

8 GIUGNO 1972
ORE 13

Tavola Rotonda sui « PROBLEMI GIURIDICI
E TECNICI DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA
IN SICILIA »

Relatori :

Comm. Dr. Mario Loffredo
Prof. Giuseppe De Grazia
Prof. Pietro Virga

Presiede: Avv. Franco Tavella.

Soci presenti: N. 42 (*elenco nominativo alla fine della comunicazione*).

Percentuale di presenza: 39 %.

Invitati: Prof. Giuseppe De Grazia - Direttore Sanitario dell'Ospedale Civico di Palermo.
Prof. Francesco Paolo Guerrera (ospite della Presidenza);
Prof. Alberto La Grutta (ospite del Prof. Liborio Giuffrè).
Dott. Sergio Salamone (ospite del Barone Sergio).

Dopo un affettuoso saluto ai soci presenti, il Presidente, Avv. Tavella, rivolge un cordiale benvenuto agli ospiti.

Un augurio particolare viene poi rivolto al Dr. Gandolfo Dominici, il quale è stato nominato Cavaliere del Lavoro. Anche al Dr. Roberto Ciuni, al quale è stata attribuita la « rosa dell'amicizia » dal Presidente della Repubblica, l'Avv. Tavella porge le sue congratulazioni. Infine, dopo aver dato lettura di una lettera dell'Avv. Alfonso Siciliano, nuovo Governatore del 190° Distretto, il Presidente porge la parola al Dott. Mario Loffredo, primo dei tre relatori del giorno.

(Comunicazione del socio Comm. Dott. Mario Loffredo alla riunione del-
l'8 giugno 1972).

Nell'ormai lontano, possiamo dire, 1962 il Congresso del 190° Di-
stretto del Rotary tenutosi a Caltanissetta, poneva come tema generale su
iniziativa dell'allora Governatore Prof. Bonomo il problema della Assisten-
za Ospedaliera sotto i suoi vari aspetti e alla luce dei concetti espressi dal
Comitato degli esperti dell'organizzazione mondiale della Sanità. Illustri
personalità fra cui il Prof. De Grazia hanno dato il contributo della loro
scienza ed esperienza al fuoco di elevati dibattiti i cui risultati sono stati
portati a conoscenza degli organi nazionali preposti alla Sanità pubblica,
contribuendo a quel movimento di coscienze che ha unanimamente sol-
lecitato nel nostro Paese una nuova legislazione sull'assistenza ospedaliera.

Nell'imminenza della discussione all'ARS della legge di riforma sa-
nitaria, l'argomento non poteva non essere ripreso dal nostro Club dove
gli operatori della Sanità sono rappresentati in larga prevalenza, sopra-
tutto dopo l'esame dei fatti e degli avvenimenti di notevole rilievo verifi-
catisi in questi anni, che giustificano il più approfondito interesse del
Rotary nell'intento di servire la collettività nel settore più importante per
la vita umana.

Nel documento costitutivo dell'organizzazione mondiale della Sani-
tà la salute è considerata uno dei diritti fondamentali di ogni essere uma-
no, qualunque siano la sua razza, la religione, le opinioni politiche, la
condizione economica e sociale. Questo concetto diventa norma della Co-
stituzione italiana che all'art. 32 pone in chiara evidenza l'impegno dello
Stato per la tutela della salute di tutti i cittadini, come premessa indispen-
sabile alla libera manifestazione della propria personalità. Il problema del-
le possibilità della vita di ognuno è il problema di tutti. Ed è questo se-
condo il credo rotariano, il contributo più vero che sia stato dato alla ci-
viltà dei nostri tempi, dalle ideologie della sicurezza sociale.

L'art. 38 ne completa il significato individuando fra i suoi compiti la
realizzazione di un sistema di sicurezza sociale di cui la sicurezza sanitaria
è un aspetto, una fase. Ma mentre il Paese si sviluppa economicamente e
politicamente, la concezione dominante nella organizzazione dei suoi ser-
vizi sanitari rimane ancora ferma ai concetti di «Assistenza e Previdenza».

Secondo gli esperti dell'O.M.S. l'ospedale è parte integrale dell'or-
ganizzazione sociale e medica. Badate bene a questa qualificazione prima
sociale e poi medica; quindi gli ospedali fanno parte di una organizzazio-
ne civile, di civiltà meglio, di una struttura sociale di un popolo, col com-
pito di provvedere alla completa tutela della salute della popolazione a
scopo sia curativo che preventivo.

L'Ospedale inoltre è un centro per la formazione di coloro che lavo-
rano nel campo sanitario e per ricerche biosociali. *L'Ospedale, quindi, de-
ve essere un centro di salute non solo di cura.*

Confortati da notevoli pareri di eminenti esperti, possiamo affermare
che non si può parlare di politica sanitaria se non collocando questo set-
tore nel contesto di una politica generale di piano.

Lo stesso si desume dalla legge 132 del 1968 dalla quale appare
chiaro che la politica sanitaria è un settore di un più vasto disegno di
politica sociale e di sviluppo economico.

