

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO
DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

13^o Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 14 FEBBRAIO 1984

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE

Audizione del presidente dell'ANCI, Riccardo Triglia, dei sindaci, di Caltagirone dottor Antonio Carullo, di Terenzo dottor Guido Gonzi e di Torino dottor Diego Novelli, e dei presidenti di USL dottor Modesto Panella, dottor Giuliano Garuti e dottor Sandro Staccioli.

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 8 e <i>passim</i>	CARULLO	Pag. 11, 31
ALBERTI (<i>Sin. Ind.</i>)	25	GARUTI	17, 19, 20 e <i>passim</i>
COLOMBO SVEVO (<i>DC</i>)	22	GONZI	8, 30
CONDORELLI (<i>DC</i>)	26, 39	NOVELLI	6, 24, 25 e <i>passim</i>
DE SABBATA (<i>PCI</i>)	23	PANELLA	15, 16, 32 e <i>passim</i>
MELOTTO (<i>DC</i>)	14, 15, 21 e <i>passim</i>	STACCIOLI	13, 14, 15 e <i>passim</i>
MERIGGI (<i>PCI</i>)	23		
ROSSANDA (<i>PCI</i>)	8, 14, 15 e <i>passim</i>		
TRIGLIA (<i>DC</i>)	3, 21, 36 e <i>passim</i>		
TROTTA (<i>PSI</i>)	24, 25		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per l'ANCI il presidente Riccardo Triglia; i sindaci, di Caltagirone dottor Antonio Carullo, di Terenzo dottor Guido Gonzi, di Torino dottor Diego Novelli; i presidenti della USL 29 del Veneto dottor Modesto Panella, della USL 14 dell'Emilia Romagna dottor Giuliano Garuti, della USL 18 di Roma dottor Sandro Staccioli, accompagnato dal responsabile dell'ufficio sanità signor Lamberto Baccini.

I lavori hanno inizio alle ore 16,20.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria. È oggi in programma l'audizione dei rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni d'Italia.

Vengono quindi introdotti il presidente Riccardo Triglia, i dottori Antonio Carullo, Guido Gonzi e Diego Novelli, i presidenti Modesto Panella, Giuliano Garuti e Sandro Staccioli, e il signor Lamberto Baccini.

Audizione del presidente dell'ANCI Riccardo Triglia, dei sindaci, di Caltagirone dottor Antonio Carullo, di Terenzo dottor Guido Gonzi, di Torino dottor Diego Novelli, e dei presidenti di USL dottor Modesto Panella, dottor Giuliano Garuti e dottor Sandro Staccioli.

PRESIDENTE. Sono particolarmente lieto di dare il benvenuto al senatore Riccardo Triglia, presidente dell'ANCI, e a tutti i suoi collaboratori. Secondo la procedura consueta in queste audizioni, si procede innanzitutto ad una esposizione da parte degli invitati (che può essere contenuta nello spazio di 20-30 minuti); successivamente, si passa ad una serie di interventi integrativi e di domande, che i Commissari possono rivolgere agli invitati, e infine si conclude con le repliche.

L'argomento che oggi affronteremo è particolarmente importante per la riforma sanita-

ria in considerazione del ruolo centrale che ricoprono gli enti locali nella gestione del Servizio stesso.

Do quindi la parola al presidente Triglia.

TRIGLIA. La ringrazio, signor Presidente, e ringrazio anche la Commissione per questa audizione. Ritengo che su questo argomento, della riforma o comunque della modifica della legge n. 833 del 1978, sia molto opportuna una indagine conoscitiva da parte di questo ramo del Parlamento. Se la Commissione lo consente, vorrei fare una breve introduzione lasciando poi ai colleghi (tre sindaci e tre presidenti di USL, con inoltre il dottor Gonzi che riveste entrambe le cariche in quanto la Comunità montana coincide con l'USL di Borgotaro) il compito di approfondire l'argomento.

Con la legge n. 833 del 1978 la competenza sanitaria è passata alle autonomie locali, più esattamente ai Comuni. Ritengo che questa scelta fondamentale sia corretta: si tratta di uno degli ambiti di una competenza che già i Comuni possiedono, soprattutto con riguardo all'igiene, e che in molti paesi occidentali, e non solo occidentali, è attribuita alle autonomie locali e alle comunità locali, naturalmente su indirizzi programmatori centrali o su piani regionali. Quindi il passo fatto con la legge n. 833 del 1978, anche sotto questo aspetto (non parlo qui dei grandi traguardi sociali), merita consenso e rappresenta una innovazione positiva. Tuttavia devo dire, signor Presidente, che questo trasferimento di competenza è avvenuto in un modo e in una forma tale da mettere in una situazione di gravissimo disagio sia i sindaci sia i presidenti delle USL, a causa di una serie di errori (fatti in buona fede) nella divisione dei compiti e delle competenze, che ha attribuito a noi amministratori tutta la responsabilità anche di fronte all'opinione pubblica. Soprattutto attraverso un pesante attacco da parte dei mezzi di informazione (che probabilmente non riguardava solo noi, ma anche la riforma sanitaria nel suo complesso), siamo stati infatti indicati all'opinione pubblica come i colpevoli e come i cattivi gestori (spesso gli irresponsabili gestori) del sistema sanitario.

