unità sanitarie locali con Assemblee, Comitati di gestione, Presidenti a sovranità limitata e temporanea, sono l'espressione dell'elefantiasi e del populismo che hanno ispirato e dominato i nostri legislatori. "Una realtà dinamica in continua evoluzione", è stata definita dalla ex maggioranza. Si tratta, invece, a mio modesto parere, di un super immobilismo; altro che dinamismo!

Succederà (e ne danno esempio eloquente le Regioni italiane che per prime sono riuscite a far decollare la riforma) che le Assemblee avranno mandato ridotto nel tempo, considerata la lentezza dell'operatività delle nostre amministrazioni comunali che le devono esprimere. Quindi presidenti e consiglieri con mandati prorogati; commissariamenti *ad libitum* del partito dominante nel momento, tanto per intenderci; conseguente stasi e nessuna utile assistenza, con buona pace delle cosiddette istanze sociali e democratiche che esprimono la citata "realtà dinamica". Belle parole, belle parole! E' un neologismo che veramente com-

VIII LEGISLATURA

CX SEDUTA

29 GENNAIO 1981

muove! Del piano sanitario regionale, che dovrebbe legittimare tali istituzioni, nemmeno l'idea! Per certa parte politica basta pianificare: è un termine che riempie soltanto la bocca, ma che lascia gli scopi istituzionali solo nella mente del legislatore.

Onorevoli colleghi, in tale situazione si muove con la massima incertezza l'attuale Giunta che, come abbiamo potuto vedere in questi giorni, anzi appena ieri, è totalmente disarticolata ed è supina verso l'impostazione politica dell'esecutivo precedente. Infatti, senza nulla modificare, ma con l'aggravante di perseguire la stessa logica, i nostri *partners* dell'attuale governo regionale zittiscono e subiscono. Quindi, *nihil sub sole novi*. Chiedo perdono a chi non conosce la madre lingua latina...

ROJCH (D.C.). Tutti capiscono questa frase.

MEDDE (P.L.I.). Situazione, quindi, come prima o peggio di prima, nel senso che si accettano impostazioni che sicuramente sarebbero state, come sono già state (è vero, assessore Emanuele Sanna?), oggetto di severa critica e sfiducia, proprio da parte di qualificati rappresentanti dell'attuale governo. Emanuele, è la verità! Mi sei simpatico e conterraneo, ma la verità innanzi agli uomini e innanzi a Dio!

Per quanto riguarda la mia parte politica, non ha, ripeto, alcuna responsabilità su questa pasticciata iniziativa, e non poteva non essere pasticciata, giacché i soliti politici, impreparati e presuntuosi (ne dico meno di quanto meritano), hanno tra l'altro totalmente ignorato la categoria medica, quella che è direttamente interessata al problema e, ritengo, più competente della classe politica! Il voto, stando all'attuale formulazione legislativa, non può essere che negativo, e non per un'aprioristica opposizione, ma perché sono fermamente convinto che questa configurata riforma sanitaria sarà un'autentica *reformatio in pejus* (e anche questa licenza latina, perdonatemi) rispetto all'attuale morente assistenza sanitaria.

Cari colleghi, e termino, non credo di essere cattivo profeta sostenendo che coloro i

quali potranno avere un'effettiva, responsabile assistenza medica saranno ancora una volta poche privilegiate persone, e tutto questo alla faccia del progressismo e della tanto decantata, a parole, assistenza sociale. Nell'interesse (questa è una preghiera che rivolgo in modo particolare all'Assessore) dei nostri assistendi, io mi auguro che siano introdotti in legge emendamenti correttivi e comunque migliorativi e in tale ipotesi, che mi auguro possa verificarsi, il nostro atteggiamento potrà anche essere modificato.

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

CATTE (P.R.I.). Signor Presidente, colleghi consiglieri, molto brevemente per sottolineare alcune esigenze che il nostro gruppo ha in relazione alla proposta di riforma sanitaria, così come è stata presentata, con riferimento allo stato in cui è in questo momento. E' noto che il nostro gruppo ha presentato una relazione di minoranza alla proposta di individuazione delle Unità sanitarie locali, relazione di minoranza che sarà a suo tempo illustrata e che noi abbiamo intenzione di mantenere se talune nostre esigenze non costituiranno oggetto di impegno politico e legislativo da parte della Giunta. Conseguentemente, se questi impegni verranno a mancare, il nostro atteggiamento rispetto a questa proposta di individuazione delle Unità sanitarie locali non potrà che essere negativo. Quindi, ripeto, molto brevemente voglio sottolineare due o tre punti, ai quali particolarmente teniamo.

Il primo riguarda il numero delle Unità sanitarie locali: evidentemente non è un problema di facile soluzione, non è neppure un problema la cui soluzione può essere aiutata da riferimenti ad altre leggi analoghe, di individuazione di Unità sanitarie locali, perché la nostra Regione presenta caratteristiche particolari sia per popolazione, ma soprattutto per distribuzione della popolazione e per struttura del territorio. Quindi, evidentemente, non è che non ci rendiamo conto che, nell'individuazione delle Unità sanitarie locali, si sono pre-