Il testo della legge sugli « Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera » del 1968 rientra appunto nel *grande quadro formato dalla programmazione nazionale di cui non rappresenta che la prima forma di attuazione settoriale*. Come tale esso contiene parecchie previsioni normative che fanno riferimento alle programmazioni regionali ed alla articolazione regionale del piano nazionale sempre nell'ambito delle direttive del programma economico.

L'art. 29 si inquadra a sua volta in questa tematica stabilendo che ciascuna regione provveda a programmare i propri interventi nel settore, informandoli nelle scelte della programmazione, ai principi della legge ospedaliera e della legge di programma ospedaliero prevista dallo stesso art. 26 ancora per altro non attuato.

L'art. 29 aggiunge inoltre che nella legge regionale in questione debbono essere indicati: mezzi finanziari *per la costruzione dei nuovi ospedali*. A questo proposito c'è da dire come la legge non sia affatto chiara: infatti non risultano determinata la spesa complessiva da destinare al settore, nè esiste nemmeno una ripartizione regionale delle disponibilità assegnate dal piano quinquennale.

Comunque la Regione dovrebbe formulare uno schema di sviluppo economico del proprio territorio, cosa che non risulta ancora fatto e quindi non ha potuto finora presentare un programma regionale ospedaliero.

Ma sotto il profilo giuridico non basta una riforma dell'ordinamento vigente; occorre anche una riforma delle strutture che l'ordinamento ha previsto.

Infatti la crisi più profonda in atto è proprio quella che si pone fra le strutture che oggi esistono e le finalità che lo Stato si pone.

In avanzata fase di completamento la dichiarazione e la costituzione degli Enti Ospedalieri voluta dalla legge 12-2-68 n. 132 si è fermata in Sicilia per pretesi motivi giuridici relativi al mancato recepimento da parte della Regione della legge stessa.

I decreti presid. 128 e 130 sull'ordinamento e sullo stato giuridico del personale ospedaliero destinati ad assicurare all'ospedale una struttura interna più funzionale miranti a un progresso qualitativo e quantitativo, hanno avuto remore insormontabili.

Il decreto legge 26 ottobre 1970 sui possedimenti straordinari per la ripresa economica sospende fra l'altro l'efficacia del decreto Pres. 128 relativo agli organici del personale, per cui restano fermi gli obblighi degli ospedali per tutti gli adempimenti previsti, senza avere la disponibilità dei mezzi.

E proprio sul piano finanziario si registra una insanabile contraddizione fra le aspettative generate in sede politica e provvedimenti diretti a rendere possibile la concreta applicazione della legge. Infatti nulla è stato previsto per il finanziamento delle maggiori spese altro che aumentare le rette.

Una prima esigenza dunque è quella di adottare provvedimenti capaci di risanare una situazione finanziaria disastrosa e nello stesso tempo idonei a promuovere l'incremento delle attività secondo quanto previsto dalla legge altrimenti si andrà a costruire su una frana.

Per ora tutto lo sforzo dell'organizzazione sanitaria attuale è concentrato nel momento terapeutico, il che determina una crisi funzionale delle strutture sanitarie e aumenta notevolmente il prezzo della salute.

Calcolando le spese essenziali compreso il personale che assorbe fino all'80 % dei costi, si arriva a rette con punte di 31.780 lire al giorno. E non vengono comprese le spese per ampliamenti, manutenzione straordinaria, opere di risanamento, sistemazioni varie, che senz'altro dovrebbero rientrare nella retta. Sappiamo che tali attività possono concretizzarsi unicamente con affannose ricerche di sovvenzioni straordinarie. Ed ecco perché molti ospedali non possono più assolvere alla loro funzione, perché i loro impianti sono logori, le attrezzature cliniche e scientifiche superate, spesso assenti. Ora dobbiamo riconoscere che l'assolvimento di certi compiti da parte dell'ospedale, non può essere legato a sovvenzioni che possono venire o no con carattere del tutto aleatorio, e in funzione di situazioni più o meno favorevoli. L'ospedale più di qualsiasi altra istituzione deve essere ordinato nel senso che tutti i suoi compiti debbono essere assolti e assolti bene.

Non è paradossale che gli ospedali per oltre il 90 % e secondo alcuni la quasi totalità, si trovino in cronico disavanzo? Si calcola complessivamente in Sicilia un disavanzo di circa 23-25 miliardi. Esercizi passivi con disperati appelli delle Amministrazioni agli Enti Pubblici, (e primi fra questi la Regione) per fronteggiare situazioni di emergenza che dal momento stesso del cosiddetto tamponamento si ripresentano sistematicamente ad ogni scadenza.