Tutte le difficoltà nascono invece, nella sostanza, dal fatto che, pur essendo stata attribuita la competenza ai Comuni, poiché la legge n. 833 del 1978 è intervenuta dopo che era stato riformato l'intero settore delle autonomie, è stata utilizzata una soluzione di compromesso per assegnare la competenza stessa, e cioè la gestione della sanità, a dei comitati di gestione. Infatti, i sindaci hanno la responsabilità in materia sanitaria; i Comuni la responsabilità (anche finanziaria) di coprire gli eventuali disavanzi delle USL. Questa divisione tra responsabilità e gestione (lo debbo affermare con schiettezza) si riflette anche all'interno della Associazione. L'ANCI è una vecchia associazione, ha circa novant'anni, ed è sempre stata l'associazione dei sindaci, dei Comuni, delle amministrazioni comunali. Quando, chiusa l'associazione che rappresentava l'amministrazione ospedaliera, abbiamo assunto la rappresentanza politica delle USL, anche all'interno dell'Associazione (parlo con molta franchezza perchè l'argomento merita di essere approfondito) abbiamo riscontrato non un contrasto, ma una divisione di interessi. Gli organi dell'Associazione nel suo complesso, pur avendo al loro interno dei presidenti di USL, sono quasi prevalentemente impegnati sui tradizionali temi dell'amministrazione pubblica locale e la materia sanitaria viene invece trattata da un apposito comitato di coordinamento. Tutto ciò non deve far pensare che non ci siamo preoccupati di questo aspetto; il nostro impegno lo abbiamo dimostrato anche nel convegno tenuto a Sorrento, svoltosi in questi mesi, che si è chiuso con un documento finale, una proposta sulla riforma sanitaria alla nostra assemblea nazionale.

Tuttavia bisogna riconoscere che la situazione attuale vede una divisione e contrapposizione: da una parte i sindaci, gli amministratori comunali, e dall'altra i presidenti delle USL. Questa diarchia è per lo meno abbastanza naturale, se si pensa (come specificherà il dottor Novelli che è sindaco di una grande città) al sovraccarico di competenze che, a partire dagli anni intorno al 1975-1976, hanno avuto i sindaci e le amministrazioni comunali, competenze che gravano sui

Comuni e che non sono sempre interpretate positivamente. Infatti è naturale che, quando vi è un momento di gestione separata da quella della Giunta, chi non ha questa responsabilità non se ne preoccupi. La legge finanziaria per il 1984, a mio giudizio, ha ulteriormente aggravato questa separatezza. Nel momento in cui il ripiano dei disavanzi delle USL non è stato affidato alle amministrazioni comunali, ma a quelle regionali, cessa, per così dire, la preoccupazione di quella «spada di Damocle» relativa alla redazione dei bilanci di previsione. Vorrei ricordare, per esempio, ciò che è accaduto l'altr'anno al sindaco di Roma, Vetere. Egli si era visto imporre dal comitato regionale di controllo l'accollo sul bilancio di previsione dell'intero *deficit* delle USL romane, cosa che lo preoccupò come avrebbe preoccupato qualunque sindaco in qualsiasi città, essendo per lo più le USL in una situazione di disavanzo. Oggi questa preoccupazione si è allentata e quindi in qualche misura si è allentato anche il vincolo tra gestione della sanità e Comuni. Il Comune tuttavia rimane ancora largamente interessato, anche senza riferirci agli aspetti di prevenzione che riguardano principalmente la sua attività. Infatti gli aspetti di prevenzione sono legati all'esercizio di funzioni sociali che generalmente vengono svolte dai nostri Comuni. Gli Assessori alla sanità che operano all'interno delle nostre Giunte hanno la competenza di poter interferire nelle gestioni sanitarie stesse.

Qual è, allora, il vero interlocutore che si crea per la gestione sanitaria? A noi sembra che il vero interlocutore sia la Regione, la quale, intanto, ha una competenza costituzionalmente sancita, esercitata attraverso tutta una serie di leggi che contano molto più delle svariate circolari ministeriali con le quali viene disciplinata la complessa materia sanitaria. La Regione ha in mano i ruoli del personale di tutte le USL comprese nel suo territorio. La Regione, là dove sia portato avanti il processo nella sua completezza, ha addirittura in mano i concorsi per l'assunzione del personale, anche se, ovviamente, delega quelli relativi alle funzioni più modeste, ma certamente svolge in proprio quelli relativi alle posizioni dirigenziali. La Regione,

quindi, sta diventando l'interlocutore reale della gestione della sanità, sostituendosi al Comune in maniera impropria.

Un altro aspetto, certamente non positivo, della riforma è quello per cui, avendo appoggiato al sistema delle autonomie una competenza così delicata, inevitabilmente, nella attuazione della riforma sul territorio nazionale, la risposta è stata più efficace e più pronta dove il sistema delle autonomie aveva più storia, più tradizione, più corposità e più classe dirigente. Mentre, dove tutto ciò è presente in forma più debole — e mi riferisco in particolare alle aree meridionali — mi pare che non vi sia stata una risposta adeguata. Occorre tener conto che le aree meridionali mancano tradizionalmente di strutture pubbliche nel settore sanitario, dove si procede largamente con il convenzionamento. Quindi si ha una carenza anche di quadri tecnici, perchè il non aver ospedali vuol dire anche non aver tecnici amministrativi o sanitari. Ebbene, tutto questo non ha consentito in quelle Regioni, che pure ne avevano maggiore esigenza, un intervento che avrebbe dovuto essere anche più veloce rispetto ai comparti del Nord. È avvenuto, invece, che il sistema ha agito da freno proprio nelle zone meno dotate e che avrebbero maggiormente avuto bisogno di una accelerazione negli investimenti e nelle strutture.

