

Diritto alla salute e cittadini in ostaggio
Dal governo un disegno di legge e misure che invece
di migliorare la situazione creano false attese e nuovo caos

Il «disservizio» sanitario

Vademecum per demolire la Riforma

GIOVANNI BERLINGUER

Qualcuno dice: la riforma sanitaria è fallita. Molti affermano invece, anche fra i governanti: è stato un atto coraggioso di progresso civile e sociale, che occorre ora verificare, aggiornare e correggere. Questa è anche l'opinione del Pci che vuole non solo difendere, ma migliorare e trasformare lo stato sociale (che è, poi, la sola difesa possibile). È utile perciò porre a confronto, come vuol fare questa pagina de *l'Unità*, i dati della realtà e le varie proposte.

Il giornale mi ha chiesto una presentazione. Siccome ho scritto sulla sanità una decina di libri e qualche centinaio di articoli, temo che nei lettori, e anche in me, subentrino all'interesse la saturazione e la noia. Ho pensato perciò di utilizzare l'occasione e lo spazio per suggerire a qualche politico l'indice di un libro che potrebbe essere intitolato *Comè si demolisce una riforma. Il caso del Servizio sanitario nazionale*. Ogni capitolo può avere come inizio un verbo. Ecco lo schema.

1. **Nominare** alla guida del progetto un suo avversario. Così l'applicazione della legge, approvata nel 1978, fu posta l'anno dopo nelle mani dell'Altissimo, non lui, ma l'esponente liberale che aveva votato contro, e che fu perciò nominato ministro della Sanità.

2. **Dichiarare** fin dall'inizio il probabile fracasso dell'impresa. Questo compito fu affidato all'Assitalia (assicurazioni di Stato, gruppo Ima) che nel gennaio 1979 lanciò la nuova polizza-salute con lo slogan «la riforma fallirà, ma assicuratevi in tempo».

3. **Lesinare** i mezzi, soprattutto per le pericolose novità come la prevenzione, la salute mentale, l'assistenza a domicilio, gli ospedali diurni. Lo spreco delle mutue poteva essere tollerato, il Servizio sanitario nazionale doveva essere additato come fonte di tutto il dissesto finanziario del paese.

4. **Incoraggiare** la concorrenza. Che c'è di meglio, a questo scopo, che avere nell'azienda pubblica chi ne ostacola il funzionamento dicendo agli apparecchi sono rotti, le attese saranno lunghe, i letti sono tutti occupati, e provvedendo poi a dirottare i malati verso l'attività privata?

5. **Occupare** con uomini di partito (guardarsi dalle donne, sono troppo sensibili alle sofferenze) tutti i gangli dell'organizzazione. Qualcuno lavorerà bene, pazienza; provvederanno gli altri a rimediare a questo difetto.

6. **Dimenticare** lo scopo, cioè il mantenimento e il recupero della salute, e concentrare l'attenzione sulla spesa e sulla ripartizione dei poteri: l'interesse dei politici è garantito, la voce dei cittadini non avrà alcun peso.

7. **Tagliare** i malati, complicando e rendendo costoso l'accesso alle prestazioni, in modo da suscitare sdegno e ripulsa; deviare quindi il malcontento dai governanti alla riforma stessa.

8. **Fomentare** scoperi che paralizzino ospedali e ambulatori. Il sistema più sicuro è firmare un contratto di lavoro senza copertura finanziaria.

9. **Screditare** quel che resta del servizio pubblico. Che c'è di meglio, a questo scopo, di un ministro che dice «tutto è corrotto nelle Usl», che promette di moralizzare e poi consolida le magagne esistenti?

10. **Preparare** infine la fossa, con una legge di seppellimento dei principi, ordinamenti e metodi della riforma: la priorità della prevenzione, la programmazione, l'unitarietà del servizio, il decentramento ai comuni, la certezza dei finanziamenti, la gratuità e accessibilità delle cure, l'uguaglianza dei diritti.

