

XXXIV SEDUTA*(ANTIMERIDIANA)***MERCOLEDÌ 20 MARZO 1985****Presidenza del Presidente SANNA EMANUELE****INDICE****Disegno di legge: "Piano sanitario regionale".****(32) (Discussione):**

MULAS	1020
DADEA	1022
TARQUINI	1028
FADDA PAOLO	1030
CARTA	1033
PLANETTA	1035
ROJCH	1037
LORELLI, relatore di maggioranza	1046
Sull'ordine del giorno:	
ONIDA	1019

*La seduta è aperta alle ore 10 e 15.**ZURRU, Segretario, dà lettura del processo verbale della seduta pomeridiana del 14 marzo 1985, che è approvato.***Sull'ordine del giorno.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge numero 20: "Assunzione di personale presso i centri degli enti privati e presso i centri regionali di formazione

professionale; modifica degli articoli 5, 6 e 7 della legge regionale 2 marzo 1982, numero 7".

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

ONIDA (D.C.). Signor Presidente, onorevoli consiglieri, credo che sia opportuna una inversione dei punti all'ordine del giorno perché ci pare che si siano presentati nuovi elementi di riflessione sui quali vorremmo soffermarci. Chiediamo perciò che venga rinviato ad altro momento il dibattito in Aula su questo disegno di legge.

PRESIDENTE. Se non ci sono osservazioni la richiesta dell'onorevole Onida si intende accolta.

Discussione del disegno di legge: "Piano sanitario regionale" (32)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge numero 32: "Piano sanitario regionale".

Dichiaro aperta la discussione generale.

E' iscritto a parlare l'onorevole Mulas. Ne

ha facoltà.

MULAS (D.C.). Signor Presidente, onorevoli colleghi, l'approvazione del primo Piano sanitario regionale credo debba essere considerata da tutti, operatori sociali e cittadini, forze sociali e politiche, una tappa importante della politica di programmazione sanitaria in Sardegna. Questo Piano, presentato nell'ottava legislatura dalla Giunta Rojch, su proposta dell'Assessore alla sanità Asara, era stato modificato ed integrato dalla Commissione consiliare competente sul finire della legislatura, e solo le vicende politiche legate alla legge elettorale, che hanno segnato negativamente l'ultima fase della legislatura, ne hanno impedito la definitiva approvazione in Aula.

Si può dire che il Piano sanitario regionale costituisca un punto di mediazione e di equilibrio fra modi diversi di concepire la sanità, avendo, la maggioranza e la Giunta, recepito allora anche i contributi espressi dalle altre forze politiche presenti ed impegnate positivamente in Commissione. Prendiamo atto che l'attuale esecutivo di sinistra, di svolta e di alternativa, in un settore di grande rilevanza sociale e politica quale quello sanitario, non ha saputo fare di meglio se non riproporre, su iniziativa di un assessore comunista, quello stesso Piano che non aveva avuto allora un voto di approvazione del Partito comunista. Registriamo solo le incoerenze.

Noi esprimeremo allora il nostro voto favorevole (e lo confermiamo oggi) ad un Piano sanitario che, pur presentando inadeguatezze ed insufficienze, inevitabili forse in qualunque progetto, si colloca nel quadro delle finalità e dei grandi principi ispiratori della legge 833 del 1978. Esso ha come obiettivo la tutela della salute intesa in termini di globalità, di unitarietà e di integrazione; il riequilibrio nel territorio delle strutture, dei servizi e dei presidi in un contestuale potenziamento quantitativo e qualitativo dei servizi della medicina di base, e un migliore utilizzo delle risorse. E' un piano che contiene norme, prescrizioni e vincoli validi sia per la Regione sia per le Unità sanitarie locali, tenute a predisporre i piani locali di attuazio-

ne, e sia per tutti i soggetti istituzionali, in un'ottica globale e programmatica e, dunque, di superamento della settorialità.

Questo Piano, che deve essere considerato come un piano ponte, parte dalla situazione esistente la cui più puntuale e precisa conoscenza sarà consentita solamente dalla prevista istituzione e attivazione del sistema informativo regionale e costituirà, fino all'approvazione del Piano sanitario nazionale, al quale dovrà adeguarsi, e sino all'approvazione del secondo Piano sanitario regionale, un quadro di riferimento certo per tutto il settore sanitario.

Esso si articola nei distretti sanitari di base che costituiscono il livello organizzativo delle attività sanitarie di base delle UU.SS.LL. e che godono di autonomia tecnico-funzionale; nell'area intermedia delle funzioni specialistiche costituite prevalentemente dagli ambulatori sovradistrettuali che hanno il duplice compito di integrare l'attività del distretto sanitario di base e di svolgere funzioni di filtro per l'accesso ai presidi sanitari (di cui peraltro rileviamo la inadeguata dislocazione nel territorio), ed infine nella rete ospedaliera.

Parte essenziale del Piano sono inoltre i progetti-obiettivo (assistenza agli anziani, medicina del lavoro, tutela della maternità e dell'infanzia) e le azioni programmatiche speciali. Infine, sono previsti gli strumenti operativi: formazione professionale, sistema di informazione e finanziamento.

L'approvazione del Piano regionale offre l'occasione per una più ampia riflessione sulla riforma sanitaria in generale e sul complesso della situazione sanitaria della nostra Regione. Noi confermiamo, anche in questa occasione, la validità della riforma e delle leggi istitutive del sistema sanitario nazionale per i principi ispiratori, per i suoi valori, per le sue qualità, per aver posto al centro della sua filosofia l'uomo nei momenti di maggior bisogno. Se essa dunque è, come detto nel programma dell'attuale Governo, una riforma da riformare, è anche in gran parte una riforma ancora da attuare.

Dobbiamo avere tutti la consapevolezza che il passaggio dal vecchio al nuovo della riforma

è avvenuto in un periodo in cui si sommano e ancora si sommano gli effetti di una crisi economica e di una inflazione gravi al notevole aumento in percentuale della popolazione anziana, all'aumento del tasso di disoccupazione e all'emergere, conseguente, di nuove aree di povertà, di malessere sociale e di patologiche manifestazioni collettive quali quelle derivanti dalla diffusione della droga.

Infine, questo è il tempo in cui il progresso nel campo della medicina comporta l'introduzione di strumentazioni diagnostiche e terapeutiche sofisticate, costose e talvolta anche pericolose, che richiedono personale altamente qualificato e certamente qualitativamente diverso da quello tradizionale; personale che necessita di qualificazione, di formazione e di aggiornamento, che si confronta però con un sistema sanitario che stenta a trovare il giusto ed equilibrato raccordo con l'area universitaria e con le strutture della ricerca.

Una riforma da riformare, si diceva, ma anche una riforma ancora da attuare soprattutto in quelle parti fondamentali in cui le carenze di programmazione sia a livello nazionale sia a livello locale, con conseguente assenza di un quadro di riferimento delle cose da fare e degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi finanziari disponibili, rendevano e rendono davvero difficile la possibilità di orientamento, di decisioni, di scelte di priorità e, quindi, l'agire nel senso delle realizzazioni.

In carenza del Piano sanitario nazionale gli organi centrali avrebbero potuto formulare indirizzi organici che servissero ad orientare l'attuazione della riforma, stabilire qualche parametro generale di riferimento, definire con più precisione quanto si poteva assicurare in termini di prevenzione, cura e riabilitazione, dando così certezza al cittadino di quanto avrebbe potuto ricevere dal sistema sanitario.

Pure, in carenza del Piano sanitario nazionale ed anche dei riferimenti suddetti, diverse Regioni si sono attivate per predisporre i piani regionali; talune li hanno già definiti, altri li hanno in corso di approntamento, e la Sardegna si appresta, con il dibattito odierno, alla definitiva approvazione del suo Piano sanitario.

Non v'è dubbio che oggi noi colmeremo un vuoto e che la mancanza di un chiaro quadro di riferimento e di linee certe ha influito negativamente sull'attività delle Unità sanitarie locali le quali hanno finito per diventare il punto in cui confluiscono tutti i malcontenti, le critiche, le tensioni prodotte da una situazione sanitaria che davvero non è soddisfacente. Lasciamo stare la polemica sulla preparazione o impreparazione degli amministratori delle UU. SS.LL., perché quanto meno ad essi va riconosciuto l'impegno posto per l'avvio della riforma, in condizioni oggettive di straordinaria difficoltà. Questo va detto se non altro per non generalizzare sul fatto che coloro che sono stati chiamati ad amministrare le UU.SS.LL. facciano parte soltanto di una schiera di malcontenti per mancati successi in altri settori.

Il problema dell'efficienza va visto, caso mai, nella logica di una modifica dell'assemblea e dei suoi poteri, del comitato di gestione e delle sue competenze e dunque nel contesto della riforma delle Unità sanitarie locali. Mi pare avvertita l'esigenza di assemblee numericamente più ristrette che pur essendo rappresentative delle comunità di base abbiano rapporti più stretti con gli enti locali così da armonizzare le esigenze del Comune con quelle più vaste della Unità locale in cui la politica sanitaria si sviluppa. Alle assemblee vanno attribuiti poteri generali di indirizzo, di approvazione di programmi e bilanci, lasciando all'organo di gestione la più ampia capacità di decisione in modo che tutti i problemi amministrativi e organizzativi vengano affrontati con adeguata rapidità di intervento, e, a sua volta, il comitato di gestione deve formulare le decisioni consentendo la partecipazione attiva, nella formazione di queste, dei responsabili dei servizi e delle strutture che fanno capo alla U.S.L., affidandone poi l'attuazione ai tecnici e agli operatori, vale a dire all'ufficio di direzione, con il dovuto spazio alla loro autonomia e professionalità, che vanno rispettate e valorizzate.

Forse questa potrebbe essere una risposta, coerente con la riforma, alla ipotesi di uno scorporo delle UU.SS.LL. dagli ospedali, sostenuta come attuazione di funzionalità e di efficienza.

Ora, se il concetto base sul quale si impernia la riforma, è che per rispondere globalmente ai bisogni dell'individuo ci debbono essere unicità di indirizzo e collegamento nelle attività di tutela della salute dal momento preventivo a quello riabilitativo, non si riesce a capire quale sarebbe la logica secondo la quale rendendo autonomi dalle UU.SS.LL. gli ospedali il servizio dovrebbe funzionare meglio.

Io credo che, articolando l'attività dei comitati di gestione, affidando ai responsabili sanitari e ai tecnici la funzionalità del servizio, si possano dare risposte corrette anche a queste esigenze. Il nodo fondamentale da sciogliere non è dunque, come sento troppo spesso, quello di integrare competenze tecniche e professionali nelle sedi di competenza politica, quanto, piuttosto, quello di distinguere in maniera più netta e più chiara le competenze degli amministratori politici da quelle dei tecnici operatori sanitari.

Concludo con una considerazione su un altro aspetto della riforma che riteniamo fondamentale e che dunque deve essere oggetto di un confronto e di un chiarimento tra le forze politiche, ossia il rapporto tra il pubblico e il privato. Noi crediamo che sia ormai acquisito nella cultura sanitaria di tutti il ruolo prioritario del servizio pubblico da cui deriva l'esigenza di potenziamento quantitativo e qualitativo delle strutture, dei presidi e dei servizi. In questo senso lo Stato, le Regioni, le UU.SS.LL. debbono operare con impegno per rispondere compiutamente alla domanda di servizi che deriva dall'esercizio del diritto alla salute, ma con altrettanta chiarezza vogliamo rimarcare quanto uno spazio giusto di confronto, di integrazione non residuale per l'area privata e per il settore dei convenzionamenti, sia connaturale al pluralismo che caratterizza la nostra società democratica. Un giusto spazio può costituire un momento di confronto utile per la migliore qualità delle prestazioni da erogare alla collettività. Complementarietà tra strutture pubbliche e private, rispetto per quanto è possibile per la libera scelta dell'utente, qualificazione massima delle prestazioni erogate, sono questi gli indirizzi che riteniamo giusti e utili per i cittadini.

Questo è il nostro pensiero che si ispira ai principi del solidarismo sociale e che riconferma, nella nostra concezione della vita, sempre la centralità dell'essere umano.

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

DADEA (P.C.I.). Signor Presidente, onorevoli colleghi, mi pare superfluo sottolineare l'estrema attualità del dibattito che oggi si è aperto in Consiglio regionale sul primo Piano sanitario regionale. Basta scorrere i giornali per rendersi conto di come i problemi della sanità, delle Unità sanitarie locali siano drammaticamente posti all'attenzione dell'opinione pubblica, ma direi che anche la discussione sul primo Piano sanitario regionale cade in un frangente particolarmente delicato e al contempo decisivo per le sorti della riforma sanitaria e per la sua piena applicazione.

Noi riteniamo che con l'approvazione del primo Piano sanitario regionale si possa dichiarare chiusa una fase significativa della tormentata storia dell'applicazione della 833 in Sardegna, quella cioè della conquista formale della riforma sanitaria e dichiararne aperta una nuova, più esaltante, cioè la conquista sostanziale dei suoi contenuti di trasformazione. Il Piano sanitario regionale può essere lo strumento per avviare questa seconda fase, non ci nascondiamo però che il contesto in cui avviene la discussione sul Piano sanitario non è dei più adatti. Alle sempre più ricorrenti accuse che tendono ad individuare nel servizio sanitario nazionale la causa del dilagare della spesa pubblica, alla sempre più virulenta campagna - e sono di oggi i resoconti del convegno della UIL sulla riforma sanitaria - tendente a criminalizzare indistintamente le Unità sanitarie locali ed i suoi amministratori, additati sempre più quali fonti di sprechi e parassitismi oltreché di corruzione e di malaffare, oggi si aggiungono dei tentativi ben più subdoli e pericolosi: determinate forze politiche, che pure si erano identificate nella legge di riforma sanitaria e che anzi si erano battute con coraggio e lealtà per la sua approvazione, oggi sbandano, tentennano, facendosi portatrici di iniziative che nel

concreto tendono a stravolgere e a snaturare la 833. Tra queste iniziative non possiamo non annoverare il disegno di legge, presentato nel novembre dello scorso anno dal Governo, sul riordino dell'assetto istituzionale delle Unità sanitarie locali. Ciò che ci preoccupa, al di là del merito del provvedimento, è che quello che prima era un provvedimento di una parte politica oggi sia stato fatto proprio dall'intera compagine governativa. Diciamo subito che il disegno di legge Degan è inaccettabile sul piano del merito e lo è ancora di più sul piano del metodo seguito. Esso fa discendere la responsabilità dei ritardi, delle insufficienze manifestatesi nel dispiegarsi del processo riformatore, da una sorta di peccato originale insito nell'assetto istituzionale previsto dalla 833, sorvolando a piè pari e subdolamente sulle gravi inadempienze che ne hanno punteggiato la sua applicazione. Conseguente alla premessa da cui trae origine, il progetto Degan ipotizza di poter emendare la 833 del suo peccato originale attraverso un intervento di ingegneria istituzionale che prevede la trasformazione delle Unità sanitarie locali da strumento operativo dei Comuni in una sorta di azienda municipalizzata, per cui l'esigenza, questa sì, largamente diffusa, di assicurare efficienza e produttività alle Unità sanitarie locali si materializza nell'azienda municipalizzata confondendo maldestramente la necessità di introdurre i criteri organizzativi e gestionali di tipo aziendale, quali il rapporto costi-benefici, la politica di *budget*, la valorizzazione dell'autonomia dei tecnici, con lo stravolgimento dell'assetto istituzionale. L'azienda ha la sua ragion d'essere se c'è un regime di mercato, ma questo non è il caso dell'assistenza sanitaria, che si esplica attraverso il servizio sanitario nazionale, che è un servizio pubblico. A meno che non si voglia tornare indietro di decenni, cancellare anni e anni di lotta, fra cui tre scioperi generali, e cioè ipotizzare il ritorno alla privatizzazione della sanità. Creare l'azienda municipalizzata significa divaricare ulteriormente lo strumento gestionale della sanità dai soggetti istituzionali primari, cioè i comuni, proprio oggi che si pone con forza l'esigenza di una maggiore responsabilizzazione dei comuni stessi; significa accentuare

ancora di più le distanze che separano i cittadini e gli utenti dallo strumento di gestione vanificando la partecipazione democratica, che è garanzia di efficacia delle prestazioni e di qualità dei servizi. Ma io penso che una critica di fondo alla trasformazione delle Unità sanitarie locali in aziende debba essere soprattutto ricercata nella considerazione che la sanità, soprattutto nel suo aspetto preventivo, non può essere separata dall'intervento sul territorio, sull'ambiente, sulle condizioni sociali e di vita dei cittadini. Questo pone la necessità di una stretta integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali; si pensi al problema delle tossicodipendenze, ai servizi psichiatrici alternativi, a quelli per gli anziani e gli handicappati. L'azienda significa creare una anacronistica divaricazione tra sociale e sanitario impedendo di fatto l'unitarietà degli interventi nel territorio.

