



CENTRO STUDI SEA

ISSN 2240-7596

AMMENTU

**Bollettino Storico, Archivistico e
Consolare del Mediterraneo (ABSAC)**

N. 4

gennaio - giugno 2014

www.centrostudisea.it/ammentu/

Direzione

Martino CONTU (direttore), Giampaolo ATZEI, Manuela GARAU.

Comitato di redazione

Lucia CAPUZZI, Maria Grazia CUGUSI, Lorenzo DI BIASE, Maria Luisa GENTILESCHI, Antoni MARIMÓN RIUTORT, Francesca MAZZUZI, Roberta MURRONI, Carlo PILLAI, Domenico RIPA, Maria Elena SEU, Maria Angel SEGOVIA MARTI, Frank THEMA, Dante TURCATTI, Maria Eugenia VENERI, Antoni VIVES REUS, Franca ZANDA

Comitato scientifico

Nunziatella ALESSANDRINI, Universidade Nova de Lisboa/Universidade dos Açores (Portogallo); Pasquale AMATO, Università di Messina - Università per stranieri "Dante Alighieri" di Reggio Calabria (Italia); Juan Andrés BRESCIANI, Universidad de la República (Uruguay); Margarita CARRIQUIRY, Universidad Católica del Uruguay (Uruguay); Giuseppe DONEDDU, Università di Sassari (Italia); Luciano GALLINARI, Istituto di Storia dell'Europa Mediterranea del CNR (Italia); Elda GONZÁLEZ MARTÍNEZ, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Spagna); Antoine-Marie GRAZIANI, Università di Corsica Pasquale Paoli - Institut Universitaire de France, Paris (Francia); Rosa Maria GRILLO, Università di Salerno (Italia); Victor MALLIA MILANES, University of Malta (Malta); Roberto MORESCO, Società Ligure di Storia Patria di Genova (Italia); Carolina MUÑOZ-GUZMÁN, Universidad Católica de Chile (Chile); Fabrizio PANZERA, Archivio di Stato di Bellinzona (Svizzera); Roberto PORRÀ, Soprintendenza Archivistica della Sardegna (Italia); Didier REY, Università di Corsica Pasquale Paoli (Francia), Sebastià SERRA BUSQUETS, Universidad de las Islas Baleares (Spagna); Cecilia TASCA, Università di Cagliari (Italia)

Comitato di lettura

La Direzione di AMMENTU sottopone a valutazione (referee), in forma anonima, tutti i contributi ricevuti per la pubblicazione.

Responsabile del sito

Stefano ORRÙ

AMMENTU - Bollettino Storico, Archivistico e Consolare del Mediterraneo (ABSAC)

Periodico semestrale pubblicato dal Centro Studi SEA di Villacidro.

Registrazione presso il Tribunale di Cagliari n° 16 del 14 settembre 2011.

ISSN 2240-7596 [online]