Infine, non voglio dimenticare — e questo è uno degli aspetti più sconcertanti — che, essendo la capacità legislativa della Regione una potestà autonoma, abbiamo avuto forti differenze legislative da Regione a Regione, per esempio nella composizione degli organi. In Sicilia, è addirittura incompatibile la presenza nelle USL con la carica di consigliere comunale. Incompatibilità che noi consideriamo incostituzionale, contro lo spirito della legge.

Un'altra forte differenza tra USL sul territorio deriva da una forte differenza tra la molteplicità dei Comuni delle nostre regioni. Abbiamo 8.087 comuni, che vanno da Moncenisio con 32 abitanti a Roma con 3.000.000. Io vengo da una regione che ha 1.209 Comuni. La Lombardia ha 1.500 Comuni. Abbiamo, di conseguenza Comuni molto piccoli e Comuni molto grandi, molta concentrazione

e molto frazionamento e, quindi, una situazione fortemente differenziata. Io sono sindaco di un Comune di 400 abitanti. Alla nostra USL fanno capo 49 Comuni per un totale di 90.000 abitanti. Il mio Comune, insieme ad altri 20, non è presente in assemblea perchè non vi entra numericamente, altrimenti la funzione non sarebbe quella del consorzio. Ciò dipende dal fatto che la legge elettorale e regionale delle USL è fatta in un certo modo ed allora un certo numero di Comuni viene escluso. Per quel che riguarda i grandi Comuni, di grande territorio e popolazione, come quello di Roma, abbiamo più USL e più comitati di gestione, mentre per quello di Torino, con ventitrè USL, abbiamo un solo comitato di gestione ed una sola assemblea.

Le forti differenze tra Comuni e Comuni, la differenza delle legislazioni regionali, la diversa maturità della classe dirigente, legata al mondo delle autonomie del nostro paese, le cui ragioni storiche qui non voglio e non posso ricordare, hanno creato fortissime differenze tra USL e USL sul nostro territorio. Pertanto, il problema di riportare a metodi unitari di gestione tutta la materia, è un problema estremamente complesso, a meno che non si pensi di toglierlo dalla responsabilità delle autonomie (tesi estrema), o a meno che non si pensi di darlo realmente in mano ai Comuni, consentendo che essi, nella loro autonomia e nelle diverse e differenziate situazioni regionali e sociali, possano liberamente decidere modalità di gestione, propria o associata, della loro competenza.

Infine, ricordo un altro aspetto, che noi giudichiamo abbastanza negativo: quello per cui, mentre attorno al Comune vi è un giudizio politico, che nasce dal tradizionale riconoscimento che i cittadini hanno del proprio Comune come comunità naturale, dalle forme di pubblicità ad esso collegate, dall'attenzione da parte della stampa che partecipa ai consigli comunali, dal ruolo che la maggioranza e la minoranza giocano all'interno degli stessi consigli comunali, altrettanto non avviene per il livello gestionale di secondo grado delle USL, che non è in direzione popolare, non risponde alle attese dell'elettorato e nel quale, spesso se non sempre, la compresenza di maggioranza e minoranza,

12ª COMMISSIONE

13° RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

che pure esiste all'interno del comitato di gestione, comporta una tendenza al compromesso per evitare lacerazioni interne e ostacola lo stimolo a svolgere un ruolo di controllo politico e pubblico.

Ho così tracciato soltanto un discorso su grandi linee ed ora vorrei che i miei colleghi intervenissero sulle diverse situazioni sociali a livello dei vari Comuni.

PRESIDENTE. Lei, presidente Triglia, ha interpretato esattamente l'esigenza della Commissione di avere innanzitutto un quadro generale e panoramico esposto con chiarezza e, allo stesso tempo, con profondità, per poi passare ad ascoltare le varie indicazioni, a seconda delle situazioni concrete che si sono determinate.

NOVELLI. Partirei da una affermazione che ha fatto lei, signor Presidente, circa il ruolo centrale che gli enti locali dovrebbero avere in questa materia e che purtroppo a mio avviso non hanno, se non per quanto si riferisce alle responsabilità soprattutto verso gli amministrati e per quanto riguarda la mancanza di possibilità reale di intervento nella gestione. Faccio parte di quella ristretta categoria di sindaci che avevano forti perplessità di fronte alla legge n. 382 del 1975 e alla legge n. 833 del 1978 perchè ritenevo che i Comuni avessero già abbastanza competenze, ma soprattutto perchè temevo quel che si è poi puntualmente verificato. Non basta infatti trasferire competenze agli enti locali se essi non hanno i mezzi e gli strumenti per poterle esercitare. In questi ultimi anni i Comuni si sono visti attribuire ulteriori responsabilità. Proprio in questi giorni, ad esempio, stiamo dibattendo il problema delle *ex-opere* universitarie che sono state trasferite prima alla Regione e poi dalla Regione ai Comuni. Abbiamo un buco di sei miliardi nel bilancio del Comune di Torino e non sappiamo come fare per affrontare questa situazione. Abbiamo già troppe competenze sotto questo profilo e, visto che non si sa come collocare le Province, penso che alcune di tali competenze potrebbero essere trasferite dai Comuni alle Province.

