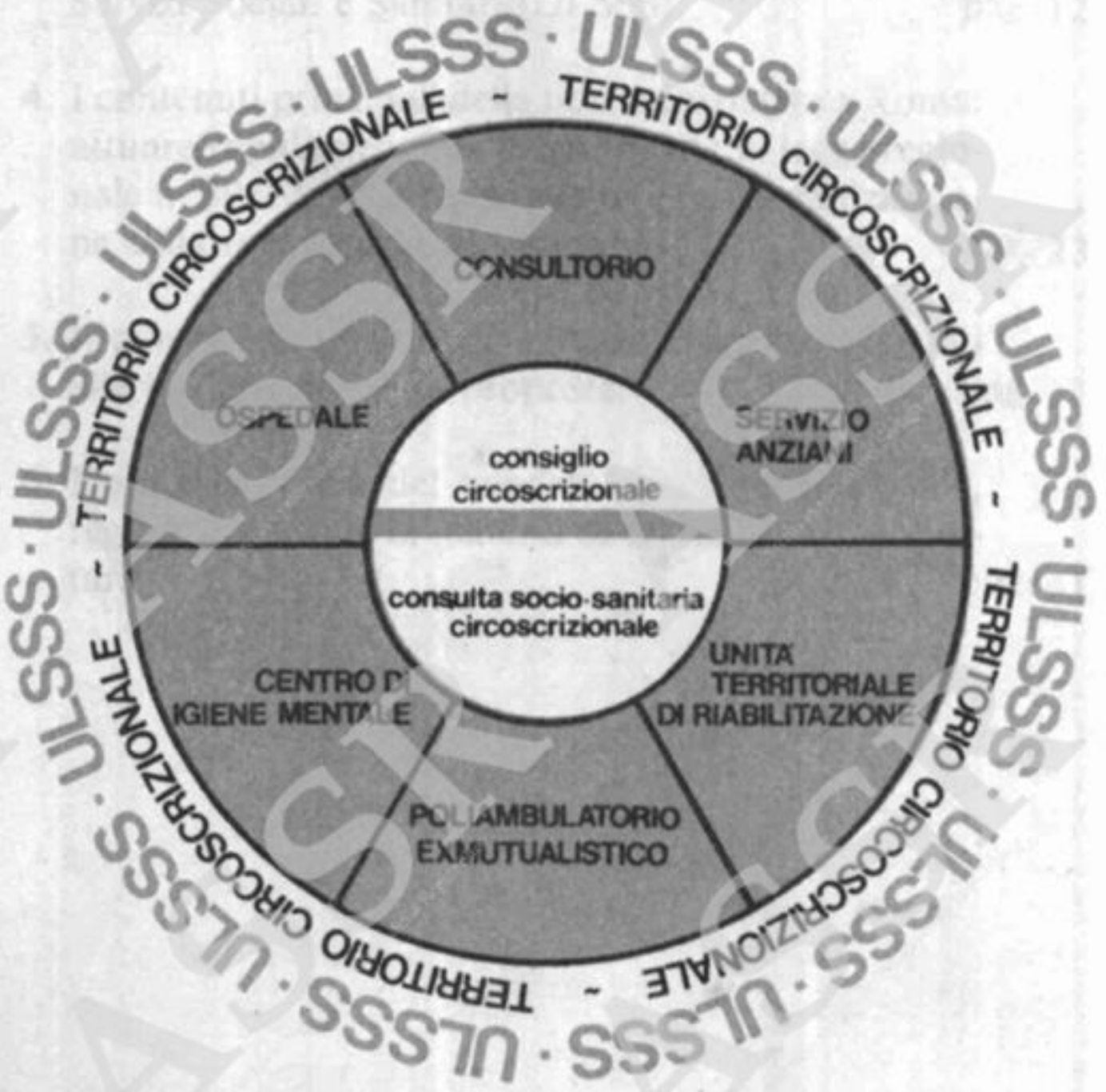


Non per il chiasso pubblicitario non per reclamizzare facce di candidati ma per far conoscere ad ogni elettore le idee, i programmi, gli impegni, i rendiconti di ciò che si è fatto e di ciò che intendiamo fare

A CURA DEL PCI STABILIMENTO GRAFICO EDITORIALE FRATELLI SPADA - CIAMPINO-ROMA

46

L'INIZIATIVA DEI COMUNISTI ROMANI PER LA REALIZZAZIONE DELLE ULSSS E IL RISANAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA ROMANA.



Questa pubblicazione è particolarmente indirizzata a tutti i compagni del comitato federale, dei comitati direttivi delle zone, ai segretari delle sezioni, ai responsabili dei gruppi di lavoro sanità e sicurezza sociale e delle commissioni femminile delle zone e delle sezioni, ai compagni delle cellule ospedaliere e di altri servizi sociali e sanitari, agli aggiunti, ai capigruppo, ai consiglieri circoscrizionali membri delle commissioni sanità, agli amministratori comunisti dei nuovi enti ospedalieri e ai compagni membri delle altre assemblee elettive perchè ne traggano elementi per la ripresa dell'iniziativa politica ad ogni livello.

1. La riforma dei servizi sociali e sanitari momento essenziale della lotta del PCI per far uscire il Paese dalla crisi rinnovandone contemporaneamente la struttura economica e sociale. pag. 4

2. Contenuti di fondo della riforma sanitaria. pag. 8

3. I contenuti principali della nostra iniziativa a Roma: realizzare il Consorzio socio-sanitario e avviare concretamente la fase costituente delle Unità Locali dei Servizi Sociali e Sanitari (ULSSS). pag. 12

4. I contenuti principali della nostra iniziativa a Roma: attuare rapidamente e correttamente la legge regionale n. 39/77 per il risanamento e la riorganizzazione della rete ospedaliera romana. pag. 23

5. Il partito: strumenti organizzativi nuovi e adeguati alle iniziative di lotta proposte. pag. 37

6. Nota riassuntiva del quadro legislativo nazionale, regionale e locale in materia di servizi sociali e sanitari. pag. 41

1. La riforma dei servizi sociali e sanitari momento essenziale della lotta del PCI per far uscire il Paese dalla crisi rinnovandone contemporaneamente la struttura economicca e sociale.

Austerità: rigore e severità per cambiare

Esiste una contraddizione, e in quale misura, fra la necessità di superare positivamente la grave crisi economica che attraversa il Paese e le nostre proposte di trasformazione dei servizi sociali e sanitari? Su questo punto occorre molta chiarezza: questa contraddizione non è reale e, nella misura in cui essa si manifesta, va superata.

Infatti il nostro obiettivo, in questa fase, è quello di sviluppare un'azione capace di frenare e battere la crisi con una politica di rigore e di severità affrontando e risolvendo, nello stesso tempo, i problemi che riguardano il rinnovamento strutturale del Paese, lavorando cioè a eliminare le cause della crisi. Senza mantenere saldamente collegati questi due aspetti nella nostra azione a tutti i livelli sia il rigore che la severità non porterebbero a nessun effettivo risultato. Su questo tema è dunque necessaria una grande iniziativa di massa per conquistare alla nostra politica di trasformazione dei servizi sociali e sanitari più larghi consensi, strapparli ad altri, determinare così nella lotta una modificazione dei rapporti di forza e quindi una possibilità concreta di affermare una nuova direzione politica anche in questo settore.

Sono molti, infatti, gli interessi politici ed economici che la realizzazione del nuovo assetto dei servizi sociali e sanitari rimette in gioco per pensare che questo possa essere realizzato positivamente sulla base di un'esclusiva azione amministrativa o privilegiando esclusivamente il momento del confronto tra i partiti e le categorie professionali e sociali più direttamente interessate. Occorre, invece che a fianco ai necessari momenti di trattativa, che si debbono svolgere anche ai livelli più alti, ci sia un movimento unitario e articolato che sappia collegare tutti gli aspetti posti in

discussione e li sappia ordinare secondo un progetto concreto di cui l'ente locale assuma la funzione di sintesi e direzione attuativa.

Non sarà mai possibile, infatti, che la unificazione nel territorio di tutti i servizi, per la quale ci battiamo, possa realizzarsi se il Comune e le Circoscrizioni non diverranno sempre più i protagonisti di questo movimento democratico e trasformatore suscitando il maggior consenso attorno alle loro ipotesi di riorganizzazione e di gestione nuova.

Al centro di questa battaglia di massa non può non esservi anche la DC; perchè quando andiamo a spiegare come stanno le cose, a illustrare il perchè del disservizio ospedaliero ad esempio, andiamo contemporaneamente a spiegare le cause della crisi più generale del Paese e a individuare le responsabilità di chi ha ridotto i servizi, come il Paese intero, in queste condizioni. E quando denunciamo la concezione consumistica della vita, che è stata diffusa e imposta, noi sappiamo di fare un'accusa bruciante nei confronti della politica della DC.

Ma non solo di una denuncia delle responsabilità democristiane si tratta: noi chiamiamo oggi la DC a rispondere circa le scelte da adottare e, laddove si manifestano resistenze e chiusure, noi lottiamo contro di esse.

Ciò non vuol dire che non dobbiamo discutere, che non dobbiamo tener conto delle obiezioni, preoccuparci delle incomprensioni, delle incertezze o delle esitazioni, ma il nostro compito è di condurre questa grande battaglia per la trasforamzione dei servizi sociali e sanitari sulla base della nostra linea complessiva quella, cioè, dell'austerità: rigore e severità per cambiare.

Bisogna dunque cambiare sia per quanto riguarda l'indirizzo dell'attività produttiva che per quanto riguarda quello dei consumi con un netto spostamento d'accento dal consumo privato al consumo sociale. Anche questo è un aspetto, certamente non secondario, di una diversa maniera di organizzare l'economia nazionale e la vita del paese.

Attraverso il grande tema della riforma dei servizi sociali e sanitari noi affrontiamo alcuni nodi della vicenda economica sia perchè esso come è evidente, favorisce indirettamente e direttamente l'occupazione (non solo perchè lo sviluppo di questi servizi può favorire un aumento degli

occupati ma perché senza di esso non potremmo avere una piena partecipazione delle donne al processo produttivo o non lo avremmo nella misura necessaria); sia perché, sul piano economico, lo sviluppo di questo tipo di consumo rappresenta una integrazione reale alla condizione economica e salariale dei lavoratori.

La riforma della finanza locale

Dobbiamo convincerci, dunque, che quella per la trasformazione e lo sviluppo dei servizi sociali e sanitari è una lotta che dobbiamo condurre su di una piattaforma che, per essere valida e ottenere risultati, deve essere collegata ad altri elementi. Innanzitutto dobbiamo fare i conti con le risorse disponibili per il Paese e per i Comuni. Se vogliamo assicurare al Comune le risorse necessarie per una politica come quella che noi vogliamo si deve mettere mano alla riforma della finanza locale. E sappiamo bene che i prolemi della finanza locale si possono risolvere solo nell'ambito di una visione unitaria della finanza pubblica. Questo discorso, se vogliamo essere coerenti nella battaglia per privilegiare i consumi sociali, deve essere chiaro fino in fondo: la possibilità di realizzare la riforma dei servizi sociali e sanitari è strettamente legata all'esito positivo della battaglia più generale su come e quante risorse si prelevano, di come queste risorse vengono distribuite, da chi e in che modo vengono utilizzate.