c/o Centro Studi SEA

Via Su Coddu de Is Abis, 35

09039 Villacidro (VS) [ITALY]

SITO WEB: www.centrostudisea.it

E-MAIL DELLA RIVISTA: ammentu@centrostudisea.it

Sommario

Presentazione	1
Presentation	3
Présentation	5
Presentación	7
Apresentação	9
Presentació	11
Presentada	13
DOSSIER	
Salute pubblica e salute mentale nel Medio Campidano (Sardegna) tra XIX e XXI secolo	15
a cura di Alessandro Coni e Martino Contu	
– ALESSANDRO CONI, MARTINO CONTU Introduzione	17
– GIAMPAOLO ATZEI, MARTINO CONTU La Provincia del Medio Campidano: inquadramento generale e andamento demografico	21
– MARTINO CONTU La Provincia del Medio Campidano: situazione socio-economica dal secondo dopoguerra a oggi	37
– MARTINO CONTU L’assistenza agli ammalati di mente in Sardegna e nell’area del Medio Campidano tra XIX e XX secolo	48
– GUGLIELMINA ORTU Dall’assistenza legale all’assistenza sanitaria locale. Breve <i>excursus</i> delle riforme del sistema sanitario nazionale e regionale con specifico riferimento al caso Sardegna	62
– MARTINO CONTU, COSTANZO FRAU I pazienti trattati nella sede di San Gavino Monreale del Centro di Salute Mentale della ASL n. 6 di Sanluri nell’anno 2011. Analisi dei dati socio-demografici e delle diagnosi	70
– IVANO LOCCI Le certificazioni psichiatriche rilasciate dalla sede di Sanluri del Centro di Salute Mentale della ASL n. 6 nell’anno 2011. Analisi delle diagnosi	85
– COSTANZO FRAU La diagnosi psichiatrica nel Medio Campidano: analisi della psicosi secondo il nuovo paradigma basato sul trauma e sulla dissociazione	91
– ROBERTA CAPPAL I trattamenti sanitari obbligatori e volontari effettuati dal Centro di Salute Mentale della ASL n. 6 di Sanluri nel periodo 1992-2011. Analisi descrittiva	111
– ALESSANDRO CONI, COSTANZO FRAU Ricoveri ospedalieri e disturbo borderline di personalità nel Centro di Salute Mentale di Sanluri	138
– MANUELA PIANO, MICHELA TUVERI I centri residenziali e semiresidenziali di terapie psichiatriche. Analisi delle strutture che operano nella ASL n. 6 (2006-2010)	150
– GIANFRANCO CARBONI, ALDO CASADIO Lo stato di salute della popolazione carceraria detenuta nella Casa di Reclusione “Is Arenas” (Arbus) nel biennio 2011-2012	178

FOCUS	
Famílias modernas en América Latina	209
bajo la dirección de Carolina Muñoz-Guzmán	
– CAROLINA MUÑOZ-GUZMÁN Introducción	209
– CARLA FLORES FIGUEROA Obstáculos para el abordaje de familias con necesidades complejas en el sistema de salud de atención primaria en la región de Maule, Chile	211
– RAYEN CORNEJO TORRES La dimensión simbólica como estrategia de reproducción de jerarquización social, una herencia del periodo colonial	221
– LILIANA GUERRA ABURTO La familia como transmisora del sistema sexo-género	230
– MARICELA GONZÁLEZ MOYA <i>Inside Home</i> . La visita domiciliaria de trabajadores sociales como estrategia de vinculación entre orden institucional y familia. Chile, 1925-1940	241
– ISKRA PAVEZ SOTO, KATHERINE LEWIN Infancia e inmigración en Chile: hacia un estado del arte	254
– CAROLINA MUÑOZ-GUZMÁN Child protection in Chile: towards a rights' perspective	268
FOCUS	
Profili di antifascisti repubblicani, socialisti e democristiani e di pentecostali sardi perseguitati dal regime del duce	279
a cura di Lorenzo Di Biase	
– LORENZO DI BIASE Introduzione	281
– IMMACOLATA CINUS La storia di tre antifascisti del centro minerario di Guspini: i repubblicani Ettore Manis e Luigi Murgia e il socialista Eugenio Massa	283
– EMANUELA LOCCI Giorgio Mastino Del Rio: dalla resistenza romana all'attività politica nelle file della Democrazia Cristiana	304
– LORENZO DI BIASE La persecuzione pentecostale durante il fascismo. Il caso dei cinque "tremolanti" sardi perseguitati dal regime	315
Ringraziamenti	347

Dall'assistenza legale all'assistenza sanitaria locale: breve *excursus* delle riforme del sistema sanitario nazionale e regionale con specifico riferimento al caso Sardegna

Guglielmina ORTU
ASL di Sanluri

Abstract

The need of granting hospital care and building a national health system based on Health Insurance arose between the '20s and '30s of the 20th century, during the Fascist era. In those years, the regime established the first rules on the organization of health services and medical staff in the hospitals. In the '60s and '70s such system was superseded by the National Health Service, which provided the peripheral organization of the Local Health Units, subsequently transformed in the '90s into Local Health Authorities endowed with public juridical personality. Sardinia, with the Law of 26 January 1995, n. 5, started the establishment of eight local health authorities, still existing and functioning.

