

CXIII SEDUTA

(ANTIMERIDIANA)

MARTEDI 3 FEBBRAIO 1981

Presidenza del Presidente CORONA

I N D I C E

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

BUZZANCA	2
ROJCH	6
Interrogazioni (Annunzio)	1

La seduta è aperta alle ore 10 e 55.

OFFEDDU, *Segretario*, dà lettura del processo verbale della seduta pomeridiana del 28 gennaio 1981 che è approvato.

Annunzio di interrogazioni.

PRESIDENTE. Si dia annunzio delle interrogazioni pervenute alla Presidenza.

OFFEDDU, *Segretario*:

"Interrogazione Anedda - Chessa - Murru -

Offeddu sull'attentato subito dalla sezione MSI-DN di via Satta a Cagliari". (352)

"Interrogazione Demartis sulla liquidazione delle somme dovute ai produttori agricoli in attuazione di leggi comunitarie nazionali e regionali". (353)

"Interrogazione Moretti, con richiesta di risposta scritta, sui laboratori privati di analisi e radiologia in seguito alla sentenza del Pretore di Alghero". (354)

Continuazione della discussione sul disegno di legge: "Individuazione, costituzione e organizzazione delle Unità sanitarie locali in Sardegna, 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 Sardegna, in attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Ha facoltà di parlare l'onorevole Buzzanca, relatore di minoranza.

BUZZANCA (P.R.S.), *relatore di minoranza*. Signor Presidente, colleghi del Consiglio, la situazione politica che oggi viviamo mi porta a variare, se non altro nella forma, rispetto al testo della relazione di minoranza che io avevo approntato al momento in cui la Nona Commissione aveva esitato il disegno di legge numero 70.

PIREDDA (D.C.). Che adesso è relazione di maggioranza.

BUZZANCA (P.R.S.), *relatore di minoranza*. Collega ex Assessore, noi non siamo abituati ai salti funambolleschi della Democrazia Cristiana...

PIREDDA (D.C.). Un po' sì!

BUZZANCA (P.R.S.). Una relazione di minoranza quando è basata su motivazioni politiche, su osservazioni di merito ad una legge, alla sua impostazione, resta comunque una relazione di minoranza, perché non sono le etichette che cambiano i quadri politici, che cambiano le forme di governo, ma è la sostanza, la sostanza delle cose che si fanno.

Dicevo che, quindi, comunque questa relazione di minoranza era stata pensata in riferimento ad una precisa situazione politica, che era quella del permanere dell'assenza di una Giunta all'interno di questo Consiglio. Quindi dell'assenza di una maggioranza ufficialmente formalizzata. E quindi, la premessa fondamentale a questa relazione di minoranza era un discorso sulla metodologia dei lavori, sul modo costante che si stava attuando di stravolgere Statuto e Regolamento.

Oggi io, almeno per il superamento di queste forme, posso mettere da parte tutta questa problematica e affrontare più direttamente da vicino il problema del disegno di legge concernente la riforma sanitaria. Voglio fare un'ulteriore premessa: in questa relazione cercherò di essere particolarmente breve, perché penso che sia preferibile a questo punto una serie d'interventi sui singoli articoli, per specificare tecnicamente i motivi della nostra opposizione a questa legge e a leggi di questo tipo.

Vorrei premettere che noi radicali abbiamo motivi di opposizione profonda, non soltanto per il disegno di legge numero 70, ma per tutte le leggi che vengono fatte e pensate in riferimento a leggi nazionali del tipo della legge 833, che sono delle leggi che espropriano giorno per giorno i valori dell'autonomia, i poteri delle Regioni a Statuto speciale, che sono poteri politici oltre che amministrativi, e che riducono, di conseguenza, le autonomie speciali delle Regioni a puri e semplici poteri amministrativi. Quindi diciamo che partiamo, in questa nostra opposizione, da una opposizione di principio alla legge 833. E questo voglio sottolinearlo perché il Governo italiano, i Governi italiani da un certo periodo a questa parte non fanno altro che proporre una serie di leggi chiamate leggi-quadro o leggi-riforma, che attraverso l'enunciazioni di una serie di principi che scendono fin nei minimi particolari, finiscono col togliere alle Regioni le loro competenze. E voglio dirlo perché contemporaneamente questi Governi che sono così insensibili al problema delle autonomie speciali, questi Governi che sempre, in qualsiasi momento hanno operato l'esproprio dei poteri della Regione, riescono poi attraverso particolari condizionamenti ad avallare invece scelte politiche di tutt'altro tipo. Quando viene affacciato il caso, per esempio, di qualche referendum proposto dalla gente, quando per esempio il Partito radicale propone attraverso la raccolta delle firme un referendum sulla caccia, ecco che allora per battere un movimento di opinione, per battere una richiesta precisa della gente, si scopre, si riscopre il potere delle Regioni; ed allora ecco che vengono fuori i costituzionalisti di tanti partiti che mai si sono accorti dell'esproprio dei poteri delle Regioni, dicono che i referendum non si possono fare perché espropriano i diritti che sono propri delle Regioni. D'altra parte succede che nelle Regioni, invece, il referendum regionale viene bloccato perché la Regione non ha competenza in materia, non potrebbe fare il referendum abrogativo.

Quindi noi ci troviamo in questa situazione, in questo marasma di espropri, che sono espropri delle Regioni, poi si espropriano i diritti

dei cittadini nel nome della difesa delle competenze delle Regioni, e quindi in questo circolo vizioso di espropri continui, si uccide ancor di più la democrazia.

Basta una semplice analisi della legge 833 per capire come questo processo si manifesta. Io rinvio i colleghi alla parte scritta della relazione, al capitolo per l'appunto sulla 833, e mi soffermo un momentino invece su altri problemi che sono significativi del perché questa legge 833, che noi avremmo categoricamente respinto e rifiutato, attacca le competenze della Regione (che, ricordiamolo, in campo sanitario sono competenze concorrenti e non competenze di attuazione), allora, ripeto, basta guardare l'articolo 1, l'articolo 3, l'articolo 5, l'articolo 6, l'articolo 7, l'articolo 11 della legge 833 per capire come queste competenze, da competenze concorrenti diventano competenze attuative, e parliamo invece del perché si finisce con l'accettare poi nei fatti questo tipo di legge, mentre d'altra parte tutti i partiti in questo Consiglio parlano di difesa dell'autonomia, di garanzia dell'autonomia, parlano di recupero della stessa autonomia, e parlano di rivendicazione autonomista e di un nuovo progetto autonomista.

Allora, proprio perché dicevamo prima che le parole di per sé non significano niente se non sono accompagnate dai fatti, e i fatti sono questi, cioè che poi si finisce con l'accettare tutto ciò che il Governo centrale produce perché fatto in una particolare logica, cerchiamo di spiegare qual è questa logica. Che cos'è in altre parole la riforma sanitaria? Ecco, da questa analisi deriva che la riforma sanitaria non è quello che si deve intendere dal termine "riforma", cioè non è un rinnovamento complessivo dell'assistenza sanitaria, del modo di fornire alla gente la possibilità di salvaguardare e di curare la propria salute; è invece una ristrutturazione mastodontica di tutto l'apparato che oggi gestisce la salute e la vita stessa dei cittadini. Ed è una ristrutturazione mastodontica pensata nella logica della diffusione del potere dal centro verso la periferia, chiamando alla compartecipazione di questo potere non soltanto le categorie che fino a questo momento sono state più direttamente interessate alla

gestione (dico alla gestione e non all'uso) della sanità, ma chiamandovi anche direttamente questa volta le forze politiche, tutte le forze politiche. E questa è la più grande innovazione in questa ristrutturazione, non riforma, dell'organizzazione che controlla la salute dei cittadini.

Cioè, che cosa voglio dire? Cercherò di spiegarlo in maniera più precisa. Fino a questo momento sulla salute dei cittadini avevano comandato i grandi potentati dei medici, e avevano comandato le grosse case farmaceutiche; oggi questo potere viene delegato in parte anche (attraverso le Unità sanitarie locali, attraverso la compartecipazione alla gestione delle Unità sanitarie locali) ai partiti politici.