Essendo l'ente locale (così come da noi voluto ed accolto dagli altri partiti democratici nel progetto di riforma sanitaria) al centro di questo processo, dalla nostra azione deve venire un nuovo impulso alla riorganizzazione degli uffici e dei servizi comunali e, soprattutto, al completamento del decentramento amministrativo del Comune di Roma.

Quindi occorre far avanzare nella coscienza dei cittadini, e nel lavoro delle istituzioni, il carattere di vera e propria battaglia per lo sviluppo della democrazia contenuto nell'azione per la realizzazione della nuova rete dei servizi sociali e sanitari gestiti con la partecipazione dei cittadini. In questo senso dobbiamo essere sempre più coscienti che su questo terreno non giochiamo solo la possibilità di realizzare servizi rinnovati ma molto di più: la fiducia dei cittadini che le istituzioni, governate dalle forze democratiche, possano funzionare al meglio erogando servizi efficienti e meno costosi; che, quindi, la nostra proposta di trasformazione complessiva dello Stato, basata sul decentramento regionale e l'autonomia dei poteri locali, entrambi soggetti di uno sviluppo economico e sociale programmato nel nostro Paese, è credibile e realizzabile sia sul piano funzionale che su quello politico più generale.

Se su questa base, ed attorno alle impostazioni specifiche indicate più avanti, procederà con vigore la nostra iniziativa i risultati positivi non potranno mancare.

52

53

2. Contenuti di fondo della riforma sanitaria.

Il ruolo centrale dell'ente locale

È prossimo l'esame da parte del Senato del testo di riforma sanitaria già licenziato dalla Camera. Se le scadenze previste saranno rispettate con il gennaio '79 inizierà la fase attuativa della nuova legge.

Questa riforma sanitaria introduce elementi profondamente innovatori di carattere politico, culturale, economico e tecnico tali da determinare non soltanto un cambiamento radicale in tutta la struttura dell'assistenza sanitaria del nostro Paese ma anche profonde influenze sull'assetto della struttura produttiva e sociale nonché sul funzionamento delle istituzioni.

Va innanzitutto detto che viene delineata una articolazione del tutto nuova ed originale del servizio e che non ci si rifà a nessun «modello» reale di altri paesi.

Per questo si tratta di una scelta politica e culturale da sperimentare verificandone gli esiti, e correggendone eventuali lacune, nel corso della sua attuazione pratica.

Gli elementi profondamente innovatori introdotti quali l'unitarietà del servizio, il ruolo centrale della prevenzione strettamente collegato a quello della partecipazione (da sempre temi e obiettivi delle lotte del movimento operaio italiano e ormai, per la nostra azione, divenuti patrimonio di tutte le forze democratiche) non costituiscono l'unica caratteristica della nuova legge, essi sono anzi la base su cui si è innestato il suo tema politico di fondo: il ruolo centrale degli enti locali nella gestione unitaria, articolata e partecipata del Servizio Sanitario Nazionale. Questa è la conquista fondamentale della legge di riforma che ne fa un momento di sviluppo e consolidamento della democrazia di base.

Le Unità Sanitarie Locali non saranno organismi territoriali separati dal contesto amministrativo e politico locale, ma saranno semplicemente lo strumento attraverso il quale si determinerà l'intervento del Comune per erogare servizi che siano risposte efficaci, e non settoriali, ai bisogni concreti dei cittadini.

Le Unità Sanitarie Locali attueranno, inoltre, uno

stretto collegamento tra l'intervento di prevenzione e il momento della gestione sociale, attraverso il quale si dovrà sviluppare la partecipazione dei cittadini.

La fine degli enti mutualistici come corpi separati, addetti solo ad interventi su categorie (lavoratori dell'industria, dipendenti statali, artigiani, commercianti, coltivatori diretti ecc.), nonché quella degli enti ospedalieri, che si sono sviluppati in modo distorto sulla base di una visione aziendalistica e clientelare del loro ruolo, dovrà segnare l'inizio di un modo nuovo e diverso di gestire la sanità. Per l'intervento, infatti, delle assemblee elettive degli enti locali, garanzia e strumento del controllo democratico dei cittadini; per lo sviluppo di forme nuove di partecipazione che devono collegare le istituzioni alle forze sociali, culturali, sindacali del territorio, si dovrà sviluppare non solo una maggiore rispondenza del servizio ai bisogni reali ma anche un consolidamento e una estensione della democrazia.

Lottare per battere le resistenze al nuovo

L'entrata in vigore della legge di riforma sanitaria non va però vista come un momento di immediato e totale cambiamento del sistema sanitario italiano.

Su questa, come del resto su tutte le leggi nuove e riformatrici conquistate in Parlamento, negli ultimi due anni soprattutto, occorrerà sviluppare una lotta di massa che spinga e controlli l'attuazione corretta e rapida.

Occorre tener presente che sono ancora grandi le resistenze che si oppongono a questa riforma. Esse sono annidate in più punti della società: in alcuni ambienti imprenditoriali, che vedono con molta preoccupazione l'intervento del servizio sanitario, gestito democraticamente, nel campo della prevenzione nell'ambiente di lavoro; così come in alcuni settori della DC e di altri partiti, che vedono in pericolo il sistema di clientele che nelle mutue e negli enti ospedalieri è tuttora esteso e radicato.

Non da ultimo va considerato il malcontento di alcuni gruppi di operatori sanitari, specie medici, che si vedono scalzati da posizioni di potere e di privilegio corporativo.

Lo scioglimento del sistema mutualistico

Inoltre il sistema mutualistico, pur erogando ormai prestazioni sempre più disorganiche e distorte, tenta di conservare una sua vitalità. Le forze che mirano ad una sua conservazione, magari sotto altre forme ed etichette, sono tutt'altro che definitivamente sconfitte. Non deve essere dimenticato, peraltro, che esso continua a costituire il cardine del servizio di medicina di base con una struttura articolata e decentrata a stretto contatto con gli utenti. La sua riconversione e il suo inserimento nei servizi integrati dell'Unità Sanitaria Locale andranno attuati con accortezza e gradualità, badando a non creare soluzioni di continuità nell'erogazione dei servizi essenziali per i cittadini e, nel contempo, mutando completamente l'orientamento dell'intervento, così come previsto dalla legge 349/77, attraverso, cioè, un diretto coinvolgimento dei Comuni.

L'ospedale: uno dei presidi della USL

Va tenuto presente, quindi, che il sistema degli enti ospedalieri tenta, soprattutto attraverso un intervento spregiudicato di alcuni settori della DC e clericali, di mantenere quella autonomia giuridica e istituzionale che la riforma cancella definitivamente facendo dell'ospedale uno dei presidi della USL. Su questo il punto è dura a morire la resistenza della DC specie nella realtà romana dove, anche per la particolare situazione giuridica ed istituzionale dei vecchi enti ospedalieri, più pesanti sono le pressioni operate su di essa da una parte degli ambienti del Vicariato e dove, parallelamente, più estesa è l'inefficienza, il clientelismo e il corporativismo.

Lottare su due fronti, battere ogni attendismo

Va, quindi, intensificata la lotta e l'iniziativa politica perché queste forze potrebbero tentare ancora di ottenere, in sede di dibattito al Senato, modifiche alla legge per reintrodurre il mantenimento dell'autonomia giuridica e amministrativa degli enti ospedalieri. Il contraddittorio intervento del Governo, che nel settembre scorso bocciò pretestuosamente la legge regionale istitutiva dell'Ente Roma Centro, oltre che come inammissibile atto d'ingerenza nell'autonomia regionale, è stato inteso da tutte le forze democratiche di sinistra come un colpo di coda da parte di quegli ambienti che sperano ancora di conservare il monopolio del potere negli ospedali, isolandoli dal resto delle strutture territoriali e sottraendoli al controllo democratico.

Infine, e proprio in relazione ai gravi episodi verificatisi a partire dai primi dello scorso ottobre negli ospedali di molte città d'Italia tra cui Roma, (anche se qui con caratteristiche e modalità diverse e ampiezza minore), non va sottovalutata la manovra, condotta da gruppi della cosidetta «autonomia operaia», dai «sindacati autonomi» e, purtroppo, anche da parte di alcuni elementi della CISL e della UIL, che, facendo leva su una reale situazione di disagio di alcune categorie di dipendenti ospedalieri, ha tentato di portare alla paralisi completa l'assistenza ospedaliera. Vale la pena di osservare, questo per chiarezza, come quest'azione si sia sviluppata proprio in quelle città, come Roma, e in quegli enti ospedalieri dove l'azione delle giunte democratiche, e del nostro Partito in primo luogo, stà avviando un'opera difficile e contrastata di risanamento e rinnovamento della rete ospedaliera.

Inutile attendersi dunque, se la legge di riforma sanitaria sarà definitivamente approvata entro la fine dell'anno, di vedere realizzati d'un colpo i servizi nuovi a partire dall'1 gennaio '79. Da quella data si dovranno mettere in moto procedimenti legislativi da parte di Regioni ed Enti locali che ne rendano possibile l'attuazione graduale ma puntuale. Si tratterà quindi, per il movimento democratico e per il nostro Partito in primo luogo, di organizzare un movimento unitario, forte e consapevole che ne garantisca e ne controlli l'attuazione corretta.

3. I contenuti principali della nostra iniziativa a Roma: realizzare il Consorzio socio-sanitario, avviare concretamente la fase costituente delle Unità Locali dei Servizi Sociali e Sannitari (ULSSS).

Prefigurare la riforma istituendo le ULSSS

Le condiderazioni precedentemente svolte impongono, a Roma in particolare, un'attenzione del Partito nel suo complesso attorno ai problemi della sanità attraverso l'individuazione di concreti obiettivi di lotta, sul piano politico e istituzionale, che sappiamo concretamente collegare i contenuti specifici ai temi politici gennerali. Abbiamo detto che, quando entrerà in vigore, la riforma sanitaria non produrrà immediatamente servizi nuovi ma una nuova legislazione regionale e locale che renda possibile realizzare questi servizi. Per quanto riguarda Roma e il Lazio, per effetto delle lotte svoltesi soprattutto negli ultimi anni, e dello spostamento dei rapporti di forza sia a livello regionale che locale, questo nuovo quadro legislativo può considerarsi in larga misura già acquisito con la legge Regionale n. 2/76 che rende possibile l'istituzione delle ULSSS.

Questa legge nella sostanza anticipatrice della stessa riforma nazionale, sancisce la fine dell'esclusione dell'Ente Locale dalla direzione, gestione e controllo dei presidi e dei servizi sanitari presenti e operanti nel suo territorio.