Keywords

Local Health Insurance, National Health Service reform, Local Health Units, Local Health Authorities

Riassunto

Tra gli anni venti e trenta del Novecento, in piena epoca fascista, matura l'esigenza di garantire l'assistenza ospedaliera a tutti e di costruire un sistema sanitario basato sulle Casse Mutue. In quegli anni, il regime approva le prime norme sull'organizzazione dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali. Ma, tra gli anni sessanta e settanta, viene scardinato il sistema degli Enti mutualistici e istituito il Servizio Sanitario Nazionale, che prevedeva la costituzione e l'organizzazione, a livello periferico, della Unità Sanitarie Locali, successivamente trasformate, con le riforme degli anni novanta in Aziende Sanitarie Locali, dotate di personalità giuridica pubblica. La Sardegna, con la Legge del 26 gennaio 1995, n. 5, avvia la costituzione di otto Aziende Sanitarie Locali, ancora oggi esistenti e funzionanti.

Parole chiave

Assistenza sanitaria locale, riforme del sistema sanitario nazionale, Unità Sanitarie Locali, Aziende Sanitarie Locali

1. Il Sistema sanitario nazionale in epoca fascista

Con il Regio decreto del 30 dicembre 1923, n. 2841¹, fu stabilito il diritto all'assistenza ospedaliera, chiamata "assistenza legale": ogni ospedale era obbligato a ricoverare chiunque si presentasse e non potesse fare a meno di assistenza ospedaliera e, se non fosse stato in grado di pagare o non avesse avuto titolo al ricovero gratuito in base alle norme statutarie dell'istituto, l'ospedale aveva diritto al rimborso delle spese da parte del comune di domicilio dell'assistito o dalla sua mutua.

Maturò intorno agli anni trenta l'esigenza di fornire garanzie di sanità all'intera popolazione che diede luogo ad un "sistema sanitario" basato su numerosi Enti Mutualistici (o casse mutue) ciascuno dei quali era afferiva ad una determinata categoria di lavoratori, che con i familiari a carico, erano iscritti obbligatoriamente allo stesso e in tal modo potevano fruire dell'assicurazione sanitaria che dava diritto

¹ Regio Decreto 30 dicembre 1923 n. 2841, *Riforma della legge 17 luglio 1890, n. 6972, sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.*

a ricevere cure mediche e ospedaliere. Tali enti venivano finanziati con i contributi versati in parte dagli stessi lavoratori in base alla categoria professionale di appartenenza, al reddito e alla propria capacità contributiva e in parte dai datori di lavoro. Ciò comportava sperequazioni tra gli assistiti, vista la disomogeneità delle prestazioni assicurate dalle varie casse mutue correlate, appunto, alla capacità contributiva degli iscritti

È del 30 settembre 1938 il Regio Decreto che istituì le prime norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli Ospedali (Legge Petragrani)², completato dal decreto sulle costruzioni ospedaliere del 20 Luglio 1939 ad opera di Mussolini³, quest'ultimo in vigore fino al 4 dicembre 1993 quando venne sostituito dalla legge 492 sui requisiti minimi per le nuove costruzioni ospedaliere⁴.

2. Le riforme al Sistema sanitario nazionale dagli anni cinquanta agli anni settanta

La Legge 296/1958⁵ costituiva in ogni provincia gli Uffici del Medico provinciale e del Veterinario provinciale, coordinati dal Prefetto, ma alle dirette dipendenze del Ministero della Sanità. Al Medico provinciale spettavano compiti di vigilanza sulle istituzioni sanitarie provinciali, sull'applicazione delle leggi e dei regolamenti sanitari, sulle condizioni igieniche dei comuni e sui servizi sanitari.

L'Ufficiale sanitario del comune, diveniva l'organo più periferico dell'organizzazione sanitaria; tra i suoi compiti rientravano la profilassi delle malattie infettive, la vigilanza igienica sul suolo e sull'abitato, sugli alimenti, sulle scuole e sui luoghi di lavoro. In materia di sanità pubblica dipendeva direttamente dal Medico provinciale. L'assistenza diretta si attua attraverso i medici condotti, i medici libero professionisti convenzionati o meno con Enti mutualistici, attraverso gli Ospedali e le cliniche private, queste ultime convenzionate in tutto o in parte con vari Enti mutualistici.

Tale sistema cominciò a sgretolarsi con la legge 132/68, la cosiddetta "Riforma ospedaliera" o "Legge Mariotti"⁶, istitutiva degli Enti Ospedalieri, attraverso la quale viene riconosciuta agli ospedali una soggettività di diritto pubblico; viene disciplinata l'organizzazione strutturale degli Ospedali, la loro distinzione in categorie e la loro funzione nell'ambito della programmazione nazionale e regionale della spesa ospedaliera.