Per quanto riguarda questo settore specifi-

co, la città di Torino è forse un caso singolare perchè vi è una unica assemblea, che coincide con il consiglio comunale, formata da ottanta membri. Si è poi inventata una strana formula per il comitato di gestione che è uno e «ventrino» perchè uno è il comitato di gestione per ventitre unità sanitarie locali. Il comitato di gestione era formato da trenta membri. Ci si è accorti però che trenta membri erano troppi per garantire il numero legale e si è deciso di ridurre i membri a quindici ma le minoranze, o meglio, l'opposizione non ha accettato di entrare nel comitato di gestione. Per poter avere l'organo completo si è fatta così una votazione che democraticamente comprendeva anche le minoranze, che poi automaticamente si sono dimesse. Oggi abbiamo dunque un organo monco; proprio ieri in una seduta dell'assemblea ci si è posti il quesito se le deliberazioni assunte dal comitato di gestione siano valide (abbiamo preso atto proprio ieri delle dimissioni di quattro membri); se si fa l'analogia con le giunte comunali, le deliberazioni assunte dal comitato di gestione sono tuttavia più che legittime, perchè anche alcune giunte comunali in determinati periodi non avevano il *plenum* degli Assessori.

L'esperienza ci porta comunque a considerazioni di carattere generale: la situazione non è peggiorata rispetto al periodo precedente la riforma. C'era prima una certa organizzazione sanitaria, il cui livello è stato mantenuto e in alcuni casi migliorato.

Abbiamo poi il problema ospedaliero. C'è una certa concentrazione in una zona della città, detta «zona ospedaliera», dove abbiamo il grande ospedale Molinette, il centro traumatologico, il centro Sant'Anna ed altri ospedali minori. La circoscrizione era competente per questi ospedali; accadeva però che fosse poi di fatto la USL ad avere tutta l'organizzazione ospedaliera nelle mani. Oggi c'è la proposta di una commissione di studio, alla quale collaborano tutte le forze politiche, per ridurre il numero delle unità sanitarie locali da ventitre ad undici, ma di fatto per passare da un solo comitato di gestione ad undici comitati. A mio avviso, gli aspetti negativi vanno ricercati in quella divaricazione, cui accennava il senatore Triglia, tra

12^a COMMISSIONE13^o RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

le competenze e le strutture comunali e la nuova struttura che si è creata, con doppioni e conflittualità. Faccio un esempio per quanto riguarda gli aspetti patrimoniali. Coloro che si occupano degli aspetti patrimoniali delle USL sono funzionari che operano in una struttura che non coincide con quella del Comune. Se come lei diceva, signor Presidente, il ruolo centrale fosse svolto dagli enti locali, dovrebbero essere questi stessi ad occuparsi della questione. Bisogna avere infatti garanzie per non finire male la propria esperienza di pubblico amministratore e per eliminare doppioni, sprechi, ritardi e lungaggini.

Alcune questioni potevano dunque essere risolte se le relative competenze fossero state affidate alla giunta comunale; il nucleo stesso della gestione, per una parte di competenze, doveva esserle affidato, se erano effettivamente gli enti locali a dover assolvere a questo servizio fondamentale per la comunità, così come l'Assessorato al patrimonio garantisce il servizio e le strutture necessarie alle scuole, al tempo libero, alla cultura, ai vari settori della vita amministrativa. Ciò non si è verificato sia per le manutenzioni ordinarie che per quelle straordinarie; si è creata anzi una divaricazione, un disinteresse anche abbastanza palese da parte delle stesse assemblee. Gli ottanta consiglieri comunali partecipano alle assemblee delle USL con un atteggiamento profondamente diverso da quello con cui essi partecipano al consiglio comunale (che casualmente può coincidere nella stessa giornata, come ieri si è verificato) o da quello con cui partecipano coloro che fanno parte del comitato di gestione. Tutti gli altri consiglieri comunali pensano che si tratti di una cosa delegata. Ritengo questo fatto sbagliato: la stessa figura del presidente dell'assemblea è molto importante anche se non ha competenze specifiche in materia sanitaria. Nel nostro caso, il presidente dell'assemblea coincide con la figura del sindaco che ha delle responsabilità di legge, ma in assemblea non fa altro che «regolare il traffico», dare la parola a Tizio o a Caio, eccetera. Non ha altre competenze.

Chi risponde su tutte le varie questioni che vengono sottoposte è invece il presidente del

comitato di gestione. Se però c'è una polemica pubblica, una dissertazione, se gli ammalati vengono scaricati sulle brandine, ecco che tali questioni si riversano invece sul consiglio comunale, sulla giunta e sul sindaco.

Non ho la soluzione e d'altra parte non penso che questa Commissione pretenda da noi delle indicazioni di carattere risolutivo. Credo che sia questa una materia che vada rivisitata, non approfittando delle discrasie dell'esperienza che si è vissuta negli anni passati, esperienza difficile ed anche amara, per mandare indietro un certo processo, che, a nostro avviso, ha avuto e ha dato dei risultati positivi.

Rimane difficile uniformare l'organizzazione sanitaria sul territorio nazionale, perchè abbiamo, come è stato detto dal presidente Triglia, situazioni differenziate tra grandi città, tra gruppi di Comuni eccetera; ognuno poi ha pensato bene di inventare una soluzione diversa. Milano, ad esempio, ha adottato una soluzione differente da quella di Torino; c'è chi ha scorporato gli ospedali dall'organizzazione sanitaria a livello territoriale, c'è un'infinità di esperienze diverse.