Non è quindi un fatto questo di democrazia, ma è esattamente l'opposto: cioè è un fatto di compartecipazione alla gestione di strutture che restano sempre verticistiche. Tant'è vero che quando noi andiamo a guardare come si attua la riforma, scopriamo che l'Unità sanitaria locale, composta, cioè governata (permettetemi questo termine) da una Assemblea, ha poi un Comitato di gestione che è l'espressione più diretta degli stessi partiti politici; e se noi guardiamo questa legge, il disegno di legge 70, ci accorgiamo che anche in questo Comitato di gestione, anche su questo Comitato di gestione nascono, si muovono una serie di interessi. Tant'è vero che in Commissione, e io mi riferisco al dibattito della Commissione perché fino a questo momento noi abbiamo potuto vedere principalmente quello (io fra l'altro poi ero assente al dibattito che si è svolto in Consiglio, per motivi di salute), il Comitato di gestione è stato uno dei nodi politici centrali sollevati in Commissione: come doveva essere costituito, quanti dovevano essere i politici all'interno, e quanti dovevano essere invece i tecnici, gli esterni. Si è stabilito che i tecnici non potevano essere superiori al 40 per cento: per garantire il controllo pubblico, si è detto. E questo potrebbe anche essere vero; però è anche vero che questo 40 per cento in Commissione è stato prodotto da una specie di gioco di bussolotti, dove c'era chi proponeva il 51, dove c'era chi proponeva il 30, e dove

c'era chi proponeva il 20, senza che questi numeri avessero, salvo qualche rara eccezione, una precisa connotazione politica. E' chiaro, poi, che un 40 per cento di esterni in un Comitato di gestione significa la possibilità per i partiti dell'inserimento di persone (non si capisce a che titolo), che magari sono ex sindaci, ex assessori, ex consiglieri comunali, e così via di seguito; perché non mi pare che questi tecnici del Comitato di gestione debbano avere altre caratteristiche se non quelle dei gradimenti politici.

E' nato poi — sempre in riferimento al discorso di questa ristrutturazione della sanità — il problema della zonizzazione, cioè di come dovevano essere composte geograficamente le Unità sanitarie locali. E anche qui, come si è proceduto? Si è proceduto accorpando una serie di Comuni, secondo motivazioni più o meno particolari che non tengono conto né delle zone storiche della Sardegna, né tanto meno, come spesso del resto gli stessi amministratori locali hanno potuto verificare, delle richieste precise e immediate, che gli stessi amministratori locali hanno avanzato.

Si dice che la riforma sanitaria doveva prescindere dalla realtà esistente, perlomeno in campo di ospedali, in campo di strutture sanitarie esistenti per creare sul territorio una gestione diversa, nuova della salute; e invece finisce sempre, per esempio parlando delle Unità sanitarie locali, per creare un'area geografica attorno ad un polo già esistente. E questo, tanto per fare un esempio che tutti quanti possiamo aver presente, è il discorso dell'Unità sanitaria numero uno; è il discorso dei paesi che ruotano, sono fatti ruotare in questa proposta di legge, attorno a Tempio, e che invece volevano essere trasferiti su Sassari. Dico, su questo esempio, che noi possiamo capire come le Unità sanitarie locali sono state fatte proprio pensando già, o accettando già i potentati locali esistenti in campo di sanità, e non pensando veramente agli interessi della gente.

E così si potrebbe andare avanti per molte zone della Sardegna. Si potrebbe andare avanti per molte zone della Sardegna perché io credo che i discorsi sempre fatti in Commissione, non

so, da una parte sul Goceano, dall'altra parte, per esempio, sulla Baronia, potrebbero essere riportati pari pari in questo Consiglio e spiegare come gli accordi sono nati più da compromesso, più, diciamo, da buona volontà di non suscitare ostacoli fra i partiti che dall'accettazione delle richieste precise, che da molti paesi sono state avanzate.

Quindi, anche sulla zonizzazione (proprio perché assemblee di tipo diverso possono dare maggioranze di tipo diverso, e quindi lottizzazioni di tipo diverso) si è manifestata ancora una volta la prepotenza, lo strapotere dei partiti politici rispetto alle reali esigenze della gente.

Noi dubitiamo, comunque, che questa ristrutturazione della sanità, che questo modo diverso di organizzare la sanità, possa rappresentare per i sardi una vera riforma sanitaria. Noi abbiamo sottolineato, e lo sottolineiamo ancora, che in Sardegna esistono un sacco di malattie sociali, che ci sono problemi nel campo della sanità che sono giunti all'esplosione, che sono già esplosi. Io vorrei ricordare, in particolare, che in Sardegna abbiamo un grosso problema, che è quello della talassemia e della microcitemia; che su questo problema le varie Giunte regionali hanno dimostrato fino a questo momento un dato di spregiudicatezza, di disinteresse che ha rasentato la pura criminalità.

Vogliamo ricordare che noi abbiamo votato a suo tempo la fiducia alla Giunta Rais appunto perché, fra le altre cose, ci era stata assicurata l'immediata apertura dell'ospedale microcitemico.

Voglio ricordare che in Sardegna la situazione degli emodializzati è quanto mai drammatica, che non esistono strutture in grado di garantire la loro stessa sopravvivenza. Voglio ricordare che per gli emofiliaci e per i diabetici esiste la stessa situazione di drammaticità; e voglio ricordare ancora (voglio prendere spunto da una notizia che ho letto oggi sul giornale) che in Sardegna un altro problema che a noi interessa sottolineare, il problema delle tossicodipendenze, sta assumendo ogni giorno di più dei caratteri diffusi, specialmente nei grandi centri urbani, ma anche nei piccoli paesi dell'entroterra; che di eroina in Sardegna si muore,

come si muore a Milano e a Roma, anche se ancora in proporzioni minori; e che anche su questo problema c'è stata da sempre una disattenzione più o meno programmata da parte delle forze politiche competenti.

Io non voglio ricordare in questo Consiglio che a proposito delle tossicodipendenze, a proposito dell'applicazione della legge 685 noi siamo stati costretti più volte in questi ultimi anni come partito politico, come radicali, a denunciare alla Magistratura gli Assessori regionali che si sono susseguiti dal '75 sino al '79. Noi non possiamo non ricordare che su questo problema un ex Assessore alla sanità, presente ora in qualità di consigliere all'interno di questa aula, aveva detto che le tossicodipendenze in Sardegna non erano un problema, che l'eroina in Sardegna non era un problema, che si avevano soltanto dei casi isolati che non potevano costituire dato di allarme. Ebbene, oggi possiamo leggere sui giornali che una persona, forse, probabilmente, è morta a Tempio in carcere per crisi di astinenza. Abbiamo avuto altri morti per crisi di astinenza in carcere; e questo perché non sono state attuate le strutture previste dalla 685 in campo di tossicodipendenze, e che dovrebbero collegare la struttura carceraria ad una struttura sanitaria ben precisa. Quindi qua siamo nell'ambito delle precise responsabilità, non soltanto politiche, ma principalmente giuridiche, penali degli Assessori regionali.

Di fronte a questa situazione quindi, noi non possiamo credere che si possa in qualche modo presentare questo disegno di legge come un disegno di rinnovamento della situazione sanitaria regionale. Noi crediamo che bisogna fare un intervento complessivo, complessivo e specifico per settori, che bisogna vedere esattamente — e lo sappiamo quali sono — gli interventi da farsi nel campo della zooprofilassi; dobbiamo vedere quali sono gli interventi da farsi nel campo delle malattie sociali; bisogna vedere quali sono gli interventi da farsi nel campo delle tossicodipendenze e su queste muoversi immediatamente.

Voglio anche precisare brevemente quale sarà poi, perlomeno partendo dalla situazione attuale e almeno che non si verifichino dei fatti

nuovi, il nostro comportamento al momento finale di questa legge, cioè sulla votazione di questa legge. Noi abbiamo precisato già un'altra volta, che il comportamento di questa Giunta ci sembra assolutamente identico a quello delle Giunte che l'hanno preceduta. Del resto in questo Consiglio, in quest'aula si sono sempre verificate, dal momento dell'insediamento della Giunta Rais, maggioranze che sono identiche alle maggioranze che si erano costituite con la Giunta Ghinami, cioè maggioranze che vanno dalla Democrazia Cristiana al Partito comunista. Anche la stampa ultimamente stava sottolineando questi fatti. Abbiamo visto queste maggioranze sull'industria, abbiamo visto queste maggioranze sulle leggi che riguardavano l'agricoltura, si profila questo tipo di maggioranza sulla legge per la riforma sanitaria.

In questo Consiglio non esiste un minimo di quella vita dialettica fra maggioranza e opposizione di cui tanto ha parlato, per esempio, tanto per citare qualcuno, il collega Ghinami. Siamo all'ammucchiata, siamo alla partecipazione più assoluta. Le leggi che si stanno producendo ancora oggi sono leggi di compartecipazione. E' cambiata soltanto una cosa: la forma del governo della Regione; prima c'era la Democrazia Cristiana, ora c'è il Partito Comunista Italiano, assieme al Partito Socialista Italiano, al Partito Sardo d'Azione. Noi non crediamo, lo accennavo prima al collega Piredda, che delle pure formule politiche possano cambiare la realtà politica se i fatti che si compiono, se le cose che si fanno sono sempre le stesse.