Il processo continua con la L. 386/74⁷ che sancì la fine del sistema mutualistico decretando lo scioglimento dei Consigli di Amministrazione degli Enti Mutualistici, dando l'avvio al processo di Commissariamento dell'intero sistema mutualistico e disciplinando l'estinzione dei debiti degli Enti mutualistici nei confronti degli enti Ospedalieri; viene istituito un Fondo nazionale per l'Assistenza Ospedaliera con decorrenza 1 gennaio 1975 e si individuano i parametri per il riparto dello stesso alle Regioni; inoltre, vengono trasferiti alle Regioni i compiti di assistenza ospedaliera.

² Regio Decreto 30 settembre 1938 n. 1631, *Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali*, noto come Legge Petragrani.

³ Decreto 20 luglio 1939, *Approvazione delle istruzioni per le costruzioni ospedaliere*.

⁴ Legge 4 dicembre 1993, n. 492, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 2 ottobre 1993, n. 396, recante disposizioni in materia di edilizia sanitaria*.

⁵ Legge 13 marzo 1958, n. 296, *Costituzione del Ministero della Sanità*.

⁶ Legge 12 febbraio 1968, n. 132, *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*.

⁷ Legge 17 agosto 1974, n. 386, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante 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*.

Con la L. 180/78 (nota come Legge Basaglia)⁸ viene affermato in maniera forte che la salute mentale si realizza privilegiando il momento preventivo e i servizi psichiatrici vengono inseriti nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, favorendo il recupero e il reinserimento sociale dei soggetti affetti da disturbi psichici e viene sancito il divieto di costruzione di nuovi ospedali psichiatrici.

Correva l'anno 1978. Rifacendosi all'art. 32 della Costituzione, che tutela il diritto alla salute come fondamentale diritto della salute e interesse della collettività, il Governo Italiano, per iniziativa del Ministro della Sanità Tina Anselmi, con la Legge n. 833/1978⁹, istituì il Servizio Sanitario Nazionale che può essere definito come complesso delle funzioni, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza alcuna distinzione.

L'istituzione del Servizio sanitario nazionale ha rappresentato l'atto conclusivo di un lungo dibattito culturale e politico, svoltosi in un decennio molto difficile per il nostro Paese (contestazione studentesca, crisi petrolifera, delitto Moro).

Sotto il profilo tecnico le più importanti innovazioni nell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono rappresentate da:

- l'unificazione dei numerosi Enti che in epoca pre-riforma assicuravano la prevenzione sulle persone sane, l'assistenza ai malati o, infine, la riabilitazione degli infermi;
- la priorità accordata, almeno in linea di principio, alla prevenzione, in quanto gli Enti mutualistici assicuravano soltanto l'assistenza ai soggetti già affetti da malattia e non provvedevano ad interventi di tutela della salute;
- il potenziamento dei servizi assistenziali di primo livello con la creazione del Distretto sanitario di base, in accordo con le indicazioni fornite dall'Organizzazione mondiale della sanità che prevedeva, tra l'altro, anche l'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali.
- la soppressione degli Enti ospedalieri, che diventano parte integrante delle istituende USL.

Sotto il profilo politico le più importanti innovazioni hanno riguardato:

- il rispetto del principio di eguaglianza, che prevede l'erogazione a tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro condizione sociale, delle medesime prestazioni a parità di bisogno con una equa distribuzione delle risorse sanitarie sul territorio;
- il decentramento dei poteri decisionali dal livello centrale al livello regionale e locale, con il Sindaco che mantiene il ruolo di autorità sanitaria periferica e diviene componente dell'Assemblea generale della Unità Sanitaria Locale (USL);
- la gestione della USL affidata ad organi elettivi con rappresentanza delle minoranze rappresentati da "funzionari politici" di estrazione partitica.

Dalla istituzione della Legge n. 833 derivano principi informativi e vengono tracciati obiettivi.