Oltre che sul piano del merito il progetto Degan è inaccettabile sul piano del metodo. Si procede, infatti, a significative modificazioni dell'assetto istituzionale prima ancora che si concretizzi la riforma delle autonomie locali, attualmente in discussione al Senato. E' questa una prassi subdola e mistificante, perché attribuisce ai contenuti di una legge, che non si attua o che si attua solo parzialmente, le responsabilità dei ritardi, delle insufficienze che sono proprie, non della legge, ma di chi ha il compito primario di applicarla nella sua interezza e non lo fa. E' questa — ripeto — una prassi subdola, mistificante, e purtroppo ricorrente che viene attivata soprattutto nei confronti di riforme largamente innovatrici, che intaccano interessi consolidati. E' il caso della 833, ma è anche il caso della legge 180 sulla riforma della psichiatria, la quale, applicata solo nella sua parte più eclatante, la chiusura dei manicomi, viene largamente disattesa in uno dei punti decisivi, ossia quello della creazione di strutture alternative all'ospedale psichiatrico, per cui le responsabilità dei ritardi e delle insufficienze, nel settore psichiatrico non sono da attribuirsi alle velleità, alle utopie della legge 180, bensì alle gravi responsabilità di quanti, a tutti i livelli, sono chiamati ad applicarla ed attuarla nella sua interezza e non lo fanno. Direi

IX LEGISLATURA

XXXIV SEDUTA

20 MARZO 1985

che lo stesso avviene per altre leggi, estremamente importanti, per esempio per la stessa legge 194 sull'interruzione volontaria della gravidanza. La nostra realtà del resto è costellata di riforme dimezzate, ed è quanto sta avvenendo ai danni della legge di riforma sanitaria, dove più macroscopiche sono le inadempienze del governo nazionale, ma anche i ritardi dei governi regionali e delle stesse UU.SS.LL.. Su tutte, due sono le inadempienze che maggiormente pesano sul dispiegarsi del processo riformatore: la mancanza di un disegno programmatico e di una politica finanziaria certa e ad esso finalizzata. Un disegno programmatico che avrebbe dovuto concretizzarsi nel Piano sanitario nazionale, e avviare quell'indilazionabile processo di ristrutturazione e di riqualificazione della sanità. Un Piano sanitario nazionale che avrebbe dovuto indicare gli obiettivi fondamentali della pianificazione, i livelli di assistenza da assicurare a tutti i cittadini, gli *standard* fondamentali relativi al personale, ai servizi, agli ospedali, e la distribuzione equa delle risorse. A tutt'oggi il Piano sanitario nazionale, che doveva essere varato fin dal 1979, rimane una chimera. Non solo: il Governo attraverso la legge finanziaria dell'84 e dell'85, ha preferito delegificare il Piano sanitario nazionale, sottraendolo così alla competenza del Parlamento ed eludendo i nodi fondamentali di una politica di programmazione quali gli *standard* del personale, una concreta qualificazione dei servizi e delle strutture ospedaliere e la riconversione di quelle inutili ed inefficienti.

Noi pensiamo che tutto questo però non avvenga per caso; il Piano sanitario nazionale significa un colpo durissimo a quel sistema di clientele che è prosperato in tutti questi anni in mancanza dello strumento programmatico; che è prosperato sulla commistione tra pubblico e privato, in mancanza di regole precise, sulla incompatibilità tra lavoro nelle strutture pubbliche ed in quelle private. E a questo proposito basti pensare che abbiamo già, in Italia, un medico ogni 200 abitanti e che sono circa 160.000 gli studenti di medicina, ma ben 50.000 i giovani medici disoccupati o sotto occupati. Mentre dall'altro lato vi sono medici che hanno

due o più incarichi, due o più lavori nel pubblico o nel privato, e che basterebbe una regolamentazione precisa delle incompatibilità per dare lavoro ad almeno 15.000 giovani medici. Ecco, quindi, supporto necessario al Piano sanitario nazionale doveva essere una politica finanziaria certa e ad esso finalizzata.

La 833, a questo proposito, aveva introdotto una importante innovazione rispetto al passato: la spesa sanitaria, cioè, doveva essere determinata, sulla base dei fabbisogni contenuti all'interno del Piano sanitario nazionale. Doveva essere determinata sulla base del bilancio pluriennale dello Stato e della stessa legge finanziaria. Tutto questo è stato finora disatteso, ad eccezione della legge finanziaria. La spesa sanitaria è stata sistematicamente e volutamente sottostimata con la conseguenza che, ogni anno, vi è stato un adeguamento successivo. A questo bisogna aggiungere che l'entità del fondo sanitario nazionale viene ripartita sulla base di criteri iniqui e di parametri inaccettabili, e cioè l'80 per cento sul parametro della spesa storica e solo il 20 per cento sul parametro popolazione. Tutto questo determina delle conseguenze che penalizzano soprattutto quelle regioni, e tra queste la Sardegna, che risultano storicamente carenti di strutture e di servizi, perpetra squilibri e sperequazioni, premiando chi già ha a danno di chi non ha mai avuto. Così come non è vero che con la riforma la spesa sanitaria si sia dilatata rispetto a prima. Noi siamo profondamente contrari a quanto è emerso, e che viene riportato oggi dalla stampa, al convegno della UIL dove è stato detto che la spesa sanitaria sia addirittura triplicata rispetto a prima della riforma. Se noi esaminiamo i dati del 1983, possiamo vedere che la spesa sanitaria rappresenta l'11,5 per cento dell'intera spesa pubblica, ma anche nel 1960 essa rappresentava l'11,5 per cento dell'intera spesa pubblica; oppure, l'incidenza della spesa sanitaria sul prodotto interno lordo, sempre nell'83, è stata del 5,9 per cento e nel 1975, cioè prima della riforma sanitaria, del 5,5 per cento. Non solo, ma se noi raffrontassimo le quote di prodotto interno lordo destinate alla sanità nel nostro Paese, rispetto alle quote che altri Paesi euro-

IX LEGISLATURA

XXXIV SEDUTA

20 MARZO 1985

pei destinano alla sanità, noteremmo che esse sono ben più basse rispetto a quelle di Paesi quali l'Irlanda, l'Olanda, la stessa Francia e la Germania.

Questi dati, quindi, confermano che il problema non consiste in una eccessiva spesa sanitaria che bisogna ridurre, ciò che annualmente il Governo insiste nel voler fare, bensì nel razionalizzare la spesa e qualificarla in senso positivo. Quindi, a nostro avviso, non esiste quella sorta di peccato originale che inficierebbe la validità della 833, manca solo la volontà politica di attuare la legge nella sua interezza.

ROJCH (D.C.). A tutti i livelli, onorevole Dadea, non possiamo scaricare solo sul Governo o sull'Assessore regionale.

DADEA (P.C.I.). Le responsabilità sono direttamente proporzionali.

ROJCH (D.C.). Sono proporzionali a tutto ciò che gestisce una U.S.L., a ciò che gestisce l'Assessore, e a ciò che gestisce il Governo, perché altrimenti si gioca allo scarica barile: la Regione scarica sul Governo, la U.S.L. sull'Assessore, i cittadini sulla U.S.L..

DADEA (P.C.I.). Penso che arriveremo anche alle responsabilità delle giunte che si sono succedute sino ad oggi.

MURRU (M.S.I.-D.N.). Sarebbe meglio scaricare tutto a mare!

DADEA (P.C.I.). E' questo il difficile contesto in cui avviene la discussione sul primo Piano sanitario regionale. Sarebbe laborioso ripercorrere il travagliato *iter* così come ricordare le vicissitudini politiche che hanno fatto sì che la proposta di piano sanitario regionale, predisposta sin dal 1981, sia approdata in Consiglio regionale per la sua approvazione ben quattro anni dopo. In risposta alla sua osservazione, onorevole Rojch, non secondaria appare la considerazione che differente è stata la volontà politica di quanti in questi anni si sono succeduti nella gravosa responsabilità della gestione della sanità

in Sardegna, per cui se la tenacia e la dedizione dell'Assessore alla sanità della precedente Giunta laica e di sinistra ha potuto far recuperare i gravi ritardi accumulatisi nell'attuazione della riforma, allo stesso modo il colpevole immobilismo di altri ha vanificato due anni preziosi e decisivi per il decollo della sanità in Sardegna. Tutto questo non è solo esemplificativo della diversa volontà politica nel portare avanti il processo riformatore ma è espressione delle comprensibili resistenze che suscita in alcune forze politiche e in ben individuati gruppi di potere l'adozione di strumenti programmatori. Il Gruppo comunista si è adoperato perché sia in Giunta che in Commissione il Piano sanitario regionale venisse approvato senza che fossero introdotte modifiche rispetto al testo approvato dalla nona Commissione nella precedente legislatura e che aveva visto significative convergenze. Questo non perché ci riconosciamo interamente in questo progetto di piano sanitario, anzi ne cogliamo limiti e insufficienze, alcune anche gravi, ma perché l'eventuale rielaborazione della proposta di piano avrebbe comportato la riapertura di un defatigante contenzioso tra le forze politiche con l'inevitabile conseguenza di ritardare ulteriormente il varo del primo Piano sanitario regionale, perpetuando così quella lunga fase di intervento a ruota libera che ha caratterizzato l'attività di non lontane Giunte regionali e di non poche unità sanitarie locali. E questo è anche il motivo per cui siamo contrari alla presentazione di emendamenti in Consiglio regionale, perché questo darebbe la stura a tutta una serie di emendamenti, a rincorse di tipo personalistico che potrebbero snaturare i principi fondamentali del Piano e allo stesso tempo ritardare ulteriormente la sua applicazione. Il Piano sanitario regionale infatti vincola agli obiettivi in esso contenuti la spesa e delimita la discrezionalità, impedisce che si favoriscano interessi che non coincidono con la sanità pubblica, impedisce le pratiche clientelari che sino ad oggi hanno prosperato in assenza di vincoli programmatori. Il Piano sanitario regionale impedisce anche il perpetuarsi di alcune situazioni di intollerabile commistione tra pubblico e privato e riduce le possibilità

di inutili e costose duplicazioni; ma esso rappresenta anche un indispensabile strumento di programmazione a cui le Unità sanitarie locali devono ancorare e uniformare le scelte di sviluppo dei servizi socio-sanitari nel proprio territorio impegnandole alla predisposizione entro 180 giorni dall'entrata in vigore del Piano, di piani territoriali di attuazione realizzando così nel contempo il duplice obiettivo di una piena responsabilizzazione delle Unità sanitarie locali o del loro compiuto coinvolgimento nel processo programmatico. L'approvazione del Piano, però, coincide con una delicata fase di transizione nel tormentato *iter* dell'attuazione della riforma sanitaria in Sardegna. Una fase di transizione nella quale pesano ancora i condizionamenti del vecchio, le mutue e gli enti ospedalieri, e il nuovo stenta a nascere e ad affermarsi; incide ancora pesantemente un'organizzazione ospedalocentrica che vede nell'ospedale il fulcro ma anche le leve dell'organizzazione sanitaria. Una logica all'interno della quale l'ospedale a torto o a ragione continua a svolgere una funzione onnicomprensiva supplendo alle carenze di adeguati servizi filtro nel territorio ma allo stesso tempo impedendo una concreta territorializzazione degli stessi. Da qui quindi, la necessità di spezzare questa logica perversa puntando con decisione alla creazione di servizi decentrati nel territorio, i distretti sanitari di base, e restituendo così nel contempo l'ospedale a quella che è la sua funzione primaria di presidio con finalità e diagnosi di livello superiore.

E' in questa delicata fase di transizione, quindi, che si colloca la discussione sul primo Piano sanitario regionale che può e deve essere lo strumento per avviare quella seconda fase che abbiamo chiamato della conquista sostanziale dei contenuti di trasformazione presenti all'interno della legge di riforma, una fase nella quale attuare un uniforme riequilibrio dei servizi nel territorio, nella quale attuare una politica sanitaria che nel concreto privilegi l'aspetto preventivo rispetto a quello meramente curativo, nella quale attuare una razionalizzazione e qualificazione in senso produttivo della spesa sanitaria, e nella quale attuare infine una solida inte-

grazione dei servizi sanitari con quelli sociali. Ma il Piano sanitario regionale una volta approvato e reso operante porrà problemi e compiti nuovi alla Regione, alle Unità sanitarie locali, agli stessi operatori sanitari. Alla Regione porrà compiti decisivi di coordinamento, di controllo, ma anche di stimolo e di propulsione nei confronti dei soggetti istituzionali destinatari del Piano stesso. Alle Unità sanitarie locali porrà compiti decisivi nella gestione e nella realizzazione concreta degli indirizzi del Piano, capaci di esaltarne le potenzialità di governo autonomo del territorio. Non possiamo però nasconderci a questo riguardo qualche timore e non poche perplessità. Le UU.SS.LL. in questi anni non sempre si sono dimostrate all'altezza dei compiti e dei problemi con cui sono state chiamate a misurarsi denunciando in molti casi scarsa efficienza ed eccessiva burocratizzazione, infatti solo poche unità hanno attuato i progetti-obiettivo (tutela della maternità e dell'infanzia, assistenza agli anziani, prevenzione delle malattie professionali) che potevano essere realizzati indipendentemente dall'approvazione del Piano sanitario regionale essendo, tanto più, interamente finanziati. Altrettanto poche sono state le UU.SS.LL. che hanno provveduto all'individuazione dei distretti sanitari di base.