Forse manca qualche punto. Ringrazio perciò i lettori che aiuteranno a completare l'indice. Il mio sospetto, nel clima di misteri che avvolge la politica italiana, è però che il libro che propongo sia stato già scritto; che sia stato segretamente stampato dalle edizioni Bisturi (un'arma da taglio, come il Gladio); che ne sia stata consegnata una copia a ogni governante nominato al suo incarico dal 1978 in poi; e che essi poi si siano scupolosamente attenuti alle istruzioni del manuale.

Questo è probabilmente accaduto, a giudicare dai risultati. Ci sarà, ora, la possibilità di scrivere almeno un capitolo inedito, su come affermare in tempi difficili il diritto alla salute e alle cure. Forse il segreto, da palesare subito, è partire dalle esigenze dei cittadini.



Usl, cambia nome la lottizzazione

PAOLO CONTI

Il Servizio Sanitario Nazionale ha convissuto fin dai tempi della Riforma con un "tario" ostinato e pervasivo, la lottizzazione dei partiti.

La cronaca degli innumerevoli provvedimenti legislativi che a scadenza ravvicinata sono stati presi in campo sanitario avevano troppo spesso, in questa chiave di lettura, la spiegazione più verosimile. Via via che l'iniziativa del Pci nel chiedere di separare la gestione dalla programmazione si è fatta più intransigente e ineluttabile il governo ha dato prova di grande fantasia cambiando continuamente il nome dell'organo di gestione del

le Usl: si è passati da comitato di indirizzo alla commissione amministrativa, a consiglio di amministrazione; ma in questa capricciosa variabilità la costante è una sola: i partiti rimangono padroni delle Usl sanitarie locali. Infatti l'organo di gestione riformato è costituito da politici scelti da politici; in ciò rimane una grave distorsione del corretto rapporto tra politici da una parte e tecnici dall'altra. Gli amministratori vengono nominati in secondo grado; non essendo eletti dalla gente, rispondono soltanto ai partiti che li hanno scelti. Al di

là delle formule il potere reale rimane in mano ai politici. Infatti è sempre il consiglio di amministrazione a decidere i bilanci, a designare i dirigenti e a poterli revocare. L'alternativa proposta dal Pci è di non prevedere né il comitato di gestione né il consiglio di amministrazione ma di affidare le competenze di programmazione e di governo ad un organismo esplicitamente diretto dalle assemblee elettive dei Comuni. Le funzioni di politica sanitaria, quali l'elaborazione dei piani sanitari locali, la distocazione dei presidi, le scelte

strategiche di programmazione, queste sì che devono competere ai politici. Sulla base di queste scelte la gestione dei servizi deve invece essere affidata ai tecnici, a operatori preparati che devono essere pienamente responsabilizzati, per poi rispondere del proprio lavoro. La nostra opinione è che il disegno di legge De Lorenzo non incide significativamente sulla lottizzazione della Sanità. Non solo non incide ma l'aggrava. Infatti aggiunge anche la lottizzazione dei grandi ospedali che diventano azien-

Dell'efficienza è rimasto ben poco. L'unica costante è la logica spartitoria e la prevalenza degli interessi di partito sui diritti dei cittadini, sulle competenze professionali, sulla funzionalità dei servizi. Perciò, con la nostra proposta vogliamo rispondere ai cittadini che vivono con disagio e difficoltà il loro rapporto con il servizio sanitario. E intendiamo anche rispondere alla delusione e alla rassegnazione di medici e operatori di fronte al degrado del servizio pubblico, che omologhe efficienze e inefficienze, buona e cattiva amministrazione, solidarietà e sperequazione.