Tra i primi rientrano:

- la globalità degli interventi in materia di prevenzione, cura e riabilitazione;
- uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio;
- unitarietà di interventi tra istituzioni pubbliche e private che svolgono attività comuni; incidenti sullo stato di salute dei cittadini;

⁸ Legge 13 maggio 1978, n. 180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*.

⁹ Legge 23 dicembre 1978, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*,

- coinvolgimento dei cittadini nell'attuazione del servizio mediante forme di partecipazione a garanzia di un controllo sull'efficienza ed efficacia del Servizio ai vari livelli di intervento.

Tra gli obiettivi si annoverano:

- il superamento degli squilibri territoriali delle condizioni socio sanitarie del paese da perseguire attraverso una adeguata programmazione sanitaria e una coerente distribuzione delle risorse disponibili;
- coerente distribuzione delle risorse disponibili;
- educazione sanitaria;
- prevenzione delle malattie e degli infortuni di vita e di lavoro;
- sicurezza nei luoghi di lavoro;
- diagnosi e cura degli eventi morbosi;
- procreazione responsabile e tutela maternità;
- tutela della salute mentale.

3. La nascita delle Unità Sanitarie Locali

In ottemperanza ai principi contenuti nella L. 833/78, la regione Sardegna promulgò la Legge Regionale n. 13 del 16 marzo 1981 denominata *Individuazione, costituzione ed organizzazione delle Unità Sanitarie Locali*¹⁰, nel cui art. 1 vengono fissati i principi e gli obiettivi della medesima: «La Regione realizza nel proprio territorio il Servizio Sanitario Nazionale, assumendo quale indirizzo fondamentale la programmazione, la riorganizzazione, l'integrazione ed il coordinamento dei servizi sociali e sanitari in funzione della progressiva eliminazione degli squilibri esistenti nelle condizioni socio-sanitarie del territorio e con l'obiettivo di pervenire alla tutela globale della salute, attraverso i momenti della prevenzione, della cura e della riabilitazione, nel pieno rispetto della persona e della dignità umana»¹¹.

Viene ratificata in tal modo la nascita delle Unità Sanitarie Locali, struttura operativa dei comuni singoli o associati e delle Comunità montane a cui è devoluto il compito di assolvere a quanto stabilito dal Servizio Sanitario Nazionale di cui alla citata legge n. 833 del 23 dicembre 1978.

L'art. 2 della L. R. n. 13/81 delimita gli ambiti territoriali di ciascuna USL¹². In Sardegna le Unità Sanitarie Locali così istituite sono 22.

In particolare, si segnalano le seguenti USL:

USL n. 15 di Guspini comprendente i Comuni di:

- Guspini, Arbus, Gonnosfanadiga, Villacidro, Pabillonis, Vallermosa, Sardara, San Gavino e coincidente territorialmente con la Comunità Montana n. 18;

USL n. 19 di Sanluri comprendente i Comuni di:

- Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca.

Sono organi dell'Unità sanitaria Locale:

- L'Assemblea Generale
- Il Comitato di Gestione
- Il Presidente del Comitato di Gestione

¹⁰ Legge regionale 16 marzo 1981, n. 13, *Individuazione, costituzione ed organizzazione delle Unità Sanitarie Locali, in attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833.*

¹¹ Ivi, art. 1.

¹² Ivi, art. 2.

L'Assemblea Generale è composta dal Consiglio Comunale se l'ambito territoriale della USL coincide con quello del Comune; dal Consiglio della Comunità Montana se l'ambito della USL coincide con quello della Comunità Montana; dal Consiglio della Comunità montana integrato da rappresentanti dei Comuni che non fanno parte della stessa ma il cui territorio ricada nell'ambito territoriale della USL.

Le Unità Sanitarie Locali, articolate in distretti sanitari di base, svolgono le proprie funzioni mediante servizi sanitari e servizi amministrativi.

I primi provvedono all'assolvimento delle seguenti funzioni:

1. la tutela dell'igiene pubblica, della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e medicina legale;
2. l'assistenza materno infantile e dell'età evolutiva, tutela della salute degli anziani e degli handicappati;
3. la medicina di base, specialistica e igiene mentale;
4. l'assistenza ospedaliera guardia medica, la distribuzione dei farmaci;
5. l'igiene e medicina veterinaria;
6. l'assistenza farmaceutica.