Queste considerazioni ci devono spingere ad una riflessione attenta e spregiudicata, non emotiva né umorale sull'esperienza maturata in questi tre anni di applicazione della riforma sanitaria. Una verifica puntuale che serva ad evidenziare gli innegabili risultati raggiunti ma anche le difficoltà e i limiti che il dispiegarsi del processo riformatore ha incontrato. Noi comunisti non abbiamo mai considerato la 833 un tabù intoccabile, né abbiamo mai identificato il processo riformatore con la legge stessa. Un processo riformatore che è fatto di gestione, di amministrazione, di opzioni culturali diverse e di esperienze concrete. La legge rappresenta un momento importante, significativo, decisivo di questo processo ma certo non lo esaurisce. Questo non significa accettazione del metodo seguito dal Governo che col proprio disegno di legge ha operato una vera e propria mutazione genetica nella 833 stravolgendone i principi

ispiratori. Diciamo subito che la legge di riforma sanitaria rimane valida nei suoi principi di fondo e nello stesso impianto istituzionale, anche se può essere riportata e migliorata in quegli aspetti che, sulla base dell'esperienza maturata, si sono dimostrati carenti e quindi emendabili. Negli ultimi anni abbiamo sempre combattuto la martellante campagna denigratoria indiscriminata nei confronti delle Unità sanitarie locali. A questo riguardo ci sono numerose e rilevanti prove di buona amministrazione, di competenza e di dedizione verso la sanità pubblica. Questo, però, non può sottrarci ad un esame attento senza pregiudizi sul grado di operatività espresso dagli organi istituzionali delle Unità sanitarie locali, così come li ha individuati la legge regionale numero 13, istitutiva delle Unità sanitarie locali in Sardegna.

Consapevoli come siamo che l'operatività e la funzionalità degli organi di gestione non può non riflettersi sulla qualità delle prestazioni e sull'efficienza dei servizi non ci sottraiamo ad esaminare questo aspetto iniziando da quelli che sono i soggetti istituzionali. I comuni: non si può non rilevare la graduale perdita di quella titolarità di poteri, di quel ruolo centrale che sia pure in modo ambiguo la 833 loro assegnava, questo come conseguenza di una certa prassi instaurata in questi anni dal Governo e dalla stessa Regione che ha teso a autonomizzare le Unità sanitarie locali esautorando di fatto i comuni dalle loro prerogative, ma anche perché gli stessi comuni hanno preferito deresponsabilizzarsi delegando volentieri le competenze e le funzioni loro assegnate in materia di sanità pubblica alle Unità sanitarie locali.

Le assemblee generali delle Unità sanitarie locali: a questo proposito è stato più volte rilevato che sono pletoriche e che questo fatto si ripercuote sul loro funzionamento con frequenti difficoltà persino nel raggiungimento del numero legale necessario per la loro stessa convocazione. In rari casi hanno assunto quel ruolo fondamentale di indirizzo, di elaborazione politica e programmatica delle attività delle Unità sanitarie, scadendo a volte ad un ruolo episodico e marginale di mera ratifica delle decisioni prese dal Comitato di gestione. Lo stesso Comitato di

gestione da organismo esecutivo degli indirizzi programmatici che dovevano essere elaborati dall'assemblea ha via via assunto compiti e funzioni onnicomprensive, esautorando di fatto l'assemblea e lo stesso ufficio di direzione. Le attribuzioni di delega al suo interno hanno creato veri e propri assessorati, vanificando il principio della collegialità che doveva uniformare la sua operatività. La contestuale presenza al suo interno della maggioranza e della minoranza, che voleva essere una garanzia di tutela e di coinvolgimento di quest'ultima, si è dimostrata velleitaria vanificando il ruolo di controllo e di denuncia proprio delle minoranze, in quanto direttamente coinvolte nella gestione. Mentre la mancanza di una maggioranza politico-programmatica espressione dei rapporti di forza presenti nell'assemblea ha sortito il risultato di diluire le responsabilità politiche rendendo problematiche la valutazione ed il giudizio degli elettori sull'operato degli amministratori.

Lo stesso Ufficio di direzione che doveva assicurare il funzionamento, l'organizzazione e il coordinamento dei servizi in aderenza agli obiettivi politico-programmatici fissati dall'assemblea, è rimasto il più delle volte schiacciato dall'invadenza del comitato di gestione, denunciando nel contempo in alcuni casi gravi carenze di professionalità e di competenza.

Per l'Ufficio di direzione si rende ormai necessario assicurare una maggiore responsabilità e autonomia decisionale, introducendo però il principio della nomina e della revoca dell'incarico e del contratto a termine per i coordinatori e i capi servizio.

Se questo è quindi il grado di funzionalità e di operatività che oggi esprimono gli organi istituzionali delle UU.SS.LL., quali possono essere le linee di intervento? Non può essere, l'abbiamo detto, la via seguita dal Governo, dal momento che riconosciamo la piena validità dell'assetto istituzionale e dei principi ispiratori della 833. Alcuni aggiustamenti però volti a migliorare la funzionalità e l'operatività delle Unità sanitarie, possono essere introdotti nella legge regionale numero 13, individuando con chiarezza compiti, funzioni e responsabilità dei tre livelli attraverso cui si artico-

la il momento gestionale delle Unità, cioè l'assemblea, il comitato di gestione e l'ufficio di direzione, ribadendo però che la ridefinizione dei diversi ambiti istituzionali non può che avvenire all'interno del disegno di riforma delle autonomie locali.

Così come diventa ormai ineludibile, all'interno del più vasto dibattito sul progetto di riforma della Regione e del nuovo assetto istituzionale che lo sottenda, il problema delle Unità sanitarie locali e con esso la riforma dell'assistenza che dovrebbe determinare la creazione delle Unità socio-Sanitarie locali.

L'ipotesi di una esemplificazione istituzionale che si determinerebbe con la creazione dell'ente intermedio pone notevoli e complessi problemi per quanto riguarda l'eventuale collocazione delle Unità sanitarie locali nell'ambito del nuovo impianto istituzionale. Io non voglio anticipare i temi di un dibattito ormai diventato di estrema attualità, ma quale dovrà essere il rapporto fra ente intermedio e Unità sanitaria locale? Si dovrà attendere a far coincidere il numero delle UU.SS.LL. con quello degli enti intermedi? Il futuro ente intermedio dovrà essere onnicomprensivo delle funzioni e delle competenze oggi attribuite alle Unità sanitarie locali? Come si può vedere sono problemi estremamente complessi e delicati che necessitano di una riflessione, di un dibattito quanto mai articolato, siamo consapevoli però che il grado di maturazione di questi problemi è tale da non poter essere ulteriormente elusi.

Sono queste le scommesse, le sfide che stanno di fronte a tutti noi. Spetta al Consiglio regionale raccoglierle e farle proprie, trasformandole in elementi di un ricco ed articolato dibattito che deve vedere coinvolte tutte le istanze attraverso cui si articola il variegato universo della sanità, dalle Unità sanitarie locali agli operatori socio-sanitari, alle forze sociali, sindacali e culturali, consapevoli che su questo terreno di civiltà e di progresso si giocano molte delle possibilità di crescita e di sviluppo della nostra isola.

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

TARQUINI (P.R.I.). Signor Presidente, onorevoli colleghi, veramente io pensavo di dover intervenire nella discussione domani, evidentemente l'organizzazione dei lavori consiliari ha portato ad anticipare il mio intervento che, pertanto, non ho avuto modo di preparare adeguatamente.

Mi affiderò perciò all'esperienza, vi prego solo di non vedere in me il professore universitario che vuol tenere una lezione *ex cathedra*, ma di considerare ciò che dirò come frutto di una vita professionale vissuta in ospedale. E degli ospedali conosco da lunga data pregi e difetti, soprattutto difetti che in passato si è cercato di correggere volta per volta con nuove leggi, che purtroppo hanno portato ad un progressivo deterioramento dell'assistenza sanitaria nonostante l'impegno di chi vi opera e dei denari pubblici profusi e sottratti ad altre attività produttive.

Mi fa piacere, che sia presente l'ex assessore alla sanità Asara perchè debbo riconoscerli il merito di aver compiuto un atto piuttosto insolito nell'ambiente politico, vale a dire l'aver creato una commissione di esperti. L'assessore Mastropaolo lo ha poi seguito, su questa strada creando un'altra Commissione di esperti per il nuovo Piano sanitario regionale variegata dal punto di vista politico e vorrei dire anche abbastanza qualificata, se non mi trattenesse il fatto di aver fatto parte di questa stessa commissione. Comunque tra i suoi componenti vi erano il Rettore della nostra Università, uno studioso di problemi sanitari del calibro di Severino Delogu, un medico del lavoro, un cardiologo insigne, e un neurologo, la cui qualificazione professionale direi che fosse indubbia. Ebbene, dopo un lungo *iter* si è arrivati a varare il Piano sanitario regionale in un modo direi altrettanto insolito nell'ambiente politico ossia all'unanimità. Fatto direi illuminante, fenomeno che io personalmente vorrei riproposto molto spesso nell'ambito dei nostri lavori consiliari. Sembrava, dunque, che la Giunta recepisce, come era prassi, questo Piano così com'era, e lo passasse alla Commissione, però malauguratamente si era sotto le elezioni, e voi che più di me avete esperienza di mi-

lizia politica sapete che la lente deformante delle elezioni può indurre a prendere delle decisioni operative che poco hanno a che fare con l'efficienza e con la funzionalità. Per cui, in nome della fretta, il grido era "approviamo il Piano sanitario regionale perché siamo alle soglie delle elezioni e il popolo sardo aspetta". Questo pazientissimo popolo sardo che dopo aver atteso per anni che con questo Piano sanitario si rimediasse alle enormi pecche della sanità improvvisamente sembrava essere impaziente, talmente impaziente da renderne necessaria l'approvazione in tempi brevissimi. Di conseguenza, in questo treno in corsa che si avviava verso le elezioni, selvaggiamente — scusate, ma è il termine più appropriato — si sono aggiunti dei ritardatari i quali, estraendo dalla propria tasca dei bigliettini e dicendo "inserisci questo, modifica quest'altro, dammi 20 letti qui, toglie 15 di là" hanno fatto sì che venissero assunte delle decisioni, che io non sto ad elencare, e che comunque hanno stravolto profondamente il Piano nella concezione originaria degli esperti. Non che fosse perfetto, tutt'altro, era ed è ampiamente perfezionabile, ma direi che era nato alla luce della efficienza, del buon senso, e anche, permettetemi di dirlo, della onestà, ma altrettanto non mi sento di dire delle modifiche che sono state apportate in Giunta, frettolosamente ratificate dalla IX Commissione, sempre in virtù della fretta perché "il Piano deve andare in Consiglio".

Però anche in Consiglio c'è fretta, pertanto fretta chiama fretta, bisogna definire e qual è il modo migliore se non "approviamo questo Piano così come è tanto il prossimo è già stato impostato, la Commissione è già stata nominata e sicuramente rimedierà alle storture di questo"? E no, non credo che le cose debbano essere impostate in questi termini perché, se noi licenziamo in questo modo il Piano sanitario diamo la possibilità a quelle "satrapie" che ormai sono le Unità sanitarie locali di trovare una giustificazione per prendere tutte le decisioni spesso aberranti, che soddisfino i loro interessi. Quanto, poi alla rapidità di messa a punto del nuovo Piano sanitario, non è questione di mesi, sarà inevitabilmente questione di anni, come l'espe-

rienza dimostra. Ebbene, una volta che sia stata perpetrata — questo è il verbo che bisogna usare — una decisione aberrante, questa rimarrà, perché scazarla poi sarà estremamente difficile.

Io che mi ritengo, penso anche a buon diritto, uno dei padri del Piano sanitario regionale, ho visto questa creatura crescere stortignaccolata...

PRESIDENTE. Chiedo scusa, onorevole Tarquini, vorrei invitare i colleghi a prendere posto e a mantenere il silenzio.

TARQUINI (P.R.I.). Dicevo, questa nostra creatura è cresciuta stortignaccola ed anche malignazza, per usare un termine giornalistico, pertanto non mi sta bene, non come politico ma — se mi passate questa qualifica — come esperto in materia sanitaria e soprattutto ospedaliera, che sulla scia della solita fretta perché vi sono dei provvedimenti che indubbiamente urgono e bisogna mandare avanti con estrema prontezza, si faccia di ogni erba un fascio e vengano mimetizzate nel fascio delle cose buone da fare anche quelle cose, e non sono poche, che da fare non sono assolutamente.

Voi tutti sapete che una giornata di degenza ospedaliera costa ormai circa 250 mila lire; è una cifra enorme, ebbene, in media — ma questa media tende sempre a peggiorare — un paziente prima di essere operato è costretto ad attendere 10, 12 giorni, vale a dire si spreca no circa 3 milioni per ogni paziente. Questo perché? Perché nonostante i posti letto disponibili in Sardegna siano già ampiamente sufficienti, forse mal distribuiti, magari male utilizzati, ma comunque sufficienti si tende ugualmente ad incrementarli per motivi che direi con la politica sanitaria non hanno niente a che fare (e penso che li conosciate tutti) mentre sarebbe necessario potenziare gli ambulatori, le strutture nelle quali effettuare la maggior parte degli esami che attualmente vengono fatti in regime di ricovero, e che determinano un allungamento dei tempi con enorme spreco di danaro.

Si dice che per la sanità si spende troppo: non è vero, spendiamo molto meno in Italia di quanto non si spenda in Germania, per esempio,

o negli Stati Uniti. Il fatto è che quel poco che abbiamo lo spendiamo male, estremamente male, pertanto la funzionalità e l'efficienza delle nostre strutture va sempre peggiorando.

Mi dispiace abusare della vostra pazienza e della vostra attenzione, però debbo annunciare che noi repubblicani presenteremo degli emendamenti per cercare di rimediare a ciò che di quanto è stato fatto non ci convince, sia in Giunta che in Commissione. Io a dire il vero avevo proposto un'altra soluzione che mi sembrava estremamente logica e cioè approvare il Piano sanitario così come era stato messo a punto dalla commissione, visto che si trattava di una commissione composta da esperti — sulla cui qualifica penso che non ci siano dubbi — e diversificata dal punto di vista politico. Il Piano sanitario regionale era in origine direi abbastanza equilibrato, perfettibile ma equilibrato, non ancora inquinato — perdonatemi il termine, non vi sembri forte — da quegli "assalti alla diligenza" all'ultimo momento. Mi sembrava una proposta lineare accettabile, ma è stato obiettato che "in definitiva il nuovo Piano è frutto di un accordo a livello di Giunta". Io sono in questo consesso da poco tempo, contrariamente alla maggior parte di voi, e forse per questo motivo non comprendo questo tipo di discorso, ma mi rendo conto di come certi accordi possano maturare a detrimento (il compromesso va sempre a detrimento della funzionalità) del Piano sanitario. Io mi ero permesso di suggerire questa via e tuttora la ripropongo come la via più logica; comunque, in via subordinata, presenteremo degli emendamenti.

Vorrei in conclusione del mio intervento, raccontarvi un episodio che mi ha procurato molta amarezza: in una delle periodiche riunioni che tengo con i miei collaboratori, diversi di loro mi hanno chiesto di passare a tempo definito. Io ovviamente ho colto in questo una certa insoddisfazione. Vedevo, tra l'altro, che molti di loro avevano perso un pochino di smalto e l'ho fatto fraternamente notare. La risposta che mi è stata data ve la ripeto pari pari: "Professore, noi prima lavoravamo con passione perché avevamo una prospettiva, ma

adesso che è sufficiente una piccola delibera di Giunta per sistemare senza concorso una persona in un posto al quale potevamo aspirare anche noi, per sigillare i posti futuri, per cosa dobbiamo lavorare? Per lo stipendio che percepiamo che è pari forse a un terzo di quello di un metalmeccanico? Prima avevamo uno scopo; adesso non lo abbiamo più". Io invito voi, cari colleghi, a meditare su fatti come questo che sono quelli che erodono la qualità dell'assistenza e progressivamente, nonostante il migliore dei piani sanitari, ci porteranno ad un livello di guardia estremamente pericoloso. Grazie.