Il primo problema che si è cercato di risolvere è quello del personale, senza pensare che la soluzione del problema degli ospedalieri passa per l'ospedale e non viceversa, mentre si è verificato che le varie categorie di dipendenti (medici, paramedici, ausiliari), coscienti in seguito agli accordi sindacali con la FIARO, della loro potente forza contrattuale e sindacalmente sempre più minacciosa, hanno imposto gravissimi sacrifici alle Istituzioni ospedaliere rendendone sempre più precaria la situazione e con gravissimo pregiudizio per l'assistenza all'utente che dovrebbe essere il principale obiettivo dell'attività ospedaliera.

Durante lo scorso anno in uno dei più importanti ospedali dell'isola si sono avute 130.000 giornate di degenza in meno, a causa dello sciopero dei medici e del rimanente personale. Ora anche in questo settore si pone un interrogativo al quale ancora la impostazione sociale e democratica del nostro Paese non ha trovato una risposta. Perché la libertà concessa a certi gruppi organizzati deve prevalere sul sacrosanto diritto di migliaia e migliaia di cittadini, alla tutela della salute ed alle cure?

Ci sembra paradossale altresì che, principali Enti di assicurazione contro le malattie che usufruiscono della attività ospedaliera per oltre il 75% non partecipino alla vita amministrativa dell'Ente ed alla formazione delle rette. Questa loro esclusione dalle responsabilità della vita ospedaliera consente ad essi di disattendere sistematicamente in sede di comitati di controllo di cui fanno parte, le esigenze dirette rappresentate dagli ospedali.

L'attuale dualismo fra Ospedali e Enti mutualistici, tu curi, io pago, aggrava ogni giorno di più i problemi economici collegati ai due settori, per la facile constatazione che la confusione degli ordinamenti ha come risultato immediato un aumento della spesa., spiegabile solo dal permanente contrasto fra i due elementi portanti della attuale organizzazione sanitaria.

Non sembra che di fronte ad una sfasatura che abbraccia tutti i settori della vita ospedaliera il problema sia da esprimersi in termini solamente economici, non è solamente problema di mezzi, ma soprattutto vi

è una grande confusione di fini (altro che centri di salute e di esperienza scientifica, non è raro il caso che divengano centri sperimentali di potere). Quindi occorrono soluzioni strutturali e giuridiche e subordinatamente a queste, tutte le soluzioni per gli altri problemi, da quello del personale a quello del finanziamento, a quello della organizzazione tecnica.

La rapida evoluzione scientifica e tecnica ha superato in un limitatissimo numero di anni e nello spirito e nella funzione la vecchia concezione ospedaliera togliendo addirittura il fiato all'Istituto, ed è per riportarlo al livello della funzione che si deve affrontare il problema con propositi innovatori.

L'ospedale non può essere considerato una istituzione fissa, esso deve essere visto in un mondo che si evolve, a questo tendono la nuova legge di riforma ospedaliera che con opportune integrazioni nell'ambito della competenza regionale, dovrà eliminare quegli stridenti contrasti che oggi si lamentano.

Si tratta di complessi problemi della nostra società che va aprendosi a nuove dimensioni di civiltà che impongono lo scontro fra il vecchio e il nuovo, fra le vecchie e le nuove mentalità, scontro di vecchie strutture e di nuove impostazioni, mentre le prime sono abbarbicate alle seconde e finiscono per prevalere, pregiudicando il diritto di ogni cittadino ad essere assistito in qualsiasi momento e nella forma che si confà alla dignità umana.

E' indispensabile che si realizzi innanzi tutto una distribuzione di compiti fra le coscienze per portare tutti quanti a confluire verso una leale anche se pesante collaborazione che costerà fatiche e rinuncie, ma certamente farà maturare una fase di chiarificazione obbedendo a precisi ed inequivoci criteri di impostazione rispondenti alle linee programmatiche della legge nel pieno rispetto dell'autonomia regionale.

La Regione sul piano delle soluzioni tecniche è stata individuata come l'unità territoriale più idonea per l'attuazione in maniera decentrata dei piani generali di sviluppo.

Essa quale realtà costituzionale è il livello intermedio fra gli organi centrali dello Stato e gli Enti locali e quindi preposta al coordinamento ed al controllo di tutte le attività.

Ed è il soggetto idoneo a svolgere le attività sanitarie con proprie organizzazioni e giuridicamente capace e territorialmente adeguato a prendere iniziative in materia di politica sociale, essendo l'ambiente più omogeneo per un progetto che intende arrivare alla radice delle presenti difficoltà del sistema sanitario. Ambiente omogeneo dal punto di vista geografico naturale, economico, psicologico, sociologico, antropologico e culturale, come l'unità di misura di un piano di sviluppo e quindi di un piano di sicurezza sanitaria. E pertanto deve essere presente nei centri decisionali a tutti i livelli.

La Regione con la garanzia da parte dello Stato di una moderna e responsabile politica sanitaria adeguata ai grandi problemi del Paese che ha trovato la sanzione nella ripetutamente citata legge 132, potrà mediante un opportuno riordinamento e adattamento delle strutture passare all'attuazione pratica, superando le difficoltà dovute anche alla carenza di studi accurati sugli effettivi bisogni delle popolazioni calcolati anche in previsione di esigenze future.