Credo che il punto che ci trova concordi — e con questo chiudo — è che non si può accentuare ulteriormente questa divaricazione; altrimenti bisogna avere il coraggio di staccare (il che può anche creare motivi di perplessità) l'organizzazione della sanità dagli enti locali, facendone una azienda municipalizzata o altre strutture analoghe.

Vi è dunque una situazione purtroppo tipica del nostro paese, un quadro non definito che obbliga ad operare continuamente in un regime di incertezza. Mi chiedevo poc'anzi con i colleghi quanti potranno essere coloro che nel 1985 accetteranno di assumere responsabilità a livello amministrativo periferico. Abbiamo una legislazione non chiara, abbiamo delle competenze non definite, abbiamo un quadro di incertezza con il quale quotidianamente siamo costretti a fare i conti ed abbiamo delle responsabilità. In merito a questo aspetto non voglio introdurre la questione delle misure di sicurezza: le comunicazioni giudiziarie sono oggi all'ordine del giorno, e il sindaco di Rivoli è alla diciasset-

tesima comunicazione giudiziaria. Basterebbe invece una modifica alla legge per mettere sullo stesso piano edifici pubblici, scuole e tribunali, che sono tutti fuori legge, così come l'allora ministro del turismo Bernardino D'Arezzo, molto accortamente, aveva fatto con gli alberghi.

Chi paga le oblazioni? Il Comune non può farlo perchè altrimenti perviene una denuncia alla Procura della Repubblica così come sta avvenendo per il sottoscritto. Anche per questa materia dunque, il Parlamento, quando legifera, quando emana delle disposizioni, deve verificare se sono attuabili, se è possibile realizzarle ed eventualmente in che modo, nonchè garantire gli strumenti perchè chi si trova in periferia possa poi adeguatamente provvedere alla loro applicazione.

PRESIDENTE. Grazie dottor Novelli; lei è stato estremamente chiaro e ci ha presentato un modello ben preciso di una situazione: vedremo nel confronto con le altre realtà se il suo modello è esportabile o meno.

GONZI. Vorrei presentare il rovescio della medaglia rispetto a quanto ha detto il sindaco Novelli. Attualmente le comunità montane che hanno funzione di unità sanitaria locale sono ottanta, e sono andate aumentando negli ultimi due anni soprattutto in Sardegna ed in Toscana. Posso lasciare alla Commissione l'elenco con la distribuzione territoriale di queste comunità montane, per vedere come le Regioni hanno operato in modo sostanzialmente diverso a seconda della mentalità che si è imposta nelle diverse realtà.

ROSSANDA. La Calabria, per esempio, non ha fatto coincidere la comunità montana con l'unità sanitaria locale.

GONZI. Infatti, c'è una varietà complessa. La linea logica doveva essere quella di utilizzare la norma dell'articolo 10 della legge n. 833: la coincidenza, oppure la combinazione di comunità montane per formare una unità sanitaria locale; oppure ancora, nel caso di comunità piccolissime, l'immissione di tali comunità nel territorio di una unica unità

sanitaria locale costituendone un distretto sanitario. Molto spesso ragioni di carattere localistico, non sempre nobili, hanno portato a soluzioni differenti e strane da parte del legislatore regionale.

Complessivamente, l'opinione che i miei colleghi delle comunità montane hanno in merito all'andamento di queste istituzioni è comunque in genere più positiva rispetto ad altre realtà di unità sanitarie locali.

I motivi penso che possano essere i seguenti: innanzitutto la comunità montana è ente di diritto pubblico ed è ente locale; è un organo che ha istituzionalmente compiti di governo, non qualcosa di metafisico, di non ben comprensibile com'è l'unità sanitaria locale. La comunità montana è l'insieme dei Comuni, i suoi organi sono costituiti dai consiglieri, assessori e sindaci dei comuni. Si ha quindi una corresponsabilizzazione almeno parziale tra comunità montana e Comuni; vi è partecipazione a livelli sufficienti, vi è una concreta possibilità di integrazione di servizi tra quelli comunali e quelli della comunità montana. Poi, la comunità montana opera in modo integrato sul territorio, sulla globalità dei problemi della popolazione, non solo su quelli della salute. Vi è quindi la possibilità di intervenire, avendo riferimenti molto precisi, sull'intera realtà economica, sociale e culturale di tutto il comprensorio che interessa. Gli aspetti positivi sono quindi comprensibili facilmente. Vi è una migliore conoscenza dei problemi, e non settorializzata; vi è una possibilità di integrazione di interventi diversi: ad esempio, il settore dell'igiene, o della prevenzione, o dei servizi sociali, con i settori di competenza specifica dei Comuni della comunità montana nell'ambito economico e sociale. Vi è poi il dato delle dimensioni modeste della popolazione e dei dipendenti delle USL, che consente modalità e tempi validi di intervento per il governo di questa realtà. Molto probabilmente, nelle unità sanitarie locali fatte di grandi numeri, per così dire, questo spesso sfugge alla capacità degli amministratori, che non sono quindi in grado di far fronte ai problemi esistenti.