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

FADDA PAOLO (D.C.). Signor Presidente, onorevoli colleghi, la riforma sanitaria è stata in questi ultimi anni al centro delle analisi e delle riflessioni da parte di tutte le forze politiche e sociali. Né poteva essere diversamente in considerazione del fatto che la riforma introdotta dalla legge 833, per le vastissime ripercussioni che ha determinato e determina nella società civile, ha coinvolto le forze politiche, i sindacati e più in generale tutte le componenti più vive del tessuto sociale. Essa riveste inoltre un'importanza fondamentale perché si rivolge e chiama in causa tutti i cittadini, al di là di qualsiasi categoria e provenienza, ed è volta a tutelare un bene fondamentale dell'uomo: la salute, che significa possibilità di vita, di lavoro e di benessere.

La realtà attuale rivela che il processo di attuazione della riforma è lungo, complesso, e teso ad incidere in modo radicale e profondamente innovatore sul preesistente sistema di tutela della salute e che ostacoli le resistenze frapposte da alcune parti, tendono a ritardarne gli effetti o addirittura a vanificarne gli obiettivi. Questi tentativi devono essere contrastati con la massima fermezza che deve poggiare sul concorso convinto e responsabile di tutte le forze politiche che hanno creduto e credono nella necessità di andare avanti sulla via chiaramente tracciata dalla riforma.

Non voglio, con questo, sostenere che la

IX LEGISLATURA

XXXIV SEDUTA

20 MARZO 1985

via della riforma deve essere percorsa fino in fondo, acriticamente, come una sorta di cieca e inerziale ostinazione, ma ritengo che vada intrapresa con coscienza e convinta tenacia, senza scoramenti passionali né euforie momentanee, correggendo i meccanismi attuativi che diano luogo a disfunzioni, verificando attentamente la calibratura dei mezzi in funzione dei risultati, recependo tutti gli apporti tesi alla semplificazione, alla razionalizzazione ed al costante miglioramento del processo attuativo della legge 833. La riforma sanitaria deve essere intesa come strumento della tutela della salute, come momento di esaltazione dell'attività di prevenzione, come correzione della concezione "spedalocentrica" dell'attività sanitaria, come garanzia della gestione democratica e decentrata del complesso dei mezzi di prevenzione, cura e riabilitazione. Non può, quindi, essere tollerato che siano vanificati gli sforzi fin qui compiuti per dare concretezza alla riforma, per consentire alla gente di instaurare un nuovo rapporto con le strutture sanitarie che costituisce l'indispensabile presupposto per un complessivo miglioramento della salute pubblica. Occorre comunque precisare che nella nostra regione, allo stato attuale, non può considerarsi che la riforma sia giunta ad una fase di pieno regime. E' tuttavia certo che il verificarsi del concreto, generale miglioramento della salute dei sardi sarà il risultato che premierà il lavoro graduale di quanti credono nella riforma e si impegnano quotidianamente, ad ogni livello, affinché l'efficacia e l'efficienza della rete dei servizi sia sempre più in grado di soddisfare una corretta domanda sanitaria puntando, nei limiti del possibile, ad esaudire i relativi bisogni, per effetto della più ampia attività di prevenzione da esplicarsi da parte delle Unità sanitarie locali. Si rende quindi indispensabile assumere il metodo della programmazione a base della riforma per il superamento di disfunzioni e squilibri strutturali ed organizzativi e per indicare le linee entro le quali l'intera attività delle UU.SS.LL. deve evolversi operativamente.

Il progetto di piano, all'attenzione del Consiglio regionale, investe, in questa ottica, un'importanza fondamentale pur nell'incomple-

tezza dovuta ad una prima stesura ed applicazione, costituisce senza dubbio un elemento importante di riferimento e di concretezza, perché ha il merito di avviare la programmazione dell'organizzazione sanitaria, chiudendo una lunga fase di interventi disordinati nel settore, sia per quanto riguarda l'utilizzazione ottimale delle strutture socio-sanitarie già esistenti, sia per la realizzazione di nuovi servizi.

Gli obiettivi che la riforma e il piano-sanitario propongono, rivelano una dimensione più ampia e più ricca legata ai problemi emergenti nella realtà attuale della nostra società. Esprimono inoltre una esplicita tendenza al rinnovamento dell'intervento sanitario, spostando l'ottica dell'assistenza e cura della malattia alla tutela e alla conservazione dello stato di salute.

Attraverso i progetti-obiettivo il Piano indica anche alcune scelte di fondo, che, pur rispettando l'uguaglianza delle prestazioni per tutti i cittadini, favoriscano una vita più dignitosa alle persone che maggiormente vivono in situazioni di emarginazione e di disagio sociale ed economico. Questi primi anni di vita della riforma sono stati prevalentemente caratterizzati dalla necessità di mantenere i precedenti livelli assistenziali, sotto la spinta dominante della burocrazia delle ex mutue e degli ospedali, che di fatto sono rimasti la struttura portante del servizio sanitario, e hanno impegnato le scelte decisionali e la gran parte dei finanziamenti delle UU.SS.LL.

Punto qualificante del Piano sanitario è invece, oltre al superamento della settorialità, la pianificazione territoriale dei servizi che trova la sua centralità nel distretto sanitario, strumento di reale decentramento di competenze e di risorse legato alla realtà locale ed inserito nella vita sociale della popolazione. Per quest'ultimo aspetto esso rappresenta la sede privilegiata dell'attuazione dell'intervento preventivo e svolge una funzione di filtro e di collegamento tra i vari servizi, consentendo di raggiungere nel lungo termine il decongestionamento delle strutture ospedaliere. Tuttavia in questa prima fase di avvio non è possibile prevedere una rapida conversione delle strutture. Infatti, una errata valutazione di questo problema potrebbe

generare insostenibili scompensi nella erogazione dei servizi che invece debbono adeguarsi alle nuove richieste senza recare danno agli utenti.

Il Piano sanitario regionale rimane, però, sterile se alla programmazione non seguono fatti concreti che non possono prescindere da opportuni finanziamenti senza i quali rimane inoperante qualsiasi obiettivo. Sarà possibile attuare il mutamento di mentalità e di comportamento che il progetto di riforma auspica, solo se verranno garantiti strumenti, risorse e personale necessario per attuare il decentramento dei servizi, e pertanto facilitare la più ampia partecipazione del cittadino alla gestione dei servizi sanitari, attraverso l'attivazione di strumenti informativi e la creazione di condizioni idonee per un costruttivo coinvolgimento dell'utente nelle scelte e nell'organizzazione dei piani territoriali. Il Consiglio regionale deve operare per eliminare gli inconvenienti e creare tutte le premesse perché questi nuovi obiettivi e questo nuovo progetto siano realizzabili ed attuati in tempi brevi.

Dall'avvio della riforma sanitaria e dalla successiva istituzione delle UU.SS.LL., in Sardegna la stampa più volte e spesso con insistenza ha riportato a grandi titoli le numerose disfunzioni della sanità, accollandone la responsabilità ai Comitati di gestione, colpevoli spesso di avere ereditato dal passato strutture fatiscenti, attrezzature e beni per lo più inadeguati e di avere il compito non facile di riorganizzare personale e risorse sulla base di una normativa non sempre facilmente interpretabile o addirittura carente. Se questi avvenimenti hanno permesso alla popolazione una più ampia informazione sui problemi della salute è anche vero che hanno messo in rilievo l'improcrastinabile necessità di procedere al completamento di quel complesso di norme attuative della legge di riforma, senza le quali anche l'approvazione del Piano sanitario non potrà facilmente raggiungere gli obiettivi e i risultati che ci siamo prefissi. Per esempio, è stata più volte evidenziata l'importanza di predisporre un regolamento per il funzionamento dell'assemblea generale e del comitato di gestione delle UU. SS.LL., in modo da definire le specifiche competenze e permet-

tere una più corretta e stabile conduzione senza prevaricazioni o svilimento delle peculiari funzioni dei due organismi. La Regione deve anche varare il progetto di riordino dei servizi veterinari già approvato dal precedente Consiglio e in attesa di riesame, per le osservazioni avanzate dal Governo. Vi è carenza di normativa per quanto riguarda l'esercizio delle funzioni in materia di igiene pubblica, sui servizi multizonali, la tutela delle attività sportive, e tanti altri ancora. La nostra iniziativa non si deve pertanto esaurire con l'esame e l'approvazione del Piano sanitario regionale. Il Gruppo D.C. intende impegnarsi a fondo su questi temi per offrire un serio contributo alla costruzione di un armonico sistema sanitario, che sia in grado di dare risposte adeguate e offrire servizi ottimali alle nostre popolazioni.

Da tutte le forze politiche è stata evidenziata, e oggi credo verrà ribadita dai vari interventi, l'urgenza di procedere alla elaborazione del secondo Piano sanitario. La Giunta regionale, pur recependo tale necessità, ha fatto già delle scelte ben precise, procedendo alla nomina di una Commissione tecnica di parte, stravolgendo così completamente il metodo che in passato ha fatto sì che si raccogliesse intorno a tale importante argomento, una larga maggioranza di consensi e di contributi. Il Gruppo democristiano chiede quindi che venga revocata la deliberazione di nomina di tale commissione e che si proceda prima ad una approfondita discussione in Consiglio che stabilisca gli indirizzi e le prospettive che si intende dare al nuovo Piano sanitario regionale. Se tale invito non verrà recepito apparirà chiaro ancora una volta l'intento di questa Giunta di voler procedere su argomento di così vasta importanza in maniera discriminante e garantendo così gli interessi di parte senza minimamente preoccuparsi degli interessi generali della popolazione della Sardegna.

La Democrazia Cristiana è convinta che solo col coinvolgimento di tutte le forze politiche e sociali che hanno creduto e credono nella riforma, si possano raggiungere gli obiettivi di maggiore efficienza e razionalità del servizio sanitario e garantire di conseguenza le legittime

aspettative delle nostre popolazioni. Ogni altra soluzione non potrà essere accettata, non solo dalla Democrazia Cristiana, ma da tutti coloro che hanno a cuore gli interessi di tutta la collettività. Il nostro non è un invito dettato da motivi di parte ma è un richiamo alla necessità di cercare elementi unificanti intorno ad un problema, quale quello della riforma sanitaria, che incontra, giorno dopo giorno, difficoltà sempre maggiori, alimentate anche da quei gruppi che hanno interesse a conservare privilegi e vantaggi, ostacolando la realizzazione del progetto insito nella legge di riforma.

Siamo convinti pertanto che la Giunta vorrà rivedere le decisioni assunte e ricercare le opportune forme di coinvolgimento nell'affrontare problematiche di così vasta rilevanza politica e sociale.

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

CARTA (P.S.D.I.). Signor Presidente, colleghi consiglieri, l'iter di questo Piano sanitario è stato lungo e travagliato, il che però non comporta che quell'elaborato che si è aggiunto in questo Consiglio possa rappresentare né il meglio di quello che poteva essere fatto, né il meglio di quello che è stato fatto perché in fondo ha due peccati originali: il primo, è legato al fatto che anch'esso nasce non come discendenza di quello che sarebbe dovuto essere, cioè della programmazione sanitaria nazionale, né da un'indagine precisa di quello che poteva o doveva essere la programmazione regionale.

D'altro canto gli stessi principi generali informatori della riforma sanitaria, che avrebbero dovuto collegarsi al movimento generale dello sviluppo, hanno trovato, invece, un ostacolo in una programmazione che ha risentito e che risente dello *statu quo* e che ha dovuto correggere distorsioni di strutture esistenti nel territorio regionale, ottenendo dei grossi agglomerati con strutture di tipo recettivo, mentre sarebbe stato necessario produrre il massimo sforzo per una medicina territoriale volta a quello che era l'obiettivo generale della riforma, cioè la prevenzione.

Io credo che questo Piano rappresenti un tentativo di razionalizzazione in una fase di transizione tra un sistema e l'altro, e tenda più ad accomodare l'esistente che ad innovare, innestandosi su quelli che sono gli obiettivi e la filosofia della stessa riforma.

Dicevo che questi sono peccati originali ma indipendentemente da questo, quando la Giunta precedente discusse il Piano sanitario regionale, frutto anche del lavoro di una commissione di esperti, di varia estrazione politica rilevò alcune distorsioni e forzature, per esempio, circa l'utilizzazione di tutto l'apparato strutturale già esistente secondo i presupposti della riforma sanitaria tenendo conto possibilmente della presenza di presidi sociali riconvertibili per attività socio-sanitarie.

Io non so se quando si discusse della struttura delle UU.SS.LL. (numero, quantità, dislocazione, centri principali, distretti, centri locali, convenzionamenti) si sia esaminato questo aspetto, ma credo che bisognerà rimeditare un po' il tutto alla luce dell'esperienza acquisita dopo il primo impatto con le UU.SS.LL., con il loro funzionamento, o meglio il loro non funzionamento, perché possiamo anche affermare che a fronte di un sistema previdenziale, se vogliamo antiquato e con determinate carenze, non si è riusciti a raccordare il vecchio e il nuovo, e ad apportare, con una maggiore spesa o anche con una identica spesa, quel miglioramento dei servizi che era il presupposto della riforma sanitaria. E questo anche perché, in fondo, il vecchio sistema che vedeva nella ospedalizzazione il punto di riferimento principale, cioè nella terapia il discorso principale, non è stato ancora superato né potrà mai esserlo se non si entrerà nell'ottica della creazione di una serie di presidi, in relazione alla dislocazione delle zone economiche e quindi in riferimento al mondo del lavoro, per trovare quel filtro che possa sgravare la spesa pubblica da una serie di appesantimenti che vanno a ricadere soprattutto sui presidi esistenti.

L'errore principale è stato quello di smontare la vecchia struttura prima di essere effettivamente in grado di far marciare la nuova. Da qui questa serie di incongruenze, di dispersioni,

di non razionalizzazioni, e non credo che il Piano per quanto abbia tentato di porvi rimedio vi sia riuscito se non in minima parte. Bisogna effettivamente porre un primo punto fermo per poter cominciare a ritessere e ridisegnare tutta la struttura terapeutica...

PRESIDENTE. Prego l'onorevole Carta di continuare e prego i colleghi di mantenere il silenzio.

CARTA (P.S.D.I.). Dicevo che vi è la necessità di riporre mano immediatamente a una rielaborazione del lavoro fatto più puntuale, con dati conoscitivi più precisi in maniera che il piano della formazione professionale possa innestarsi su esigenze precise che non possono essere quantificate ad occhio, come finora purtroppo è stato fatto. Sappiamo benissimo, per esempio, che vi è la necessità di determinato personale paramedico, ma non se ne conosce l'esatta entità ed è difficile stabilirla se non verrà fatta un'indagine precisa. Però, diciamo, pur con la necessità di arrivare ad una rapida approvazione di questo Piano per riporre poi mano al successivo, per il prossimo triennio, io credo che anche in questa sede alcuni correttivi di carenze macroscopiche possano essere apportati, senza per questo riaprire quei contrasti che hanno fatto sì che il Piano avesse un *iter* così lungo e travagliato.

Vi sono, io credo, delle esigenze, per le quali io ho presentato anche degli emendamenti, di cui ritengo sia difficile confutare l'interesse generale, non viziato da spinte di nessuna natura. Non si tratta di aprire o chiudere reparti, di farne uno in più o in meno o chissà che altro.