Sulla potestà legislativa della Regione Siciliana in materia di Igiene e Sanità, ci illuminerà il Prof. Virga, io mi limiterò a dire che l'art. 17 dello statuto reca: Entro i limiti dei principi ed interessi generali cui si informa la legislazione dello Stato, l'Assemblea Regionale può al fine di soddisfare alle condizioni particolari ed agli interessi propri della Regione, emanare leggi anche relative alla organizzazione dei servizi sopra le seguenti materie: igiene e sanità pubblica, assistenza sanitaria.

L'art. 67 della 132 dà mandato alle regioni autonome di adottare la propria legislazione. Infatti alcuni istituti non troverebbero riscontro nella Regione Siciliana, ne altri sarebbero funzionali perché in contrasto con gli ordinamenti vigenti.

Dopo oltre 4 anni dalla emanazione della legge 132, si impone, quindi, in Sicilia, una innovazione di strutture, con un'organizzazione che possa seguire gli sviluppi della medicina moderna, che dia alla professione medica tutti quegli strumenti che oggi sono necessari perché la medicina giunga a tutti ed ognuno possa godere dei necessari sussidi terapeutici e di tutti i più moderni ritrovati che la scienza pone a disposizione del medico. Questo aggiornamento tecnico dell'organizzazione al progresso della scienza deve avere influenza in tutti i settori, da quello edilizio a quello del personale, delle attrezzature, dei servizi ecc.

Se tutto questo non si verifica, si può affermare che gli ospedali hanno fallito a livello della loro funzione, (nell'ambito di una moderna organizzazione sanitaria). Significa rimandare la soluzione del problema nel suo complesso e cronicizzare i problemi particolari.

Perciò si invoca, nell'ambito Regionale, una sistemazione giuridica di un settore che rappresenta una delle principali forze della moderna collettività retta da principi di solidarietà che deve rispondere con adattabilità immediata a tutte le contingenze, fino a predisporre anche un processo per il superamento della mutualità.

Tutti concordi sulla drammaticità della attuale crisi ospedaliera che ne investe alcuni in misura spaventosa, auspichiamo che l'Assemblea Regionale rompa in termini definitivi il suo lungo silenzio nel settore della Sanità, con la fiducia che essa possa avviare a soluzione i gravissimi problemi rimasti finora insoluti e che richiamano alcuni dei più grandi principi regolatori della morale oltreché del diritto e della tecnica di fronte ai quali non è più possibile il rinvio o il compromesso.

Questa è la nostra grande speranza di cittadini e di rotariani ansiosi di vedere realizzato in Sicilia un sistema sanitario autenticamente cristiano, civile e giusto, che crei le basi concrete perché certi diritti fondamentali della persona umana siano salvi per tutti con quella dignità che le esigenze storiche e sociali reclamano.

La parola al Prof. Giuseppe De Grazia:

Indagine statistica sullo stato di fatto esistente nella Regione, comprendente valutazioni anche di ordine funzionale.

Ipotesi di ristrutturazione territoriale della assistenza ospedaliera.

Sintesi regionale sui fabbisogni e sulle possibili collocazioni dei presidi ospedalieri.

Zone ospedaliere: rappresentano altrettanti comprensori di influenza di un ospedale generale che deve assicurare l'assistenza ospedaliera di base alla popolazione della relativa circoscrizione. Ad ogni zona ospedaliera non corrisponde generalmente un ospedale di zona, in quanto alcune zone come quelle di importanti centri possono essere servite da un ospedale destinato ad assolvere anche ad una funzione provinciale ed in qualche caso anche regionale.

Le zone ospedaliere, in linea di massima, dovrebbero coincidere con le tipiche circoscrizioni già esistenti per la presenza di particolari strutture amministrative e sociali, per comunanza di fonti di lavoro, per consuetudine di mercato, per le caratteristiche delle vie di comunicazione, per il turismo, per le condizioni climatiche.

In rapporto alle recenti leggi ospedaliere le indicazioni prevedono unità zionali per raggruppamenti di popolazione da 25.000 a 50.000 abitanti, evitando la realizzazione di istituzioni per zone comprendenti meno di 25.000 abitanti.

Per le zone dei grandi complessi urbani, in cui la popolazione è particolarmente concentrata, potrebbe anche essere superato il limite massimo di 5.000 unità previste dalla Legge come comprensorio del tipico ospedale generale di zona tanto più se la zona stessa è servita anche da un ospedale con funzione provinciale.

Le zone ospedaliere dovrebbero essere determinate in rapporto alle strutture già esistenti in modo che queste siano inserite, nella progressiva pianificazione, nel primo programma di attuazione con la più larga utilizzazione.

Questo concetto non deve essere inteso nel senso che la assistenza ospedaliera può essere assolta dall'Ospedale esistente; per molti degli attuali istituti di ricovero della Sicilia si prospetta anzi la esigenza di una radicale trasformazione e di un idoneo potenziamento per svolgere la funzione loro assegnata.