Abbiamo detto, e lo ripetiamo, che la gente da una Giunta di sinistra, i lavoratori da una Giunta di sinistra si aspettano delle cose diverse, perché una Giunta di sinistra dovrebbe essere simbolo dell'aspettativa di un cambiamento. Ripetiamo che non si può assolutamente dire che la Democrazia Cristiana ha governato male per trent'anni, che non si può assolutamente dire che le responsabilità politiche dello sfascio economico, sociale, culturale che sta vivendo la Sardegna sono colpe della Democrazia Cristiana, e farci a braccetto in Consiglio regionale le leggi insieme; leggi assistenziali, leggi di compromesso, leggi di esproprio dell'auto-

VIII LEGISLATURA

CXIII SEDUTA

3 FEBBRAIO 1981

nomia.

Abbiamo anche detto che noi abbiamo votato questa Giunta di sinistra perché volevamo dare alla gente sarda la possibilità di vivere un cambiamento, e perché ritenevamo che questa Giunta fosse un'occasione per cambiare. In questo breve periodo di tempo non è cambiato niente!

Allora abbiamo deciso di sottolineare questo stato di cose per noi gravissimo, questo continuo ammuccinarsi che per noi è gravissimo, passando dal voto favorevole a questa Giunta all'estensione. Un'astensione provocatoria, provocatoria di una riflessione in questa Giunta: cioè del fatto che con la sua politica di garanzia autonomista, con la sua politica di accordo con la Democrazia Cristiana si sta rendendo responsabile del fallimento di una speranza che era viva ed è viva in tutti i sardi; e cioè del fallimento di una speranza che sia possibile cambiare. Questa Giunta sta dimostrando ancora oggi con i suoi atteggiamenti che chiunque vada al governo della Regione sarda niente cambia. Questa Giunta sta dimostrando che tutto, sempre e comunque, resta com'è e com'è stato.

E allora noi in maniera coerente, per provocare questo ripensamento, per stimolare la Giunta a realizzare le speranze e le aspettative della gente, diciamo che su questa legge che è pessima, che su questa legge che va contro le dichiarazioni del presidente Rais (perché il presidente Rais ha parlato di garanzia autonomista, e garanzia autonomista non significa garanzia alla Democrazia Cristiana di non fare le cose che la D.C. non vuole, ma significa garanzia dei diritti sanciti dalla Costituzione alla Regione sarda); dunque a questa Giunta, che poi si lascia imporre dalla Democrazia Cristiana il dibattito sul bilinguismo perché non ha il coraggio di cambiare tendenza, noi diciamo che ci asterremo su questa legge proprio per stimolarla ulteriormente, da qui al giorno in cui arriverà in aula il progetto di legge sul bilinguismo, a riflettere sulle sue responsabilità, su ciò che la gente si aspetta da questa Giunta; e ad assumersi di conseguenza l'onere di cambiare, oppure l'altro, molto più grave, di riconsegnare alla Democrazia Cristiana una

Regione dopo aver dimostrato che la sinistra non è in grado di governare.

PRESIDENTE. Sospendo brevemente la seduta per dieci minuti.

(La seduta sospesa alle ore 11 e 25 viene ripresa alle ore 11 e 45).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare l'onorevole Rojch, relatore di maggioranza.

ROJCH (D.C.), *relatore di maggioranza*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, la legge 833 del '78 conclude un periodo autenticamente rivoluzionario iniziato dieci anni prima. Iniziato dieci anni prima con la legge numero 132 proprio del '68 che istituiva gli Enti ospedalieri, ponendo fine all'organizzazione assistenziale ed episodica frammentaria. Questo periodo è proseguito con la 386 del '74 che attribuiva alle Regioni le funzioni per la gestione dell'assistenza ospedaliera. E' proseguito ancora con la 349 del '77 che ha attribuito alle Regioni, con lo scioglimento delle Casse Mutue, tutto il complesso dell'assistenza sanitaria.

Queste leggi, di portata storica nel campo sanitario, non hanno determinato in negativo il terremoto tanto temuto dagli avversari della riforma; e una volta tanto dobbiamo dire che è merito delle Regioni, è merito degli amministratori degli ospedali.

Probabilmente l'esperienza di attuazione di queste leggi è di buon auspicio anche per la legge 833. Neppure le incertezze nella gestione della 349, specie in quest'ultima fase, fanno mutare questo giudizio. Ma a questo quadro normativo di grande portata si aggiunge la legge 281 del '70 che integrata con la 382 del '75 rappresenta, sulla via del decentramento verso le Regioni, un salto di qualità che attribuisce alle Regioni a statuto ordinario funzioni legislative e amministrative in materia di igiene e di assistenza pubblica.

Solo tre anni dopo — queste date bisogna che ce le ricordiamo tutti — solo tre anni dopo con decreto del Presidente della Repubblica, il decreto numero 480 del '75, vengono trasfe-

VIII LEGISLATURA

CXIII SEDUTA

3 FEBBRAIO 1981

rite le funzioni previste nella 281; e soltanto nel '79, quindi siamo quasi a distanza di 9 anni, col decreto del Presidente della Repubblica numero 348 è stata completata la procedura per il trasferimento alla Regione sarda delle residue funzioni.

Tutto questo avviene, colleghi del Consiglio, quando già la legge 833 è stata approvata. Dunque tutto questo avviene con un ritardo incolmabile; e non è che qui sia responsabilità precisa di questo o di quell'Assessore. Non parlo nel caso specifico neppure dell'Assessore alla sanità, perché non sono leggi di competenza diretta dell'Assessore alla sanità.

Questo quadro si completa con le leggi sulle tossicodipendenze, sulla psichiatria, sull'aborto, che innovano profondamente la legislazione sanitaria.

Tutto questo nuovo complesso normativo piombava sulle inconsistenti strutture tecniche e burocratiche della Regione sarda; strutture che iniziavano proprio in quel periodo a costituirsi. Non tutte queste leggi hanno trovato piena attuazione: non si tratta di volontà politica regionale, o solo di volontà politica regionale, ma di strutture non rispondenti, di scarsa maturazione nella realtà politica e sociale sarda, di scarsa maturazione negli organismi decisionali preposti alle amministrazioni provinciali agli ospedali, ai Comuni; mi riferisco per esempio alla gestione della psichiatria e delle tossicodipendenze.

La stessa legge 833 viene recepita con notevole ritardo; si dice: è l'effetto del nostro Statuto speciale. E' anche questo; il progetto autonomistico aveva anche questo obiettivo, almeno il progetto autonomistico originario, di evitare effetti del genere. Ma circa il ritardo su cui ha tuonato in questi giorni "La Nuova Sardegna", e in modo direi più contenuto "L'Unione Sarda", occorre soffermarsi un momento: in realtà per effetto del rinvio di numerosi provvedimenti legislativi statali le scadenze previste dalla 833 sono state disattese da tutti, dico tutti, i Consigli regionali. Stiamo attenti alle affermazioni che facciamo, le scadenze previste dalla legge 833 sono saltate in tutti i Consigli regionali. La prima legge regionale che definisce

i compiti, l'organizzazione e le funzioni delle U.S.L. è stata approvata il 1° agosto '79 dalla Regione veneta (apro una parentesi, democristiana), seguita solo a fine novembre dalla Regione toscana (apro una parentesi, comunista); mentre la legge 833 indicava alle Regioni la data di scadenza del 27 giugno.

SANNA (P.C.I.), *Assessore all'igiene e sanità*. Nel governo veneto e toscano non ci sono solo democristiani e comunisti, ci sono anche altre forze politiche.

ROJCH (D.C.). Sì, sì, mi pare di aver capito.

Ma poi ci sono le altre ragioni che io vorrei spiegare. Prima era l'attuale Presidente che tuonava sempre su questi ritardi.

Dunque, le altre Regioni hanno approvato le leggi istitutive delle U.S.L. durante tutto il 1980, ad iniziare dal mese di dicembre del '79; se qualcuno si vuole sbizzarire gli porto anche le date.

La Sardegna, tenete conto, ha recepito con notevole ritardo la legge 833; e la Sardegna ha recepito questa legge quando già altre Regioni avevano approvato la istituzione delle U.S.L. Ma quali le ragioni? Per valutare le ragioni di questi ritardi, del divario di tempo tra le varie Regioni, bisogna riferirsi alla produzione legislativa che ne ha preceduto la riforma. Le Regioni che hanno costituito i consorzi socio-sanitari o comunque organismi associativi dei Comuni per la gestione dei servizi sanitari degli Enti locali, hanno realizzato una maturazione culturale per gli operatori sanitari, e di partecipazione delle forze sociali dei cittadini. Queste Regioni sono arrivate per prime. Delle dodici Regioni, signor Presidente, che hanno approvato tali consorzi socio-sanitari solo due erano del Sud, tutte le altre del Nord o del Centro-Nord.