Nel corso dello stesso anno viene emanata, dalla regione Sardegna, la L.R. n. 19/1981, concernente *Norme di contabilità e di amministrazione del patrimonio delle Unità Sanitarie Locali*¹³.

Come si deduce dallo stesso titolo si tratta di una norma che stabilisce gli strumenti contabili attraverso i quali si mira ad attuare la gestione delle Unità Sanitarie Locali in collegamento con il Piano sanitario Regionale.

Nel 1991, con il Decreto 35/91¹⁴, convertito nella Legge n. 111/1991¹⁵, vengono sciolti i Comitati di gestione ed in loro vece vengono nominati gli Amministratori straordinari, organi monocratici posti alla guida delle USL in attesa della terza riforma sanitaria concretizzata con il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992¹⁶.

4. Le riforme degli anni novanta e l'istituzione delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere

Gli elementi portanti del Decreto Legislativo 502/92 così come modificato dal successivo Decreto Legislativo 517/93¹⁷ sono:

- l'adozione di strumenti di programmazione sanitaria nazionale (art. 1) con l'adozione di livelli uniformi di assistenza sanitaria (individuati con il DPR 24 dicembre 1992)¹⁸ e l'elaborazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-96 (DPR 1 marzo 1994)¹⁹;

¹³ Legge Regionale 8 luglio 1981, n. 19, *Norme di contabilità e di amministrazione del patrimonio delle Unità sanitarie locali*.

¹⁴ Decreto legge 6 febbraio 1991, n. 35, *Norme sulla gestione transitoria delle unità sanitarie locali*.

¹⁵ Legge 4 aprile 1991, n. 111, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 febbraio 1991, n. 35, recante norme sulla gestione transitoria delle unità sanitarie locali*.

¹⁶ Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.

¹⁷ Decreto Legislativo del 7 dicembre 1993, n. 517, *Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.

¹⁸ Decreto del Presidente della Repubblica del 24 dicembre 1992, *Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria*.

¹⁹ Decreto del Presidente della Repubblica del 1° marzo 1994, *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996*.

- l'avvio del processo di aziendalizzazione (art. 3-6): trasformazione, mediante accorpamento della rete di USL in una nuova rete di ASL; scorporo dei grandi ospedali dalla USL e loro trasformazione in Aziende Ospedaliere;
- le aziende (ASL e AO) assumono personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica;
- tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza delle Aziende Ospedaliere e Territoriali erano riservati ad un Direttore Generale nominato dalla Regione che a sua volta sceglie come collaboratori un Direttore Sanitario e un Direttore Amministrativo.

Con la Legge n. 5/1995 la Regione Sardegna avvia la costituzione delle Aziende Sanitarie Locali²⁰. L'art. 1 comma 2 della Legge sancisce la nascita di otto Aziende Sanitarie:

1. Azienda USL n. 1, coincidente con l'ambito territoriale delle preesistenti USL n. 1, 2, 5, con sede legale a Sassari;
2. Azienda USL n. 2, coincidente con l'ambito territoriale delle preesistenti USL n. 3, 4, con sede legale Olbia;
3. Azienda USL n. 3, coincidente con l'ambito territoriale delle preesistenti USL n. 6, 7, 8, 10, 11, con sede legale Nuoro;
4. Azienda USL n. 4, coincidente con l'ambito territoriale della preesistente USL n. 9, con sede legale a Lanusei;
5. Azienda USL n. 5, coincidente con l'ambito territoriale delle preesistenti USL n. 12, 13, 14, con sede legale a Oristano;
6. Azienda USL n. 6, coincidente con l'ambito territoriale delle preesistenti USL n. 15, 19, 18, con sede legale Sanluri;
7. Azienda USL n. 7, coincidente con l'ambito territoriale delle preesistenti USL n. 16, 17, con sede legale a Carbonia;
8. Azienda USL n. 8, coincidente con l'ambito territoriale delle preesistenti USL n. 20, 21, 22 e parte dei comuni già appartenenti alla USL 18, con sede legale a Cagliari.

A seguito del decreto legislativo 21 dicembre 1999 n. 517²¹ (art. 2) che prevede la creazione di Aziende Ospedaliere-Universitarie, dotate di personalità giuridica autonoma (ai quali quindi vengano trasferiti beni e personale), vengono costituite in Sardegna una Azienda Ospedaliera di rilievo Nazionale (G. Brotzu) e due Aziende ospedaliere-Universitarie: Cagliari e Sassari.