Esistono, per esempio, determinate affezioni che per la loro gravità richiedono che i presidi terapeutici siano dislocati nei punti dove i pazienti così affetti convergono. Non si può pensare di far fare loro degli spostamenti...

PRESIDENTE. Chiedo scusa, debbo ribadire l'invito, onorevole Giagu, onorevole Mulas e onorevole Dadea. L'oratore non può continuare se non si mantiene l'ordine in aula. Onorevole Carta, io la invito a sospendere il suo intervento

finché i colleghi non avranno preso posto.

CARTA (P.S.D.I.). Dicevo che vi sono delle affezioni per le quali è impensabile che si possa, pur con la massima buona fede, trasferire il paziente da un presidio all'altro, anche se nella stessa città, ciò che invece troppo spesso succede e costringe il paziente a ricorrere a strutture sanitarie del Continente o addirittura di altri Paesi proprio perché non vuole correre il rischio di far la spola da una parte all'altra per ottenere un pezzo di trattamento di qua, un pezzo di diagnostica di là e un pezzo di terapia da un'altra parte.

Credo che a questo si possa porre rimedio già con questo Piano regionale in questa sede, proprio perché tra gli emendamenti proposti — di cui credo ognuno si fa portatore con l'intento di rendere il Piano migliore e quindi tutti gli emendamenti sotto quest'ottica hanno una loro ragion d'essere — ve ne sono alcuni che credo trovino l'unanimità dei consensi. Io mi chiedo, ad esempio, se è concepibile che un paziente affetto da leucemia che deve essere sottoposto a terapia antiblastica all'oncologico venga trasferito da un'altra parte per la fase diagnostica per poi ritornare all'oncologico. Credo che su episodi del genere vi sia l'unanimità di giudizio perché esulano da qualsiasi scelta, da qualsiasi ottica, da qualsiasi interesse diretto o personale. Non si tratta quindi, né di creare reparti, né di creare primariati, si tratta di razionalizzare alcuni fatti, di cui ho citato un esempio, e credo che il Consiglio abbia il dovere di prenderli in considerazione.

Il Piano sanitario regionale, ripeto, pur con tutte le carenze che ha e che non potrebbe non avere, non nasce dal niente; nasce dalla razionalizzazione di una serie di strutture che si sono formate in 40 anni che hanno visto un indirizzo della medicina prevalentemente legato alla ospedalizzazione del paziente, e che man mano va mutando così come devono mutare per forza, di pari passo, le strutture. Ma mutare le strutture non è facile; trasformare, trasferire incrostazioni, mutare certe scelte del passato non è facile, per cui il cammino sarà lento e avrà ne-

cessità, sicuramente, di una revisione graduale, accurata e più precisa.

La mia parte politica ha dato il suo assenso al Piano sanitario sia nella stesura della Giunta Rojch, sia nella stesura fatta oggi dalla Giunta Melis facendo presenti, però, alcune perplessità e ponendo alcune questioni la cui risposta è sempre stata rimandata. Anche nell'ultima riunione della Commissione sono stati posti alcuni problemi che noi avremmo preferito trattare in Commissione ma che sono stati rimandati all'Aula. Per cui ad un assenso di massima corrisponderà, per quanto ci riguarda, il consenso pieno nel momento in cui si darà una risposta ai problemi che abbiamo posto.

Questo è quanto avevo da dire nella discussione generale. Non intendo protrarmi in una discussione che pure sarebbe tutt'altro che ripetitiva sui problemi che ormai abbiamo dibattuto per lungo tempo, ma mi riservo di intervenire ancora nel corso dell'esame dell'articolato.

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

PLANETTA (P.S.d'Az.). Signor Presidente, onorevoli colleghi, ritengo senza dubbio che il giudizio da formulare sul Piano sanitario regionale presentato dall'assessore Mastropaolo debba essere positivo. Deve però trattarsi di una approvazione volta a favorire una nuova organizzazione sanitaria dell'Isola. Certamente non deve essere un adempimento obbligatorio e rituale, per questo è necessario, sin d'ora, individuare come è già stato deciso in Commissione sanità, i limiti del Piano stesso, attraverso incontri, rapporti diretti, politici e non burocratici, tra il Consiglio regionale e i cittadini. D'altra parte questo è nello spirito, oltre che nella lettera, della legge di riforma sanitaria che prevede un continuo aggiornamento dei suoi strumenti operativi a livello statale, regionale e di Unità sanitaria locale.

Adesione, dunque, ma adesione per disporre di uno strumento da rinnovare, da aggiornare continuamente; uno strumento che deve essere congruente a tutta l'operazione di rinnovamento, sia nei rapporti con lo Stato, sia nelle dinami-

che interne della Regione con i nuovi enti intermedi che l'attuale maggioranza certamente sta realizzando.

Ma entriamo direttamente nel merito del Piano. Una lettura più attenta del Piano sanitario regionale presentato oggi dall'Assessore alla sanità con una serie di indicazioni programmatiche organiche per la pianificazione degli interventi nei singoli settori, impone un ridimensionamento della prima favorevole impressione, perché ci si accorge che in realtà esso contiene molti buoni propositi e affermazioni di principio che spesso però restano tali, senza concrete indicazioni operative, senza uno sbocco reale verso un miglioramento delle prestazioni del sistema sanitario nazionale in Sardegna. A fronte perciò della generalità positiva del Piano, specialmente sotto l'aspetto della descrizione organica dello stato delle strutture sanitarie della Regione e della indicazione, anche se generalissima, condivisibile, della direzione verso cui orientare gli interventi tenendo conto della distribuzione del territorio, delle caratteristiche della popolazione e delle strutture già esistenti e talvolta sottoutilizzate, è necessario indicare i limiti che lo stesso Piano presenta. Infatti, oltre alla genericità propositiva di alcuni punti, si avverte spesso una scarsa considerazione della realtà locale come dimostra, per esempio, il caso specifico delle previsioni per l'ospedale di La Maddalena, la cui situazione ho seguito personalmente, in cui da un lato si dimentica il carattere di doppia insularità di La Maddalena stessa, dall'altro si ripete anche nel Piano un errore di calcolo fatto quando si è definita la situazione storica da cui partire.

Inoltre, signor Presidente, onorevoli colleghi, malgrado le giuste affermazioni sulla necessità di superare la settorialità tipica degli elaboratori tecnici di questo genere, proprio quando, per esempio, si afferma giustamente che nella definizione degli ambiti territoriali e dei distretti sanitari si deve tener conto delle attuali ripartizioni, nello stesso tempo non si considera sufficientemente che queste già si incrociano tra di loro in maniera scomposta, così che l'Unità sanitaria locale non coincide

più con la comunità montana la quale si incrocia col distretto scolastico, e che tutte queste ripartizioni sono attraversate dal comprensorio.

Il Piano della sanità dovrebbe andare oltre l'affermazione di principio ed arrivare a tentare una possibile, anche se, per forza di cose, parziale ricomposizione unitaria del territorio. Proprio questo rapporto tra strutture sanitarie e territorio, anche in quelle che sono le particolarità territoriali in Sardegna, deve essere l'elemento dominante nella stesura del Piano. Questo rapporto sembra mancare, invece, anche quando si analizzano problemi specifici come quello degli anziani, e dei reparti di geriatria negli ospedali. A proposito di questi ultimi credo che sia giusta la proposta del *day hospital*. Ma va considerato che esso, se può avere una validità certa nell'esperienza anglosassone, in Sardegna, soprattutto in riferimento agli anziani, cozza con la disastrosa situazione dei trasporti interni, che rende problematico il trasferimento con mezzi pubblici dell'anziano per esempio da Padria all'ospedale di Thiesi. Quando mancano concreti riferimenti a queste situazioni complessive, tutto il discorso fatto dal Piano sanitario rischia di essere veramente teorico e la stessa affermata volontà di sostituire il vetusto concetto di ricovero con quello più moderno di ospedalizzazione, rischia di risolversi in un mero cambiamento verbale senza corrispondenza nella realtà.

Lo stesso tipo di carenza è da riscontrare quando si parla dei centri di dialisi, ma credo di dover sottolineare che queste carenze sono presenti in tutto il Piano e gli esempi potrebbero essere in questo senso molteplici. Il Piano non prospetta, per esempio, quasi nessuna soluzione per superare la contraddizione tra la marcata sottoutilizzazione delle strutture per l'emodialisi e la loro cronica insufficienza. Esse sono state utilizzate nel 1982 per un indice del 2,76 per cento contro un'utilizzazione ottimale di quattro pazienti per ogni posto dialisi, secondo i dati riportati dalle tabelle del Piano, per cui numerosi pazienti sono costretti a rivolgersi a strutture sanitarie che stanno fuori dalla Sardegna. In questo caso il Piano, oltre a proporre l'attivazione di altri

30 posti dialisi complessivamente per la Sardegna, si limita ad auspicare una migliore utilizzazione dei 130 posti attualmente esistenti, senza individuare però le cause precise della sottoutilizzazione né indicare, quindi, soluzioni che potrebbero essere ricercate in un aumento del personale specializzato, nella revisione dei turni, nella diversa distribuzione nel territorio.

A questo proposito mi pare giusto ricordare che l'iniziativa dell'Assessorato alla sanità di finanziare i malati che devono recarsi in altre città per poter eseguire la terapia, può essere un giusto provvedimento tampone, ma non una soluzione definitiva. Faccio un altro esempio: dall'analisi della situazione della sanità nell'isola emerge un indice di dotazione di posti letto, fra strutture pubbliche e strutture private convenzionate, superiore al fabbisogno che viene fissato in un indice del 6,395 per cento. Tale eccedenza è più marcata nella provincia di Sassari (l'indice è del 7,733 per cento) meno in quella di Cagliari (6,692 per cento); mentre nelle province di Nuoro e Oristano si è al di sotto dell'indice del Piano, per arrivare ad un indice complessivo regionale del 6,707 per cento.

Da queste cifre risulta chiaro come la politica sanitaria in passato sia stata rivolta soprattutto verso la costruzione di ospedali secondo criteri non sempre rispondenti alle esigenze reali e quasi sempre clientelari, ed il Piano in questo caso sceglie giustamente una via diversa. La politica sanitaria in futuro dovrebbe mirare, oltre che ad ovvie correzioni di questi squilibri territoriali, ad interventi articolati che non si limitino al momento della ospedalizzazione. Nel Piano si fa un discorso articolato sulle strutture ospedaliere, e nella seconda parte si indica una serie di linee programmatiche di principio più che operative, in riferimento a settori specifici quali la maternità, la medicina del lavoro, la salute mentale, il trattamento delle tossicodipendenze. Si affrontano poco i problemi e le difficoltà che il paziente incontra prima o dopo la fase dell'ospedalizzazione. Valga come esempio, il riferimento alle visite specialistiche, per la maggior parte delle quali

è necessario aspettare mediamente sei mesi, cosa che non è sempre possibile, o rivolgersi a strutture private evitando il ricorso al sistema sanitario nazionale. Cosa sempre possibile, ma costosa e di cui, mi si consenta dirlo, onorevole Presidente, onorevoli colleghi, nel Piano si tace. L'articolo 55 della legge 833 del 1978 finalizza esplicitamente i piani sanitari regionali all'eliminazione degli squilibri esistenti nei servizi e nelle prestazioni, per cui le numerose carenze in questo senso del Piano sanitario regionale appaiono particolarmente gravi proprio perché le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie pubbliche sono tra le più sentite dalla popolazione e minano la credibilità stessa del sistema sanitario nazionale. Al contrario si fa un discorso ben ragionato sulla mobilitazione.

In conclusione mi pare, quindi, che il Piano, nel suo complesso, presenti dei buoni principi di organizzazione della salute nel territorio, ma che a questa enunciazione non segua ancora una sufficiente individuazione di strumenti operativi concreti in grado di sanare gli squilibri e le disfunzioni. Questi buoni principi debbono però essere approvati, proprio perché solo così sarà possibile, come dicevo all'inizio, costruire gli strumenti operativi che mancano, e spostare il dibattito dal falso dilemma dei massimi sistemi, del pubblico contro il privato, della prevenzione contro la terapia, alla realizzazione pratica della riforma.

Adesione, onorevole Assessore, critica, dunque, a questo Piano sanitario, non approvazione con riserva mentale, per una nuova politica sanitaria. Grazie.

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

ROJCH (D.C.). Signor Presidente, colleghi del Consiglio, io francamente pensavo di intervenire domani, o tutt'al più stasera, anche perché essendo da tempo che non mi occupo di sanità, avevo bisogno di ulteriori verifiche e precisazioni. Il dibattito veloce mi ha comunque consentito di approfondire alcuni aspetti, e cercherò, sia pure in modo meno preciso, di adempiere al dovere di esprimere la mia opinione sul

Piano sanitario regionale. Un Piano che arriva in Aula dopo un *iter* tormentato, ma fecondo, per il confronto che lo ha animato. Esso, lo dobbiamo dire, è il risultato di un lavoro che parte da lontano, che ha visto impegnato tutto il mondo della sanità, e che ha prodotto, mi pare, una prima stesura del Piano, successivamente integrata attraverso uno studio serio di un gruppo di lavoro di cui io stesso ho fatto parte insieme all'ex assessore Asara, cui debbo dare atto dello sforzo che egli profuse in quella fase; possiamo anzi dire che il Piano sia il frutto del suo lavoro.

E' un Piano che ha i suoi limiti, indubbiamente, ma rappresenta, tuttavia, uno strumento indispensabile. E il fatto che arrivi in ritardo, se riferito al periodo 82/84, non può far perdere significato e valore al documento che noi stiamo discutendo oggi, forse con apparente scarso impegno perché probabilmente non ci rendiamo conto che invece abbiamo davanti uno strumento che può davvero modificare la realtà sanitaria della nostra isola. Lo ha riconosciuto l'onorevole Fadda che mi ha preceduto quando ha posto l'esigenza di un aggiornamento, onorevole Assessore, che deve tener conto, prima di tutto, del quadro finanziario nuovo in cui si trova il Paese, perché tutti i piani sanitari regionali, compreso il nostro, sono il frutto di una filosofia del periodo delle vacche grasse, del periodo in cui l'economia del nostro Paese era trainante. Dunque, questo aggiornamento deve tener conto del nuovo quadro; deve essere collegato e armonizzato con la programmazione della Regione. Io non so se questa Giunta abbia sposato ancora il piano generale di sviluppo, in ogni caso questo Piano sanitario va ricordato con la politica dei trasporti, con i fatti urbanistici, con i fatti economici e industriali. A me pare che uno dei limiti del Piano, sia proprio questo mancato raccordo. Sarà compito della nota che andrà ad aggiornare il Piano far adeguare il quadro sanitario, che non è mai un dato statico, alla programmazione economica.

Come ha precisato l'onorevole Fadda, noi vogliamo sapere se il gruppo di lavoro è frutto della maggioranza, vale a dire se si vuole mante-

nere la linea autonomistica di collaborazione, di convergenza sui grandi temi o se magari, data la presenza del Partito sardo in Giunta, visto che la linea autonomistica è ben poca cosa, si voglia andare verso indirizzi più ampi e radicali.