Una più accelerata maturazione è stata registrata dalle Regioni che hanno assunto iniziative nel campo della programmazione sanitaria, come i piani ospedalieri; non tutte le Regioni hanno approvato un piano ospedaliero.

Tali Regioni; dunque, si sono trovate con strumenti, strutture tecniche e burocratiche

collaudate. In via generale i ritardi del Sud rispetto al Nord sono evidenti; c'è qualche eccezione nella gestione della 349, e io questo la voglio ricordare. La 349 è stata gestita in Sardegna sulle posizioni, rispettando non solo i tempi ma approvando i piani, come il piano dell'integrazione delle strutture e altri, che neppure le Regioni più avanzate sono riuscite a portare avanti.

La Commissione può dunque iniziare l'esame del disegno di legge solo ai primi di luglio; ciò non solo per la concomitanza delle elezioni amministrative, ma anche perché era necessario metabolizzare, studiare, approfondire da parte di tutti i colleghi il disegno di legge, che non era un disegno di legge semplice da poter discutere ed approfondire da un giorno all'altro. La Commissione si trova subito di fronte ad un bivio: approvare il disegno di legge della Giunta a scatola chiusa, così come elaborato dall'Assessore alla sanità, o esaminarlo, approfondirlo come un provvedimento di tale portata richiedeva. La Commissione, pur preoccupata dei tempi e delle urgenze, ha scelto la seconda via; e l'ha scelta per motivi sanitari e non per ragioni politiche, come scrive ripetutamente nella sua relazione il Partito radicale.

Il lavoro compiuto dai colleghi di tutte le forze politiche non si è articolato su ordini di scuderia dei partiti, su posizioni preconcrete. Ognuno ha portato nel confronto certamente le linee generali del suo partito; ma linee che hanno lasciato il posto, nell'esame della legge, nel corso dell'esame della legge, sugli aspetti singoli di questa, sulle questioni importanti della legge; hanno lasciato il posto — dicevo — alla sensibilità, alla cultura, all'esperienza di ciascun commissario. Dunque non accordi precostituiti tra Democrazia Cristiana e Partito comunista, tra questi e gli altri partiti; e i commissari presenti lo sanno molto bene che non c'è stata questa commistione. Non vi è stata dunque nessuna cultura dell'intesa o dell'unità autonomistica a condizionare le larghe maggioranze che si sono formate sui vari emendamenti, la maggior parte presentati dallo stesso Presidente all'inizio della ripresa dei lavori. Perché il Presidente li aveva presentati ai primi di settembre alla ripresa dei

lavori, dopo una comune riflessione, dopo aver potuto cogliere quali erano le esigenze che ponevano le varie forze politiche.

La grande mole di lavoro compiuta sul piano qualitativo e quantitativo si è rivelata di notevole portata. La legge è uscita dalla Commissione (non possiamo dire che si tratti di altra legge) ma non è più quella originaria. Se dobbiamo considerare Rais padre della prima stesura egli stesso stenterebbe a riconoscerla; se dovesse avere il tempo per esaminarla con attenzione, probabilmente potrebbe anche esprimere un senso di compiacimento per il lavoro fatto dalla stessa Commissione.

Anche questo testo non è ancora il risultato migliore, ottimale; può essere ulteriormente migliorato perché una legge di questa portata non è un dato imm modificabile, ma va sottoposta già da oggi ad un'attenta verifica, e se necessario — e sarà necessario — a nuove modifiche ed adeguamenti sulla base dell'esperienza e dell'impatto con la realtà della Sardegna.

Nuove modifiche possono essere apportate dal Consiglio, non solo perché una Commissione ristretta di numero è sempre limitata rispetto alla vastità e alla autorevolezza del Consiglio; ma anche perché, essa Commissione, ha operato in condizioni di oggettive difficoltà peraltro riscontrabili e comuni a tutte le Regioni del Paese, e specie alle Regioni del Sud. Intendo non solo difficoltà tecniche, giuridiche, di struttura (ricordo il lodevole lavoro sussidiario predisposto dal Presidente del Consiglio), ma difficoltà di ordine generale, di condizioni socio-sanitarie e di quadro legislativo e normativo globale.

L'istituzione delle Unità sanitarie locali di per sé, colleghi del Consiglio, di per sé non è la riforma sanitaria, sicura, attuata secondo i principi e gli obiettivi della legge 833; perché qui mi pare, anche a leggere la stampa, che si confonda la riforma sanitaria con l'istituzione delle Unità sanitarie locali. Sono è vero le ruote su cui dovrà camminare il complesso della riforma, ma non rappresenta totalmente la riforma. Emergono condizionamenti dovuti alle situazioni locali, alla capacità tecnica e

manageriale delle strutture delle U.S.L., alla capacità di cogliere lo spirito autentico della riforma; nonché condizionamenti legati al quadro generale legislativo che non bisogna dimenticare neppure in questo momento.

Le preoccupazioni emerse, gli emendamenti presentati tendono a creare gli strumenti, le condizioni perché in Sardegna vengano attenuati, se non superati, questi condizionamenti. In particolare gli aspetti che hanno informato e guidato i nostri lavori possono essere così sintetizzati.

L'impossibilità di proporre un modello di U.S.L. (questo è un argomento di grande attualità in questi giorni) valido teoricamente, ma astratto e quindi poco funzionale, sia in ordine alla dimensione territoriale sia al tipo di organizzazione, ha imposto una più rigorosa ricerca tesa ad individuare un modello sardo di U.S.L.; considerando impossibile trasferire altri modelli nella nostra realtà, cioè non considerando possibile prendere a modello quello della Lombardia, quello del Veneto o dell'Emilia e di trasferire questi nella realtà sarda o anche — se volete — il modello inglese trasferito nella nostra realtà. Una realtà che vede concentrati nelle città non solo i presidi sanitari ma anche le strutture tecniche e burocratiche. Noi notiamo subito in Commissione (se lo ricorda l'Assessore) quando ci vengono presentate le relazioni illustrative da un ospedale periferico o di provincia rispetto a quelle presentate — faccio un esempio — dall'ospedale di Cagliari.

Il modello territoriale delle U.S.L. è ancora oggetto di dibattito tra le forze politiche. E io debbo dire che la scelta della zonizzazione è stata condizionata da questi presupposti, da quest'impostazione generale d'interesse prevalente sanitario che la Commissione ha cercato di dare; e debbo osservare che non è riuscita in modo compiuto in tale direzione.

Altro aspetto. Questa riforma, per essere veramente innovativa e cambiare nel profondo la situazione sarda, non può configurarsi come un fatto esclusivamente sanitario; non è infatti possibile, anche sulla base di esperienze straniere relative all'attuazione del servizio sanitario, considerare il momento sanitario come stac-

cato dal sociale. Quando la riforma tende a trasformare il servizio da erogatore di prestazioni terapeutiche a un insieme di interventi preventivi, curativi e riabilitativi; quando il ruolo dell'educazione sanitaria diventa più incisivo e l'assistenza ai malati cronici invalidati diventa un modo nuovo di essere, di concepire la cura e l'assistenza, in questo caso i confini tra sanitario e sociale tendono a farsi molto meno netti.

Questa consapevolezza non vi era in modo assoluto nella prima stesura presentata dall'Assessore. Ma, partendo da questi presupposti, la Commissione ha affrontato sia pure ancora in modo insufficiente il problema dell'integrazione e del coordinamento dei due aspetti. Per rimanere in linea con lo spirito autentico della riforma, noi dovremmo operare come se la U.S.L. fosse non Unità sanitaria locale ma Unità socio-sanitaria locale. A mio parere, il Consiglio regionale può ulteriormente modificare e potenziare questa linea che è emersa in Commissione e che non è ancora definita e compiuta; lo dovrà fare anche tenendo conto di una legge di grande significato, di grande portata: la legge presentata dall'onorevole Loretto sui problemi dell'assistenza sociale.

Altro aspetto. In sede parlamentare, in occasione della discussione della legge 833, il dibattito si è incentrato — dicevo — su alcuni aspetti, e in particolare sul contenimento della spesa sanitaria e la sua compatibilità con il prodotto nazionale lordo. Dall'intervento del collega Atzori, l'altro giorno, mi è sembrato di cogliere che un tale rapporto non vi era, che in fondo noi lo stavamo rispettando sino a un certo punto. Questo rapporto tra destinazione al bilancio sanitario e prodotto lordo lo si stava rispettando sino all'inizio della riforma ma non oggi, mentre è rispettato in altre nazioni. In Italia è iniziato col 6 per cento, faccio un'ipotesi, in Germania col 7, in Inghilterra col 7, in Germania col 9, negli Stati Uniti col 10, eccetera; mi pare che in Italia abbiamo già superato tale quota destinata alla spesa sanitaria.