Con Legge regionale n. 10 del 28 luglio 2006 la regione Sardegna procede ad attuare il riordino del Servizio Sanitario Regionale (SSR)²² ponendo a base di tale sistema la centralità della persona, titolare del diritto alla salute; l'universalità e l'equità nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari; la globalità della copertura assistenziale.

La Regione Sardegna attraverso le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e le Aziende Ospedaliere-Universitarie di Cagliari e di Sassari, nonché attraverso l'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu", assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza.

²⁰ Legge Regionale del 26 gennaio 1995, n. 5, *Norme di riforma del servizio sanitario regionale*.

²¹ Decreto Legislativo del 21 dicembre 1999, n. 517, *Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419*.

²² Legge Regionale del 28 luglio 2006, n. 10, *Tutela della salute e riordino del Servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5*.

Recentissima è la “tentata” ennesima riforma prevista nella Legge Regionale 7 agosto 2009 n. 3, *Disposizioni urgenti nei settori economico e sociale*²³, il cui art. 12, intitolato *Disposizioni in materia di sistema sanitario regionale*, recita:

1. La Regione al fine di migliorare i servizi e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche del sistema sanitario regionale, con le presenti disposizioni avvia il processo di riforma ridisciplinandone gli assetti istituzionali ed organizzativi.
2. Sono, a questo scopo, istituite nel Servizio Sanitario Regionale, con deliberazione della Giunta regionale, un numero di macroaree tale che le loro dimensioni rappresentino il livello ottimale per l'esercizio e la gestione in forma integrata e unitaria di specifiche attività tecniche, amministrative e di supporto delle Aziende Sanitarie, comprese quelle Ospedaliere. Le macroaree esercitano le seguenti funzioni:
 - a. gestione del patrimonio delle aziende in esse ricadenti;
 - b. formazione, gestione delle competenze economiche e della situazione contributiva previdenziale del personale delle aziende in esse ricadenti;
 - c. gestione e organizzazione delle reti informatiche e della connessa tecnologia, inclusa la gestione dei sistemi di prenotazione centralizzata delle prestazioni sanitarie;
 - d. gestione e organizzazione dei magazzini, anche centralizzati per macroarea, e della relativa logistica;
 - e. funzioni di centrale di committenza ai sensi del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, *Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE*, articolo 33, e successive modifiche ed integrazioni.
3. Sono istituiti i comitati di coordinamento di ogni macroarea composti dai Direttori Generali, Amministrativi e Sanitari delle singole Aziende appartenenti alle relative macroaree. I comitati, che operano quali collegi imperfetti e con facoltà di delegare la partecipazione ai Direttori di Dipartimento o di Struttura Complessa delle singole Aziende, hanno i seguenti compiti:
 - a. adottano, sulla base di un atto di indirizzo della Regione, il regolamento di funzionamento del comitato;
 - b. adottano, sulla base di un atto di indirizzo della Regione, gli atti regolamentari necessari all'operatività della macroarea;
 - c. approvano il programma annuale di attività;
 - d. svolgono funzioni di direzione, di indirizzo e di verifica dell'attività della macroarea.
4. L'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale esercita le funzioni di coordinamento e di indirizzo dell'attività di ogni macroarea al fine di garantire l'uniformità di indirizzo. Restano fermi i poteri di controllo previsti nella legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 *Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della L.R. 26 gennaio 1995, n. 5*.
5. La partecipazione ai comitati di cui al comma 3 non dà diritto alla percezione di alcuna indennità, fatti salvi i rimborsi per le spese di viaggio.
6. Ferma restando la disciplina di cui al Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*, articolo 4, e successive modifiche ed integrazioni, possono inoltre essere costituite in Azienda autonoma le strutture ospedaliere, singole o funzionalmente accorpate, che possiedano al momento della deliberazione di istituzione dell'azienda da parte della Giunta regionale le seguenti caratteristiche:
 - a. organizzazione dipartimentale delle unità operative presenti nella struttura;
 - b. presenza di nuclei di alta specialità;
 - c. disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale, anche di livello regionale e di contabilità per centro di costo;
 - d. servizi di pronto soccorso e di emergenza accorpate in struttura di tipo dipartimentale

²³ Legge Regionale 7 agosto 2009, n. 3, *Disposizioni urgenti nei settori economico e sociale*.