Il Piano sanitario regionale, pur con i suoi limiti temporali, dovrebbe rappresentare il momento più alto e significativo della politica sanitaria per la costruzione di un compiuto sistema socio-sanitario, caratterizzato da un preciso riferimento territoriale, anche se va ancora migliorato, dalla valorizzazione delle autonomie locali, dal confronto con le formazioni sociali attraverso la partecipazione, dalla predisposizione di criteri, tempi, obiettivi finalizzati a un quadro organico degli interventi sanitari ed anche sociali. Il Piano, per diventare un momento qualificante dell'intervento pubblico in materia sanitaria, deve trovare fondamento nella corretta individuazione dei bisogni emergenti della popolazione nei differenti campi della tutela della salute riferibili ai soggetti sani (medicina preventiva), a quelli malati (medicina curativa), agli inabili o invalidi o ex malati (medicina riabilitativa), e nel soddisfacimento di tali bisogni con una rete di servizi, collegati sul piano operativo, sia a livello conoscitivo che applicativo, e dotati di una opportuna flessibilità delle loro strutture, di cui periodicamente occorre verificare l'idonea rispondenza ai bisogni sanitari delle popolazioni che non sono mai statici.

La programmazione costituisce lo strumento democratico permanente e dinamico — insisto sul termine dinamico — per recuperare ed utilizzare più proficuamente le risorse esistenti, segna insieme un nuovo modo di amministrare non più compatibile con interventi disarticolati ma funzionalmente concepito nel rispetto dei tempi, delle modalità e delle procedure. Se questo primo piano triennale deve essere una cerniera tra la vecchia e la nuova politica sanitaria — lo ha richiamato l'onorevole Dadea — essa deve aprirsi in una sola direzione, cioè verso il nuovo, verso l'avvenire e chiudere in direzione del passato. Sino ad oggi questo non è avvenuto. Spesso — e qui non sono d'accordo con l'onorevole Dadea — si rimpiangono i vecchi enti di-

sciolti, i vecchi consigli di amministrazione degli ospedali. Siamo arrivati a questo punto nella crisi della gestione della riforma! Il primo Piano sanitario regionale deve portare chiari segni della trasformazione della nuova politica sanitaria, sia per quanto riguarda la delicata materia degli investimenti, sia nella parte relativa alla finalizzazione dei servizi e dei contenuti; esso non deve rappresentare un mero adempimento di legge, quasi un dovere burocratico. Guai se dovesse essere gestito in termini burocratici. Il destino del Piano è legato alla capacità politica e gestionale dell'Assessore, della Giunta, del comitato di gestione, del medico e di tutto il personale sanitario. Il suo successo dipenderà molto dal senso di dovere di tutti i soggetti preposti alla sua attuazione.

Su tre momenti essenziali si può sintetizzare il contenuto del Piano sardo. Primo: le prestazioni ed i servizi, la prevenzione primaria e l'assistenza sanitaria di base; secondo: il personale, con particolare riguardo per i problemi della formazione di base e permanente; terzo: la ricerca, sia medica che epidemiologica.

Quanto al primo aspetto cioè quello delle prestazioni occorre soprattutto porsi seriamente il problema del riequilibrio tra la Sardegna e il resto del Paese, ma anche tra zone dotate e zone meno dotate di strutture sanitarie nella nostra isola. E questo è uno dei punti fondamentali della legge 833, che ancora non siamo riusciti a portare sino in fondo. Come primo atto si impone la predisposizione di strutture per l'assistenza sanitaria di base e specialistica dei distretti. E' un punto questo su cui il Piano deve agire in termini di assoluta priorità nel triennio '85/'87. Deve essere attivato almeno il 65 per cento dei distretti sanitari, come previsto nella delibera CIPE dell'84. In particolare — ciò che il Piano non contiene — vanno indicati contemporaneamente tempi e modalità per l'individuazione delle strutture di supporto all'attività dei distretti, mentre per i poliambulatori occorre puntualizzare e delineare più concretamente il rapporto tra medicina generica e medicina specialistica. Il ridimensionamento ipotizzato nel Piano — intendendo sottolinearlo questo, perché può essere

IX LEGISLATURA

XXXIV SEDUTA

20 MARZO 1985

pericoloso — dei programmi di edilizia ospedaliera, deve farsi carico dei residui problemi di riequilibrio della rete in tutta la regione senza però inseguire obiettivi di rigido e acritico allineamento su standard nazionali, considerata la struttura insulare e territoriale della Sardegna, che rischiano di apparire astratti e controproducenti proprio ai fini del riequilibrio territoriale. Ciò non significa stravolgere il rapporto costi-benefici che è alla base di questo Piano, ma tener conto di una peculiare realtà sociale ed umana che va garantita al di là dei vincoli e dei parametri.

Questa è la valutazione che noi indichiamo, obiettiva, rigorosa e che parte dalla considerazione che la struttura deve essere finalizzata all'uomo e non l'uomo alla struttura. Ciò comporta delle scelte anche coraggiose in rapporto ai programmi di edilizia ospedaliera in corso, che vanno completati nel triennio, e ai fabbisogni aggiuntivi cui bisogna dedicare la giusta attenzione. Mi riferisco, Assessore, in modo particolare al Macomer-Bosa. Come si può lasciare un ospedale incompiuto? Vada a vedere Lanusei, vada a vedere le zone Olbia-Tempio, Iglesias, ma anche Nuoro e Oristano, alcuni presidi multizonali di grossa importanza a Cagliari e a Sassari. Bisogna evitare che nella lunga fase che intercorre tra la progettazione e l'utilizzo le strutture restino inutilizzate o sottoutilizzate. E' indispensabile che vengano globalmente programmate e che la stessa programmazione edilizia sia accompagnata dalla predisposizione delle procedure per il loro funzionamento, sia in termini di strumentazioni tecniche, sia soprattutto di disponibilità di personale medico e paramedico, adeguato per qualità e quantità. Non basta, Assessore, fare gli ospedali se contemporaneamente non si provvede a dotarli di attrezzature e di personale adeguato.

Se il Piano non dovesse raggiungere questi obiettivi potremmo considerarlo un libro dei sogni.

Per far fronte alla domanda di servizi sanitari vanno utilizzate tutte le strutture sanitarie esistenti sul territorio. Noi abbiamo — ne parleremo in corso di dibattito sull'arti-

colato — alcune realtà, come il complesso di Ploaghe e tanti altri, che meritano un'attenzione particolare da parte del Consiglio.

La legge di riforma sanitaria considera anche le strutture ospedaliere ed extra ospedaliere del circuito assistenziale privato. A questo proposito devo confessare che non ho capito dall'intervento del collega Dadea se loro, nei limiti del dettato costituzionale, riconoscono ancora un ruolo e una funzione alla ospedalità privata (tra l'altro la Sardegna non è al primo posto nelle statistiche della ospedalità privata). Il circuito assistenziale privato dovrà essere preso in considerazione da chiunque sia al governo della Regione in quanto risponde anche a garanzie di funzionalità del servizio, dando particolare rilievo al rapporto costi-benefici che deve essere sempre il punto di riferimento. L'utilizzo di tali strutture non deve essere casuale ma programmato e selezionato, sottratto a indicazioni di tipo clientelare. Inoltre, per il buon funzionamento dei servizi e delle prestazioni da fornire, occorre porre fine alla polverizzazione e alla dispersione degli interventi, e al contrario individuare precisi modelli organizzativi tendenti ad una perequazione qualitativa delle prestazioni, armonizzando quelli attualmente operanti sul territorio, sulla base di indirizzi normativi di competenza regionale. Ciò al fine, Assessore, di evitare che vi sia all'interno della Sardegna un'assistenza di serie A in una zona, di serie B in un'altra, di serie C in un'altra ancora, così come noi chiediamo allo Stato per la Sardegna nei confronti delle altre regioni.

La prevenzione e l'assistenza sanitaria di base non debbono operare in maniera distinta e disorganica, ma vanno intimamente intrecciate su tutti i piani, da quello della ricerca a quello della erogazione delle prestazioni. In siffatto modello è necessario però sfuggire ai pericoli di una eccessiva burocratizzazione. Io per esempio, temo le riforme che abbiamo fatto, in altri periodi, insieme allo stesso Partito comunista. I numerosi filtri amministrativi attualmente esistenti costituiscono seri impedimenti per fronteggiare con tempestività i crescenti bisogni degli utenti. E' ormai a tutti

IX LEGISLATURA

XXXIV SEDUTA

20 MARZO 1985

noto il generale malcontento che serpeggia tra i cittadini a causa delle innumerevoli trafile burocratiche e delle defatiganti code cui sono costretti presso tanti sportelli delle varie UU.SS.LL.. Questo non era e non è nello spirito della riforma; non sono mai stati i timbri che hanno evitato lo spreco. Noi siamo contro le code, anche perché esse ricordano lunghe trafile burocratiche tipiche di altri sistemi che noi assolutamente non accettiamo.

Il dibattito sul Piano sanitario regionale è anche un momento di verifica, onorevole Assessore. Non possiamo oggi parlare solo del Piano sul quale tra l'altro non abbiamo molte critiche da fare non perché esso sia stato elaborato da noi, anzi, mi sono sforzato di indicarne i limiti perché ogni fatto va valutato criticamente, ma riteniamo che il dibattito odierno sia anche un'occasione di verifica e di riflessione sullo stato di attuazione della riforma. I dati non sono affatto esaltanti, sia per l'incertezza dovuta all'avvio del processo riformatore, sia per la carenza di un indirizzo normativo e di coordinamento da parte della Regione. Onorevole Assessore, spero di non offenderla dicendo che negli ultimi 6 mesi è stata avvertita una assenza, direi, di governo della Regione nei confronti delle realtà periferiche. La mia non è una critica, non è questo il momento opportuno per fare critiche, purtroppo però si avverte, anche da parte dei dipendenti delle varie strutture, un certo senso di abbandono, cioè la Regione sembra essere evanescente nei loro confronti, non avvertono più la presenza di questo organo che dovrebbe impartire direttive, aiutare ed anche incoraggiare. Non che prima la situazione fosse molto differente, ma devo ammettere che negli ultimi mesi è andata peggiorando sotto questo aspetto.

Vi è, dunque, una carenza di indirizzo normativo e di coordinamento da parte della Regione...

BARRANU (P.C.I.). Ma è convinto di questo?

ROJCH (D.C.). Documentato, non convinto; sono documentato su questa materia. Inol-

tre, data l'azione frammentaria e disorganica degli organi delle UU.SS.LL., io non credo che l'assessore Mastropaolo possa risolvere questi problemi così come non li hanno risolti in altre parti d'Italia. Credo comunque che noi abbiamo il dovere di dire le cose come stanno, dando così il nostro contributo perché chi ne ha la competenza possa trovarsi nelle migliori condizioni per modificare la situazione attuale. Tale situazione, onorevole Assessore, è determinata anche da una grave carenza di personale, soprattutto nelle UU.SS.LL. non capoluogo di provincia, o comunque decentrate rispetto ai poli tradizionali sanitari.

L'assenza di adeguate strutture è purtroppo comune a molte regioni del Mezzogiorno. L'esperienza dimostra che non è possibile gestire una riforma così complessa e delicata senza una dotazione organica di personale qualitativamente e quantitativamente adeguato. Infatti, non si è ancora riusciti a dare attuazione agli istituti normativi in materia di mobilità del personale per difficoltà oggettive e tanto meno hanno avuto attuazione alcune norme tese ad attivare le stesse procedure concorsuali per il nuovo personale, causando gravi rallentamenti e interruzioni in un settore, quello sanitario, che per sua natura non ammette soluzioni di continuità.

Io credo però che se pure la Regione si è trovata di fronte a difficoltà oggettive col Piano sanitario regionale oggi possa recuperare non solo il tempo perduto ma persino mettersi alla pari con le regioni più avanzate anche perché questo Piano, a mio avviso, è uno dei più completi che siano mai stati elaborati nel nostro Paese. Basta avere la pazienza di leggere gli altri piani regionali per verificarlo.

L'attuazione sostanziale della riforma sanitaria ha come punto obbligato il problema del personale in particolare la formazione professionale dello stesso personale. Essa, infatti, impone nuove competenze e professionalità. Ciò deriva inevitabilmente dagli obiettivi che essa si pone e dalle indicazioni circa i metodi di assistenza. L'obiettivo di integrare i momenti attuativi dell'azione sanitaria (prevenzione, cura e riabilitazione) significa concretamente non

IX LEGISLATURA

XXXIV SEDUTA

20 MARZO 1985

solo capacità di realizzare tecnicamente certi interventi, ma anche di valutarne gli effetti nel complesso, e soprattutto capacità di svolgere interventi collaterali e coordinati. E' proprio l'emergere di problemi nuovi che evidenzia l'esigenza di armonizzare una formazione continua, i cui periodi di acquisizione di principi e di schemi concettuali sono concretizzati dall'esperienza quotidiana nei posti di lavoro. Noi siamo per una formazione permanente, non teorica, ma collegata all'esperienza concreta che il mondo sanitario, ogni giorno, acquisisce.

Formazione dunque, non episodica, affidata al singolo, ma programmata nel tempo. Anche in questo settore la riforma ha segnato il passo. Non è una novità che in molte UU. SS.LL. neanche i medici hanno avuto la possibilità di partecipare a corsi di aggiornamento, convegni, o iniziative della nuova struttura sanitaria. Non era neppure questa la linea della riforma. Col Piano si potrà dare una organica, omogenea impostazione per tutta l'Isola. Infatti potranno decollare un sistema di formazione e un sistema informativo capaci di creare una svolta riformatrice.

Il Piano sanitario regionale deve rappresentare, certamente, un sistema compiuto per l'individuazione di un atto programmatico quale sede di riscontro delle compatibilità tra risorse disponibili ed obiettivi da raggiungere. Ma deve altresì rappresentare una costante, periodica verifica dello stato di attuazione della legge di riforma. Guai a noi se non dovessimo avere questa capacità di verifica permanente e periodica sull'attuazione del Piano. Ma perché questo documento non resti una mappa dei bisogni, un mero piano indicativo, come tanti altri nel nostro Paese, deve essere sostenuto da una decisa volontà politica tendente a dare organicità e razionalità al decentramento dei servizi per un reale equilibrio delle risorse.

I limiti di questo Piano, che sono anche limiti, diciamo con franchezza, della legge 833, potranno essere superati con l'annunciata riforma della riforma del ministro Degan. Noto che l'onorevole Dadea non è d'accordo su questo. Probabilmente egli ritiene che una modifica della 13, aggiustamenti così epidermici,

possano essere sufficienti a dare una svolta alla riforma. Io credo di no, onorevole Dadea, credo assolutamente di no. Comunque avremo occasione di misurarci anche in Consiglio su questa tesi. La trasformazione del comitato di gestione da organo di ente pubblico come è oggi, in qualcosa di diverso, di stampo manageriale, che opera su logiche di tipo aziendale, potrà determinare conseguenze positive, a mio parere, anche nella gestione del Piano sardo e nel raggiungimento dei suoi obiettivi.

Tale riforma prevede una maggiore utilizzazione e valorizzazione delle professionalità, una maggiore responsabilizzazione della dirigenza sanitaria amministrativa, una sorta di tecnicizzazione della gestione. L'esperienza italiana, purtroppo, ha ripetuto gli stessi errori della riforma sanitaria inglese; sostanzialmente il nuovo sistema che propone Degan non fa altro che tener conto dell'esperienza negativa in Italia sulla base anche dell'analoga esperienza negativa che si è avuta nel servizio sanitario inglese. Questo presuppone però un'alta qualificazione dei nuovi organi della U.S.L., ma anche una modifica nel sistema degli attuali controlli, una maggiore autonomia nelle spese e nelle procedure. La nuova dirigenza sanitaria deve essere svincolata, come una moderna azienda di servizi, dalle rigide norme della contabilità dello Stato, al fine di assicurare una elevata capacità produttiva, come in qualunque azienda di servizio. Tutto questo ovviamente col limite che l'azienda non deve produrre beni, ma deve produrre servizi per la tutela della salute dell'uomo.

