NICOLA CUTRUFO

Discorso pronunciato in occasione dell'insediamento del Comitato di Programmazione Sanitaria Regionale del Lazio

Roma - Campidoglio

26 Settembre 1972

728

NICOLA CUTRUFO

Discorso pronunciato in occasione dell'insediamento del Comitato di Programmazione Sanitaria Regionale del Lazio

Roma - Campidoglio

26 Settembre 1972

729

Nel momento in cui si procede all'auspicato insediamento del Comitato Regionale di Programmazione Sanitaria, è mio gradito dovere — anche a nome dei membri del Comitato stesso — porgere il saluto all'On.le Ministro della Sanità e alle altre Autorità che hanno voluto onorare e qualificare questo incontro con la loro presenza; al Sindaco di Roma — e Presidente della Sezione Regionale Laziale dell'A.N.C.I.I. — che traducendo lo spirito di intima collaborazione che deve animare i rapporti tra i Comuni e l'Ente Regione, ha voluto offrire a questo incontro la più prestigiosa Sede Comunale; al Presidente della Giunta Regionale, al Presidente del Consiglio Regionale, ai colleghi della Giunta e del Consiglio insieme con i quali — attraverso un ampio, proficuo dibattito — abbiamo portato avanti la realizzazione di questo Comitato e la definizione delle linee fondamentali della Programmazione Sanitaria Regionale.

Ma il mio saluto e il mio ringraziamento va esteso a tutti i partecipanti a questo incontro, sindaci, presidenti provinciali, amministratori degli Enti ospedalieri, operatori sa-

730

nitari e sociali di ogni livello che con la loro presenza qui, da un lato, testimoniano la profonda risonanza che il problema della programmazione sanitaria e ospedaliera ha nella vasta e qualificata opinione pubblica, che essi rappresentano, dall'altro ci assicurano dell'attenzione con la quale saranno seguiti i lavori del Comitato di programmazione e dell'ampia disponibilità di partecipazione che il Comitato troverà nelle comunità locali e nei corpi e negli ambienti professionali.

La programmazione democratica — quale che ne sia l'ambito e il livello — si identifica e si caratterizza proprio attraverso la partecipazione, la corresponsabilizzazione attiva di tutte le forze e gli ambienti.

Parlando in Consiglio Regionale proprio sul tema della Programmazione Sanitaria Regionale, ho avuto già modo di dire (mi si perdoni l'autocitazione) che « il centralismo non si combatte col centralismo, sia pure con un centralismo di tipo progressista. Le riforme democratiche vanno portate avanti con metodo democratico e, democraticamente, lasciando a tutte le realtà sociali e territoriali la possibilità di concorrere — ciascuna per quanto di propria competenza e responsabilità — alla loro realizzazione ».

Nell'occasione ricordata con queste parole mi riferivo in particolare al modo di in-

731

tendere e realizzare la riforma sanitaria. Ma io credo fermamente che una siffatta affermazione possa e debba avere un carattere più generale; possa cioè — me lo consentano i colleghi membri del Comitato di programmazione — rappresentare il punto di riferimento concettuale e metodologico dei lavori del Comitato stesso, il segno distintivo del nostro modo di intendere e realizzare la programmazione sanitaria e ospedaliera e di contribuire al più generale sforzo di programmazione regionale.

È significativo che al settore della Sanità tocchi il privilegio di costituire — sul piano del diritto positivo — la prima esperienza di una compiuta tecnica programmatrice.

Questo testimonia dell'estrema e avvertita urgenza dei problemi del settore, in generale e soprattutto nella nostra Regione, dove, al riguardo esistono situazioni assolutamente sperequate: sia al livello della consistenza della rete delle strutture e dei servizi sanitari e ospedalieri nei vari Comuni e nelle Province; sia al livello delle qualità dei servizi stessi e della loro capacità di rispondere alle esigenze delle comunità locali.

Ma la priorità assegnata, sul piano regionale, allo sforzo di programmazione nel settore sanitario, testimonia anche di un altro dato di realtà non meno significativo: tra le

732

ipotesi e prospettive di riforma, quella relativa alla riforma sanitaria è forse la più matura, non solo da un punto di vista concettuale, ma anche a livello di consapevolezza generalizzata e diffusa in ogni settore e ambiente.