Dunque, questo aspetto è una costante, una preoccupazione anche nelle esperienze straniere. Infatti, la predeterminazione del finanziamento alle U.S.L., il meccanismo di controllo

non sono sufficienti ad assicurare un'adeguata assistenza secondo i bisogni reali della popolazione, senza una seria programmazione ed una politica del personale che assicuri efficienza ai servizi. Lo scoppio della spesa sanitaria in Inghilterra, subito dopo l'istituzione del servizio sanitario nazionale, ha imposto in quella nazione una serie di ricerche nella scelta dei dirigenti, delle strutture, secondo nuovi criteri manageriali e facendo prevalere la linea di valutazione nell'istituzione o gestione dei servizi un criterio rigido, e cioè il rapporto tra costi-efficacia, costi-efficienza, costi-benefici. Io credo che neanche il servizio sanitario italiano possa prescindere da un tale rapporto se vogliamo evitare che si possa determinare uno scoppio incontrollabile della spesa. Questa preoccupazione è stata tenuta presente, colleghi del Consiglio, in alcune scelte fatte dalla Commissione soprattutto in ordine alla formazione del Comitato di gestione, riconoscendo necessario acquisire il massimo di professionalità e di competenze esistenti nel territorio, talvolta al di là della stessa appartenenza o no al Consiglio comunale. Ho citato questo aspetto ma potrei parlare di quando abbiamo affrontato il problema dei servizi, e altre cose.

Altro aspetto. La stessa consapevolezza di contenimento della spesa ha portato la Commissione a individuare una linea che affermi il principio del superamento progressivo degli squilibri esistenti nelle condizioni socio-sanitarie di tutta la Sardegna. Anche nel primo articolo noi abbiamo voluto inserire questo principio, per ancorare tutto il disegno di legge ad una linea, ad un punto di riferimento. Ma occorre precisare subito che non si tratta di una linea quantitativistica, un riproporre in Sardegna il sistema tradizionale di gestione della salute. L'assunto "più visite mediche, più farmaci, più analisi" non significa infatti più salute per i cittadini. Questa risposta impropria sul piano generale può avere ancora una sua base solo nelle regioni periferiche dell'isola. Si tratta di evitare, da una parte, che anche il nuovo sistema ricrei sardi di serie "A", sardi di serie "B" e sardi di serie "C" sul piano dell'assistenza sanitaria e, dall'altra, di guardare alla qualità

dell'assistenza. Solo con un salto di qualità è possibile una nuova qualità della vita tra le nostre popolazioni.

E' problema questo anche del Piano sanitario regionale. Ancora oggi la Commissione esprime pareri senza avere un metro oggettivo di valutazione. Sicuramente è stato un errore non lieve — e mi dispiace che non sia presente il Presidente della Giunta —, un errore non lieve aver accantonato il piano socio-economico, già approvato dalla Giunta e dal Comitato della programmazione; piano che, sia pure configurato come piano-ponte, avrebbe rappresentato oggi un punto di riferimento serio, un momento di programmazione in una fase così difficile e delicata per la Sardegna; tuttavia l'assenza del Piano triennale previsto dalla 833 toglie un punto di ancoraggio sotto tutti gli aspetti, che può vanificare ogni sforzo della Regione. Le Unità sanitarie locali potrebbero iniziare la loro marcia senza una direttrice sicura; non basta quindi approvare questa legge se mancano anche queste altre scelte, che non sono scelte di secondaria importanza.

La gestione politico-amministrativa, tramite gli amministratori comunali, senza la partecipazione dei cittadini al controllo della gestione sanitaria, comporta inevitabilmente una burocratizzazione delle strutture, una burocratizzazione delle U.S.L. Questo è un altro dei pericoli che noi siamo in condizione di vedere; e questa consapevolezza infatti ha indotto la Commissione ad individuare alcuni strumenti attraverso i quali gli utenti possono acquisire un nuovo ruolo nei confronti degli organi di gestione, con possibilità di proposta, ma anche di verifica e di controllo; anche questo lo abbiamo fatto noi, sulla base anche di esperienze fondate e sperimentata in altri paesi.

Si tratta, pur nell'indeterminatezza della 833, d'istituire organismi aperti, non di mediazione tra l'U.S.L. e i cittadini, quanto un momento di confronto tra associazioni, forze politiche, forze sociali, sindacali, singoli cittadini, intorno alla problematica socio-sanitaria locale.

Collegati del Consiglio, bisogna dire subito che il disegno di legge originario era molto carente sotto questo aspetto; e credo tuttavia

che uno sforzo ancora maggiore possa essere compiuto anche in questa sede.

Altro aspetto, che ha portato a modifiche sostanziali e radicali, è quello relativo alla gestione della fase di transizione, ispirato al principio della gradualità; infatti, superare l'attuale sistema sanitario e costruire il servizio sanitario nazionale richiede un certo periodo di tempo. L'attuazione della riforma — anche questo bisogna dirlo — si pone come un processo, uno sviluppo in cui il vecchio e il nuovo convivono, ma in cui l'obiettivo preminente deve essere il nuovo. Quando si dovrà passare dalla discussione sui principi, sui modelli, sulle norme del servizio sanitario alle soluzioni operative (ci troviamo davanti le strutture che abbiamo, quelle disponibili, e le poche esistenti, per la realizzazione delle U.S.L.; ci troviamo di fronte questa realtà) la riforma qui potrebbe rischiare di perdere di vista i suoi obiettivi; questo è un pericolo reale esistente in Sardegna. Non è difficile prevedere — lo diciamo questo agli avversari della riforma —, non è difficile prevedere le possibili difficoltà da parte delle U.S.L. anche nel mantenere, in questa fase, gli attuali livelli dei servizi e insieme inserire gli elementi nuovi.

Gli emendamenti che si riferiscono alle norme transitorie tendono proprio non solo ad evitare vuoti di potere, e ricordo il contributo particolare originale che ha dato il collega Are su questa materia; non solo quindi questi emendamenti tendono ad evitare vuoti di potere, una possibile degradazione degli attuali livelli erogativi, ma a garantire l'avanzamento della riforma e dei suoi istituti.

Queste idee forza, che hanno guidato la linea direttrice della Commissione, nonostante gli sforzi di ricerca compiuti, non hanno tolto gli impedimenti, i condizionamenti oggettivi che gravano sul futuro delle Unità sanitarie locali. Solo un quadro politico nazionale e regionale stabilizzato (non credo l'attuale Governo regionale possa rappresentare un equilibrio, mi sia consentita questa parentesi), uno spirito di feconda solidarietà non solo a livello regionale ma a livello di Comunità montane, di Unità sanitarie locali potrà evitare non solo nuovi ritardi ma una politicizzazione eccessiva, che

rischierebbe un colpo pesante alla riforma. Io debbo non denunciare ma far notare quello che sta avvenendo in questo momento a livello di periferia nella formazione delle giunte delle Comunità montane, cioè noi assistiamo in questo momento ad uno scontro autentico tra le forze politiche. Questo, detto da oggi, può rappresentare un certo pericolo per la stessa funzionalità e per il decollo delle Unità sanitarie locali.

Io credo che la Commissione alla sanità abbia dato un esempio di come anche esponenti di diversi partiti possano confrontarsi e scontrarsi, ma tenendo presente un obiettivo di interesse generale, che era sanitario e non politico, come invece scrive e dice ripetutamente Buzzanca nella sua relazione.

Il dibattito in aula sul disegno di legge ha confermato le posizioni espresse in Commissione.

I contributi di Are, di Atzeni, del collega Atzori, si muovono su questa linea. Lo stesso Catte ribadisce una nota posizione. Quanto agli interventi di Chessa e Medde, essi hanno considerato in chiave politica di compromesso storico, di cultura autonomistica, le scelte fatte dalla Commissione. Hanno dato questo giudizio, forse perché non facevano parte della Commissione stessa. Perché io sono certo che i colleghi Chessa e Medde si sono posti di fatto su un angolo visuale, sia pure su posizioni diverse, simile a quello dei radicali, sono anzi certo che il collega Murru, che ha partecipato attivamente ai lavori, non potrà essere completamente d'accordo su un tale giudizio onestamente.

Gli aspetti più significativi del disegno di legge, oltre ad essere contenuti nella relazione di maggioranza da me presentata, sono stati illustrati o toccati dai colleghi precedentemente ricordati.

Invece di ripetere un'illustrazione, credo sia più opportuno riprendere i temi aperti, alcuni punti nodali della riforma, che in qualche modo sono all'attenzione e sui quali si può essere costretti a ritornare oggi o domani.