- nel rispetto del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, e successive modifiche ed integrazioni;
- e. ruolo di ospedale di riferimento in programmi di assistenza integrati su base regionale e/o interregionale, anche come previsto dagli atti di programmazione regionale e in considerazione della mobilità infraregionale;
 - f. disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali;
 - g. dati di produzione di prestazioni sanitarie che superino, in meglio, la media regionale in almeno il 40 per cento dei principali indicatori statistici e di performance (tasso di utilizzazione degenze ordinarie, indice di rotazione degenze ordinarie, indice di casi, degenza media trimmata, degenza media standardizzata, percentuale dei DRG sopra soglia, percentuale dei DRG di alta specialità, percentuale dei DRG a rischio di inappropriata, indice comparativo di performance, tasso di mortalità).
7. Le strutture ospedaliere da scorporare dalle ASL per costituirle in aziende ospedaliere autonome o per accorparle ad altre aziende già esistenti, sono individuate con deliberazione della Giunta regionale, sentito il parere della Commissione consiliare competente in materia di sanità.
 8. Per consentire la realizzazione del processo di riforma degli assetti istituzionali ed organizzativi del Sistema Sanitario Regionale cui si dà inizio con le presenti disposizioni, con deliberazione della Giunta regionale si provvede, entro trenta giorni dalla pubblicazione della presente legge nel BURAS, al commissariamento delle sanitarie ed ospedaliere nonché delle Aziende Ospedaliere - Universitarie ; in quest'ultimo caso i commissari sono nominati d'intesa con i competenti rettori.
 9. Al fine di procedere all'individuazione dell'ambito territoriale delle costituende macroaree di cui al comma 2 e delle funzioni da attribuire alle medesime, entro sessanta giorni dall'adozione del provvedimento di commissariamento di cui al comma 8, i commissari delle ASL, dell'Azienda ospedaliera Brotzu e delle Aziende Ospedaliere - Universitarie propongono un progetto di costituzione delle macroaree, con il quale sono, inoltre, determinate le loro modalità organizzative, le funzioni attribuite con possibilità di individuarne ulteriori connesse a quelle di cui all'elencazione contenuta al comma 2, la loro allocazione e le modalità di messa a disposizione del personale occorrente. Per quanto riguarda le Aziende Ospedaliere - Universitarie l'attribuzione delle funzioni alle macroaree è operativa a seguito della sottoscrizione di intesa con le università interessate. Il progetto eventualmente modificato ed integrato dal competente Assessorato, è approvato, sentito il parere della Commissione consiliare competente in materia di sanità, con deliberazione della Giunta regionale in uno all'atto di costituzione delle stesse macroaree, di cui costituisce parte integrante.
 10. Al fine di individuare la parte del patrimonio dell'ASL spettante alle costituende aziende ospedaliere, entro sessanta giorni dall'approvazione del provvedimento di cui al comma 8 ogni commissario delle ASL, dell'Azienda Ospedaliera Brotzu e delle Aziende Ospedaliere - Universitarie che ne siano interessate, redige un progetto di scorporo, che è approvato con deliberazione della Giunta regionale con l'atto di costituzione dell'azienda ospedaliera, di cui costituisce parte integrante.

5. Considerazioni conclusive

A tutt'oggi, a distanza di cinque anni, la Riforma annunciata nella Legge Regionale 7 agosto 2009 n. 3, non ha ancora trovato attuazione. Anzi si può affermare che è continuamente rimessa in discussione, come dire che non si hanno ancora ben chiare le idee in merito alla riforma sia in riferimento al contenuto sostanziale della medesima che alla sua applicazione pratica. Stà di fatto che la Sanità continua a funzionare grazie all'abnegazione degli operatori del settore i quali, aldilà di auspicate o meno riforme, e pur in carenza di mezzi economici e di personale, proseguono nel loro lavoro di "trinca", per la salvaguardia del diritto primario di ogni cittadino, che è il diritto alla salute e che non risponde a nessun colore politico.