In altri termini, il discorso sulla riforma sanitaria è ormai giunto ad un livello di irreversibilità; ed, oltretutto, è un discorso che — per le sue profonde implicazioni sul piano dell'organizzazione della società civile — ha la forza di condizionare — in modo positivo e negativo — anche altre prospettive di crescita e maturazione del più generale processo di sviluppo e di rinnovamento.

Proprio per questo è necessario portarlo avanti e tradurlo operativamente con grande coraggio, ma anche con assoluto senso di realismo e concretezza.

Concretezza, peraltro, che non deve ulteriormente differire l'attuazione della riforma stessa.

Ci sono più modi di essere concreti.

C'è la concretezza dei disegni organici, globali, omnicomprensivi e radicalmente alternativi, che non conosce linee intermedie e tappe di avvicinamento e che rischia — come già abbiamo avuto modo di constatare — di straripare, per eccesso, nell'astrattezza, rendendosi inidonea e inapplicabile.

733

Ma c'è anche la concretezza di un gradualismo troppo accorto, di una ricerca del « minuzioso » che si traduce in un lento settorialismo, in cui i vari momenti e i diversi aspetti rischiano di avere una vita tutta propria senza riuscire a comporsi ed inquadrarsi in un disegno organico, e di porsi tra loro — nel tempo — in modo non omogeneo. Anche in questo caso il rischio obiettivo è quello di un differimento e di un appesantimento del processo riformatore. Noi rifiutiamo l'uno e l'altro malinteso modo di intendere la concretezza.

Noi riteniamo che il discorso della concretezza vada spostato: dal livello dei modi e dei tempi operativi, a quello del metodo di impostazione e di realizzazione della riforma.

Il problema così posto investe due diversi aspetti: quello del rapporto tra la singola riforma e il più generale processo di sviluppo; quello, fondamentale, in uno Stato policentrico e articolato, del rapporto tra autorità centrale e autonomie locali.

In ordine al primo aspetto è evidente che ogni singolo disegno riformatore, per essere concreto ed efficace non può che inserirsi in un più vasto disegno di crescita di tutta la società civile. Un disegno che può anche non essere eccessivamente specificato nei suoi diversi aspetti settoriali, ma che deve comun-

734

que essere chiaro nei suoi orientamenti di fondo e nelle sue linee di movimento.

Per quanto attiene al secondo aspetto, in uno Stato policentrico quale quello configurato dalla carta Costituzionale, la necessaria funzione di indirizzo dell'autorità centrale e il principio di unità politica che essa deve realizzare, non possono essere confusi né con il principio della preminenza delle fonti statali su quelle regionali, né con quello della dipendenza giuridico-amministrativa.

L'unità di indirizzo deve essere intesa in modo tale da non alterare l'autonomia regionale e da assicurare piena solidarietà tra Stato e Regione.

Sul piano pratico e con specifico riferimento al problema che ci interessa da vicino, il disegno riformatore va realizzato dallo Stato attraverso l'emanazione di leggi-quadro, contenenti soltanto i principi fondamentali che devono garantire l'esigenza di quelle visioni d'assieme alle quali la pianificazione e le ipotesi riformatrici sono preordinate, lasciando alle autonomie locali l'elaborazione, formazione e attuazione dei singoli provvedimenti, in risposta alle concrete e non identiche esigenze dei diversi ambiti comunitari e territoriali.

In questo senso pur comprendendo e facendoci carico delle preoccupazioni circa il

735

reale stato delle possibilità nazionali, e condividendo pienamente il doveroso richiamo al senso di responsabilità e di concretezza, in questo senso — dicevo — e secondo questa metodologia, noi riteniamo che la riforma sanitaria possa (e debba) essere fatta subito; che cioè si possa (e si debba) passare subito e coraggiosamente dalla fase di studio (che rischia di tradursi e di perdersi in una sterile e bizantina disputa sull'astratto) a quella realizzatrice definendo, attraverso uno strumento legislativo agile e aperto, i principi e gli obiettivi fondamentali della riforma e gli spazi operativi entro cui lo Stato e le Regioni possano esercitare la propria autonoma capacità di attuazione.