La legge del governo Sempre in mano ai partiti i nuovi organismi

1. **Consiglio di amministrazione**
a) Azienda speciale con personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile. Le Regioni e le Province autonome predispongono gli schemi dello statuto e del regolamento; b) la nomina di quello delle Usl è riservata agli enti locali di riferimento territoriale. Per le aziende ospedaliere, al Consiglio regionale in concorso con l'ente locale; c) formulano le linee di indirizzo programmatico delle attività oltre che del bilancio. Definiscono l'articolazione delle Usl in distretti socio-sanitari di base. Propongono alla Giunta regionale o provinciale la nomina del direttore generale e la sua revoca.

2. **Direttore generale**
a) Il rapporto di lavoro è regolato da contratto di diritto privato a termine, quinquennale, rinnovabile. Deve essere iscritto ad un apposito elenco nazionale formato da una commissione nominata dal ministro della Sanità. Possono accedere candidati laureati ad almeno 5 anni di direzione in aziende pubbliche o private; b) il direttore generale sia della Usl che dell'azienda ospedaliera è nominato dalla Giunta regionale o delle province autonome su proposta del Consiglio di amministrazione; c) ha la competenza di tutti i poteri di gestione. Nomina il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Per un maggiore coordinamento promuove la conferenza dei responsabili dei servizi.

3. **Direttore sanitario**
a) Il direttore sanitario è un medico in possesso di apposita idoneità nazionale; b) sono nominati entrambi con contratto a termine dal direttore generale. Ricevono l'incarico per 5 anni e possono essere riconfermati; c) il direttore sanitario presiede il Consiglio dei sanitari ed è responsabile della organizzazione igienico-sanitaria della Usl o della azienda ospedaliera. Il direttore amministrativo svolge le funzioni di responsabile delle attività amministrative che non siano già di competenza del direttore generale.

1. **Assemblea**
Consiglio comunale (quando il Comune comprende una o più Usl); Consiglio metropolitano (ambiti definiti dalla Legge ordinamento autonomie locali); Assemblea comunità montane (una sola Usl); Assemblea consorzio obbligatorio (una Usl comprende più Comuni).
a) il regolamento istitutivo delle Usl;
b) la dotazione del personale in organico;
c) la nomina e revoca anticipata del direttore generale e della direzione dell'Azienda sanitaria locale;
d) il piano stabilito dalla Regione;
e) il bilancio di previsione pluriennale;
f) traccia gli obiettivi;
g) verifica lo stato di attuazione del piano e il funzionamento dei servizi;
h) stabilisce i criteri per gli incarichi di direzione, la durata, il trattamento eco-

2. **Esecutivo**
Giunta comunale; Giunta metropolitana; Giunta comunità montana; Consiglio amministrazione consorzio obbligatorio.
a) predispone la proposta del piano di attuazione;
b) verifica il funzionamento dei presidi e dei servizi;
c) emana direttive vincolanti agli organismi di direzione tecnica;
d) propone al Consiglio il conferimento e la revoca degli incarichi di direzione tecnica. Precede alle relative verifiche.
3. **Organo tecnico dell'azienda**
a) Prevede la direzione generale; il direttore generale; l'ufficio di revisione interna; il consiglio sanitario. La direzione generale (comprende il direttore dell'azienda, il coordinatore sanitario, il coordinatore amministrativo, il coordinatore del servizio sociale).
a) È preposta all'organizzazione ed al funzionamento di tutte le attività di gestione e di direzione del personale;
b) approva il bilancio annuale;
c) approva la quota di finanziamento regionale;
d) propone l'approvazione del consuntivo annuale;
e) gli incarichi vengono affidati mediante avviso pubblico al di fuori di ogni discrezionalità;
f) il tempo pieno è richiesto per il periodo dell'incarico.