Abbiamo già detto come, fino ad oggi, il sistema sanitario italiano e la rete dei servizi si siano sviluppati ed articolati al di fuori di una programmazione e di una guida ordinatrice.

Le decisioni riguardanti la localizzazione dei presidi e la qualità dei servizi sono piovute dall'alto e in maniera disordinata, gli organi politici e amministrativi del Comune sono rimasti assolutamente estranei a tale processo, la sovranità popolare totalmente esclusa, la partecipazione dei cittadini volutamente disattesa.

Oggi siamo nel mezzo di una fase decisiva, e per alcuni aspetti conclusiva, della lunga battaglia democratica per la realizzazione di una nuova rete di servizi sociali e sanitari

alla quale il nostro Partito, i sindacati unitari, la regione e, appunto, i comuni hanno dato un contributo altissimo di impegno politico, di elaborazione culturale e legislativa, di movimento democratico.

Attraverso la battaglia per l'attuazione della legge regionale n.2/77 stà iniziando una profonda trasformazione del sistema sanitario nella direzione giusta, che è quella, appunto, della sua riorganizzazione su base territoriale, al cui timone ci sono istituzionalmente la regione, con il compito di dare direttive, di coordinare l'insieme dei servizi fissandone i modelli operativi, e i comuni, con il compito di assumere localmente la direzione operativa e il controllo pubblico e democratico di questa trasformazione, suscitando la partecipazione e il consenso dei cittadini.

Dopo le conferenze socio-sanitarie circoscrizionali

A Roma, come in alcuni comuni della Provincia, le amministrazioni democratiche hanno operato positivamente negli scorsi mesi assumendo la direzione politica di un processo unitario che ha portato all'approvazione, da parte di tutte le forze politiche democratiche, dello statuto per il Consorzio socio-sanitario e l'istituzione delle ULSSS. Questo importante risultato, sia per i contenuti innovatori che introduce nel processo di prefigurazione del quadro legislativo nazionale e di realizzazione di quello regionale, sia per il modo unitario col quale è stato raggiunto, deve ora tradursi in atti concreti che portino il piú rapidamente posibile alla realizzazione della nuova rete dei servizi sociali e sanitari: alla istituzione delle ULSSS.

Dopo l'approvazione dello statuto del Consorzio socio sanitario della città di Roma alcuni atti concreti, sia sul piano politico che di sollecitazione alle Circoscrizioni a partecipare in prima persona alla programmazione della nuova rete dei servizi, sono stati svolti dall'amministrazione democratica. Ci riferiamo in primo luogo all'effettuazione, nella scorsa primavera-estate, delle venti conferenze socio-sanitarie circoscrizionali. In quell'occasione, sollecitata sarà bene ricordarlo dal nostro Partito che ha poi contribuito a livello di base alla migliore riuscita, migliaia di cittadini romani si sono impegnati in un lavoro concreto di parteci-

pazione, in ambito circoscrizionae e al fianco dell'amministrazione democratica, alla formulazione delle linee di programmazione per la riorganizzazione dei servizi e la costituzione delle ULSSS.

Dare vita al consorzio subito e «attrezzare» le circoscrizioni

Si tratta ora di procedere rapidamente alla nomina degli organismi consortili perché questi possano avviare concretamente, e coordinare in maniera unitaria, la fase di vera e propria costituzione delle ULSSS trasferendo ai Consigli Circoscrizionali poteri, strutture, personale, in poche parole la responsabilità politica e la capacità giuridico-amministrativa per riorganizzare e gestire la nuova rete dei servizi.

Occorre quindi che tutto il Partito sia pienamente cosciente, e in primo luogo che i nostri gruppi circoscrizionali siano complessivamente attrezzati, per affrontare le nuove responsabilità che presto dovranno essere sostenute dai Consigli Circoscrizionali. Questi, infatti, si troveranno anche se gradualmente (dapprima attraverso la costituzione delle ULSSS ed, in seguito, col passaggio dall'ULSSS alla USL quando la riforma entrerà concretamente in vigore) dinanzi a problemi di gestione di decine di miliardi e, alcuni di essi (quelli nel cui territorio c'è un ospedale) di centinaia di miliardi ogni anno. Ma questo non sarà solo un impegno grande dal punto di vista, diciamo così, «tecnico-amministrativo»: sarà soprattutto un impegno politico enorme perché, per la prima volta, l'organismo decentrato dell'ente locale più prossimo ai cittadini sarà direttamente responsabile dell'andamento concreto, della riorganizzazione e della funzionalità di servizi di massa quali quelli sociali e sanitari. E tutto questo avendo al fianco in funzione di proposta, di stimolo e anche di controllo l'organismo di partecipazione sociale dei cittadini: la Consulta circoscrizione socio-sanitaria.

Rendere cosciente tutto il Partito (e complessivamente attrezzati i nostri gruppi circoscrizionali) significa oggi chiarire, da un lato, la tematica politica sociale e sanitaria e come questa si collochi nell'ambito del quadro politico

60

complessivo, dall'altro indicare chiaramente gli obiettivi per un'azione amministrativa e di lotta che siano traducibili rapidamente in iniziativa politica nel Consiglio Circoscrizionale, nel territorio, nei servizi.

Programmazione territoriale dei servizi: ristrutturare le risorse esistenti

Nei precedenti punti abbiamo chiarito gli aspetti politici generali e specifici.

Per quanto riguarda le indicazioni concrete si tratta ora di riprendere l'iniziativa interrotta col compimento delle Conferenze socio-sanitarie circoscrizionali.

In quella sede si è sviluppato un dibattito politico di massa attorno alle scelte da operare affinché le circoscrizioni fossero in grado di partecipare, con cognizione di causa, alla definizione della programmazione socio-sanitaria del loro territorio. Oggi, parallelamente alla formazione degli organismi consortili e quindi unitamente ad essi (nonché attingendo ulteriori e decisivi elementi forniti dalle linee direttive per il piano socio-sanitario emanate recentemente dalla Regione Lazio), le indicazione emerse dalle Conferenze vanno riprese, utilizzate concretamente per delineare, stabilendo criteri pratici sui quali avviare il lavoro di costituzione delle ULSSS, le modalità di riorganizzazione su base circoscrizionale dei servizi. Attualmente, infatti, essendo difficile ipotizzare una diffusione di risorse nuove (finanziarie, di strutture, di personale) si dovrà procedere prevalentemente su programmi di ristrutturazione e riutilizzazione di quelle esistenti rendendole funzionali alle nuove esigenze; per questo tipo di lavoro il contributo delle circoscrizioni è indispensabile.

Converrà ricordare le tre fasi attraverso le quali tale processo di riorganizzazione deve passare:

1) l'integrazione dei servizi di competenza del Comune e della Provincia;
2) il coordinamento, in un primo tempo, di questi servizi integrati con quelli che ancora debbono essere trasferiti dalla Regione al Comune (ex mutue, enti in via di scioglimento ecc.) successiva loro integrazione non appena avvenuto questo trasferimento;

61

3) coordinamento, prima dell'entrata in vigore della riforma sanitaria, e integrazione, dopo l'entrata in vigore della riforma sanitaria secondo le modalità e i tempi che essa stabilirà, di tutta la rete territoriale extraospedaliera (prevista nei 2 punti precedenti) con l'ospedale competente per territorio.

Il disordine del sistema sanitario attuale

Crediamo valga la pena precisare, a maggior chiarimento dei tre punti sopra esposti, che il settorialismo verticale del sistema sanitario attuale, il quale non prevedeva fino ad oggi alcun coordinamento orizzontale dei servizi sul territorio, ha dato vita a situazioni paradossali. Infatti almeno quattro sono state le aree sanitarie che hanno costituito ognuna un mondo a se stante senza comunicabilità tra di esse:

a) l'area delle condotte mediche e ostestriche, della medicina scolastica, dei servizi territoriali per gli handicappati, gli anziani e quella dei consultori direttamente dipendente dal Comune;
b) *l'area dei servizi di assistenza psichiatrica (ospedale psichiatrico e CIM)* dipendente dalla Provincia;
c) l'area delle mutue (medicina di base) sia dei lavoratori dipendenti che di quelli autonomi, con meccanismi di contribuzione e modelli di prestazioni sanitarie assai differenti tra loro;
d) l'area infine degli ospedali generale e specializzati, a loro volta gestiti da autonomi consigli di amministrazione e solo da pochi anni soggetta al governo della regione.

Queste quattro aree, autonome e scollegate tra loro, hanno, come aggravante, prodotto ognuna al suo interno una ulteriore frattura: ad esempio nessun ospedale si è coordinato con l'altro, neppure col più vicino, ma tutti hanno preteso di avere gli stessi servizi, di aumentare gli organici, di ambire le apparecchiature più sofisticate. Le scelte, quindi, più che corrispondere a vere esigenze di politica sanitaria che avessero al centro l'interesse del cittadino, in molti casi hanno subito pressioni di parte, spinte corporative, criteri di prestigio di campanile.

Le conseguenze di questo disordine strutturale sono

62

ben note sia in termini di efficienza dei servizi sia dal punto di vista del gonfiamento abnorme della spesa.

Creare una nuova rete di servizi territoriali integrati

Si tratta, quindi, di realizzare in primo luogo forme d'integrazione e di coordinamento, tenendo presente non solo la rete ambulatoriale e dei servizi del Comune o della Provincia, ma anche gli ambulatori delle ex mutue, degli ospedali, comprendendo cioè tutta la gamma ambulatoriale presente nel territorio.

In questo senso occorre che la Regione Lazio proceda speditamente al compimento del lavoro, già iniziato, di integrazione dei servizi ex mutualistici; una volta fatto questo trasferisca al Comune la gestione dei presidi ex mutualistici così riorganizzati affinché, dalla fase del coordinamento (servizi integrati ex mutue: servizi integrati Comune/Provincia) si possa passare rapidamente a quella dell'integrazione totale della rete ambulatoriale nel territorio, premessa concreta per un'effettiva realizzazione del filtro ospedaliero e per la sperimentazione di un sistema di dimissione protetta dagli ospedali. In secondo luogo si tratta di saldare questa rete extraospedaliera con l'ospedale in un regime che deve essere ben coordinato e convergente.

Tali obiettivi sono oggi urgentissimi e preminenti: la situazione attuale ha provocato il raddoppio, in alcuni casi addirittura la triplicazione dei trattamenti sui cittadini, con una spesa assurda, con una lunghezza dei tempi esasperata, con un danno reale per i pazienti. Questa è appunto una, probabilmente la maggiore, delle cause della congestione ospedaliera, dei lunghi tempi di degenza che caricano ormai in maniera insopportabile i bilanci degli enti ospedalieri, nonché della lievitazione della spesa sanitaria globale.