La sollecita definizione della riforma sanitaria e di quella — altrettanto urgente e indilazionabile e alla prima intimamente connessa — relativa al complesso settore dell'assistenza e dei servizi sociali, è di fondamentale importanza per consentire alle Regioni — giusta le competenze che ad esse sono attribuite dalla carta Costituzionale — interventi programmatori e operativi reali ed efficaci in campi socio-sanitario e assistenziale.

736

Non che nel contesto del pur farraginoso e contorto quadro legislativo attuale (che i decreti delegati di trasferimento dei poteri alle Regioni sembrano aver reso ancora più complicato) non vi siano precisi spazi e possibilità operative per le Regioni. La situazione è anzi tale da richiedere alle Regioni uno sforzo attento e intelligente da un lato per utilizzare al meglio lo stesso quadro legislativo attuale, reperendovi, tra l'altro, tutte quelle possibilità finora non adeguatamente sfruttate o compresse dal centralismo burocratico; dall'altro per individuare e colmare gli spazi lasciati vuoti dalle leggi vigenti avviando un processo almeno di riduzione degli scarti e delle disfunzioni del sistema.

Questa pur necessaria linea operativa, se trova nel quadro attuale concrete possibilità di attuazione, vi trova anche i suoi limiti obiettivi e invalicabili.

L'opera di razionalizzazione, che in questo modo si configura, rischia però, se non si muta decisamente il quadro di riferimento (se cioè mancano e continuano a mancare le leggi di riforma) anziché di preparare e facilitare il rinnovamento, di cristallizzare ulteriormente le situazioni, limitandosi, tutt'al più, a dare loro una riverniciatura di illusorio efficientismo.

737

È quanto noi riteniamo si debba assolutamente evitare come il peggiore dei danni e come soprattutto il più crudele tradimento rispetto alle legittime speranze ed attese che l'attuazione dell'ordinamento regionale ha suscitato.

L'obiettivo della programmazione sanitaria regionale, l'obiettivo di quella programmazione cui intendiamo pervenire attraverso i lavori di questo nostro Comitato, è quello della realizzazione di un sistema integrato di sicurezza sociale, caratterizzato da una effettiva globalità dell'intervento sanitario e socio-assistenziale, e nel quale il momento e l'aspetto preventivi abbiano la prevalenza sugli interventi curativi, riabilitativi, di sostegno sociale a posteriori.

Un sistema nel quale — come ho avuto modo di precisare in altra occasione e come mi sembra doveroso ulteriormente ribadire e sottolineare — « la sicurezza sia veramente un diritto e sia pertanto garantita a tutti i cittadini indipendentemente dalle loro condizioni ».

Per raggiungere un si fatto obiettivo è necessario:

— superare anzitutto sul piano concettuale, ma anche e coerentemente su quello della

738

volontà politica e delle modalità organizzative e operative, ogni settorialismo e ogni rigida delimitazione di competenze istituzionali e professionali, fondata su schematismi formali che nulla hanno a vedere con le reali esigenze e bisogni dei cittadini e delle comunità;

— riportare ad unità — sia al livello regionale che a quello delle altre unità locali secondo le competenze a ciascuno proprie — il momento e gli strumenti della programmazione, della gestione e del controllo dei servizi;

— affermare ed attuare concretamente — a tutti i livelli e in tutti i settori della Sicurezza sociale — il principio e il metodo dell'intervento polidisciplinare.

In questa prospettiva noi assumiamo come impegno di questo Comitato anche la pianificazione dell'opera di razionalizzazione che la situazione oggi richiede e le leggi consentono.

Ma lo consideriamo come un impegno propedeutico e soprattutto intendiamo realizzarlo inserendolo in un disegno più ampio e generale che trae ispirazione e contenuti dal ricco materiale già elaborato intorno alle ipotesi di riforma e che assume come suoi punti fermi:

a) quello, già accennato, di una neces-

739

saria integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali;

b) quello della dimensione territoriale dei servizi stessi.