Ad esempio molte infermerie esistenti o piccoli ospedali non possono essere utilizzati come ospedali di zona, ma potrebbero essere destinati alla ricezione di convalescenti e lungo degenti, collegati, integrati o fusi con l'Ospedale di zona generale o con l'Ospedale Provinciale generale.

Per quelle zone territoriali ad intenso sviluppo urbanistico o comprendenti i Comuni della cosiddetta « cintura » debbono essere previsti ospedali generali di nuova istituzione; ad esempio a Palermo è indiscutibile la necessità di creare una attrezzatura ospedaliera nella zona occidentale della città.

Un altro aspetto da considerare riguarda gli ospedali specializzati, con la esclusione di quelli destinati alla assistenza dei tubercolotici e dei malati mentali.

Essi sono per la maggiore parte ubicati nel capoluogo della Regione od in altri grandi complessi urbani; la loro ubicazione sembra rispondere adeguatamente alle esigenze di questo settore di assistenza, tenuto conto della funzione regionale che la maggiore parte di queste strutture ospedaliere ha una funzione regionale e della esistenza di divisioni delle stesse specialità in ambito provinciale.

Gli ospedali provinciali oltre alla assistenza medica, chirurgica, ostetrica, pediatrica e delle più importanti specialità dovrebbe assolvere una funzione assistenziale variabile tra 50.000 e 300.000 abitanti; così gli

ospedali regionali dovrebbero essere previsti in rapporto alla popolazione, ai complessi urbani, alle sedi universitarie, ai grandi complessi ospedalieri esistenti; dovrebbero svolgere prevalentemente una attività di alta qualificazione di prestazioni nel campo delle specialità maggiormente impegnative quali la angiocardiochirurgia, la neurochirurgia, la chirurgia plastica, la ematologia, l'oncologia, ecc.

Sui dati statistici sinora in nostro possesso appare evidente oltre la carenza dei posti letto per infermi acuti (3,75 per mille) la quasi assoluta indisponibilità di ospedali per lungodegenti e convalescenti previsti dalla attuale legislazione; questo fenomeno purtroppo ha dimensioni nazionali.

Questa critica situazione impegna una buona percentuale di posti per acuti, abbassando notevolmente l'indice di rotazione.

Le gravi carenze in questo settore possono essere superate solamente con sezioni e divisioni per lungo degenti negli ospedali generali provinciali e di zona od utilizzando complessi ospedalieri superati dal punto di vista tecnico-edilizio e funzionale già esistenti previ i necessari lavori di sistemazione.

Altro aspetto non meno impegnativo da prendere nella dovuta considerazione è il fabbisogno di posti letto che secondo le recentissime indicazioni del piano nazionale ospedaliero si aggira sugli 8-9 posti letto per 1.000 abitanti (6 % per infermi acuti, 3 % per lungodegenti e convalescenti).

Anche calcolando l'attuale popolazione residente in Sicilia che si aggira sui 5 milioni di abitanti ed in attesa dei dati dell'ultimo censimento ed arrotondando al 4 per mille l'attuale disponibilità per la Regione Siciliana occorrerebbe ancora un 5 per mille cioè circa 25.000 posti-letto senza contare quelli necessari per sostituire gli attuali posti-letto non più idonei per la venustà dei fabbricati o per condizioni di sovraffollamento.

Altro aspetto già fatto presente in altre occasioni riguarda la qualificazione dell'assistenza; ogni ente ospedaliero deve svolgere i compiti istituzionali previsti dalla sua classificazione riconosciuta, su parere del Consiglio di Sanità con decreto delle competenti autorità; inserire strutture specializzate in settori non specifici comporta inevitabilmente utilizzazione di esperti altamente qualificati in servizi tecnici necessariamente limitati; duplicazione di attrezzature tecnologiche di alto costo, impossibilità di una collaborazione con altri esperti poichè oggi la cooperazione medica dell'assistenza rappresenta una necessità non confutabile.

Da queste sintetiche premesse possiamo trarne delle considerazioni di carattere generale che dovrebbero essere tenute ben presenti quando ci si dispone ad una programmazione ospedaliera regionale, la quale naturalmente va inserita nel pur ampio e vasto quadro di una riforma sanitaria a carattere protettivo globale medico-sociale.

Anzitutto va sottolineata la mancanza di studi statistici e sociali che possano fornire indici di valutazione esauriente soprattutto per quanto riguarda i convalescenti ed i lungo degenti e la particolare fisionomia nosologica della popolazione siciliana.

Un secondo elemento può essere costituito dagli indici di spedalizzazione che, in larga massima, denunciano una disparità di richieste nelle singole zone per differenze di ordine demografico ed economico sociale, di tradizione, di strutture assistenziali e sanitarie, di condizioni igienico-ambientali, di educazione sanitaria.