Le caratteristiche della consulta socio-sanitaria circoscrizionale

Un'altra indicazione di lavoro è che si sviluppi immediatamente un dibattito a livello del Consiglio Circoscrizio-

63

nale, è un movimento nel territorio, per l'individuazione dei contenuti di lavoro e i criteri di formazione dell'organismo di partecipazione sociale previsto dallo statuto consortile: la Consulta socio-sanitaria circoscrizionale. Noi, ad esempio, siamo per una Consulta che, ferma restando naturalmente l'entità numerica stabilita dallo statuto, possa suddividersi in gruppi di lavoro per permettere al maggior numero di cittadini di partecipare alla formazione dei suoi pareri e delle sue proposte. Deve essere però chiaro che ciascun gruppo di lavoro per essere, diciamo così, legittimato deve vedere al suo interno alcuni dei 25 membri della consulta e che le risoluzioni, i pareri e le proposte finali debbono, formulate da uno dei gruppi, essere vagliate dalla Consulta nel suo complesso.

Il numero di tali gruppi non dovrà, quindi, essere molto elevato e questa è una scelta di concretezza e di funzionalità che deve caratterizzare la nostra proposta politica e la nostra iniziativa su questo versante.

A questo proposito, e perché anche da questi elementi sia più agevole trarre indicazioni di lavoro sui criteri di composizione della Consulta, è nostra opinione che siano almeno 4 le fasce d'intervento in base alle quali costituire i gruppi di lavoro:

1) quella della prevenzione materno-infantile;
2) quella riferita al reinserimento sociale (handicappati, anziani, tossicodipendenti, problemi psichiatrici ecc)
3) quella dell'igiene ambientale e della prevenzione sui luoghi di lavoro;
4) quella relativa ai servizi curativi e, in quest'ambito, i rapporti tra rete ambulatoriale extraospedaliera e ospedali (con particolare riguardo alla salvaguardia dei diritti dei degenti).

La nostra iniziativa nel campo dei servizi sociali

Per quanto riguarda l'indicazione di alcuni terreni d'iniziativa del Partito nel campo dei servizi sociali, parte integrante delle ULSSS, come si deduce anche dalla nostra proposta di organizzazione della Consulta, proponiano alcuni elementi:

64

Prevenzione materno-infantile:

Un progetto-obiettivo per questo settore è stato approvato dalla Giunta regionale, esso è ora all'esame del Consiglio e occorre che, una volta approvato, sia realizzato tempestivamente. Il progetto affronta un complesso d'interventi che tendono a tutelare la salute della donna e del bambino. D'altro canto l'entrata in funzione della legge 194 pone in evidenza l'urgenza di una vigorosa azione di promozione e di prevenzione e, quindi, l'urgenza di realizzare ed estendere la rete cittadina dei consultori puntando ad almeno due consultori per ULSSS. Il progetto-obiettivo della regione potenzia gli interventi previsti dalla legge sui consultori e dalla legge 194 anche mediante lo sviluppo di attività di formazione degli operatori socio-sanitari e la diffusione dell'informazione sessuale. Il progetto prevede, inoltre, un'attività programmata di prevenzione della mortalità perinatale e infantile attraverso la realizzazione di 5 centri di terapia intensiva neo-natale a Roma.

In considerazione della particolarità del servizio consultoriale, come del fatto che la legge regionale prevede se non organismi di gestione comunque organismi di partecipazione, proponiamo la costituzione, in ciascun consultorio, di un apposito «COMITATO DI PARTECIPAZIONE» che non abbia carattere ed autonomia gestionale (come ad esempio i comitati di gestione degli asili nido) ma solo di organizzazione, appunto, della partecipazione:

— alla formulazione dei programmi e delle scelte da effettuare;
— alla verifica della loro attuazione;
— alla organizzazione del consultorio;
— alla promozione delle iniziative previste dalla legge istitutiva.

Tali «comitati di partecipazione» dovrebbero essere formati da una rappresentante di ciascun movimento femminile dei partiti rappresentanti in Consiglio Comunale e da una rappresentante per ogni organizzazione femminile e femminista avente particolare rilevanza nel territorio di ciascuna Circoscrizione. Essi dovrebbero essere istituiti, e i loro componenti nominati, su indicazione dei rispettivi movimenti dai Consigli Circoscrizionali.

65

Per garantire un collegamento stabile tra questi Comitati, Consigli Circoscrizionali e operatori del servizio proponiamo che il Presidente della Commissione sanità della Circoscrizione, e gli operatori, siano invitati permanentemente alle riunioni del Comitato stesso, pur non facendone formalmente parte in quanto organismo di partecipazione degli utenti.

Occorre chiarire che, non trattandosi, appunto, di Comitati di gestione, è da escludersi qualsiasi partecipazione riferita ad organizzazioni che non siano espressione territoriale delle donne, come pure è da escludersi qualsiasi criterio di proporzionalità tra le forze che vi saranno rappresentate. Questo sia per non appesantire la nascita e la vita di questi organismi sia per rispecchiare, in essi, la ricerca di un raggiungimento, in concreto, dell'unità del movimento delle donne.

Reinserimento sociale:

Un altro progetto-obiettivo per l'età adulta è stato approvato, anch'esso, dalla Giunta regionale. Avrebbe dovuto essere approvato dal Consiglio entro il mese di luglio ma ciò non è stato possibile; occorre sollecitarne l'approvazione entro l'autunno. Attraverso un insieme di norme e di finanziamenti, il progetto tende alla realizzazione di servizi per ridurre l'area dell'emarginazione sociale.

a) *Anziani:* sono previsti numerosi tipi di intervento che, programmati e sostenuti finanziariamente dalla Regione, dovranno in concreto essere realizzati dai Comuni; essi consistono principalmente in assistenza domiciliare, aiuti economici, centri polivalenti aperti, soggiorni di vacanza.

Tali interventi tendono a ridurre le istituzionalizzazioni e le lungodegenze, non solo e non tanto per ridurre l'onere finanziario a carico dei Comuni e della Regione, ma per riqualificare la spesa ospedaliera e per realizzare una vera e propria lotta all'emarginazione.

b) *Handicappati:* anche in questo settore sono previsti numerosi tipi d'intervento; essi consistono in: sviluppo delle UTR, in ciascuna ULSSS della Provincia, e potenziamento delle 20 UTR romane; inserimento nelle attività produttive; sviluppo di piccole comunità aperte per handicappati «gravi» (previsto un primo nucleo di 80 persone per Roma). In questo settore è particolarmente importante ottenere l'attuazione, da parte del Governo, di un pieno decentramento delle funzioni, dei poteri e dei finanziamenti della Legge 118 alle Regioni. Tale decentramento, previsto dal DPR 616 a partire dal prossimo 1 Gennaio, non è stato a tutt'oggi neanche iniziato ponendo, quindi, in difficoltà sia le Regioni che i servizi assistenziali.

c) *Assistenza psichiatrica:* esiste un piano dell'assessorato provinciale all'Assistenza psichiatrica elaborato con il contributo determinante del nostro Partito.

Esso è incentrato sull'attuazione corretta della legge n. 180 e prevede il graduale superamento dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale, lo sviluppo e l'integrazione dei Centri d'Igiene Mentale nell'ambito delle ULSSS, lo stabilirsi di un corretto rapporto tra servizi territoriali di assistenza psichiatrica (CIM) e servizi all'intervento degli ospedali generali considerati parte integranti di essi.

Ma oltre che nel senso dell'attuazione di questo piano l'azione del nostro Partito, in questo settore particolarmente, deve essere tesa allo sviluppo di un movimento che faccia avanzare, nella coscienza dei cittadini il superamento dell'emarginazione del disagio psichico, peraltro ingiustificato sullo stesso piano scientifico.

Su tutti questi obiettivi occorre mobilitarci non solo per attuare pienamente, in sede locale, gli interventi previsti dalla regione ma, anche, per rafforzare le prime realizzazione già operanti nei diversi settori.

IPAB ed Enti in via di scioglimento

Grande attenzione ed impegno, da parte di tutto il partito, devono essere inoltre posti ai problemi che vanno emergendo in merito alla piena e corretta attuazione del D.P.R. 616. L'assunzione, da parte di regione ed enti locali, delle competenze e delle attività assistenziali, svolte finoad oggi dalle I.P.A.B. e da una serie di enti in via di scioglimento, si va sempre più delineando come operazione complessa e contrastata.

Compito primario, in questa fase, deve essere quello di

procedere all'integrazione e alla riorganizzazione di questi servizi senza interrompere le prestazioni fin qui erogate dagli enti disciolti.

Per questi motivi, soprattutto, occorre da un lato procedere ad un rafforzamento del coordinamento istituzionale tra regione e comuni e, dall'altro, che si sviluppi un movimento unitario, a livello territoriale, che coinvolga soprattutto gli utenti.

4. I contenuti principali della nostra iniziativa a Roma: attuare rapidamente e correttamente la legge regionale n. 39/77 per il risanamento e la riorganizzazione della rete ospedaliera Romana.

La battaglia per un'alternativa territoriale al servizio ospedaliero

È certo, e questa è una questione sulla quale più volte si è discusso nel Partito e sulla quale c'è un ampio consenso, che la legge regionale n. 39/77 di «scorporo» del Pio Istituto, per produrre risultati concreti che siano avvertiti da tutta la popolazione, deve essere soprattutto gestita dall'Ente Locale, deve vivere cioè in un momento reale di partecipazione popolare sotto la guida istituzionale, oltre che della Regione, del Comune e delle Circoscrizioni.

L'avvio della fase costituente delle ULSSS potrà agevolare il compito difficile che ci siamo dati nellaconvinzione, ormai ampiamente verificata nei fatti, che non sarebbe stato possibile risolvere correttamente il problema del risanamento degli ospedali se, anziché partire dal loro interno (come più volte e con scarsi risultati avevamo fatto negli anni pasati) non avessimo rimesso in discussione il ruolo stesso e l'organizzazione dell'ospedale per realizzare un'alternativa, a questo servizio, nel territorio. Perché è nel territorio che nascono le contraddizioni che, fino ad oggi hanno trovato nell'ospedale l'unico luogo per una loro possibile soluzione, ed è nel territorio, quindi, che queste contraddizioni debbono essere risolte se vogliamo restituire all'ospedale un ruolo positivo come uno, non l'unico ne il principale, dei servizi posti a tutela della salute dei cittadini.

Negare l'ospedale come centro dell'universo sanitario oggi non è solo culturalmente ineccepibile ma politicamente corretto soprattutto in presenza di nuove possibilità concrete di costruzione di una sua alternativa nel territorio.

Attuare interamente la legge regionale n. 39

Il progetto d'integrazione dei servizi sociale e sanitari

nel territorio che abbiamo delineato, il suo contenuto politico e le sue possibili articolazioni operative, si debbono accompagnare a Roma alla riorganizzazione di tutta la rete ospedaliera pubblica attraverso la realizzazione della legge regionale n. 39/77. Occorre che anche questa trasformazione vada avanti utilizzando pienamente tutte le forze democratiche disponibili, perché sia messo ordine nella vita degli ospedali realizzando senza tentennamenti una politica di rigore che porti a concentrare le poche risorse disponibili nelle cose essenziali, assicurando il massimo di assistenza possibile anche nella difficile situazione attuale. Ma per far questo occorre soprattutto aprire l'ospedale all'iniziativa, al lavoro, al controllo di tutta la città attraverso l'intervento del Comune e delle Circoscrizioni.