La traduzione pratica delle ipotesi di riassetto funzionale proposte, potrà essere compiutamente realizzata solo in attuazione delle auspicate riforme. Ma la Regione e questo suo Comitato di Programmazione, dovranno fin d'ora predisporre l'organizzazione territoriale di tutti i Servizi secondo il modello indicato.

In questa direzione intendiamo procedere rifuggendo da ogni astratto schematismo, e verificando la validità del modello alla luce delle effettive realtà socio-ambientali e delle esigenze del nostro ambito regionale.

Da qui la necessità di individuare, in via del tutto preliminare, i livelli e gli ambiti di servizio più adeguati alla nostra realtà regionale, utilizzando una ipotesi di lavoro aperta, che contempli:

a) *livelli di base;*

b) *livelli intermedi;*

c) *livelli regionali*, propriamente detti.

Tale definizione di ambiti e di livelli di servizio è, a nostro giudizio, il punto di passaggio più importante e qualificante dell'azione programmatoria.

740

Essa però presuppone un'attenta opera di analisi, tesa ad individuare:

a) la legittimazione giuridica e la reale consistenza organizzativa e funzionale di tutti i servizi, le strutture, le disponibilità operative esistenti;

b) le esigenze — vecchie e nuove, soddisfatte o no della gamma dei servizi attuali — che la comunità regionale oggi concretamente pone ai vari livelli della sua articolazione;

c) le prevedibili modificazioni che — nel tempo breve e medio — le predette esigenze potranno subire in conseguenza del naturale evolversi delle situazioni e delle condizioni socio-ambientali e degli altri programmi riordinativi messi in atto dalla Regione (l'assetto territoriale, la programmazione economica in senso generale e specifico per i diversi settori, la politica urbanistica ecc.).

A questa analisi propedeutica, e alla individuazione degli ambiti di servizio, dovrà accompagnarsi e seguire (in modo logico più che cronologico) la già ricordata opera di razionalizzazione dell'esistente e la definizione della programmazione propriamente detta e comunemente intesa: cioè l'indicazione delle scale di priorità, delle concrete scelte operative, dei tempi e dei modi di loro realizza-

741

zione. Questi presupposti e queste indicazioni metodologiche di larga massima si riferiscono all'intero e vasto impegno di programmazione socio-sanitaria che sarà l'obiettivo di questo Comitato.

Ma noi sappiamo che in mancanza delle più generali leggi di riforma, la concreta e immediata azione programmatoria delle Regioni in campo sanitario, trova legittimazione solo nell'art. 29 della legge n. 132 ed è conseguentemente limitata al solo campo ospedaliero.

È un limite dal quale non possiamo prescindere, ma nel quale non vogliamo neanche rinserrarci, anche se forse sarebbe egoisticamente più comodo.

Da qui la necessità di definire — almeno concettualmente e metodologicamente — il disegno globale e la nostra volontà di intendere la programmazione ospedaliera come esplicitazione settoriale — immediatamente possibile — del disegno stesso.

Da questo — pur tenendo conto della obiettiva urgenza della Programmazione ospedaliera e impegnandoci a predisporla entro il termine di sei mesi — derivano due precise conseguenze:

1) la generale analisi critica dell'esistente (realtà, situazioni, problemi) e la defini-

742

zione degli ambiti di servizio dovranno essere effettuate subito, sia pure per grandi linee;

2) la programmazione ospedaliera specifica dovrà procedere secondo le fasi logiche e utilizzando gli stessi strumenti di lavoro e modelli operativi indicati nel piano regionale.

Questi presupposti metodologici, lungi dal rappresentare un appesantimento del lavoro e delle procedure, sono a nostro avviso necessari per definire la programmazione ospedaliera in modo realmente aderente alle necessità immediate e prospettiche, senza scadere nel settorialismo ed evitando il ripetersi dell'errore di parzialità e frammentarietà altre volte giustamente denunciato.