La cosa certa, incontrovertibile, è che non saranno ridotti ma moltiplicati i consigli di amministrazione, con la benedizione di un ministro che ha vestito i panni del moralizzatore contro i Comitati di gestione delle Usl. La contraddizione è stridente e perfino stupefacente: da un lato si vogliono ridurre le Usl, almeno così dice il ministro, perché i Consigli di amministrazione sono (o sarebbero) organi lottizzati, centri di spesa e di spreco e dall'altro si mettono nel mercato del baratto e della clientela alcune decine e forse più di aziende ospedaliere per l'ennesima spartizione. La questione morale non si risolve, si aggrava. Tutti sanno - e lo sostengono anche uomini di governo - che a più aziende corrispondono più centri di spesa la quale, cost, sempre meno potrà essere qualificata e controllata.

E questo mentre si continua nella vecchia strada della non programmazione, dei tetti falsi e del pagamento a pié di lista. Il controllo della spesa non si risolve, si aggrava. Ma quanto saranno o potranno essere le aziende ospedaliere che si costituiranno se e quando il ddl governativo andrà in porto? Difficile dirlo, perché i criteri indicati sono quanto di più indeterminato e di arbitrario è possibile prospettare (un art. 23 di una legge di 22 anni fa, dovrebbe definire, oggi, gli ospedali regionali?). Sembra una lotteria: il ministro giura su 40, la Dc propende per 60, il Psi sembra attestato sui 120. Si pone un interrogativo: questa rete di ospedali scorporati si porrà o no come un'area di attrazione (di risorse, di professionalità, di utenza) che renderà tutto il resto residuale? Una volta aperta la strada, chi potrà evitare che la Sanità italiana viaggi su due binari, con distinti convogli, con distinti macchinisti e con distinti viaggiatori? C'è poi un timore che non possiamo celare, anche se sappiamo di dover mettere nel conto che qualcuno potrà gridare e stracciarsi le vesti per un processo alle intenzioni: una volta fatte le aziende ospedaliere, indipendenti e scorporate, non saranno create le condizioni per offrire su un piatto d'argento la sanità pubblica ai privati?

La voragine della spesa? Conti truccati

GRAZIA LABATE

La situazione del Ssn diventa, ogni giorno che passa, sempre più drammatica. Nel paese i servizi sanitari e l'attività delle Usl sono in stato di sofferenza permanente. L'orchestrazione posta in essere dal governo con i provvedimenti recentemente approvati (legge finanziaria e provvedimento di contenimento della spesa sanitaria, con la vessatoria e iniqua norma sulle esenzioni per reddito e patologie) e la campagna martellante del ministro della Sanità hanno avuto ed hanno un obiettivo ben preciso: accrescere i disagi per il cittadino utente o malato e dimostrare così che il Ssn pubblico è una piovra che risucchia risorse all'insegna dello spreco, dell'inefficienza e della lottizzazione partitica.

È incredibile come il governo occulto le proprie responsabilità e contrabbandi per rigore ed efficienza le misure adottate. 1.800 miliardi di risparmio su poveri «indigenti» o su cittadini affetti da patologie croniche e invalidanti è parte del risparmio proposto per la spesa sanitaria. Le vere cause degli eccessi di spesa e delle «esenzioni facili» rimangono quelle di sempre a testimonianza dell'incapacità del governo di affrontare alla radice i problemi. Il gioco al risparmio del ministro alla Sanità con l'uso di una vera e propria partita di giro dalla Sanità ai Comuni, occulta il fatto che questi ultimi sono stati tagliati a loro volta di 2.600 miliardi e quindi non sono in grado di coprire l'assistenza sanitaria nemmeno di quel milione e mezzo di «indigenti», dal ministro dichiarati «veri» sui 4 milioni esistenti. E allora dov'è il risparmio per il bilancio dello Stato? E chi pagherà coloro che essendo poveri hanno davvero bisogno? Continuare così ingenera disagio, confusione e deresponsabilizzazione a cascata.