Nel momento in cui si va profilando l'approvazione in tempi ravvicinati della riforma sanitaria, che per opera della legge regionale n. 2/76 si stà andando alla costituzione del Consorzio socio-sanitario della città di Roma e, sempre ad opera di una legge regionale, si stà ponendo mano concretamente alla riorganizzazione della rete ospedaliera romana (già i primi quattro nuovi enti ospedalieri, sono stati costituiti: Monteverde, S. Giovanni-Addolorata, Eur-Garbatella e Trionfale-Cassia; la legge istituttiva dell'ente Centro, dopo la bocciatura da parte del Governo e la dura e puntuale risposta popolare, è stata rivotata dal Consiglio Regionale e di nuovo respinte dal governo in questi giorni con un atto gravissimo; resta da istituire solo l'ente Nomentano poiché l'ente S. Spirito risulterà costituito di fatto al termine dello «scorporo», da ciò che rimarrà del disciolto Pio Istituto) è necessario guardare con lucidità e serietà a quello che avviene oggi negli ospedali al fine di non ripetere, nelle nuove organizzazioni, quanto vi è stato di negativo nel passato (e che ancora in alcuni casi permane) per non vanificare la nostra azione di risanamento.

Battere le forze che puntano allo sfascio: conservatori e collettivi «autonomi»

L'azione del collettivo autonomo di via dei Volsci, ripresa con virulenza a partire dai primi dello scorso ottobre al Policlinico e che tendeva ad estendersi agli altri ospedali

70

romani per paralizzarli, non ha sortito gli effetti che i suoi promotori si proponevano. Essi, infatti, prendendo a pretesto la lotta contro il contratto, definito falsamente un «bidone», e utilizzando la situazione di crisi dell'assistenza e di reale malessere all'interno dei lavoratori ospedalieri, hanno tentato un loro rilancio «politico» sperando di conquistarsi un seguito pari a quello che, purtroppo, negli stessi giorni andavano raccogliendo i sindacati autonomi (insesistenti a Roma in questo settore) nelle altre città d'Italia. Nonostante i loro sforzi (hanno tentato di tutto: dall'indicazione di «piattaforme» demagogiche e contradditorie alla aperta provocazione di scontri con le forze di Polizia per poi poter invocare la lotta contro la «repressione»), e nonostante alcuni marcati ritardi dei sindacati unitari che debbono essere materia di profonda riflessione per tutto il movimento democratico, il progetto di portare alla paralisi e allo sfascio definitivo la rete ospedaliera romana non si è realizzato. Occorre essere chiari, in questa vicenda che comunque non può considerarsi conclusa, su almeno tre punti:

1) perché il tentativo di «autonomia operaia» si è sviluppato in questo momento;
2) che seguito reale ha avuto tra i lavoratori ospedalieri e quale ne è stato l'effetto sui servizi;
3) in che modo le Giunte e le amministrazioni democratiche vi hanno fatto fronte e quale compito spetta ora al movimento democratico, e al nostro Partito in particolare.

Per quanto riguarda il primo interrogativo occorre impegnarci a chiarire a tutti i lavoratori ospedalieri, ai degenti e a tutti i cittadini la reale portata dello scontro in atto. Sappiamo per certo (il collettivo di «via dei Volsci» non è nato ai primi di ottobre e se ne conoscono i capi, i metodi di «lotta», la stratgegia complessiva di attacco violento al movimento operaio e alle istituzioni democratiche) che i problemi reali dei lavoratori ospedalieri sono solo utilizzati dagli «autonomi» per creare agitazioni antisindacali e anticomuniste che hanno lo scopo non di conquistare migliori condizioni economiche e di lavoro, ma di dividere il movimento di lotta democratica per la trasformazione reale della vita degli opsedali e dei lavoratori. Non a caso il momento è stato scelto con particolare cura.

È questa la fase delicatissima in cui, lo abbiamo argo-

71

mentato precedentemente, molte trasformazioni si stanno avviando soprattutto in campo ospedaliero. Queste trasformazioni sono duramente contrastate dai vecchi gruppi di potere che ancora resistono accanitamente sapendo di poter perdere i privilegi accumulati in decenni di malgoverno. Si tenta di tutto per ostacolare l'azione di risanamento della rete ospedaliera romana perseguita con tenacia dalle Giunte democratiche e dal nostro Partito in primo luogo. Troppo grandi sono, infatti, gli interessi economici e di potere che possono essere cancellati da quest'azione per non valere una dura reazione conservatrice da svilupparsi utilizzando tute le armi, anche quelle piú subdole.

La conservazione può vincere se si riesce a dimostrare che, seguendo la strada delle riforme e del cambiamento, tutto peggiora anziché migliorare e gli stessi servizi si paralizzano. Per questo la lotta accanita della DC contro il completamento dell'attuazione della legge regionale n. 39/77, la bocciatura da parte del Governo della legge istitutiva dell'ente Centro, il blocco di importanti delibere, ad opera del comitato di controllo presieduto dal DC Vitalone, che dovrebbero consentire agli enti, da poco costituitisi, di poter procedere alla riorganizzazione degli ospedali. Contro tutto questo la risposta del nostro Partito, che ha saputo coagulare nella lotta le altre forze democratiche di sinistra, è stata ferma ed esplicita ed è stata una risposta di lotta in alcuni ospedali e nel territorio. Ma occorre aver chiaro che la lotta deve essere sviluppata con eguale intensità su diversi fronti. Infatti, proprio in questo momento, al fronte della cosnervazione si uniscono gli sforzi della cosidetta «autonomia operaia» per perseguire gli stessi scopi di attacco al fronte riformatore e paralizzare i servizi ospedalieri.

Si è tentato da parte di costoro, e si tenterà ancora, di utilizzare i lavoratori stessi per scagliarli contro la politica di rinnovamento che le giunte democratiche, e le nuove amministrazioni ospedaliere, stanno portando avanti tra mille resistenze. Contro queste manovre (e questa collusione nei fatti tra forze della conservazione e forze eversive) dobbiamo chiamare tutti i lavoratori ospedalieri, e i cittadini, perché i provvedimenti tesi al risanamento della rete ospedaliera romana siano attuati con rapidità e correttamente.

72

L'ospedale: azienda capitalistica o servizio sociale?

Veniamo cosi al secondo interrogativo. La conflittualità in alcuni ospedali è andata assumendo caratteristiche tali da mettere in discussione la funzione stessa di questo servizio che si vorrebbere far intendere solo come luogo di lavoro anzichè, soprattutto, come luogo di cura.

Questo fa venire alla luce l'orientamento di fondo di una parte (anche se non maggioritaria comunque presente) del personale sanitario, paramedico e amministrativo che tende a riproporre, in altri termini e su altri terreni, la concezione che degli ospedali hanno avuto la DC e le vecchie classi dirigenti romane che concepivano la vita ospedaliera quale occasione per affari lucrosi, per ampie sistemazioni clientelari, come terreno di mediazione di contrasti politici tra i partiti alleati nelle vecchie coalizioni di centrosinistra. In quest'ottica restavano in secondo piano le funzioni essenziali, istituzionali degli ospedali: la cura dei cittadini ammalati cui tutto avrebbe invece dovuto essere subordinato. L'operazione politica che occorre avviare oggi è quella di cancellare questa visione, che è dura a morire anche nelle mutate condizioni attuali, e che rende obiettivamente subalterni, alle vecchie classi dirigenti, quegli strati di personale che continuano a mettere in secondo piano l'iniziativa per un recupero della funzione primaria del servizio ospedaliero. Tanto piú subalterni questi strati sono oggi perché le vecchie classi dirigenti hanno consentito che la degradazione progressiva della funzione e della qualità dell'assistenza ospedaliera pubblica romana si traducesse in uno sviluppo parallelo della ospedalità privata, attraverso la realizzazione di una fitta rete di cliniche private collocate, talvolta, addirittura a ridosso degli ospedali stessi. Congiuntamente a tutto ciò si sono intrecciati legami sempre più inestricabili tra chi opera negli ospedali e le cliniche private e questo, in special modo, all'interno del mondo medico.

Salvo qualche eccezione, sempre possibile ma marginale, i dipendenti ospedalieri non hanno invece alcun interesse a far prosperare le cliniche private e debbono perciò considerare con attenzione politica l'effetto che una paralisi, parziale o totale, dell'ospedale produce: un riflusso di pa-

73

zienti verso la spedalità privata, non migliore come capacità professionale e tecnica, ma più continua nelle prestazioni. Lo stato di disagio del lavoratore ospedaliero è certo reale. Esso nasce sul terreno assai accidentato delle contraddizioni della vita dei servizi, dalle vicende contrattuali spesso difficili e sentite, talvolta, come non adeguate da alcune categorie sia dal punto di vista dei livelli retributivi che da quello di una minore considerazione della professionalità.

Avviare un dibattito di massa sulle forme di lotta

Tutto ciò pone al centro dell'attenzione di tutte le forze politiche e sociali la necessità, non più rinviabile, di un dibattito approfondito sulle forme di lotta sindacale più confacenti ad una struttura così delicata e particolare qual'è l'ospedale. Qui occorre ammettere che il ritardo è politico e culturale ed investe sia i partiti (comprese alcune fasce di iscritti al PCI in alcuni ospedali) che i sindacati attardati ancora troppo di frequente su forme di lotta tradizionali derivate da un tipo di scontro di classe che si svolge altrove, in fabbrica ad esempio, e che vede di fronte operaio e padrone.

Una profonda riflessione è iniziata in tal senso all'interno delle organizzazione sindacali unitarie. Soprattutto in quest'ultima fase di lotta nel comparto del pubblico impiego, e in particolar modo nel settore ospedaliero, alcuni primi passi in avanti sono stati fatti nel rendere evidente, ai lavoratori stessi e a tutti i cittadini, il senso di responsabilità del movimento sindacale unitario nella determinazione di forme di lotta mai tese a bloccare i servizi essenziali ma, anzi, a garantirne lo svolgimento anche nelle fasi più acute.

Molto resta ancora da fare in tal senso e si dovrà proseguire coinvolgendo in un dibattito più ampio possibile tutti i lavoratori, perchè tutti partecipino in prima persona a scelte così importanti. Il nostro Partito, come è giusto, sta già dando e darà il suo contributo a questo dibattito, nel rispetto dell'autonomia dei sindacati e nell'interesse di tutta la classe lavoratrice della quale è strumento essenziale di lotta.