Questi parametri debbono essere tenuti presenti soprattutto sotto il profilo della distribuzione qualitativa dei posti-letto poiché esistono elementi nosografici vari tra gruppi di popolazione delle varie regioni nonché difformi realtà ecologiche e socio-economiche che a loro volta determinano difformità di impostazione della problematica e conseguenzialmente la scelta del modello organizzativo sui quali va impostato il contenuto di effettivi essenziali interventi da parte dei programmatori che debbono essere orientati dagli operatori sanitari secondo una specifica, acquisita dottrina ospedaliera.

Altro aspetto che occorre tenere nella massima considerazione è costituito dalla necessità di alleggerire le sedi ospedaliere per acuti, sistemando gli infermi non più bisognevoli della terapia degli Ospedali Generali in sedi più idonee.

Le indagini statistiche hanno messo chiaramente in evidenza che una parte rilevante dei lungo degenti (uropogici, neurologici, pneumopatici) potrebbe essere accolto in sedi diverse, insieme a quei soggetti per i quali sussiste la necessità di lunghi ed impegnativi trattamenti di riabilitazione, prima del reinserimento nella famiglia e nella collettività, al fine del recupero di funzioni gravemente compromesse, specialmente quando queste ultime vengono trattate tempestivamente.

A questo punto si pone il problema della concezione unitaria della Unità Ospedaliera completa che, nel suo contesto, assicuri strutture edilizie ed organizzative per risolvere tutti i quesiti degli acuti, dei cronici, dei soggetti da riabilitare.

Oggi la medicina in tutte le infinite proiezioni è sempre più articolata in complessi apparati organizzativi altamente specializzati per singole funzioni, per il cui assolvimento occorrono *equipes* selezionate ed attrezzature costosissime; in un sistema organizzato non può ammettersi la moltiplicazione di presidi e servizi che, invece, potrebbero essere sufficienti per soddisfare le richieste dei settori della prevenzione, della diagnostica, della terapia, compiti tutti dell'ospedale generale.

Per facilitare l'adozione di tali orientamenti potrà prevedersi la fusione e concentrazione di Enti previsti dalla nuova normativa con la collaborazione dei Comitati di Programmazione Ospedaliera, utilizzando tutto il potenziale esistente nella Regione.

Secondo questi concetti di ordine generale è possibile programmare una idonea assistenza ospedaliera la quale, pianificata progressivamente, nei tempi di realizzazione, potrà offrire prestazioni idonee per la protezione dell'individuo sia contro la malattia che contro le sue debilitanti conseguenze.

E' augurabile che l'assistenza sanitaria prevista nella riforma di cui quella ospedaliera costituisce forse il più importante nucleo non subisca le conseguenze di una eccessiva politicizzazione, ma che dia al medico sempre la possibilità di effettuare in pieno diritto di coscienza la sua professione ed all'infermo la sicurezza di una idonea assistenza nel rapporto di fiducia tra medico ed ammalato.

(Comunicazione del Prof. Pietro Virga alla riunione dell'8 giugno 1972).

Il problema ospedaliero è troppo ampio per potere esaurirlo in una tavola rotonda conviviale; vorrei quindi limitarmi a precisare in maniera telegrafica alcuni punti, per smentire alcuni luoghi comuni.

Anzitutto è inesatto che la Regione Siciliana, per non avere emanato una propria legge di ricezione della Legge Mariotti, è carente di poteri in materia ospedaliera. I poteri in materia di sanità sono stati trasferiti alla Regione Siciliana con il decreto presidenziale n. 1111 del 1956. Vero è che in tale decreto non si parla specificamente di ospedali, ma ciò dipendeva dal fatto che la submateria degli ospedali era ricompresa in quella più ampia della sanità. E' chiaro che quando da una materia più ampia, nell'evoluzione della legislazione si enuclea una submateria con ciò non viene implicitamente sottratta una parte di competenza. Ad esempio, nella materia dei lavori pubblici per tanto tempo si è ricompresa anche quella dell'edilizia e dell'urbanistica, ma il fatto che tali materie sono state enucleate non ha impedito all'Assessorato allo sviluppo economico di esercitare le rispettive competenze. Ora si vuole enucleare dalla urbanistica una ulteriore submateria, quella del riassetto del territorio, ma nessuno si sognerà di escludere la competenza della Regione per tale settore.

Del resto la Regione ha esercitato sempre la propria potestà legislativa in materia ospedaliera, con la costituzione delle unità ospedaliere circoscrizionali (L. Petrotta), che è stata la prima legge di programmazione ospedaliera, con provvedimenti a favore degli ospedali, in materia di rette di sedalità e perfino in tema di stato giuridico dei sanitari. Essa inoltre ha sempre esercitato i poteri amministrativi in materia ospedaliera e contro i provvedimenti negativi degli organi di controllo, i ricorsi secondo il pacifico insegnamento della giurisprudenza vanno proposti all'Assessore regionale.