Tuttavia, onorevole Assessore, in attesa che questa riforma decolli, che questo Piano trovi attuazione io mi permetto di sottoporre alla sua attenzione delle questioni, alcune pregiudiziali altre prioritarie, che per la loro importanza possono qualificare o annullare gli obiettivi del Piano stesso, e che richiedono risposte e impegni immediati. Né il Consiglio e nemmeno la Giunta possono oggi salvarsi l'anima semplicemente approvando questo importante documento, ritenendo di aver così risolto i problemi della sanità in Sardegna. Sarebbe un errore di superficialità. Credo invece che questo Piano vada accompagnato da alcune indicazioni prioritarie e da de-

terminate scelte.

Primo, onorevole Assessore: individuazione delle piante organiche definitive del personale da destinare alle UU.SS.LL. periferiche, o immediata copertura delle piante organiche provvisorie. Infatti la situazione attuale delle UU.SS.LL. è caratterizzata dall'impossibilità di attivare ogni e qualsiasi servizio, anche di emergenza, per carenza assoluta di personale. Mentre questo non succede nelle UU.SS.LL. delle città capoluogo dove il personale è spesso persino in esubero, specie nel settore amministrativo. Questo intervento non deve essere indiscriminato, generico o punitivo, ma deve presupporre l'attivazione e la incentivazione della mobilità volontaria. Sulle piante organiche provvisorie, occorre dare copertura ai posti disponibili in attuazione della deroga al blocco delle assunzioni previsto dalla legge finanziaria dello Stato. La Regione non può rischiare di essere doppiamente beffata; l'assenza di un piano organico per la copertura dei posti impedisce di ottenere la copertura finanziaria e aumenta ancora di più il divario in campo sanitario tra la Sardegna e il resto del Paese. Il disegno di legge sulle competenze in materia di personale deve trovare rapida approvazione e attuazione superando i conflitti di competenza tra i due assessorati che si sono verificati in passato e che credo non mancheranno, purtroppo, neanche in questa circostanza, affinché come momento di verifica, coordinamento e indirizzo del Piano e della riforma, venga istituito e reso operante un adeguato servizio ispettivo sanitario e amministrativo.

Secondo: non basta denunciare la spesa storica. Il presidente Melis in ogni incontro richiama il principio della Sardegna penalizzata dalla spesa storica. Egli è bravo nell'enunciare i principi, ma io credo che occorra passare dai principi alle linee di azione politica, altrimenti non ci comprendiamo affatto. Dunque non basta denunciare la situazione della Sardegna, occorre un'iniziativa politica adeguata nei confronti dello Stato, una presenza aggressiva, onorevole Assessore, nel Consiglio superiore sanitario nazionale, un rapporto diverso nei confronti del Governo, per garantire pari possibilità di accesso ai servizi di alta specializza-

zione ed arrestare quel pendolarismo, non sempre motivato, che esiste nella nostra isola.

Tuttavia alcune iniziative per definire e completare questioni già *in itinere* dalla passata legislatura, si impongono e io mi permetto di richiamarle, Assessore, perché il centro di cardiocirurgia, per esempio, che è previsto nel Piano venga attivato senza ulteriori indugi, con la dotazione del personale necessario (io credo che il problema della ubicazione si intenda risolto e quindi non sussista questa polemica tra Sassari e Cagliari) perché si avvii la realizzazione del programma dei trapianti d'organo, specie quello renale, con l'organizzazione del relativo centro di tipizzazione tissutale; perché venga aumentato il numero dei posti disponibili nei centri emodialitici e si attivi il centro di Lanusei — chiedo scusa se cito ancora il centro di Lanusei — per far cessare il pendolarismo degli ogliastrini che rappresenta uno dei casi più abnormi in questo momento e che merita credo l'attenzione dovuta da parte dell'Assessore, della Giunta e del Consiglio; perché i servizi di radioterapia siano presenti anche in altri centri, oltre quello di Cagliari, con strumenti adeguati e sufficienti; perché l'assistenza sanitaria in Sardegna tenga il passo con le nuove scoperte scientifiche sia in campo diagnostico che terapeutico (basta leggere qualunque rivista per accorgersi che oggi la sfida si gioca sul terreno della nuova diagnostica). Ciò per evitare, onorevole Assessore, nuovi motivi di emigrazione in Continente e all'estero dei sardi, per evitare discorsi accademici sulle case di cura private, che sono senza dubbio più rapide nel fornire certi servizi. Io credo che alcune iniziative si possano prendere per anticipare le case di cura private.

Il fenomeno dell'emigrazione interessa alcuni settori della chirurgia e della medicina. E' in atto, per esempio, nella nuova branca della endoscopia, della cui importanza occorre prendere coscienza per arrivare alle nuove metodiche di distruzione dei calcoli renali tramite macchinari capaci di evitare interventi chirurgici cruenti e traumatizzanti, oltretutto molto più costosi in termini di mobilità e in

termini anche economici.

Terzo: perché la riduzione dei posti letto pur necessaria non vada a penalizzare le zone interne o marginali, occorre che tale riduzione sia conseguenza della compiuta attuazione del Piano, nel senso che la soppressione dei posti sia contemporanea alla messa in funzione dei servizi sul territorio. Altrimenti zone interne, ospedali deboli rischiano di soccombere come in genere soccombono gli interessi deboli rispetto ai forti.

Quarto: piena attuazione della legge regionale 13, al fine di rendere operanti gli organi consultivi e di partecipazione sia a livello regionale sia a livello locale. Questo lo dico perché quando si è discussa ed elaborata la legge 13, ero tra coloro che insistevamo sull'esigenza di organi tecnici di consultazione e forse molte delle carenze nella gestione sono dovute proprio alla loro mancata attuazione, in particolare, onorevole Assessore, il consiglio sanitario regionale, i consigli distrettuali, che sono momenti di partecipazione dei cittadini alla gestione della società.

Quinto punto: predisposizione di un programma organico di educazione sanitaria, capace di sviluppare le prime linee di un'azione preventiva nel mondo del lavoro ed in quello scolastico. Ne parliamo sempre ma non lo facciamo mai. Per realizzare tale programma oltre all'Università e alle UU.SS.LL. potranno essere utilizzati i giovani medici, onorevole Assessore, che ancora non hanno trovato idonea collocazione nelle strutture. Io credo che, attraverso un programma di educazione sanitaria collegato alla medicina preventiva e ai distretti, una parte considerevole dei mille giovani medici attualmente disoccupati possa ottenere una giusta sistemazione.

Sesto: il sistema informativo come previsto nel Piano non appare sufficiente per una gestione reale dei dati. Probabilmente è stato concepito alcuni anni fa e necessita ora di un aggiornamento perché il settore dell'informatica si evolve ogni anno in modo straordinario. A livello distrettuale di base non è possibile alcun collegamento attraverso video-terminali remoti. La dotazione delle apparecchiature

elettroniche anche a livello di U.S.L. non appare né sufficiente né funzionale, in quanto sono previsti solo video-terminali e stampanti. Io ho avuto occasione di sentire poco tempo fa alcuni autorevoli esperti del mondo sanitario i quali affermavano che c'è una gestione di fatto della Regione, ma non una gestione per i vari terminali delle realtà sanitarie, vi è il rischio, cioè, che il mondo medico non possa utilizzare in tempi reali queste nuove apparecchiature o per lo meno c'è una sorta di scetticismo in merito. Probabilmente questo va verificato.

Settimo punto: anche per quanto riguarda le cure termali, si registra emigrazione dalla Sardegna senza che vi sia immigrazione che la compensi, con gravi danni turistici ed economici per la nostra economia; ossia i sardi vanno in continente ma i continentali non vengono in Sardegna. E' indispensabile, onorevole Assessore, un'organica proposta di politica termale per consentire la valorizzazione di un bene importante che può avere riflessi notevoli, come dicevo, non solo in materia sanitaria ma anche in campo sociale ed economico.

Sta a noi avere la fantasia sufficiente per valorizzare le nostre risorse. Attualmente gli stabilimenti termali non sono per niente utilizzati, come a Fordongianus, o sottoutilizzati come a Benetutti, a Sardara, a Casteldoria e anche a Tempio. In particolare si chiede l'inserimento nel Piano di una normativa riguardante lo sfruttamento delle acque. E' una carenza del Piano sanitario a cui dobbiamo rimediare o con un emendamento, o con una qualche iniziativa politica. Occorre realizzare un interscambio equilibrato tra la Sardegna e il resto del Paese. Ma non solo. Io credo che noi, considerando le bellezze marine e turistiche della Sardegna, possiamo riuscire, con un programma organico, a capovolgere l'attuale rapporto; in ogni caso, occorre predisporre delle direttive, Assessore — credo che questo sia indispensabile —, e norme di salvaguardia in tempi brevi. Non è possibile che tutti i sardi vadano fuori e i continentali non vengano qui da noi. Si attivino, io l'ho fatto in altri tempi, i rapporti con le Regioni che sono disponibili per realizzare questa parità. E' una politica autonomistica quella delle norme

di salvaguardia, onorevole Assessore, e la Lombardia e anche altre regioni hanno avuto il coraggio di prendere delle iniziative del genere.

Ottavo punto: veterinaria. Un settore esplosivo, onorevole Assessore. La Sardegna ha perso la battaglia — lo diciamo con molta amarezza — per la eradicazione della peste suina africana con danni immensi per il nostro patrimonio. Occorre una nuova linea, probabilmente è arrivato il tempo di meditare su quanto è stato sinora fatto e di intraprendere una nuova strategia, una nuova linea radicale e se questo, data la situazione sarda, non fosse possibile è necessario predisporre un sistema che consenta di limitare al massimo i danni che questa malattia animale provoca. La D.C. chiede, siccome questa situazione non può perdurare, un'iniziativa immediata dell'Assessore e della Giunta perché a livello locale gli allevatori protestano e si rifiutano di abbattere i suini, non avendo sufficienti garanzie di risarcimento. E' una situazione estremamente pericolosa, onorevole Assessore, specie nelle zone interne. Ritengo perciò indispensabile che anche il disegno di legge che riordina e adegua il servizio veterinario alle mutate esigenze della Sardegna vada avanti.

Nono (mi pare che sia l'ultimo punto e chiedo scusa ai colleghi del mio intervento forse eccessivamente lungo, ma data l'importanza dell'argomento in discussione ho considerato necessario approfondire alcuni aspetti): il problema dei medici e delle strutture provinciali. L'attuazione della riforma non può significare, onorevole Assessore, onorevoli colleghi, un accentramento di tutte le competenze vecchie e nuove nell'Assessorato alla sanità, con la soppressione di tutti gli uffici periferici e provinciali. Mi pare che questo sia un altro errore, un errore che non è in armonia col dettato dell'articolo 3, dell'articolo 4 e dell'articolo 5 dello Statuto speciale della Sardegna.

MASTROPAOLO, *Assessore tecnico dell'igiene e sanità*. Infatti sono funzioni decentrate alle UU.SS.LL..

ROJCH (D.C.). Ci sono alcune competenze di coordinamento, onorevole Assessore, rela-

tive ai controlli, alla raccolta di dati, di pareri, c'è l'assistenza tecnico amministrativa, c'è una serie di assistenze che oggi vengono date, o meglio, il più delle volte, non date dall'Assessorato regionale, che credo possano essere più efficacemente realizzate da strutture provinciali dello stesso Assessorato, perché non esiste né in Inghilterra, onorevole Assessore, né in nessun'altra parte del mondo un accentramento del servizio sanitario; l'Assessorato regionale non può pensare di coordinare tutte le strutture esistenti in una regione vasta come la nostra.

Per quanto riguarda la gestione del Piano io ritengo che la battaglia per la spesa storica, per l'equiparazione della Sardegna al resto del Paese anche in materia sanitaria, non possa essere gestita in modo adeguato da questa Giunta e non perché l'Assessore competente sia un tecnico, assolutamente. Una Giunta che esclude un partito popolare come la Democrazia Cristiana, un partito che ha una presenza straordinaria, quasi paritaria rispetto all'insieme delle altre forze nella gestione delle UU.SS.LL., dimostra che la D.C. non è un partito qualunque, al contrario rappresenta nella società, nella stessa gestione dei fatti sanitari, una realtà fondamentale. Alcune forze politiche — basta leggere l'ultimo documento del Partito socialista — hanno manifestato chiaramente la consapevolezza della inadeguatezza e della insufficienza della Giunta attuale. L'alleanza sardista e comunista invoca l'allargamento al Partito socialista e ai laici non per un fatto numerico ma per coprire l'impotenza del suo rapporto con il Governo centrale e con lo Stato nel suo complesso. Mai, io credo, nessuna Giunta è stata così debole e insufficiente in questo senso. L'ingresso di quelle forze nella nuova maggioranza, senza sciogliere i nodi storici politici e programmatici esistenti, non potrà cambiare la fisionomia di questa Giunta, non potrà darle nessuna svolta, nessuna nuova forza. La verifica, per esempio, chiesta dal Partito socialista del quadro politico e dei programmi non ha chiarito nulla; si sono verificati i programmi solo in modo generico, perché nessuno di noi se n'è accorto. Per quanto riguarda il disegno di legge sul Mezzogiorno, per esempio, non è trapelata all'esterno nessuna indicazione

per una gestione politica del Mezzogiorno.

Sull'articolo 13, lo strumento della nuova rinascita, abbiamo assistito ad un silenzio totale: non solo non vi è stata alcuna iniziativa ma neppure una qualsiasi idea, proposizione o linea politica. Altrettanto dicasi per la zona franca. La Giunta resta sostanzialmente avvolta nel limbo del generico e della non scelta politica, quasi sia compito dell'opposizione presentare disegni di legge sul Mezzogiorno, sull'articolo 13 o sulla zona franca.

Il Partito socialista ha presentato un documento, tutto preoccupato del recupero della sua centralità nella nuova alleanza. Io mi sono anche divertito a leggerlo perché è contraddittorio, infatti mentre nella prima parte pone con vigore il problema dell'alternanza, nella seconda questo stesso vigore sembra scemare. L'impressione che ne ho avuto — mi auguro che sia sbagliata, e può darsi che lo sia — è che il Partito socialista (non si capisce se sia pro o contro la maggioranza, è difficile stabilirlo) sul problema dell'alternanza, che è il punto centrale della sua rivendicazione, alla fin fine sembra potersi accontentare di una dichiarazione di principio. La maggioranza del Partito socialista ha posto il problema, però l'impressione che noi abbiamo è che non sembra voler insistere perché probabilmente — questo è il dato che noi abbiamo raccolto — sa che il Partito sardo non intende mollare la sua centralità nella Giunta e che il Partito comunista non intende mollare la sua centralità politica nei confronti del Consiglio, quindi il Partito socialista è costretto ad accontentarsi di una centralità numerica, non politica, nel gruppo laico.

Questa è la nostra impressione, o per lo meno è la mia personale impressione: il Partito socialista sembra orientato, come dicevo, ad accontentarsi di un ruolo centrale, se gli viene riconosciuto in termini di principio, ma di fatto subalterno verso il Partito sardo e il Partito comunista. Tutto questo per che cosa? Per entrare in Giunta? Per occupare qualche posto?