Da come ci poniamo — parlo dei colleghi delle comunità montane, dei sindaci dei Co-

12ª COMMISSIONE

13º RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

muni montani — nei confronti del problema sanitario, occorre dire tuttavia che effettivamente vi è ancora una non completa partecipazione, o corresponsabilizzazione, come denunciava anche il sindaco Novelli; è fatto di cultura che richiederà del tempo. Nessuno può pensare che enti e persone che si occupano di alcuni settori possano acquisire immediatamente anche la capacità e la preparazione necessarie per far fronte ad altro genere di problemi. Nel Comune, ad esempio, si è sempre stati abituati ad affrontare prevalentemente l'aspetto igienico del complesso della sanità.

Però, abbiamo notato che governare (per quanto è possibile, e lo sottolineo) la sanità in Comuni e in zone assolutamente marginali significa disporre di una leva reale per il miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni. Quindi, per noi è quasi, oserei dire, intollerabile pensare che questa leva ci possa venire sottratta. Abbiamo l'esperienza di amministratori di Comuni montani vicini a zone in cui le USL rientrano nella responsabilità delle comunità montane. Ebbene, questi colleghi ci dicono che la differenza si nota: cioè, laddove la comunità montana ha le funzioni di USL si è riusciti effettivamente a rendere un servizio, nonostante le difficoltà e le ristrettezze, sicuramente più efficiente rispetto ad altre zone, dove evidentemente il peso politico decisionale, la leva di comando di queste strutture è altrove, fuori dalla zona montana, dalla zona rurale, dalla zona marginale. Queste zone restano quindi fuori dalla logica di chi governa, che tende soprattutto a razionalizzare i servizi e spesso a concentrarli, senza tenere però conto delle esigenze delle popolazioni sparse. Questo, infatti, rende i servizi molto più costosi di quanto possano essere laddove la popolazione è concentrata.

Vorrei ricordare quanto dichiarato dal professor Giannini (che mi pare abbia compreso per intero la realtà che sto cercando di illustrare) su un aspetto che, a mio avviso, è molto interessante; egli diceva che era favorevole al fatto che gli organi delle comunità montane fossero gli stessi delle unità sanitarie locali in quanto questo dava nuovo spazio alle comunità montane, potendo così queste

ultime svolgere per intero la loro funzione per il riequilibrio socio-economico del territorio e delle popolazioni ad esse affidate.

Ritengo quindi che su tali valutazioni, se e in quanto trasferibili al problema generale delle unità sanitarie locali rapportate ai Comuni, e pertanto in relazione a quanto dichiarato dal sindaco Novelli in precedenza, la Commissione dovrebbe ulteriormente meditare.

In realtà — è già stato detto — buona parte dei problemi sul piano istituzionale si risolverebbero se la competenza in materia sanitaria fosse assegnata in modo certo, chiaro e definitivo al Comune, così come per il rifornimento idrico o per l'eliminazione dei rifiuti. La legge nazionale dovrebbe contestualmente indicare forme di possibile espletamento delle funzioni a seconda della diversa realtà territoriale. Il nostro paese presenta aspetti molto diversi sotto questo profilo, quanti pochi altri forse, e di ciò occorre ovviamente tenere conto, individuando semmai strumenti che possano essere validi e articolabili nelle diverse realtà. La funzione dovrebbe venire assegnata in via primaria ed il resto essere lasciato a livello locale. Il Comune è in grado, infatti, di compiere scelte responsabili e valide, come ha fatto a suo tempo in tutti gli altri settori (ad esempio in quello dei trasporti) di cui normalmente si è occupato nell'ambito del proprio territorio o di più entità comunali.

L'attuale sistema misto invece ha fatto sì che le USL siano diventate essenzialmente un'entità regionale e i risultati negativi di questo sono sotto gli occhi di tutti. Sono convinto che invece di indurre a razionalizzare e ad risparmiare si è incentivata semmai un'ulteriore deresponsabilizzazione degli amministratori ed un'ulteriore spesa incontrollata in alcune realtà, mentre in altre si è determinata una riduzione immotivata del livello dei servizi.

A mio giudizio, il problema della sanità deve essere oggi affrontato sotto il profilo delle scelte finanziarie e insieme organizzative; occorre stabilire *standards* di prestazioni e modalità organizzative differenziate per garantire servizi efficienti.

Più che di dispute sulle modifiche istitu-

12^a COMMISSIONE13^o RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

zionali, abbiamo bisogno che la riflessione sulla revisione della legge n. 833 si eserciti su questi aspetti, se vogliamo che in tutto il paese i servizi siano effettivamente di aiuto alle necessità dei cittadini. Bisogna pertanto individuare criteri oggettivi al fine di stabilire l'ottimale livello di erogazione dei servizi, stabilendo *standards* di prestazioni da erogare basati sui costi che le diverse entità organizzative comportano per l'effettuazione dei servizi. Non è pensabile continuare con il cosiddetto criterio della «spesa storica» nel distribuire i fondi, perchè la realtà presenta aspetti molto diversi. Per le zone montane e per quelle rurali, anche non montane, il criterio della «spesa storica» è stato pesantemente avvertito. La «spesa storica» periferica è stata infatti fino ad oggi individuata per ente preesistente, o per presidio, o per struttura, non per funzione rapportata alla popolazione. Vorrei richiamare l'esempio della specialistica ambulatoriale: laddove esisteva una mutua che gestiva un poliambulatorio, è stata considerata la spesa relativa a quest'ultimo, ma dove questo non c'era, la spesa non è stata indicata, pur esistendo la funzione. In tal modo, la «spesa storica» non è stata riportata successivamente, se quella USL non ne ha potuto usufruire perchè non ha mai avuto la possibilità di creare un servizio per i suoi cittadini. Questo discorso relativo alla specialistica vale in modo particolare per tutta la medicina territoriale che doveva essere la novità della riforma: vale per il materno-infantile, per i servizi psichiatrici, per la medicina del lavoro, per la medicina sportiva. Vale in generale per tutte le attività sanitarie gestite da enti sovracomunali e con organizzazione a base provinciale.