Altro luogo comune da sfatare è quello secondo cui la legge Mariotti e i relativi decreti delegati non possono trovare applicazione in Sicilia, fino a quando la legge e i decreti non vengono recepiti. Le leggi statali, per insegnamento pacifico, trovano immediata applicazione nella Regione Siciliana, fino a quando non vengano modificati dalla Regione stessa. Non solo infatti tutti i decreti delegati hanno trovato piena applicazione, ma si è proceduto anche alla costituzione degli enti ospedalieri con decreto presidenziale (dato che, come è noto la Riforma Mariotti ha trasformato le vecchie istituzioni di assistenza e beneficenza in enti ospedalieri). Anzi il Consiglio di giustizia amministrativa investito in una causa per l'ospedale di Termini, se indipendentemente da tale decreto la riforma dei decreti delegati trovasse applicazione in Sicilia, ha dato al quesito risposta positiva.

Da che cosa è quindi nato il problema? Semplicemente da questo che l'art. 67 della Legge Mariotti ha stabilito che le regioni a statuto speciale « ad eccezione di quelle che hanno in materia sanitaria potestà legislativa primaria debbono adeguare la propria legislazione ai principi stabiliti dalla presente legge ».

Vi è, è vero un punto, per il quale l'adeguamento si impone ed è quello del funzionamento dei controlli sugli enti ospedalieri, che ancora oggi in Sicilia viene esercitato secondo le vecchie norme dal Medico pro-

vinciale e dal Comitato Provinciale assistenza bene pubblico e secondo le vecchie norme sul controllo di merito, che sono, fra l'altro in contrasto con la Costituzione.

Cosa è avvenuto nelle altre regioni in applicazione della così detta Legge Scelba sulle regioni? Si è costituito un Comitato di controllo unico per tutti gli enti locali, il quale, allorchè deve esaminare le delibere degli enti ospedalieri è integrato dal Medico Provinciale. Il controllo di merito è stato abolito e sostituito dal controllo mediante richiesta di riesame i provvedimenti sono divenuti definitivi e quindi impugnabili direttamente con ricorso giurisdizionale e senza le lungaggine del ricorso gerarchico.

In Sicilia si trattava di fare una leggina di pochi articoli con cui veniva esteso tale sistema di controllo, integrando con il Medico provinciale non già il Comitato di controllo, bensì la Commissione provinciale di controllo, dato che in Sicilia la vigilanza sugli enti è esercitata da tale organo. Era una soluzione logica e semplice, che fra l'altro era stata auspicata da Don Sturzo nel lontano 1955 (e cioè 17 anni fa), quando furono istituite le C.P.C.

Ma siccome nella nostra felice isola le soluzioni semplici e logiche non sono gradite, è stato presentato nella scorsa legislatura un progetto Mazzaglia con il pomposo titolo di « riforma sanitaria » il quale crea un apposito organo denominato Comitato provinciale di tutela e di vigilanza composto di 8 componenti (primo errore di grammatica: gli organi collegiali vanno sempre costituiti in numero dispari per consentire la formazione della maggioranza). E poi perché creare un organo apposito quando ce ne era uno ben fatto? Perché spese di locali, personale, cancelleria, Per soddisfare le esigenze clientelari dell'Assessore alla sanità? Ma se si tratta solo di questo: bastava modificare la norma sulla nomina della Commissione di controllo, stabilendo che alcuni dei componenti sarebbero stati d'ora in avanti designati dall'Assessore alla sanità.