74

Contro le «assemblee permanenti» e gli «scioperi bianchi»

Laddove, infatti, vi è una coscienza politica avanzata tra i lavoratori non può non esserci un rifiuto di comportamenti, quali quelli rappresentati dalle cosidette «assemblee permanenti» o dagli «scioperi bianchi» che consentono a chi li attua di bloccare i servizi, recare notevole danno ad altri lavoratori (in questo caso ammalati) non perdendo, a differenza di quanto accade nelle lotte degli operai dell'industria, neanche un'ora di retribuzione. Occorre esser chiari su questo punto: tali forme di lotta operano all'interno di una logica derivata non dal movimento operaio ma da quella delle vecchie classi dirigenti capitalistiche, dalle loro formazioni politiche tradizionali e dai ceti sociali ad esse collegati. Inoltre queste forme di lotta non fascilitano certo l'esito positivo della battaglia di trasformazione che è all'ordine del giorno ed è destinata ad incidere in profondità per cambiare seriamente non solo i termini nei quali avviene l'erogazione dell'assistenza ospedaliera ma anche le reali condizioni di vita e di lavoro dei lavoratori di questo delicato settore.

Occorre dire che, comunque, il seguito reale che tali iniziative di lotta «autonoma» hanno avuto negli ospedali romani è stato assai scarso, sensibilmente minore che in altre città italiane tantochè, in realtà, l'unico blocco di attività che si è avuto è stato quello della cucina centrale del Policlinico Umberto I. Negli altri ospedali romani non si è avuto nessun blocco totale o parziale (nonostante che una campagna di stampa mistificata e fuorviante abbia svolto un ruolo agitatorio e scandalistico di disinformazione sul quale occorre fare un'attenta riflessione politica) e nello stesso Policlinico non si è giunti comunque alla paralisi continuando a funzionare le cucine periferiche e gli altri servizi d'assistenza. Certo maggiori difficoltà complessive si sono aggiunte ad una situazione già estremamente carente ma questa è la situazione in cui versano gli ospedali romani da anni e che da lungo tempo il nostro Partito denuncia e che solo da poco il nostro Partito ha raccolto in eredità per cambiarla e risanarla. Non si può far finta, da parte di nessuno, che tutto ciò sia cominciato poche decine di

75

giorni addietro alzando un polverone nel quale le responsabilità dei Governi a direzione DC, succedutisi in tutti questi anni siano di colpo nascoste. La partita non è certo chiusa. La trattativa complessiva tra Governo e Sindacati unitari sul pubblico impiego, all'interno della quale dovrà trovare una giusta soluzione la vertenza ospedaliera, condizionerà molto lo sviluppo degli avvenimenti futuri. Resta da dire che se è vero che la stragrande maggioranza dei lavoratori ospedalieri romani non è con gli «autonomi» non è, però, stata ancora conquistata pienamente ad una battaglia democratica di trasformazione. Vi è nella maggioranza di questi lavoratori un atteggiamento di attesa che può essere utilizzato sia per le peggiori manovre provocatorie e conservatrici che, viceversa, per trasformarlo in un grande movimento unitario, di massa e democratico. Da questo dato, e dalla certezza che, per così dire, i giochi non sono fatti ne in positivo ne in negativo, deve svilupparsi l'iniziativa del nostro Partito.

La peculiarità della situazione ospedaliera romana

Da questa considerazione occorre prendere le mosse per chiarire il terzo ed ultimo punto: quale ruolo hanno svolto, e debbono svolgere, le Giunte democratiche ed in particolare il nostro Partito.

Se il tentativo degli «autonomi» a Roma non ha raggiunto i risultati e l'ampiezza realizzatasi in altre città d'Italia questo è stato possibile per tre ordini di motivi. Per prima cosa nel Lazio (e a Roma soprattutto) già un anno fa il sindacato unitario aveva, per il suo rapporto diretto coi lavoratori ospedalieri, colto i segni di una situazione che si andava facendo di giorno in giorno più critica e che, se non si fosse operato tempestivamente e con lungimiranza, sarebbe stata passibile di pericolose acutizzazioni. Per questo fu avviata la «Vertenza Lazio» che, senza rimettere in discussione i termini contrattuali nazionali attraverso un accordo integrativo regionale, aprì concretamente il grande discorso della riqualificazione e dell'aggiornamento professionale avviando l'organizzazione di corsi retribuiti per il personale ospedaliero. Le organizzaizoni sindacali romane di categoria possono oggi, giustamente, dire di aver capito

chiaramente e soprattutto tempestivamente cosa doveva esser fatto se è vero, come è vero, che questa è oggi sostanzialmente la linea lungo la quale si muove il Sindacato Unitario a livello nazionale (non dunque la linea dell'accordo integrativo regionale seguita dalla Regione Veneto, linea che ha fatto scattare la lotta dei sindacati autonomi in tutta Italia). Occorre dire che la scelta della «Vertenza Lazio» non fu una scelta facile né incontrastata. All'interno del movimento sindacale unitario, e dello stesso nostro Partito, vi fu un processo travagliato, e spesso sofferto, di discussione che comunque si concluse unitariamente e in senso positivo.

La tenuta, se non ancora la ripresa forte del movimento sindacale e democratico negli ospedali romani, è stata possibile (anche nei giorni più difficili) e lo è oggi per quelle scelte coraggiose di un anno fà.

Il secondo motivo che non ha consentito agli «autonomi» romani di realizzare i loro disegni è un elemento di carattere politico complessivo.

Esso consiste nell'azione portata avanti in questi ultimi due anni dalle Giunte democratiche alla Regione e al Comune di Roma in merito ai problemi della riorganizzazione dei servizi sociali e sanitari. In tale contesto si iscrive il ruolo propulsivo del nostro Partito nelle Amministrazioni e nel territorio. Molto, e in modo migliore, resta ancora da fare ma è certo che l'aver innescato processi di cambiamento profondi, quali la legge regionale con la riorganizzazione della rete ospedaliera romana e l'istituzione del Consorzio socio-sanitario della città di Roma con la conseguente realizzazione delle ULSSS, ha contribuito, e dovrà contribuire sempre più, a creare una coscienza nuova in una parte almeno dei cittadini, dei lavoratori ospedalieri ai quali, in tal modo, è offerto un terreno concreto di mobilitazione e di lotta per conseguire, a breve e medio termine, obiettivi di reale cambiamento. Lo stesso nostro Partito, in questo quadro, è riuscito a mobilitare una parte delle sue energie per suscitare un movimento in grado di spingere in questa direzione.

Questo è stato il senso del nostro impegno per e durante l'effettuazione delle Conferenze socio-sanitarie circoscrizionali nelle quali migliaia e migliaia di cittadinni romani

hanno discusso per la prima volta sul come e sul quando dovessero essere riorganizzati i servizi sociali e sanitari, compresi gli ospedali. Questo è il senso di alcune, sempre più frequenti (anche se ancora troppo episodiche) iniziative di collegamento tra circoscrizioni, cittadini e realtà ospedaliere, lavoratori di questo e di altri settori.

Il terzo ordine di motivi che non hanno consentito si arrivasse alla paralisi negli ospedali romani è stato un motivo contingente ma non per questo meno importante: l'uso democratico e intelligente deciso unitariamente da tutte le forze di sinistra presenti nelle Giunte, dei cucinieri dell'Esercito, per superare il blocco della cucina centrale del Policlinico, e delle forze di Pubblica Sicurezza in alcuni punti caldi dello stesso Policlinico (sempre utilizzate in forma preventiva tranne che in un caso di scontro avvenuto dopo una palese provocazione del collettivo di via dei Volsci). Queste misure si sono rese possibili proprio perché, un reatà, non ci si è trovati di fronte ad un movimento di massa che combatteva seriamente su obiettivi giusti e condivisi dalla maggioranza dei lavoratori, ma a poche decine di appartenenti al collettivo di via dei Volsci che, sulla base di obiettivi pretestuosi, e parole d'ordine improbabili e demagogiche, sono riusciti a strumentalizzare la buona fede di circa duecento lavoratori ospedalieri romani, al massimo, sui circa quindicimila.

Intensificare la ripresa della nostra iniziativa politica

Detto questo occorre comunque ribadire che una ripresa dell'iniziativa politica del nostro Partito è in atto ma appare urgente che essa sia intensificata.

Contro i «nuovi barbari», e i loro mandanti del partito della eversione e dello sfascio del Paese, occorre un vasto movimento politico e ideale capace di rilanciare un nuovo tipo di umanesimo che parta dal mondo del lavoro e dai nuovi valori di cui esso è portatore. Un movimento che spazzi via progressivamente le tradizioni peggiori, ormai già pesantemente intaccate ma non vinte, nate dentro un mondo corrotto e capace solo di generare crisi su crisi e dentro il quale vi è solo il cieco egoismo delle classi possidenti che tutto cercano di utilizzare per i loro profitti e che

78

hanno fatto di Roma, e degli ospedali, centri di potere ai quali cercare di associare settori di dipendenti attraverso l'istaurazione di un regime di clientelismo, di distribuzione di briciole, di tolleranza verso i piccoli abusi al fine di poter meglio coprire i grossi affarismi, lo scandaloso uso privato delle strutture pubbliche e l'intreccio, spesso torbido, col mondo della professione medica privata e con le case di cura private.

Garantire i diritti degli ammalati

Nostro obiettivo per una ripresa dell'iniziativa deve essere quello della costruzione di un movimento unitario ospedale-territorio che punti alla realizzazione di contenuti nuovi di funzionalità del servizio ospedaliero e al miglioramento effettivo della condizione complessiva dei degenti nell'ambito dell'attuazione della legge regionale n. 39/77 e della futura riforma sanitaria.

È proprio questo il punto critico del discorso: l'ammalto (salvo le caricaturali prese di posizione degli «autonomi» che parlano di miglioramento dell'assistenza nel momento stesso in cui conducono ciniche forme di lotta che la interrompono istaurando un clima di pesante violenza e di minacce criminali contro chiunque osi contrastarli) non è mai al centro dell'attenzione, ne si tiene conto che si tratta, nella schiacciante maggioranza dei casi, di lavoratori o di loro familiari che vengono in tal modo duramente ed esclusivamente colpiti.

Creare un movimento unitario ospedale-territorio

Per questo occorre intensificare l'iniziativa, già da tempo intrapresa dal Partito a Roma, per collegare il movimento democratico all'interno dell'ospedale con quello già in atto nei Consigli e nei territori circoscrizionali. Alcune iniziative in tal senso, dicevamo, sono state avviate nei confronti dell'ente Monteverde e del Policlinico Umberto I dalle rispettive Circoscrizioni di competenza. Pensiamo che queste esperienze di lavoro e di lotta, promosse dal nostro Partito e gestite di volta in volta unitariamente con le altre forze democratiche e i sindacati, o a livello degli stessi con-

79

sigli circoscrizionali, debbano essere discusse da tutto il Partito perché costituiscono al tempo stesso un'indicazione nuova di iniziativa per il risanamento degli ospedali e un patrimonio di idee, di collegamenti di massa, di primi risultati da unificare, estendere e valorizzare.