La situazione ospedaliera del Lazio è caratterizzata da una notevole carenza dei servizi esistenti, sotto il profilo sia strutturale che funzionale.

Non starò qui a ripetere cose altre volte dette e da più parti denunciate e a descrivere situazioni che la nostra comunità regionale soffre nel vivo dei propri interessi e dei propri bisogni.

Le esperienze, al riguardo, della cittadinanza romana sono significative ed emblema-

743

tiche. Ma anche se i normali canali di informazione spesso non ne accennano, esistono nel Lazio situazioni non meno gravi e ingiuste — anche se a volte qualitativamente diverse — di quella romana.

Il problema del superaffollamento — tipico degli ospedali romani — non è solo il frutto della insufficienza quantitativa delle strutture, anche della loro particolare dislocazione territoriale e della loro diversa qualificazione che, purtroppo, la citata legge 132 ha codificato ed elevato a sistema attraverso una duplice gerarchia funzionale: quella degli ospedali generali, provinciali di zona; quella degli ospedali specializzati.

Anche se i dati di realtà sono generalmente noti, perché generalmente sofferti nelle loro conseguenze, sarà ugualmente necessario procedere ad una loro attenta analisi critica che ne individui meglio la dimensione, i motivi che l'hanno determinata, le conseguenze che l'attuale situazione ha non solo al livello della risposta ai bisogni, ma anche a quello dell'educazione sanitaria dei cittadini e degli stessi operatori ospedalieri. Momento qualificante dell'analisi critica della situazione attuale e strumento indispensabile per un suo superamento è comunque una attenta e spassionata riconsiderazione concettuale e funzionale dell'ospedale.

744

Al riguardo tre ci sembrano i punti fermi di riferimento:

a) l'ospedale è e deve essere un « Servizio Sociale » non una « azienda » o un « Ente » che dell'azienda (intesa in senso privatistico) rappresenta la versione pubblica;

b) l'ospedale è e deve essere un servizio integrato con gli altri Servizi Sanitari e Sociali, a tutti i livelli cui questi si pongono in risposta alle esigenze della popolazione;

c) l'ospedale, in quanto ancorato ad un preciso ambito territoriale, deve in tale ambito poter rispondere a tutte le esigenze (generali e particolari) di cura e di riabilitazione delle popolazioni interessate.

Da ciò discendono precise conseguenze:

1) la necessità di individuare le linee e i modi di superamento dell'Ente ospedaliero quale oggi configurato dalla legge n. 132;

2) la parallela necessità di superare la attuale classificazione gerarchico-funzionale degli ospedali, dando precisa consistenza all'ospedale di Zona quale strumento essenziale di servizio al livello di unità locale e caratterizzando gli altri ospedali (provinciali e regionali) non in base alle qualità dei servizi prestati, ma alla loro quantità e al più vasto ambito territoriale cui sono rivolti;

765

3) il progressivo superamento dell'ospedale specializzato ad andamento univoco e a carattere sostanzialmente segregativo.

* * *

Sulla base di queste analisi, punti fermi e prospettive, la programmazione ospedaliera dovrà porsi in concreto gli obiettivi di:

a) una razionalizzazione delle strutture esistenti con particolare riferimento alla qualificazione degli ospedali di zona e alla riorganizzazione-gestionale, amministrativa e funzionale di tutti i presidi ospedalieri;

b) il superamento delle odierne carenze strutturali e funzionali, utilizzando a tal fine tutte le possibilità (legislative, organizzative, regolamentari e finanziarie) che la stessa situazione attuale offre, procedendo alla creazione di nuovi presidi ospedalieri nelle zone maggiormente deficitarie, al potenziamento delle capacità ricettive, all'aumento quantitativo e qualitativo dei servizi e delle divisioni ospedaliere;

c) la trasformazione in ospedali generali e di zona di alcuni presidi attualmente caratterizzati in senso specialistico;

d) la definizione dei rapporti tra ospedali e case di cura private, fondata sulla scelta di campo a favore dell'ospedale pubblico;

746

e) la predisposizione di un organico quadro — e le sue interne priorità — e dei conseguenti tempi di attuazione per la realizzazione degli ulteriori interventi di diffusione territoriale e di trasformazione e qualificazione funzionale dei presidi ospedalieri.