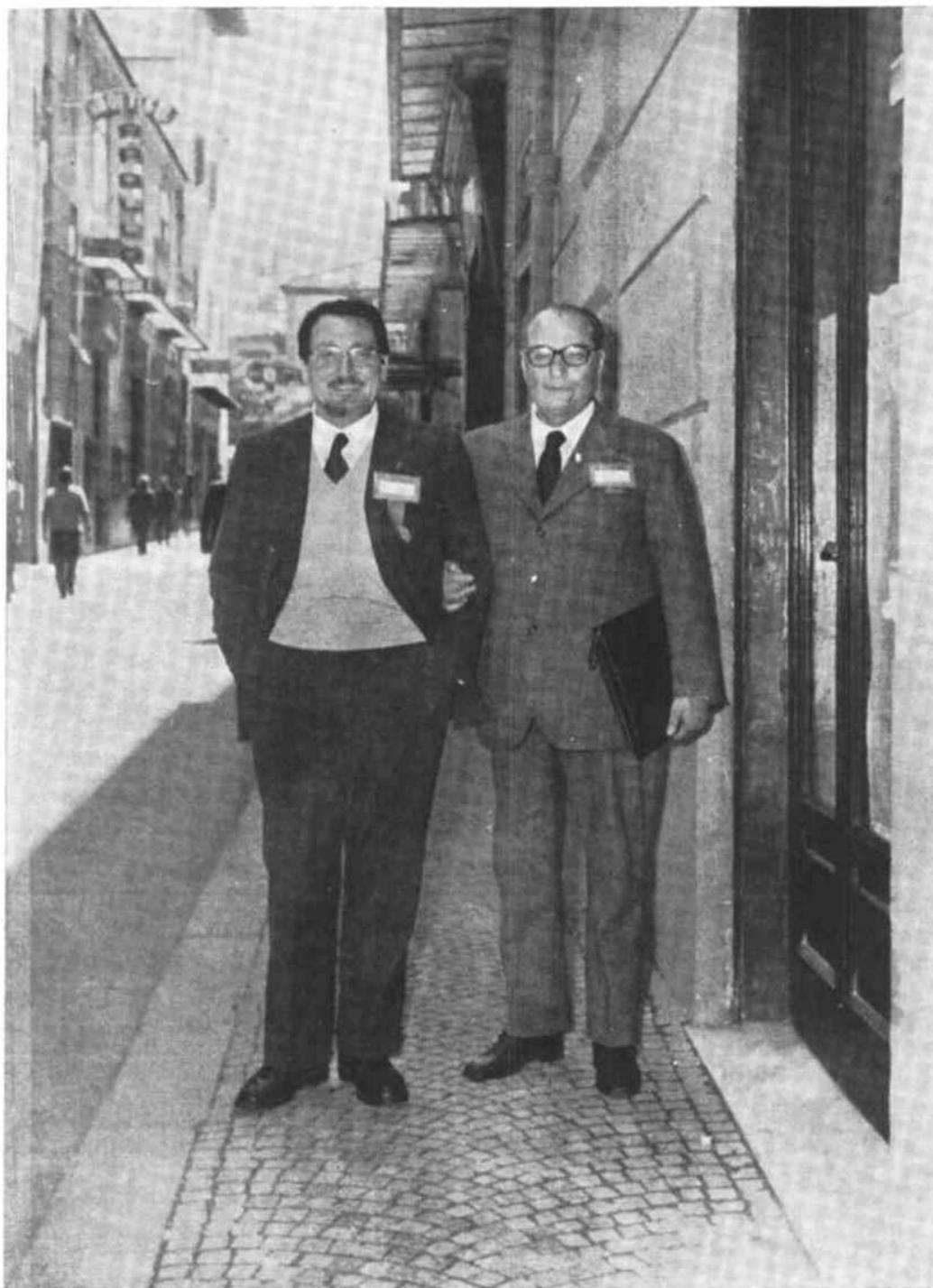
Non vale obiettare che le Commissioni di controllo sono oberate di compiti e non possono assolvere anche il lavoro per gli enti ospedalieri perché, come è noto, mentre il controllo di legittimità sui comuni e provincie ha carattere « generale e normale » quello sugli enti ospedalieri ha carattere « eventuale » nel senso che gli atti di tali enti sono soggetti a controllo di merito solo immediate esecutivi e solo eventualmente il Medico provinciale poteva richiedere copia ai fini del controllo di legittimità nel qual caso la esecutività è sospesa per 15 giorni termine entro il quale l'organo di controllo può fare uso della potestà di annullamento.

Non vale ancora obiettare che le Commissioni provinciali di controllo non hanno una competenza specifica, perché i così detti « esperti » debbono avere una competenza generale sui problemi amministrativi e anche per i comuni e le provincie non hanno una preparazione specifica. Del resto è sufficiente la preparazione del Medico provinciale ad integrare le lacune dei così detti esperti elettivi.

Ma non è questo il solo errore di grammatica del progetto di riforma che stabilisce che « tutte » le delibere sono sottoposte al controllo e quindi stabilisce un controllo generale e normale in luogo di quello eventuale ed eccezionale » e cioè anzichè attuare un alleggerimento dei controlli, crea una complicazione ed un aggravamento. Manca, inoltre una norma che prevede la definitività dei provvedimenti e quindi eviti le lungaggini degli anacronistici ricorsi gerarchico impropri.

Una volta attuata questa riforma dei « controlli » si è attuata la riforma ospedaliera. Neanche per sogno. Gli ospedali sono al limite di rottura per la situazione deficitaria, per l'elevatezza delle rette (all'OVE di Catania è stata approvata una retta di 32.000 al giorno che non si paga neanche al Waldorf Astoria di New York) per la carenza delle attrezzature, ma questo è un discorso che sarà fatto dai miei colleghi.

Abrignani, Ascione, Avola, Barbagallo Sangiorgi, Bellotti, Benfratello, Borsellino, Capuano, Castellucci, Cavadi, Csepanyi, Dominici, Friscia, Giuffrè L., Giuffrè M., Gulì G., Gullotti, Hugony, Loffredo, Massaro, Melisenda, Mirabella G., Mormino, Orestano, Papparopoli, Parlato Arturo, Pasqualino Arcangelo, Ramdor, Scaffidi, Sergio, Settineri, Sorce, Tavella, Ugo, Vaccaro Todaro, Varvaro, Vassallo, Virga P.



I due neo-presidenti del Club di Palermo, Prof. Giuseppe Barbagallo Sangiorgi e Pres. Gaetano Piscitello, a Sorrento, durante una pausa dei lavori del Congresso del 190° Distretto.