Al momento dell'avvio delle unità sanitarie locali, sempre in relazione alla spesa sanitaria, è stato congelato tutto il personale sul suo posto di lavoro, creando ulteriori problemi. Pertanto, c'è chi ne ha avuto troppo e chi ne ha avuto troppo poco, per quantità o per funzioni espletate. Potete immaginare i problemi di chi ne ha avuto troppo poco! Subito dopo è intervenuto il Parlamento che ha deciso prima il blocco degli organici, e poi il blocco delle assunzioni, quindi alcune realtà periferiche non sono mai stati in grado di

risolvere, in modo adeguato, quei problemi di riequilibrio, che pure stavano alla base della legge n. 833.

Altri aspetti da affrontare nel prossimo futuro con molta decisione, se si vuole riconoscere al Comune, nelle sue diverse forme di organizzazione, la competenza sanitaria, sono quelli della deregionalizzazione e della deospedalizzazione del Servizio sanitario nazionale. Un ruolo essenziale per l'organizzazione del Servizio è affidato al personale, il quale però non è delle unità sanitarie locali o dei Comuni, ma della Regione. Sotto ogni profilo è governato dalla Regione ed è organizzato attraverso il decreto (che io giudico «perverso») del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, basato sulla logica della vecchia legislazione ospedaliera con concetti che oserei definire «paramilitari», in quanto ogni dipendente deve essere esattamente collocato in una determinata casella, in un posto ben preciso.

Questo sistema forse potrebbe funzionare in un ospedale di rilevanza regionale, ma già non è adatto ad un ospedale zonale e farebbe saltare una organizzazione di servizi territoriali di qualsiasi genere, dove non potranno mai esistere tutte le figure, con le caratteristiche previste dal decreto n. 761 e dai decreti che si sono susseguiti sui profili professionali, sulla normativa concorsuale e via dicendo.

Sono convinto che tutta la materia meriterebbe l'interesse e l'attenzione di questa Commissione senatoriale, perchè è più disastrosa di qualsiasi spreco causato dalla possibile incompetenza degli amministratori delle unità sanitarie locali nel gestire i servizi. Nel momento in cui si affronterà questa materia, si potranno constatare le varie contraddizioni. Altrimenti, quando il personale (soprattutto quello delle zone periferiche) imparerà a rendersi conto della realtà legislativa in cui opera, invece di seguire le richieste dei suoi amministratori e di collaborare in base a quelle che sono le sue effettive competenze e capacità professionali (un articolo del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 impedisce l'assegnazione, anche di fatto, a funzioni superiori), seguirà altre linee di comportamento,

così che i conflitti arriveranno ad un punto tale da non rendere più governabili le strutture.

Concludo, insistendo sulla necessità che si scelga una strada (e a mio parere la strada è quella del Comune nelle sue varie forme organizzative) e sottolineando che questa deve essere assolutamente correlata al resto della normativa, altrimenti non soltanto si rivelerebbe impraticabile, ma condurrebbe ad una meta diversa da quella alla quale si voleva pervenire.

CARULLO. Signor Presidente, sono sindaco di Caltagirone e, come tale, da circa cinque anni ho avuto l'opportunità di assistere sia alla fase ospedaliera che alla fase di attuazione della riforma, con l'avvio delle unità sanitarie locali, nella Regione siciliana.

Debbo premettere che in materia sanitaria questa Regione ha una competenza particolare ed è pervenuta alla attuazione delle unità sanitarie locali in ritardo rispetto alle altre. Si riteneva che la possibilità di sfruttare l'esperienza di altri avrebbe consentito l'eliminazione dei vari difetti che erano stati rilevati generalmente nel territorio nazionale, ma probabilmente gli insegnamenti degli altri non sono serviti, in quanto alcune delle difficoltà operative riscontrate nel resto del paese sono state ripetute anche nella legislazione della Regione siciliana. Questa si è articolata in sessantadue unità sanitarie locali, con un numero di abitanti che vanno da 8.000 a 200.000 (dagli 8.000 abitanti di Pantelleria, ai circa 200.000 di Palermo e delle aree urbane circostanti).

La unità sanitaria locale di cui fa parte il Comune di Caltagirone è la n. 29; è nella zona periferica della provincia di Catania e comprende nove Comuni per un totale di circa 86.000 abitanti nel suo ambito territoriale.

La Regione siciliana ha attivato i servizi delle unità sanitarie locali nel 1983, cioè da circa un anno. È chiaro che l'attuazione che se ne è data appartiene alla prima fase, quindi non ha ancora il momento del distretto e il momento dell'ospedale multizonale, così come previsti dalla legge n. 833 del 1978. Se si dovesse dire in poche parole se si

è avuta la omogeneizzazione del personale, delle funzioni e dei servizi che sono stati inseriti all'interno di detta legge, in realtà si dovrebbe concludere che alcune di quelle difficoltà in cui si muovono gli operatori delle unità sanitarie locali, nascono dagli stessi rapporti che si sono creati a livello istituzionale.