Questa è la nascente geografia politica della nuova grande maggioranza, come l'ha chiamata l'altro giorno l'onorevole Giagu. I

problemi dell'Isola, il dramma dei 100.000 disoccupati, della povera gente, dei giovani, delle imprese in crisi, in questo momento sembrano passare in secondo piano, così come l'idea di un grande sforzo comune delle forze autonomistiche per assicurare alla Sardegna un autentico cambiamento dell'autonomia. Il Partito socialista, in questo quadro, mentre a livello nazionale sta svolgendo, sia pure in mezzo a tante difficoltà, un ruolo importante per il Paese, qui in Sardegna (lo dobbiamo dire con franchezza, lo diciamo sin da oggi, non dopo il 12 di maggio) si accinge a compiere una scelta di potere, forse la peggiore che sia mai stata compiuta da un partito in Sardegna. Noi non comprendiamo francamente perché il Partito socialista non entri subito in Giunta, perché attendere il 12 di maggio. Da sei, sette mesi noi attendiamo questo, senza alcuna preoccupazione. In sei o sette mesi questa Giunta del cambiamento, della "rivoluzione autonomistica", non ha cambiato niente; né nei metodi, né negli obiettivi, né nell'azione politica. Io sfido la Giunta ad indicare un solo elemento di cambiamento che si sia verificato in questi sei mesi. Taluno ha detto che forse è stato cambiato qualche impiegato o qualche funzionario. Non è questo che serve alla Sardegna in crisi. Alla Sardegna serve un'alleanza politica, la più ampia possibile, ma capace di gestire, non a parole, ma concretamente il cambiamento. La maggioranza non si potrà lamentare dell'ostruzionismo della Democrazia Cristiana; lo ha riconosciuto l'assessore Satta e lo ha ribadito il segretario regionale della Democrazia Cristiana. La posizione della D.C. non è quella di privilegiare la polemica o lo scontro, ma di privilegiare soprattutto gli indirizzi generali della Sardegna, di essere attenta e preoccupata di una crisi che sembra essere nella nostra isola inarrestabile.

Ecco perché noi riteniamo che lo sforzo vada compiuto per formare una nuova alleanza capace di affrontare realmente i problemi della nostra isola. Anche nel settore della sanità noi abbiamo visto che, nonostante l'impegno anche personale dell'Assessore, nessuna svolta, nessuna politica di cambiamento si è realizzata. Anche qui per il problema della spesa storica, che pure richiede un grosso impegno politico, niente di

nuovo è apparso all'orizzonte.

Se il Partito socialista, i socialdemocratici e i repubblicani vogliono percorrere ancora questa strada, la Democrazia Cristiana non rimarrà a guardare ma farà il suo dovere di forza politica di maggioranza relativa che ha a cuore, come dicevo, in particolare gli interessi della Sardegna, verificherà e controllerà la capacità politica e governativa di questa Giunta e della nuova alleanza nei confronti della nostra isola.

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

LORELLI (P.C.I.), relatore di maggioranza. Signor Presidente, onorevoli colleghi, l'incerto e delicato cammino verso l'attuazione di un sistema sanitario riformato, che ha in quest'Aula preso l'avvio 4 anni or sono, con l'approvazione della legge regionale istitutiva, nel territorio isolano, di nuovi modelli di gestione della salute, le Unità sanitarie locali, tocca oggi una delle tappe più significative e qualificanti. L'approvazione del Piano sanitario regionale, per il triennio 82/84, costituisce in effetti un punto di partenza per la realizzazione di uno dei fondamentali adempimenti che la legge 833 ha affidato alle regioni italiane. Ciò particolarmente laddove ha posto l'accento sul fatto che il perseguimento degli obiettivi propri della riforma sanitaria è possibile solo adottando la programmazione come metodo ordinario di gestione anche dei problemi sanitari.

L'approvazione di questo primo Piano sanitario regionale rappresenta indubbiamente un tentativo di dare una prima risposta alle nuove istanze ed alla nuova domanda di salute e di sicurezza sociale emergente nel territorio. Ma non solo: questo atto rappresenta soprattutto un momento di volontà e di riconferma di autonomia di fronte all'evidente incapacità ed alle ormai storiche inadempienze a livello centrale ed in particolare del Governo. E' per questo motivo, per questa scelta di fondo, di programmazione e di coordinamento che appaiono strumentali le critiche distruttive del Piano, critiche che tendono ad insabbiarlo col fine ultimo di affossare la stessa riforma sanitaria.

Ecco perché ritardare ulteriormente l'approvazione del Piano significa portare acqua al mulino dei nemici della riforma e significa soprattutto rinunciare a lottare e ad operare per gli ideali che sono alla base della riforma sanitaria. Non è in gioco, a questo punto, solo il miglioramento della sanità nella nostra regione, è in gioco la stessa credibilità del sistema di democrazia partecipativa e decentrata che insieme abbiamo scelto. Riuscire a dare concretezza con l'approvazione del Piano al disegno programmatico e riformatore significa sconfiggere le tesi di chi sostiene premature nel nostro paese forme avanzate di democrazia; significa sconfiggere la tesi di chi è contro la riforma e tenta con ogni mezzo di sabotarla.

Certo, onorevoli colleghi, non sfugge a nessuno di noi che lo strumento che oggi l'Assemblea si accinge ad approvare non è perfetto né esaustivo di tutti i problemi. Ed è proprio la consapevolezza che sia più utile dotare la Regione di un quadro di riferimento, seppure lacunoso ed imperfetto, che ha ispirato la Commissione sanitaria nel suo lavoro. Questa consapevolezza ci ha consentito di ricostituire sul medesimo testo varato dalla Commissione nella scorsa legislatura una larghissima concordanza di opinioni che ha visto l'unitarietà di tutte le forze autonomistiche e democratiche. Si tratta, a nostro avviso, di un segnale politico importante e significativo che va colto con attenzione da tutte le forze politiche; né d'altro canto la Commissione poteva trascurare l'evidenza di una situazione di difficoltà e spesso di caos, ed è stato qui denunciato negli interventi di stamane, e in particolare in quello del compagno Dadea, che esiste nel settore, a tutti i livelli, anche per i gravi ritardi nell'approvazione del Piano. Sono ormai indilazionabili le determinazioni di chiare e precise indicazioni per le scelte che sono di competenza delle UU.SS. LL. e per gli stessi operatori sanitari così come è urgente e necessario superare gli elementi di rigidità e le vecchie impostazioni del precedente sistema che ancora persistono e sono di ostacolo all'attuazione della riforma. Sarà un processo di non breve periodo ma che non può essere frenato. Da qui la decisione della Commis-

sione di approvare il Piano così come è stato presentato, condividendo pienamente la scelta fatta dalla Giunta regionale di riproporre senza modifiche il documento già varato dalla Commissione nella passata legislatura.

Non può passare sotto silenzio il fatto che questo documento costituisce la risultante di un lungo e faticoso processo elaborativo negli anni passati e che è frutto anche dell'apporto di componenti tecnico-professionali di alto livello e di un importante movimento di partecipazione. Né si può trascurare il fatto che la stesura definitiva del Piano ha richiesto un impegno serio e costruttivo da parte dei commissari facenti parte della precedente Commissione sanità, per cui è apparsa quanto mai giusta ed opportuna la decisione della Giunta regionale di recuperare quanto di positivo era stato fatto in tale occasione. Tutto ciò fa onore all'iniziativa della Giunta, ne dimostra l'apertura mentale, lo spirito di unitarietà e il senso di responsabilità. Quest'atteggiamento è stato valutato positivamente dalla Commissione con l'approvazione unitaria del Piano in tempi brevi.

Fatte queste premesse è opportuno sottolineare alcune peculiarità sulle quali, in coerenza con i lineamenti prescritti dalla legge nazionale di riforma, il presente Piano ha posto un particolare accento. E vorrei partire proprio dall'impostazione stessa del progetto di piano per evidenziarne la validità: l'approccio per problematiche unitarie tramite i progetti obiettivi e le azioni programmatiche speciali consentono l'offerta di servizi sociali e di quelli sanitari in un contesto integrato, raccordando tutte le iniziative verso il medesimo obiettivo. L'individuazione dei problemi della salute, oggetto dei progetti-obiettivo, come la tutela della maternità e della mortalità infantile, la tutela della salute nei luoghi di lavoro e la tutela degli anziani se pure non si discostano dalle linee già tracciate dalla programmazione sanitaria nazionale, che però è ancora in fasce, ha come riferimento realtà da sempre trascurate, soprattutto nella nostra Regione. Si tratta di scelte giuste e nobili che devono essere attuate con coerenza. L'efficacia di questo modello di organizzazione dei servizi va verificata sulla base dell'uti-

lità per la popolazione interessata, secondo l'assunto che una riforma è tale se riesce a tradursi in un miglioramento delle condizioni della collettività cui è destinata. Su questi aspetti c'è ancora molta strada da fare. Eravamo parecchio indietro e il cammino è stato ripreso mi sembra alla velocità necessaria. Bisogna percorrere questa strada operando per recuperare i ritardi degli anni passati.

Altro aspetto qualificante dello strumento di Piano è senza dubbio la corsia preferenziale da questo assegnata alla prevenzione, pur collegata agli altri momenti della cura e della riabilitazione e nel contesto della più generale tutela della salute. La prevenzione nell'ottica del Piano deve prendere l'avvio dal medico di base, deve diffondersi il più capillarmente possibile nel territorio con il supporto di un efficiente sistema di educazione sanitaria che stimoli la partecipazione dell'utente. Un'altra indicazione propria della legge di riforma fatta propria dal Piano sanitario regionale concerne il potenziamento dei servizi di base. In questi servizi deve realizzarsi quell'integrazione fra il sociale ed il sanitario che è uno dei punti qualificanti dell'intero sistema sanitario riformato. L'assistenza di base, infatti, non è un fatto esclusivamente sanitario, né è facile distinguere dove finisce il bisogno sanitario e dove cominciano altri tipi di bisogni (sociali, assistenziali, economici, culturali ed altro). La sede propria per tale integrazione di funzioni è il distretto sanitario. Solo in questa sede infatti si realizza un rapporto diretto con la popolazione e soprattutto in questa sede possono essere soddisfatti i bisogni più immediati e primari dei cittadini. Sui distretti dobbiamo registrare preoccupanti ritardi che sono stati qui oggi denunciati, ritardi che vanno rapidamente recuperati.

Correlato al potenziamento dei servizi di base della prevenzione, il Piano indica una precisa linea di marcia verso la deospedalizzazione. In questa ottica l'ospedale diventa, nel sistema sanitario riformato, un necessario complemento dei servizi di base con i quali si integra per fornire una risposta completa ai bisogni di tutela sanitaria della popolazione.

L'ospedale viene così ad assumere una funzione più consona alle esigenze delle popolazioni con un'economicità non irrilevante nella gestione della spesa.

A questo fine è importante la triplice rete di filtri prevista nel Piano. Si può così raggiungere un sistema corretto di ospedalizzazione. Il primo filtro esterno è costituito dai presidi di base; esiste poi un secondo filtro interno agli ospedali definito come servizio di preospedalizzazione che smista gli utenti nei diversi servizi e, infine, i servizi di *day hospital* che svolgono la funzione di ulteriori e più specifici filtri. Si pone, quindi, il problema di riuscire ad individuare una giusta e razionale dimensione dell'ospedale, di realizzare una corretta integrazione funzionale degli ospedali col restante del complesso dei servizi di base e specialistici, di riequilibrare la distribuzione territoriale delle strutture per raggiungere una omogeneità di prestazioni. Se pure il problema ospedale non potrà essere risolto in tempi brevi, in questo Piano sono poste le basi per avviarlo a soluzione.

All'inizio del mio intervento ho parlato dell'approvazione del Piano come di una tappa significativa del processo di riforma, non quindi come un punto di arrivo, ma una tappa di un processo programmatico lungo e difficile. Processo programmatico che deve intendersi come ciclo continuo e deve modellarsi ogni volta secondo le esigenze del momento. In questo modo la programmazione diventa veramente un fatto di crescita e di democrazia, e in tal modo l'evoluzione naturale e l'applicazione concreta del Piano, che l'Assemblea si accinge ad approvare, saranno i piani delle UU. SS.LL.. Spetta, infatti, a queste ultime impegnarsi in modo serio nella logica dello spirito e della lettera del Piano per tradurre le indicazioni contenute nello stesso in scelte e atti idonei per le specifiche realtà territoriali. Ciò nella constatazione che la riuscita della programmazione dal basso è determinante per la costituzione del nuovo sistema sanitario, e questo non è cosa da poco. Molte regioni hanno registrato su questo punto non pochi insuccessi e si tratta anche di regioni che appaio-

no e che sono, in qualche caso, più avanti della nostra. Le esperienze anche quelle negative delle altre regioni devono servirci, comunque, per riuscire in questa difficile impresa. D'altro canto a mio avviso è opportuno, in questo momento, dare attuazione concreta a tutte le possibilità di programmazione esistenti, così come è opportuno tenere alta la tensione ideale che vi è stata nella elaborazione di questo Piano e utilizzarla nella elaborazione del nuovo Piano sanitario.

Questa tensione ideale può aversi se prevalgono gli interessi generali su quelli particolari. Un impegno fattivo e unitario è infatti, a mio avviso, la premessa imprescindibile per l'elaborazione del nuovo Piano, anche alla luce dell'esperienza maturata con il primo, e a seguito delle verifiche risultanti dalla programmazione delle Unità sanitarie locali. Sono queste le condizioni indispensabili perché il nuovo Piano recuperi eventuali lacune di questo, e anche eventuali apporti migliorativi a questo Piano possono venire nell'elaborazione del nuovo, la cui necessità è emersa, sia nel corso dell'esame di questo progetto in Commissione, sia durante i colloqui informali. Io ritengo che questi eventuali apporti migliorativi possano venire recepiti più opportunamente in sede di predisposizione del nuovo Piano, quando avremo un quadro di riferimento più certo in cui operare e un passato storico da valutare.

Si lavori quindi da subito per la predisposizione del nuovo Piano e proprio per avviare fin da ora un proficuo lavoro, la Commissione ha programmato di effettuare, appena conclusa l'approvazione di questo Piano, una serie di sopralluoghi conoscitivi nelle varie Unità sanitarie locali della Sardegna, al fine di verificare lo stato di attuazione della riforma sanitaria nell'Isola. Ciò a distanza di tre anni dal suo avvio, al fine di constatare le effettive esigenze delle realtà locali. Alla luce di quanto emergerà a seguito di tali incontri, sarà senz'altro possibile dare una impostazione valida e razionale al nuovo Piano.

Ed è nella prospettiva di questo prossimo impegno comune che auspico oggi la più

IX LEGISLATURA

XXXIV SEDUTA

20 MARZO 1985

ampia sintonia di consensi su tale atto legislativo che è soprattutto un atto di fiducia e di stimolo nei confronti delle capacità gestionali ai diversi livelli per una costruzione realmente programmata della riforma sanitaria.

PRESIDENTE. I lavori del Consiglio ri-

prenderanno questo pomeriggio alle ore 17 e 30.

La seduta è tolta alle ore 13 e 30.

DAL SERVIZIO RESOCONTI

Il Capo Servizio

Dott. Antonio Solinas

TIPOGRAFIA
PASSAMONTI