Abbiamo considerato infatti la riforma, abbiamo considerato questo disegno di legge non come un *corpus* chiuso e definito, ma

dicevo come un processo che può essere sottoposto in ogni momento a verifiche, a controlli, a revisioni, per affermare lo spirito della legge 833.

Questa disponibilità politica ho colto negli interventi dei colleghi che in Commissione si sono ritrovati in maggioranza; ed è segno, colleghi del Consiglio, di umiltà nell'affrontare una materia così vasta e complessa. Pertanto, ove avvengono ampie convergenze, io credo che anche in questa sede siano possibili ulteriori miglioramenti.

In sintesi, ecco alcune di queste questioni.

Gli organi di gestione, mi riferisco agli organi di gestione della Comunità montana o nell'Associazione dei Comuni, rappresentano gli strumenti principali per il funzionamento delle U.S.L. e per il successo della riforma. La Commissione ha approvato due modifiche importanti per la Sardegna. La coincidenza degli organi Assemblea e Giunta esecutiva della Comunità montana con l'Assemblea e il Comitato di gestione dell'U.S.L. mentre può rappresentare un fatto positivo quando l'ambito territoriale e le strutture sanitarie sono modeste, può invece creare problemi di funzionalità in Unità sanitarie locali di grandi dimensioni. Evidente appare il rischio, o almeno così è sembrato a noi, di pasticciare insieme argomenti diversi quali la riforma agro-pastorale, tutto il complesso delle funzioni decentrata dalla Regione, la programmazione economica; quindi funzioni di coordinamento e di programmazione e insieme la gestione delle strutture socio-sanitarie, che è una cosa molto diversa.

Per questo si è pervenuti a modificare il disposto ambiguo della 26, dando la possibilità di inserire nella Giunta dei membri esterni alla Assemblea; peraltro non è questa una novità della Regione sarda. In questa logica si è ritenuto opportuno fissare la presenza di membri esterni al 40 per cento, come hanno fatto altre Regioni ma in modo più generoso; queste infatti sono andate al di là dei limiti da noi indicati.

Nella stessa Assemblea alcune Regioni, molte Regioni, hanno previsto la presenza di membri esterni; cosa che noi non abbiamo previsto. Quasi tutte le Regioni si sono orientate sulla presenza di membri esterni, in una

misura del 50 per cento, nel Comitato di gestione. Alcune Regioni con vasta esperienza nel campo socio-sanitario hanno previsto che il Presidente del Comitato di gestione possa essere un membro anche esterno all'Assemblea; e sono Regioni di varia gestione politica.

Nella nostra proposta, anche nella proposta della Commissione, queste cose vengono escluse.

Debbo riferire le riflessioni che alcuni colleghi hanno fatto; perché questa è una materia così complessa e difficile, con ripercussioni politiche ma con una sua prevalenza d'interesse socio-sanitario. Qualche collega, dicevo, e non solo democristiano, ha posto il problema di riportare al 50 per cento i membri esterni; altri di consentire anche ad un membro esterno, di ricoprire la carica di Presidente del Comitato di gestione.

Altro collega, anche molto autorevole, ha invece posto il problema di eleggere gli esterni non da parte dell'Assemblea ma direttamente dai Comuni; e credo che questa possa essere anche un'ipotesi da non escludere.

Ritengo ci sia spazio per riprendere questi temi, purché si rimanga nello spirito di un confronto costruttivo, iniziato in Commissione e che su questi si registri un'ampia convergenza.

Partecipazione: la Commissione ha attribuito notevole significato a questo problema, proponendo tra l'altro i Consigli socio-sanitari consultivi, a livello di U.S.L., al fine di assicurare a latere della stessa un organismo con la presenza delle forze sociali, scolastiche, e insieme sanitarie.

Dunque la Commissione ha previsto l'istituzione dei Comitati socio-sanitari di distretto; organismi non previsti nella stesura originaria, e abbondantemente previsti nelle altre esperienze straniere.

Io credo che, conservando la dimensione attuale del distretto, 5-30.000 abitanti, l'ipotesi avanzata nel suo intervento dall'onorevole Are può essere, a mio parere, valutata positivamente. In sostanza il collega Are ritiene che sia più opportuno individuare una forma più puntuale di controllo sociale, nell'ambito del Comitato di distretto, attribuendo la direzione, la guida, ai rappresentanti dei Consigli comunali; questo

potrebbe portare sulla via del ruolo istituzionale, e non solo tecnico e funzionale del Distretto. Qui però siamo sulla via di un concetto diverso, e se rimangono questi ambiti, onorevole Assessore, probabilmente occorre un nuovo ripensamento sui Distretti.

E' di attualità ancora l'esigenza di un chiarimento sulla collocazione del Distretto nell'ambito delle U.S.L.

Si va affermando un indirizzo che tende a individuare nel Distretto un livello politico-amministrativo dotato di poteri gestionali e deliberativi. Questo problema non ha ancora trovato una sua definizione e, a mio parere, in questo quadro legislativo non credo che sia possibile. Noi lo registriamo come un momento di dibattito non solo in Sardegna ma a livello di forze politiche e sociali nazionali.

Certo è tutto da definire il rapporto del Distretto con il Comune o i Comuni, con l'U.S.L., con gli organismi politico-amministrativi che esistono nello stesso territorio. La Commissione ha dato consistenza, onorevole Assessore — ella lo sa —, e dimensione al Distretto, ma non potevamo fare tutto. Ancora rimangono zone d'ombra, specie per la parte organizzativa del disegno di legge ancora da costruire; lo ha rilevato con acutezza il collega Are.

Controlli: poiché i margini d'iniziativa della Regione in materia di controlli sulle attività sanitarie sono stati ridotti dalla legge 833, sarà indispensabile un particolare impegno della Regione a creare strumenti di controllo, capaci di garantire scelte omogenee con la programmazione sanitaria. Onorevole Assessore, è questo uno degli aspetti di fondo, degli aspetti più importanti; sembra marginale ma nella sostanza è uno degli aspetti che determina il funzionamento delle U.S.L.

L'indicazione data dalla Commissione, senza tradurla in un emendamento, di poter nominare almeno l'esperto sanitario unico per tutti i comitati di controllo operanti in una provincia, non può risolvere il problema. E' un piccolo passo ma non lo può risolvere, occorre una gestione, direi, politico-amministrativa e anche burocratica della omogeneità dei controlli in tutta la Sardegna.

Onorevole Assessore, l'imminente presentazione del piano sanitario regionale — so che non può che essere imminente, perché dopo questa lunga gestazione deve per forza nascere — deve costituire l'occasione per introdurre, in termini vincolanti, un controllo che superi il puro giudizio di legittimità e garantisca possibilità di raccordo e coerenza con gli obiettivi della politica sanitaria regionale. Questo è il punto, onorevole Assessore. Così come gli strumenti di controllo sul merito, sulla base dell'esperienza, appaiono del tutto insufficienti a garantire un livello di omogeneità nella gestione e di coerenza amministrativa tra scelte regionali, programmazione regionale e scelte organizzative delle U.S.L.

Alla Regione il compito di determinare, da subito, una proposta nuova e coerente, altrimenti qui noi avremo tante piccole repubbliche, nelle Unità sanitarie locali, autonome, sovrane, che cercheranno di avere nel Comitato di controllo locale, non sempre con presidenti aperti, il punto di riferimento per rafforzare posizioni che non hanno niente a che fare con la gestione sanitaria, con una corretta gestione sanitaria in Sardegna.

Il problema dell'epidemiologia: avrei potuto farne a meno, ma mi pare che anche questo sia un aspetto importante della riforma.

La scelta compiuta nel disegno di legge per l'indagine epidemiologica si articola a livello di U.S.L. e di Distretto. Autorevoli esponenti della Facoltà di medicina dell'Università di Cagliari osservano che la rilevazione ed elaborazione dati a livello locale (a livello di U.S.L. e di Distretto) comporterebbe un sistema costoso e non produttivo. Avanzano l'ipotesi di un Istituto, di un osservatorio a livello regionale secondo sperimentate esperienze straniere. Questo aspetto dell'epidemiologia è colpevolmente trascurato in Italia, siamo completamente assenti in Sardegna come dati. Si tratta, colleghi del Consiglio, di un fatto importante, esso costituisce la base su cui programmare e realizzare gli interventi sanitari. Senza questo strumento, ogni ipotesi di piano socio-sanitario regionale rimane astratta. Occorre avere possibilità di controllo e di verifica costante

dei programmi in ogni momento, e quindi dei risultati dell'organizzazione. Occorre avere, prima di decidere nuovi servizi che comportano spese per centinaia di milioni, i dati epidemiologici precisi per settore. Noi andiamo ad istituire servizi senza un ancoraggio preciso ai malati residenti in quel dato territorio. E ogni servizio nella sanità, colleghi del Consiglio, anche il più piccolo, quello che sembra una cosettina da niente, comporta una spesa dai 120 ai 250 milioni. Questo per avere il senso del significato e della portata del problema.