La programmazione — quantitativa e qualitativa — delle capacità ricettive degli ospedali esistenti e da realizzare nel tempo breve e medio, dovrà essere ovviamente accompagnata da una analoga e parallela programmazione degli organici ospedalieri al livello sia del personale sanitario che di quello paramedico e coadiuvante.

In questo quadro e con queste prospettive la programmazione regionale ospedaliera che intendiamo realizzare potrà anche, in concreto, contribuire a quel riesame della disciplina e dei criteri relativi alle tecniche professionali e quindi dello stesso insegnamento universitario, da più parti e giustamente avvertito e richiesto.

* * *

Signor Ministro, Signor Presidente della Giunta, Signor Presidente del Consiglio Regionale, On.le Sindaco di Roma, Autorità e partecipanti tutti; queste sinteticamente esposte sono le linee e il metodo di lavoro cui il Consiglio Regionale si è ispirato, quando

747

ha approvato alla unanimità l'ordine del giorno con cui si istituiva questo Comitato, che ho l'onore di presiedere e che oggi viene ufficialmente insediato.

La complessità e l'onerosità dell'impegno non ha bisogno di ulteriori sottolineature. Né noi — pur assumendoci per intero la responsabilità che la Regione ci affida — intendiamo rispondere a tale onerosità con le sole nostre forze.

Il metodo stesso che abbiamo indicato è tale non da richiedere ma da imporre la partecipazione — allo sforzo comune — di tutti gli ambienti, le energie, le disponibilità.

Una partecipazione non generica, ma articolantesi in precise forme e strumenti che insieme dobbiamo individuare, proporre e utilizzare. Una partecipazione che si muova sul piano della concretezza, e si sviluppi sia al momento dell'analisi che a quello della prospettazione e realizzazione dei progetti e dei programmi di razionalizzazione e innovativi.

Noi, accennavo all'inizio di questa mia relazione, abbiamo il privilegio e la responsibilità di avviare la prima esperienza programmatrice nell'ambito della nostra regione.

Al di là delle nostre intenzioni e delle nostre capacità, il modo in cui sapremo risolvere questo impegno potrà avere incisive

ripercussioni sull'intera impostazione della vita regionale e in particolare dei rapporti tra l'Ente Regione, gli Enti locali, le varie realtà professionali, culturali e sociali.

A questa considerazione altre due vanno aggiunte a carattere più generale.

La prima, riguarda il ruolo che l'attività di programmazione ha nella vita regionale, come espressione la più qualificante dell'autonomia della Regione stessa e della sua funzione di coordinamento, animazione e integrazione delle altre autonomie.

La seconda, attiene al rapporto che, attraverso la programmazione, viene a instaurarsi tra la Regione e l'Autorità Centrale; rapporto in cui la concreta estrinsecazione di autonomia si traduce nell'affermazione e attuazione di quel principio di solidarietà tra Stato e Regione che sta alla base, informa e deve caratterizzare il policentrismo voluto dalla nostra Costituzione.

In questo senso il nostro insistere sulla urgenza e indifferibilità delle riforme non ha alcun carattere meramente rivendicativo, ma esprime appunto la nostra esigenza e ricerca di solidarietà da parte degli organi centrali.

Da parte nostra riteniamo di esprimere una analoga volontà di solidarismo, quando disegniamo una ipotesi ricca e complessa di riordinamento delle attività socio-sanitarie,

749

assistenziali e ospedaliere che ha il merito e l'ambizione di assolvere a due finalità:

— quella della crescita civile della nostra realtà regionale, che non può che avere effetti positivi sull'intera realtà nazionale;

— quella di contribuire a sollecitare i tempi delle riforme richieste e a precisarne meglio i contenuti, gli obiettivi, i possibili modi di realizzazione.

È per questi motivi che — senza superbia, anzi con assoluta umiltà — riteniamo che questa occasione segni una tappa fondamentale per la vita della Regione, quasi il suo ingresso nella maturità.

750