Vediamo i fatti: 1) La ricorrente sottostima del Fsn ha ingenerato i disavanzi di gestione delle Usl (50.000 miliardi dall'avvio della riforma ad oggi, con un onere per ammortamento dei mutui di circa 10.000 miliardi); la fonte primaria di introiti del Fsn, costituita dai contributi di malattia risulta assolutamente insufficiente a soddisfare l'esigenza di entrate per la sanità pubblica a fronte della forbice esistente tra lavoratori dipendenti che versano mediamente 1.500.000 lire annue e autonomi che versano mediamente 800.000 lire e alla vasta zona di evasione; 2) La spesa sanitaria pubblica non ha crescita media annua di circa il 12% in essa circa l'85% è riconducibile a fattori rigidi di spesa: personale, farmaceutica, convenzio-

ni, definiti e decisi nelle loro componenti strutturali e di costo a livello nazionale. 3) È possibile recuperare inefficienze, disconomie per il 10-15% del totale della spesa, ma tutto ciò abbisogna di un cambiamento strutturale degli attuali meccanismi che presiedono a formare certezza di risorse a fare vera programmazione, fino al sistema di contabilità pubblica, di controllo, di effettiva responsabilità dei centri di costo, di adozione di protocolli diagnostici e terapeutici senza i quali la razionalizzazione e la qualificazione della spesa sono obiettivi irraggiungibili. 4) Il disegno di legge sul piano dei debiti delle Usl per l'87 e l'88 e le modalità previste per il disavanzo '89 e '90 con la messa in carico alle Regioni di una quota parte pari a circa il 20% del disavanzo accertato per lo stesso anno, dimostra chiaramente la volontà di scaricare sulle Regioni e sui cittadini le errate previsioni del governo. Questo decreto, diventato legge, che abbiamo contestato sulla veridicità dei conti, viene di fatto rimesso in discussione dalle Regioni che ricorrono alla Corte costituzionale per contestare ancora una volta i conti del governo.

5) La manovra finanziaria '91, rafferma una sottostima del Fsn di circa 6.000 miliardi, propone tagli alla spesa per 7.250 miliardi, mette in serio scacco i servizi e le prestazioni rese ai cittadini, che subiscono nuovi aumenti di ticket. Non si è voluta prendere in considerazione non solo la nostra contro-manovra, né le giuste contestazioni avanzate dalle Regioni ma nemmeno la contestazione della Corte dei conti, che ha stigmatizzato i provvedimenti con «viziati, aleatori ed inefficaci allorché ha ricusato la registrazione del contratto dei lavoratori della Sanità. Infatti, il medesimo decreto ha evidenziato l'«alchimia del governo che nasconde una ulteriore sottostima del Fsn».

Tutto ciò pone con drammaticità il problema delle risorse innesse come vincolo della programmazione e della gestione del Ssn. Se questo vincolo non è reso certo e portogno, se la programmazione non viene definita allora è tutto un bluff: il Fondo sanitario interregionale, la responsabilizzazione delle Regioni contestate ai Comuni, la finta aziendalizzazione di Usl e ospedali, il nuovo ordinamento giuridico del personale, che sono previsti nella legge in discussione al Senato. A chi ci accusa di voler rallentare l'approvazione della legge, non rispondiamo: non una riforma punitiva ma una riforma utile ai cittadini, che renda efficiente ed efficace il Ssn.

Scorporo degli ospedali Una vecchia «novità»

BRUNO BENIGNI

Il ddl di «Riordino del Servizio sanitario nazionale» presentato e sostenuto dal ministro della Sanità De Lorenzo propone (art. 6) di trasformare in azienda e di scorporare dalle Usl gli ospedali con alte specialità e rende possibili altri ed imprecisati scorpori da parte delle Regioni degli «ospedali regionali».

In sostanza si torna indietro di 20 anni ignorando che quel passato, fatto di enti ospedalieri separati, è stato volutamente superato proprio per cancellare le disfunzioni che aveva generato, in larga parte identificate in una ipertrofia della risposta ospedaliera e in un basso livello di assistenza. La proposta dello scorporo, prima ancora che sotto l'aspetto politico-amministrativo è criticabile sotto l'aspetto culturale e scientifico e contraddice un presupposto essenziale della riforma. Il punto di partenza

della L. 833/78 è infatti la considerazione che l'uomo è persona, sintesi di rapporti e non già somma di organi; è natura e storia, soggetto portatore di diritti e non semplicemente paziente e/o malato.