Io non dispongo, però, di strumenti per verificare l'ipotesi dell'Università. Credo però che a livello regionale occorra un qualcosa, un centro che elabori, che interpreti, che guidi, che solleciti, che promuova questo settore. Perché io non credo che le Unità sanitarie locali da subito riescano ad avere una capacità d'iniziativa del genere.

Il problema esiste, io lo pongo all'attuazione dell'Assessore, lo pongo all'attuazione del Presidente.

La parte farmaceutica. L'associazione dei farmacisti insiste perché venga istituito un servizio farmaceutico a livello di U.S.L.; io pongo il problema perché hanno chiesto e hanno dialogato con noi. La Commissione non ha potuto esprimere una valutazione completa, inizialmente anzi noi avevamo escluso la possibilità di questo servizio. Tuttavia, la possibilità di una valutazione può essere rivolta all'istituzione del servizio nelle U.S.L. ubicate nei capoluoghi di provincia, cioè escludiamo *a priori* che possa farsi un servizio in tutte le U.S.L.

Il problema esiste; e credo che, sia che questo Consiglio lo definisca o non lo definisca, il problema dei farmaci esista al di là della nostra volontà. E' aperto come grande problema della riforma. Le malattie iatrogene, l'uso eccessivo dei farmaci, lo sperpero inqualificato sono questioni rilevanti, che fanno saltare, che possono far saltare il bilancio di una U.S.L., o il fondo sanitario stesso. Come affrontare questo problema? Francamente non credo che l'istituzione di un servizio a livello di U.S.L. sia il toccasana, non ci credo. Certo è che il farmacista deve trovare una collocazione che ricuperi

la dimensione di operatore sanitario, con competenze rilevanti nell'educazione sanitaria per quanto si riferisce alla tossicologia, l'uso e conservazione di farmaci. Come deve trovare una collocazione nell'informazione medico-scientifica, nella documentazione aggiornata dei farmaci e sui tossici. Questa dimensione nuova deve essere collegata al Distretto, alla direzione della U.S.L., ad un'*équipe* capace di fare questo discorso.

Altre Regioni hanno dato una risposta col servizio farmaceutico; io credo che da parte nostra questo discorso, questo aspetto, meriti una maggiore attenzione.

Sui servizi multizonali il collega Atzeni ha sostenuto una tesi coraggiosa, la definisco "coraggiosa" tra virgolette in ogni caso. Occorre estrapolare, diceva il collega Atzeni, dalla gestione della U.S.L. competenze per territorio, questi presidi. Una tesi affascinante, che è stata oggetto di discussioni a livello nazionale nel momento in cui si discuteva la legge 833. Io ricordo di aver fatto, sulla materia, in un convegno a Genova, un intervento su questa materia. Le argomentazioni del collega Atzeni possono essere valide e fondate sul piano dell'opportunità, ma credo che sul piano giuridico non regga la proposta del collega Atzeni. Una gestione di questi presidi da parte di tutte le U.S.L. della Regione sarebbe stata sicuramente molto più omogenea. Il tentativo, fatto in Commissione, d'istituire un comitato (il tentativo lo abbiamo fatto, lo abbiamo inserito, io ho insistito molto su questo); il tentativo, dicevo, fatto in Commissione d'istituire un comitato di coordinamento, composto da un rappresentante per ciascuna delle Unità sanitarie locali al fine di assicurare il collegamento funzionale e organico tra servizi multizonali e U.S.L., pur rappresentando un qualche risultato non potrà risolvere in modo appagante quest'esigenza.

Io mi riferisco all'Istituto della microcitemia, all'oncologia, a tutti i presidi di interesse sociale come il Consorzio tumori, e ad altri organismi che hanno una diramazione e una presenza a livello regionale.

Il commissario straordinario. Com'è noto il disegno di legge è stato licenziato dalla Commis-

sione in un periodo in cui era imminente la definitiva cessazione di ogni attività gestionale degli Enti mutualistici e Casse mutue. L'emanazione del decreto legge n. 900 del 22 dicembre dell'80, che prevede la nomina di un commissario regionale che assume in sé ogni potere di attività gestionale e di erogazione dell'assistenza sanitaria dei disciolti Enti mutualistici fino al 30 giugno di quest'anno, potrebbe far cadere alcuni aspetti del disegno di legge in esame che forse possono anche essere disciplinati in modo diverso. Io sottopongo anche questo alla riflessione dell'Assessore perché l'Assessore ha indubbiamente strumenti di conoscenza più di quanti possa averne il presidente o un commissario della Commissione sanità stessa.

Il caso della nomina di un commissario straordinario per le U.S.L., corrispondenti agli ambiti territoriali ove hanno sede le attuali S.A.U.I., è il caso degli stessi compiti attribuiti alle S.A.U.I. per far fronte alle necessità erogative di gestione derivanti dall'allora prevista definitiva cessazione degli Enti mutualistici al 30 dicembre 1980. Partendo quindi da questo nuovo quadro normativo, oggi si può — credo — ancora prevedere la nomina di un commissario nel solo caso che in alcune U.S.L. non sia possibile la costituzione degli organi ordinari di amministrazione; assegnando in ogni caso alle S.A.U.I. e ai commissari o sub-commissari regionali e provinciali il compito di supporto amministrativo.

Concludo richiamando gli ambiti territoriali delle U.S.L.. E' il problema più carico di significato politico, ed è su questo aspetto — la cosiddetta tabella A — che il Partito repubblicano e il Partito Sardo d'Azione hanno espresso parere contrario, dissociandosi dagli altri partiti e unendosi agli altri che hanno dato voto contrario. La Commissione ha discusso i criteri, i modelli più idonei per la Sardegna, non è stato possibile trovare una più ampia convergenza su questa materia, per la posizione dei partiti che ho richiamato, partiti che pure avevano collaborato per l'articolato della legge.

In Consiglio l'altro giorno il collega Are ha richiamato la linea della D.C., per altro non diversa da quella della vecchia maggioranza emersa

in Commissione; diceva il collega Are: "In attesa dell'Ente intermedio consideriamo validi gli ambiti dei Comprensori esistenti, ma — ha detto Are — non è questa una posizione pregiudiziale".

La Giunta regionale faccia una proposta di nuova delimitazione; proposta che sia logica e coerente, anche con ipotesi di riduzione. Questa linea (si intuisce subito) può favorire ampie convergenze. La Democrazia Cristiana — desidero ribadirlo anche in Aula — dà il suo contributo positivo, fecondo; eppure nessuno può dire...

ATZORI VILLIO (P.C.I.). E' il pensiero del relatore, non della maggioranza che sostiene la legge.

ROJCH (D.C.), *relatore di maggioranza*. Io sto richiamando il pensiero espresso dal collega Are.

Tuttavia, onorevole Atzori, questa linea non può essere interpretata come un compromesso per conciliare sul piano politico l'attuale maggioranza della Giunta, credo di no. Questo criterio...

MURRU (M.S.I.-Destra Nazionale). Sciogliamo questo nodo del compromesso.

ROJCH (D.C.), *relatore di maggioranza*. Questo criterio, questo metro politico non è stato seguito dalla Commissione, non è stato mai seguito dalla Commissione. Abbiamo sempre privilegiato le scelte sanitarie, e su questa ottica considereremo le proposte dell'Assessore. L'Assessore non può fare una proposta che serva a conciliare posizioni di maggioranze perché la Commissione non si è posta mai su quel crinale. Occorre subito premettere che rinviare all'Ente intermedio scelte o aggiustamenti oggi possibili sarebbe un errore che, son certo, l'Assessore non vorrà fare. Per altro occorre ricordare che l'Ente intermedio — e anche qui mi pare che ci sia un po' di confusione in giro anche da quanto ho letto sulla stampa —, occorre ricordare che l'Ente intermedio non può gestire servizi socio-sanitari; l'Ente intermedio non può gestire servizi socio-sanitari, ma può efficacemente programmare e coordinare questi servizi con altri

del territorio. Questo è il compito istituzionale così com'è previsto nell'Ente intermedio. Per cui la capacità programmatoria e coordinatrice dell'Ente intermedio può esplicarsi nella stessa misura in presenza di una o più Unità socio-sanitarie nel suo territorio; mi pare sia chiaro anche questo.

Credo anche difficile, specie nella prima fase dell'attuazione della legge, iniziare con U.S.L. delle dimensioni ipotizzate dalla legge sull'Ente intermedio. Io credo che sia oggettivamente difficile per tutti, perché nessuna Regione nel nostro Paese ha ipotizzato un simile modello e simili dimensioni.