È attraverso lo sviluppo d'iniziative di questo genere che intendiamo realizzare una presenza di tipo nuovo dei comunisti all'interno e attorno all'ospedale. Questa è una scelta politica precisa. La scelta, cioè, di non ricalcare vecchie strade che consistevano, da un lato, nell'esclusiva ricerca di una rivitalizzazione delle cellule ospedaliere, comunque chiuse all'interno dell'ospedale e del perimetro politico ospedaliero, mentre, dall'altro si realizzava, solo episodicamente, un collegamento tra lavoratori ospedalieri e di altre categorie (quasi mai coi cittadini) in momenti di particolare acutezza dello scontro coi gruppi eversivi o di difficoltà nel confronto con le altre forze politiche. In momenti particolari iniziative di tal genere sono certo servite a respingere attacchi e a riaffermare il senso generale del nostro impegno politico (ed è probabile che a simili iniziative occorra far riferimento in particolari momenti anche in futuro) ma in generale possiamo dire oggi che il limite di tali iniziative era proprio quello dell'episodicità: quando queste si concludevano restava poco o nulla della presenza organizzata nostra e del movimento democratico. Oggi la situazione è diversa, non è questione di considerare puramente e semplicemente il passato in modo negativo; si tratta di prendere atto del quadro politico, amministrativo, legislativo nuovo e delle nuove realtà istituzionali (quali le circoscrizioni) che abbiamo contribuito a far avanzare in modo determinante e utilizzare tutto ciò per rilanciare la nostra iniziativa in termini più confacenti alla realtà del confronto (a volte dello scontro) in atto, e più adeguati alle nostre nuove responsabilità di governo si tratta di tessere, con un lavoro magari anche lungo e paziente, la tela di un movimento radicato nella realtà delle cose e non episodico.

Solidarietà, nuova, dei cittadini coi lavoratori ospedalieri

Non possiamo, ad esempio, pensare di operare per una

80

correzione alcuni indirizzi delle forme di lotta senza chiedere, contemporaneamente, alla popolazione e ad altre categorie di lavoratori, d'intervenire al fianco degli ospedalieri allorché i motivi di un'agitazione siano fondati e legittimi e senza, del pari, richiedere alle forze politiche un impegno nuovo e diverso per risolvere i problemi di questo settore proprio in virtù di una analisi che, nel mettere in rilievo la delicatezza e la particolarità di questi servizi, richiede un'attenzione anch'essa peculiare e maggiore rispetto ad altri, pur importanti, settori di lavoro.

Convocare rapidamente le conferenze dei servizi dei nuovi enti ospedalieri

Per tutti questi motivi vogliamo indicare come obiettivo per una grande iniziativa politica dei comunisti romani, tesa al risanamento della rete ospedaliera, quello della effettuazione, in tempi ravvicinati, di sette Conferenze dei servizi dei nuovi enti ospedalieri. Occorre avviare una grande mobilitazione, e un dibattito tra tutte le forze politiche e sociali della città, perché tali Conferenze vengano al più presto convocate congiuntamente dai Collegi Commissariali dei nuovi enti e dai Consigli Circoscrizionali dei gruppi di Circoscrizioni competenti per territorio.

Così come avvenuto nella scorsa primavera con le Conferenze socio-sanitarie Circoscrizionali dovremo, entro l'inverno prossimo, portare migliaia e migliaia di cittadini (lavoratori ospedalieri e non, ammalati, sindacalisti, amministratori) a discutere negli ospedali la collocazione di questo servizio nell'ambito dell'ULSSS andando, nel comtempo, a chiarire i termini concreti e realizzativi della riorganizzazione dei servizi ospedalieri stessi. Da queste conferenze dei servizi ospedalieri pensiamo si debba uscire non solo con indicazioni concrete di riorganizzazione ma, soprattutto, con l'istituzione di appositi «COMITATI DI PARTECIPAZIONE» che realizzino un ruolo permanente di intervento della Circoscrizione e degli utenti nell'ospedale e favoriscano lo svolgersi di un raccordo concreto tra ospedale e territorio. Tali «Comitati di partecipazione» potrebbero essere costituiti dai presidenti delle commissioni sanità circoscrizionali, dai rappresentanti dei sindacati unitari (non

81

di categoria) e di altre organizzazioni sociali (comitati di quartiere ecc.) esistenti nei territori interessati. Essi dovrebbero procedere, in accordo e con la collaborazione delle amministrazioni ospedaliere e dei consigli d'ospedale, ad un lavoro d'indagine e di proposta per la riorganizzazione dei servizi ponendo in primo piano l'esigenza del soddisfacimento dei bisogni degli ammalati.

Per portare avanti concretamente tale impegno occorrerà organizzare dei gruppi di lavoro specifici del Partito, a livello dei sette territori interessati, che pensiamo debbano essere costituiti così come proposto nell'ultima parte di questo documento.

Il terreno per una simile iniziativa è ampio e fecondo. Nonostante tutti i tentativi di paralizzare gli ospedali e le altre strutture socio-sanitarie ogni giorno centinaia e migliaia di lavoratori di questi settori cercano di fare fino in fondo il loro dovere superando, persino con mezzi di fortuna, le continue carenze di ogni genere che sono da lungo tempo una drammatica realtà quotidiana, non venendo meno al compito che detta loro la delicata funzione che esplicano e il senso di solidarietà umana verso altri lavoratori ammalati.

Si può, e si deve, lottare in forme idonee e con grande intensità e continuità affinché i servizi riprendano a funzionare appieno e siano rinnovati anche nei metodi di direzione con un peso effettivo di controllo degli operatori socio-sanitari e dell'intera società. Ma debbono essere in primo luogo proprio gli operatori alla testa di questo moto di rinnovamento al quale debbono partecipare le forze politiche democratiche, i sindacati, le istituzioni per combattere ed eliminare ingiustizie, clientelismi, ruberie e sprechi per contribuire, cioè, all'affermazione concreta di quella linea di austerità per cambiare che il Paese richiede.

82

5. Il Partito: strumenti organizzativi nuovi e adeguati alle iniziative proposte.

Suscitare il contributo di tutto il partito

Nelle pagine precedenti abbiamo delineato il quadro complessivo della politica del nostro Partito a Roma per quanto rigaurda la sanità e i servizi sociali.

Per ogni principale problema si è delineata una risposta politica ed una indicazione di iniziativa non solo in queste pagine ma in tutto il corso del lavoro del settore sanità e sicurezza sociale della Federazione svolto negli ultimi due anni circa.

Su ciascuna singola questione sono ancora ampi i margini di approfondimento e di aggiornamento che via via, nelcorso della nostra iniziativa si renderanno necessari. Questo documento, oltre che una sorta di primo bilancio politico dell'attività del Partito, vuol essere soprattutto un materiale di lavoro per tutti i compagni (amministratori, operatori dei servizi, sindacalisti, quadri dirigenti delle sezioni e dei futuri coordinamenti politici circoscrizionali, compagni attivi nelle organizzazioni di massa e territoriali) affinché possano trarvi indicazioni utili per la mssa a punto di un piano complessivo per la ripresa dell'attività politica in questo settore e per la formulazione di concrete piattaforme circoscrizionali.

È comunque fuori di ogni dubbio, per la natura stessa dei problemi che trattiamo e la capacità che essi hanno di suscitare la mobilitazione attiva di un numero sempre maggiore di cittadini, che è tutto il Partito, e non solo una parte di esso, che deve essere chiamato a dare un contributo di lavoro e di mobilitazione.

Il compimento dell'operazione di decentramento circoscrizionale del Partito a Roma darà senza dubbio un contributo determinante al raggiungimento di livelli sempre più adeguati di organizzazione dell'attività e di un rilancio dell'iniziativa anche in questo settore.

Crediamo, infatti, che la scelta che si va delineando di incaricare un compagno preciso, all'interno dei coordinamenti politici circoscrizionali per seguire unicamente questo importante settore, sia valida almeno per due motivi

83

Intanto questo è il primo, e fin'ora l'unico, settore in cui con la realizzazione delle ULSSS, per effetto di un complesso di leggi già in vigore, il Consiglio Circoscrizionale avrà presto delegati grandi compiti di amministrazione e di gestione diretta di servizi. Si tratterà, da parte della Circoscrizione, di amministrare risorse finanziarie ingenti, strutture e servizi con utenze di massa nonché numeroso personale. Per far questo correttamente, e su base rigorosamente territoriale, è indispensabile che ciascuna forza politica, che voglia svolgere un effettivo ruolo di direzione, abbia alle spalle un solido entroterra politico di elaborazione e di organizzazione anche specifica.

Il secondo motivo è che la nascita della nuova rete dei servizi sociali e sanitari circoscrizionali deve coincidere con una iniziativa che tenda alla riorganizzazione dei servizi stessi. Ma tale riorganizzazione non sarà possibile se, a fianco dell'istituzione che dovrà realizzarla, non vivrà un movimento in grado di appoggiarla in quest'opera, difficile di per sé, oltre che fortemente contrastata.

Costituire gruppi di lavoro a livello circoscrizionale sui problemi dei servizi sociali e sanitari

Per questo proponiamo che, accanto al compagno che sarà incaricato di seguire questo settore a livello circoscrizionale, si formino dei gruppi di lavoro composti da: un consigliere circoscrizionale membro della commissione sanità, un compagno per ciascuna sezione della circoscrizione, il segretario della cellula ospedaliera, o della cellula di altri servizi sociali e sanitari eventualmente esistenti nel territorio circoscrizionale, eventuali altri compagni presenti in alcuni organismi sindacali, sociali e di massa (consiglio sindacale di zona, comitati di quartiere ecc.) e che in questi organismi sono già impegnati, o intendono impegnarsi, nella battaglia per la trasformazione dei servizi sociali e sanitari. Gruppi di lavoro così formati sono indispensabili per realizzare un effettivo coordinamento, su base circoscrizionale, dell'attività del Partito in questo settore e sono uno strumento efficace per collegare realtà diverse e fino ad oggi negativamente separate, per consolidare ed accrescere la

84

presenza e l'iniziativa nostra nel Consiglio Circoscrizionale, nei servizi e nel territorio.

Per quanto riguarda, ad esempio, il nostro contributo d'iniziativa politica per il lancio e l'effettuazione delle Conferenze dei servizi dei nuovi Enti Ospedalieri più gruppi di lavoro circoscrizionali di questo genere possono riunirsi insieme, per seguirne direttamente la preparazione ai vari livelli e organizzare in modo coordinato la partecipazione del Partito, secondo il seguente schema:

Ente Centro (S. Giacomo, Nuovo Regina Margherita, La Scarpetta, C. Scotti): I circ.ne;

Ente Trionfale-Cassia (S. Filippo, S. Andrea): circ.ni XVIII, XIX, XX;

Ente S. Giovanni-Addolorata: circ.ni VII, VIII, IX, X;

Ente Nomentano (Policlinico Umberto I, G. Eastman) circ.ni III, IV, V, VI;

Ente Monteverde (S. Camillo, Forlanini, Spallanzani) circc.ni XIV, XV, XVI;

Ente EUR-Garbatella (CTO, S. Eugenio) circ.ni XI, XII, XIII;

Ente S. Spirito-IRASPS (S. Spirito, Osp. Materno Regina Elena, Oftalmico) circ.ni II, XVIII.