L'unità del soggetto non giustifica una scissione tra i servizi che hanno il compito di conoscere e di intervenire per promuovere la salute, per prendersi cura della persona malata. Ancora: la possibilità di aggredire con efficacia le vecchie e le nuove patologie è affidata ad un complesso e unitario sistema di servizi capaci da coadiuvare insieme prevenzione, cura e riabilitazione, per agire così sugli effetti e sulle cause, in un percorso senza soluzione di continuità. Si potrebbe dire che la riforma del '78 configura un sistema di distinti e non di contrari, di servizi cooperanti e non separati.

È questione tutt'altro che semplice e tutt'altro che risolta, ma vuoti ed inadempienti non autorizzano ad ignorare il problema o peggio a complicarlo tagliando le stesse possibilità di rapporto nella rete dei servizi sanitari.

La proposta è di tornare indietro, ma perché? Gli argomenti che sono portati a sostegno dell'ospedale-azienda fanno sempre e solo riferimento alla necessità di assicurare la governabilità di strutture complesse quali sono gli ospedali, di dare vigore e spazio alla cultura clinica, di riaffermare un neocentralismo ospedaliero.

Sono argomenti e questi che contengono verità sacrosante insieme a posizioni confuse e a proposte devianti. L'efficienza dell'ospedale è problema reale e deve trovare soluzioni forti, ma come si fa ad affermare che la risposta sta nella moltiplicazione di consigli di amministrazione e nella separazione di questo presidio

dal contesto su cui agisce e da cui è condizionato? La soluzione c'è e i comunisti l'hanno proposta trovando un largo consenso nelle stesse organizzazioni sanitarie e mediche e si chiama: *autonomia funzionale*. Far funzionare un ospedale è possibile se ci sono certezze finanziarie per la gestione (budget), se ci sono finanziamenti per modernizzare il patrimonio tecnologico, se c'è una forte e qualificata direzione sanitaria, se c'è un modo di lavorare (dipartimento) che non separa le competenze ma le rende sinergiche, se c'è un buon day hospital con tanto di regolamento, se le specialità ospedaliere sono funzionali della medicina di base, se contano nelle scelte le competenze e non le carriere. Questa è autonomia funzionale, non scorporo. Sorprende che nonostante la chiarezza della proposta la maggioranza di governo e il suo ministro vogliono rompere l'unitarietà del Servizio sanitario e complicare anziché risolvere i problemi per quello che sono, costruendo «barriere istituzionali» alla circolarità delle competenze e delle risorse.

Preoccupano le possibili conseguenze. Non è difficile fare una attendibile simulazione visto che l'esperienza della separazione c'è già stata. Pro-

viamo a delinearla. La cosa certa, incontrovertibile, è che non saranno ridotti ma moltiplicati i consigli di amministrazione, con la benedizione di un ministro che ha vestito i panni del moralizzatore contro i Comitati di gestione delle Usl. La contraddizione è stridente e perfino stupefacente: da un lato si vogliono ridurre le Usl, almeno così dice il ministro, perché i Consigli di amministrazione sono (o sarebbero) organi lottizzati, centri di spesa e di spreco e dall'altro si mettono nel mercato del baratto e della clientela alcune decine e forse più di aziende ospedaliere per l'ennesima spartizione. La questione morale non si risolve, si aggrava. Tutti sanno - e lo sostengono anche uomini di governo - che a più aziende corrispondono più centri di spesa la quale, cost, sempre meno potrà essere qualificata e controllata.