MURRU (M.S.I.-Destra Nazionale). E' possibile però!

ROJCH (D.C.), *relatore di maggioranza*. Collega Murru, sulla base di esigenze politiche ma non di esigenze d'interesse sanitario; tanto per essere chiari! Ciò non significa che l'attuale delimitazione, colleghi del Consiglio, ciò non significa...

MURRU (M.S.I.-Destra Nazionale). Parlo a nome del Movimento sociale che non è supporto della Democrazia Cristiana.

ROJCH (D.C.), *relatore di maggioranza*. Collega Murru, senta la seconda parte del discorso, non abbiamo finito.

Ciò non significa però, onorevole Presidente, che l'attuale delimitazione, quella che noi abbiamo approvato, sia adeguata e perfetta. Dalle ventidue Unità sanitarie locali nascono rilevanti problemi di coordinamento; come fa la Regione, come fa l'Assessorato alla sanità, con la struttura che si ritrova, come fa l'Assessore alla sanità da Cagliari a coordinare, a promuovere, ad assicurare la necessaria omogeneità, ad assicurare un governo della sanità in Sardegna? Come fa un unico centro, che la Regione ha, a coordinare tante Unità sanitarie locali senza che si siano previsti, come nella riforma inglese, organismi intermedi per il coordinamento, uno ogni tre o quattro Unità sanitarie locali? Questi seri interrogativi confermano la complessità del problema e la

necessità di procedere con prudenza, senza certezze di lanciare verità assolute.

Con queste annotazioni attendiamo, onorevole Presidente, onorevole Assessore, le proposte della Giunta regionale. La riforma sanitaria — come ho detto all'inizio —, concludendo, si presenta come la più impegnativa e radicale riforma di questi trent'anni di Stato democratico e repubblicano. Essa si colloca tra le leggi sanitarie più avanzate del mondo. Per queste ragioni è anche una riforma difficile, è una sfida che viene lanciata alle Regioni, ai Comuni, alle forze politiche e sociali. Dev'essere non una riforma quantitativa, che sarebbe molto facile, ma qualitativa, tendente a creare una nuova qualità della vita. Una riforma che si deve fondare sulla qualità delle prestazioni, avendo di mira di collocare al centro del sistema non il palazzo, la struttura, ma l'uomo nella sua integrità con la carica di problemi sanitari, sociali, umani, religiosi. Una riforma che potrà esprimere tutta la sua potenzialità inserita in una società pluralistica, libera, democratica. Ma se questa società dovesse rimanere indifferente o neutra e non essere protagonista, responsabile, partecipe, anche questa riforma è destinata a fallire. Come Regione si pongono davanti a noi onerose responsabilità politiche: approvare questo disegno di legge senza quello sulla contabilità, sul personale, significa non far partire le Unità sanitarie locali. Come pure, perché la costituzione delle Unità sanitarie locali non diventi un atto burocratico, onorevole Assessore, una scatola vuota in attesa dei contenuti, è necessario presentare il piano sanitario regionale per dare avvio ad un sistema veramente riformato. Altri atti, altri adempimenti s'impongono con la stessa determinazione e urgenza. Sono atti che si devono muovere secondo la linea della tutela globale della salute, che guarda l'uomo inserito nel suo ambiente, nel mondo dove opera e lavora. Su questa linea la Regione può recuperare non solo il tempo perduto; io dico tutte le Regioni del Paese potranno recuperare il tempo perduto, ma la Regione sarda potrà porsi all'avanguardia nella ricerca di quella politica della qualità della vita che vede troppi sardi ancora emarginati rispetto ad altri sardi, quasi cittadini di serie inferiore quanto all'as-

VIII LEGISLATURA

CXIII SEDUTA

3 FEBBRAIO 1981

sistenza sociale e sanitaria.

PRESIDENTE. I lavori proseguiranno questo pomeriggio alle ore 17. E' iscritto a parlare l'onorevole Murru. Prego la massima puntualità.

La seduta è tolta alle ore 13.

DAL SERVIZIO RESOCONTI

Il Capo Servizio

Dott. Francesco Cocco

**Testo delle Interpellanze, Interrogazioni e Mozioni
annunziate in apertura di seduta.**

*Interrogazione Anedda - Chessa - Murru -
Offeddu sull'attentato subito dalla sezione
MSI-DN di via Satta a Cagliari.*

I sottoscritti, in relazione al gravissimo attentato subito dalla sezione MSI-DN di via Satta a Cagliari, che solo casualmente non ha provocato conseguenze più gravi; considerato che l'attentato in parola segue di pochi giorni soltanto il danneggiamento dello stabile della Federazione MSI-DN di Cagliari, imbrattato da scritte oltraggiose; preoccupati che tali fatti siano espressione di un disegno politico preciso e che possano preludere al riaccendersi del clima di violenza e intimidazione che mina alle radici la convivenza civile e politica, chiedono di interrogare il Presidente della Giunta regionale per conoscere se non ritenga opportuno esprimere a nome di tutto il popolo sardo la più ferma condanna in ordine a tali gravissimi episodi. (352)

*Interrogazione Demartis sulla liquidazione
delle somme dovute ai produttori agricoli in attuazione di leggi comunitarie nazionali e regionali.*

Il sottoscritto chiede di interrogare l'Assessore della agricoltura per conoscere entro quali termini ritiene che i propri uffici siano in grado di provvedere alle liquidazioni delle somme dovute ai produttori agricoli in attuazione di leggi comunitarie nazionali e regionali attese da troppo lungo tempo.

In particolare si desidera sapere quando potranno essere liquidati:

1) l'indennità compensativa CEE per i coltivatori che operano nei territori montani e nelle zone svantaggiate;

2) il contributo per l'allevamento delle vacche di razza rustica locale;

3) il contributo per i vitelli e per i soggetti di razza;

4) il contributo per l'acquisto di macchine

agricole;

5) il contributo per la estirpazione e la riconversione dei vigneti;

6) il contributo per le opere realizzate di miglioramento fondiario e agrario;

7) tutti i contributi per coltivazioni e colture che le leggi regionali promettono di incentivare ed incoraggiare con particolare riferimento al grano duro.

Un particolare interessamento si richiede e si sollecita in considerazione delle condizioni di particolare disagio in cui sono venuti a trovarsi i produttori agricoli sardi in generale ed i coltivatori diretti in particolare per causa ed in conseguenza delle avversità di natura calamitosa che hanno privato quasi tutte le aziende di un minimo di produzione ed i coltivatori di reddito vitale. (353)

*Interrogazione Moretti, con richiesta di
risposta scritta, sui laboratori privati di analisi
e radiologia in seguito alla sentenza del Pretore
di Alghero.*

Il sottoscritto chiede di interrogare il Presidente della Giunta regionale per conoscere la posizione della Giunta in merito alla sentenza del Pretore di Alghero, Dr. Enzo Carta che ha dato ragione ai titolari dei laboratori privati di analisi e radiologia in merito alla vicenda nota delle "provette d'oro". L'opinione pubblica è particolarmente disorientata per i risultati di indagini giornalistiche che attribuivano notevoli proventi ai laboratori privati, ai quali, secondo una circolare dell'Assessore alla sanità, gli utenti potevano rivolgersi solo dopo che le strutture pubbliche non avessero soddisfatto la richiesta entro tre giorni. La sentenza del Pretore annulla tale decisione perché il principio contrasta con l'articolo 42 della Costituzione e la legge numero 833/1978.

Il Pretore di Alghero ritiene che il cittadino può rivolgersi alternativamente a tutte le strutture che garantiscono l'assistenza sanitaria esistenti nel luogo in cui si trova, quando ciò non sia escluso da una specifica disposizione di legge. Il Dott. Carta ha rilevato che per quanto

riguarda le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio, ci si potrà rivolgere alternativamente alle strutture dell' U.S.L. o alle strutture private convenzionate o agli ospedali convenzionati. Con tale decisione le istituzioni sanitarie private partecipano alla funzione sanitaria non già con carattere sussidiario, bensì con carattere primario al funzionamento del sistema previsto dalla legge.

Il Pretore ha quindi dichiarato l'illegittimità ed inefficacia delle norme contestate,

ordinando alla Regione di astenersi da qualsiasi atto discriminatorio che comprometta e in qualche modo limiti il diritto alla scelta libera fra la struttura pubblica e le strutture convenzionate esterne.

Il fatto assume gravissima rilevanza ed impone una presa di posizione chiara della Giunta regionale che parta dall'analisi seria del problema e dei motivi del ricorso agli analisti ed ai laboratori privati ed indichi gli intendimenti futuri della Giunta nel rispetto delle leggi vigenti. (354)