Rafforzare ed estendere il collegamento tra settore di lavoro della federazione e gruppi di lavoro nel territorio

Anche per quanto riguarda il modo di lavorare del settore di lavoro sanità e sicurezza sociale della Federazione, in conseguenza della realizzazione di questo modulo organizzativo proposto, dovrà realizzarsi un rafforzamento è un'estensione del collegamento tra centro e periferia del Partito.

In questi ultimi due anni ci siamo preoccupati di stabilire collegamenti attraverso un lavoro costante sviluppato coi responsabili della sanità e sicurezza sociale delle zone e con i consiglieri circoscrizionali membri delle commissioni sanità.

Si è sviluppata così una prima ossatura della rete che crediamo debba essere consolidata ed estesa per consentire

85

al Partito di assolvere ai compiti che gli sono di fronte. In molte occasioni, questa prima ossatura, ha consentito al Partito di assumere indirizzi e pronuovere iniziative col massimo di tempestività e di partecipazione dei compagni impegnati a vari livelli nel campo dei problemi sociali e sanitari.

Purtroppo però, nonostante questo sforzo, molte sezioni sono rimaste ai margini o a volte escluse da una partecipazione e da un collegamento diretto e costante.

Pensiamo che la nuova organizzazione del Partito, l'articolazione appunto in Comitati politici circoscrizionali, possa rendere finalmente possibile la realizzazione di un rapporto circolare tra settore di lavoro della Federazione, circoscrizioni e sezioni.

86

6. Nota riassuntiva del quadro legislativo nazionale, regionale e locale in materia di servizi sociali e sanitari

In sede regionale, la *Legge n° 2* sulla costituzione delle ULSSS prevede come obiettivo principale il decentramento dei Servizi a livello territoriale. Ma anche tutte le Leggi regionali successive, riguardanti i singoli settori, ipotizzano questo deferimento di attribuzioni alle strutture territoriali degli Enti locali.

Vengono lasciati al livello regionale solo i compiti di programmazione, di finanziamento e di controllo.

Lo stesso concetto è ripreso, specificato ed ampliato nello *Statuto del Consorzio socio-sanitario Roma-Provincia,* il quale nasce — appunto — per dare attuazione alla Legge n° 2.

Questa impostazione è — peraltro — rafforzata da Leggi nazionali, aventi valore di anticipazione della riforma sanitaria.

In particolare, il *D.P.R. 616* (di attuazione della *Legge 382*) specificamente sancisce — nella visione del nuovo stato delle autonomie — come competenze proprie dell'Ente locale, in tutte le sue espressioni decentrate — non più come competenze «delegate» o «affidate» — lo svolgimento di tutti quei servizi che riguardino esigenze di maggiore diffusione, interessanti direttamente la popolazione e che non richiedano — per la loro soluzione — particolari strutture, attrezzature o competenze.

Accanto al D.P.R. 616 ed alla Legge 382, che costituiscono un programma di carattere generale, non specificamente destinato alla Sanità, ma riferito a tante attività — dai trasporti, ai lavori pubblici, all'assistenza — esiste poi la *Legge 349*, che trasferisce alle Regioni le funzioni di assistenza sanitaria di competenza degli Enti mutualistici e pone definitivamente in liquidazione gli Enti mutualistici stessi, consentendo sin da adesso il coinvolgimento dell'Ente locale nella gestione della totalità dei Servizi socio-sanitari sul territorio.

Tale interpretazione della Legge 349 emerge anche dalle *Direttive* emanate dal Comitato centrale di liquidazione

87

degli Enti mutualistici, istituito ai sensi della medesima Legge. Fra queste, di particolare rilievo sono:

— La *Direttiva n° 7*, sull'integrazione delle strutture poliambulatoriali specialistiche ed il conseguente «*Disciplinare per l'utilizzazione da parte degli Enti locali e degli Enti ospedalieri delle strutture ed attrezzature degli Enti mutualistici*», che esplicitano in che modo e in che misura l'Ente locale possa intervenire per utilizzare in maniera eventualmente diversa ed alternativa le strutture sanitarie sul territorio;

— La *Direttiva n° 9*, sulla istituzione delle «Strutture amministrative unificate di base», che dovranno servire alla gestione delle convenzioni uniche. Si prevede, infatti, (ed in tal senso la Regione Lazio sta deliberando proprio in questi giorni), che le scelte dei Medici, il censimento dei Medici e degli assistiti, le cancellazioni, le iscrizioni — quindi la gestione vera e propria dell'assistenza di base (Medicina generica, Assistenza pediatrica e, in sèguito, l'Assistenza specialistica) — si svolgano al livello territoriale più decentrato (Circoscrizioni, nel caso di Roma);

— la *Direttiva n° 10*, che — assimilando i Consultori familiari ai Servizi territoriali di base — prevede che vi si possano prescrivere farmaci e riciedere accertamenti diagnostici, effettuabili presso le strutture mutualistiche, nello spirito di una effettiva integrazione dei Servizi. Concetti, peraltro, del tutto aderenti a quanto previsto dalla *Lege n° 405* del 29/7/75 e successivamente approfondito — in sede regionale — attraverso la *Legge n° 15 del 16/4/76 sulla «istituzione del servizio di assistenza alla famiglia e di educazione alla maternità e paternità responsabili» e riproposto, infine, dalla recente Legge 194* del 22/5/78;

— la *Direttiva n° 6*, che consente all'Ente locale di disporre di personale comandato dagli Enti mutualistici (in tal senso la Regione Lazio ha già deliberato l'assegnazione al Comune di Roma di un contingente di personale — 397 unità, che il Comitato centrale di liquidazione dovrebbe selezionare in base alle domande del personale stesso e in aderenza — nei limiti del possibile — alla relativa richiesta inoltrata a suo tempo dalla Ripartizione VIII del Comune).

Esistono, perciò, le premesse per operare un reale decentramento di funzioni, non limitato solo ad aspetti settoriali e particolari, ma inquadrato nella prospettiva di una autentica integrazione funzionale sul territorio delle varie attività.

Nel campo socio-sanitario, questi indirizzi dovranno riferirsi al nucleo principale delle attività di tutela e di promozione della salute, dalla Medicina di base, agli interventi di tipo sociale, all'Assistenza specialistica, alla farmaceutica, fino all'Assistenza ospedaliera, per la quale — peraltro — l'Ente locale era stato già investito, a sèguito della *Legge 386*.

Decreto del Presidente della Repubblica, 11 febbraio 1961, n. 264: «Disciplina dei servizi e degli organi che esercitano la loro attività nel campo dell'igiene e della sanità pubblica».

Legge 17 agosto 1974, n. 386: «Norme per l'*estinzione dei debiti degli enti mutualistici* nei confronti degli Enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria».

Legge regionale 29 settembre 1977, n. 39: «Riorganizzazione funzionale dei servizi socio-sanitari e riordinamento della rete ospedaliera della città di Roma».

Deliberazione n. 4048 del Comune di Roma: «Costituzione di un Consorzio, ai sensi della legge regionale 12 gennaio 1976, n. 2, tra il Comune di Roma e la Provincia di Roma per la gestione in comune di tutti i servizi sociali e sanitari dei due Enti».

Deliberazione del Comune di Roma n. 1158 del 13 aprile 1976 e modifiche di cui alla deliberazione n. *695* dell'11.2.1972: «Regolamento degli organi del *Decentramento democratico* (Aggiunto del Sindaco e Consigli Circoscrizionali».

Legge 30 marzo 1971 n. 118: «Conversione in legge del decreto legge 30 gennaio 1971 n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati e invalidi civili».

Legge Regionale 19 settembre 1974, n. 62 «Norme per lo sviluppo dei servizi di prevenzione e riabilitazione per gli *handicappati*»

Legge Regionale 3 febbraio 1976, n. 11, «Norme per lo sviluppo dei servizi sociali in favore delle *persone anziane*. Delega di funzioni ai Comuni in materia di assistenza agli anziani».

Legge 29/7/75 n. 405 «Istituzione dei consultori familiari»

Legge 23 dicembre 1975, n. 698: «Scioglimento e trasferimento delle funzioni dell'opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia».

Legge Regionale 16 aprile 1976, n. 15 «Istituzione del servizio di *assistenza della famiglia* e di *educazione alla maternità e paternità responsabili*»

Legge Regionale 25 novembre 1976, n. 58 «Istituzione della Consulta femminile regionale».

Legge 22/5/78 n. 194 «Norme per la tutela sociale della maternità e sulla interruzione volontaria della gravidanza».

Legge Regionale 11 settembre 1976, n. 465: «Prevenzione, cura e riabilitazione dell'alcoolismo e delle *tossicodipendenze*»

Legge 13/5/78 n. 180 «Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori».

Comitato di programmazione socio-sanitaria della Regione Lazio/Maggio 1978: «Linee direttive per il piano socio-sanitaria regionale triennio 1978-1980»

L'assistenza sanitaria e sociale nel nostro paese è stata, fino ad oggi, frammentata e divisa in vari enti, mutue, strutture pubbliche e private col risultato di essere erogata attraverso servizi costosi e inefficienti, diretti burocraticamente e spesso subordinati ad interessi clientelari e a spinte corporative.
Il PCI, e le forze democratiche, intendono unificare e riorganizzare tutti i servizi sociali e sanitari ponendoli sotto una sola direzione democratica: quella del Comune.
Oggi, nella nostra città, è possibile avviare la realizzazione di tutto ciò (anticipando alcune parti della stessa riforma sanitaria) attraverso la istituzione di venti ULSSS, una per ogni circoscrizione, previste dalla Legge Regionale n. 2 del 1976 e dal Consorzio socio-sanitario costituitosi tra Comune e Provincia di Roma.
L'ULSSS non sarà, quindi, un palazzo all'interno del quale staranno tutti i servizi sociali e sanitari ma la rete, unificata e riorganizzata dei servizi già esistenti nel territoril di ciascuna circoscrizione; tra questi servizi c'è anche il consultorio.
I servizi sociali e sanitaria dell'ULSSS saranno gestiti dal Consiglio Circoscrizionale con la partecipazione dei cittadini che, attraverso la Consulta socio-sanitaria circoscrizionale, ne affiancheranno il lavoro di direzione e riorganizzazione a garanzia di maggiore efficienza e rigore amministrativo.

P.C.I.

A cura del settore sanità e sicurezza sociale della Federazione Romana del PCI

91