E questo mentre si continua nella vecchia strada della non programmazione, dei tetti falsi e del pagamento a pié di lista. Il controllo della spesa non si risolve, si aggrava. Ma quanto saranno o potranno essere le aziende ospedaliere che si costituiranno se e quando il ddl governativo andrà in porto? Difficile dirlo, perché i criteri indicati sono quanto di più indeterminato e di arbitrario è possibile prospettare (un art. 23 di una legge di 22 anni fa, dovrebbe definire, oggi, gli ospedali regionali?). Sembra una lotteria: il ministro giura su 40, la Dc propende per 60, il Psi sembra attestato sui 120. Si pone un interrogativo: questa rete di ospedali scorporati si porrà o no come un'area di attrazione (di risorse, di professionalità, di utenza) che renderà tutto il resto residuale? Una volta aperta la strada, chi potrà evitare che la Sanità italiana viaggi su due binari, con distinti convogli, con distinti macchinisti e con distinti viaggiatori? C'è poi un timore che non possiamo celare, anche se sappiamo di dover mettere nel conto che qualcuno potrà gridare e stracciarsi le vesti per un processo alle intenzioni: una volta fatte le aziende ospedaliere, indipendenti e scorporate, non saranno create le condizioni per offrire su un piatto d'argento la sanità pubblica ai privati?

Con i tempi che corrono c'è da aspettarsi questo e altro. Anche per impedire queste voluttuose tentazioni i comunisti si oppongono ad un disegno di legge che non riordina, ma mette scampoglio nella già fragile e disastrosa situazione sanitaria del paese.

Commissari: la sanità ancora in mezzo al guado

SILVIO NATOLI

È stato approvato dalla Camera dei deputati il decreto di commissariamento delle Usl.

Per giungere ad un atto, ritenuto dalla gran parte degli osservatori indispensabile e doveroso, di scioglimento di organismi delegittimati e allo sbando in gran parte del paese, come i Comitati di gestione, si è dovuto assistere all'estenuante logoramingo e divisione nella maggioranza sul nodo di chi e come doveva gestire la sanità nel periodo di transizione.

Fin dal primo momento di discussione infatti, sono riemersi le resistenze della Dc ad un effettivo commissariamento. Il testo del decreto con le modifiche approvate dalla Camera, grazie all'efficace iniziativa dei deputati del Pci, richiama un ruolo dei Comuni nel momento di programmazione, di indirizzo politico e di controllo dell'attività delle Usl eli-

minando per quanto riguarda comunità montane e Usl monocomunali i comitati dei garanti che, ovviamente, restano previsti per le Usl pluricomunali.

Ma certo, pur se le spinte più conservatrici e trasformiste vengono battute, rimangono ancora notevoli ambiguità sulle competenze dei nuovi organi, la nomina e i poteri del commissario. Infatti i Comuni, le Comunità montane e i Comitati di garanti non sono riconosciuti titolari di una competenza vera e propria sulla programmazione e sulle scelte di politica sanitaria perché la loro funzione si esaurisce nell'«esprimere pareri su atti predisposti ed approvati da altri».

Sulla base di queste valutazioni, pur esprimendo parere positivo su alcune novità rispetto a precedenti formulazioni, il voto dei parlamentari comunisti sull'insieme del decreto è stato negativo. Occorre procedere rapidamente all'approvazione della legge di riordino del Ssn perché non si riporti il mistafio di una seconda «minifirma De-gan», cioè un cambiamento di forma per non mutare la sostanza. Va dato perciò alla discussione della legge lo spazio e il rilievo che merita, senza assurdità di veti di una maggioranza divisa su tutto, prestando attenzione a quelle forze sindacali e sociali che hanno portato, inscaltate, sen contribuiti per una riforma efficace e credibile e accendendo le proposte di una opposizione che anche nella discussione sul decreto ha mostrato di avere come unica preoccupazione la tutela della salute del paese e lo scioglimento in positivo dei veri fattori di crisi della sanità.