In Sicilia noi abbiamo creato un comitato di gestione, con un Presidente e un'assemblea. L'assemblea (non so se come tutte le altre del paese) ha dei compiti propri, cioè delle funzioni che si attivano nel momento in cui viene approvato il bilancio; ha inoltre delle funzioni di programmazione e svolge anche funzioni di controllo su alcune delibere del comitato di gestione. Sulle delibere dell'assemblea la funzione di controllo è esercitata dalla Commissione provinciale del controllo.

Questo *iter*, cioè la possibilità di tre o quattro gradi di controllo, crea dei problemi tra comitato di gestione e assemblea, specie se si tiene conto che, a volte, le assemblee e i comitati di gestione sono delle strutture determinate da risultanze di esiti politici, e quindi con la possibilità che si verifichi una divergenza tra il Comune e l'unità sanitaria locale. Infatti nella nostra realtà sono più di uno i Comuni che partecipano alla costituzione dell'assemblea, e quindi sono più Comuni che vivono il momento decisionale, e non c'è coincidenza d'ambito territoriale. Pertanto, a volte, l'espressione politica che può aversi al comitato di gestione non si riscontra nell'assemblea, perchè le dimensioni territoriali e i momenti politici degli ambiti comunali sono diversi (anche e soprattutto, perchè, secondo il mio parere, quella funzione che doveva aversi all'interno dell'assemblea non viene esattamente sviluppata) e quindi ne consegue una disarticolazione tra il momento assembleare e il momento del comitato di gestione.

La situazione diventa ancora più complessa quando questi rapporti si scontrano con i compiti dell'ufficio di direzione, il quale non riesce a rappresentare un momento di coagulazione organizzativa. Al contrario, quest'ufficio, al momento, diventa un elemento disgregante anche perchè coloro che ne fan-

no parte rappresentano momenti diversi che dovrebbero omogeneizzarsi in quella figura per avere un rapporto o tecnico-consultivo o paritario con il comitato di gestione, ma che ancora non riescono a realizzarlo. Quindi, secondo il mio parere, i comitati di gestione vivono la difficoltà di una struttura operativa disomogenea e non riescono ad avere quella funzione di dinamismo che sia in grado di portare subito a compimento quelle che sono le attese cui si dovrebbe andare incontro.

È evidente dunque che non si è attuato e non è stato vissuto pienamente il momento della riforma sanitaria, laddove l'aspetto prevalente è ancora il momento ospedaliero.

Secondo me, però, questo è un momento da non vedere solo in negativo, ma anche in positivo perchè laddove esiste una struttura più complessa, com'è il grande ospedale inserito all'interno delle USL, esso ha costituito un elemento a cui tutti hanno fatto riferimento specie laddove vi sono dimensioni non troppo grandi, e vale a dire dove esiste, oltre all'ospedale, solo una piccola struttura *emutualistica*.

Non tutti i momenti della riforma sanitaria sono stati vissuti perchè, sostanzialmente, alcuni aspetti non sono presi in considerazione, come il momento degli enti e quello di alcuni istituti di prevenzione. Non sono presi in alcuna considerazione perchè non è arrivato ancora il momento dell'attuazione e della proposizione. Qual è quindi il momento che vive la Regione siciliana? Può dirsi che essa è in una fase in cui cerca ancora di articolare le convenzioni e di dare una struttura all'assetto ospedaliero.

Ritengo di poter affermare che non esiste alcun rapporto, a livello di Regione siciliana, tra Comuni e USL. Il Comune nel suo aspetto sanitario, come momento di partecipazione alle USL, si esaurisce nel solo atto di presenza nel momento in cui il sindaco viene chiamato a far parte dell'assemblea o del comitato di gestione quando si discute un problema particolare. Non esiste un rapporto, non esiste una collaborazione, una interdipendenza, uno scambio. L'unico problema che si è creato è su chi deve firmare in materia di inquinamento l'ordinanza per la

sospensione. Solo allora la struttura dell'ufficiale sanitario, integralmente trasferita alla USL, manda qualcuno a chiedere al sindaco che metta una firma su un'ordinanza di sospensione.

È chiaro che vi sono difficoltà perchè i servizi sono passati integralmente alle USL, ma la riforma, almeno da noi, è arrivata senza adeguata preparazione e nel personale e negli amministratori, cosicchè la omogeneizzazione avviene attraverso circolari. Questo porta difficoltà di gestione, porta alla stasi e, rispetto al momento ospedaliero, da noi, non si è avuto neppure il momento della programmazione dell'investimento. Si procede con il riutilizzo delle strutture esistenti, finchè non si deterioreranno del tutto e finchè sarà possibile andare avanti.

Uno dei punti fondamentali della riforma sanitaria doveva essere quello della omogeneizzazione nel territorio di un sistema di cura, di prevenzione e di riabilitazione che non si è realizzato non solo tra Sud e Nord, ma nemmeno tra USL confinanti. Faccio riferimento a zone dove, a fronte di USL cui fanno capo 65.000 abitanti, non vi è nemmeno un ospedale di zona potenzialmente attrezzato, mentre altre zone confinanti sono molto più attrezzate. Quindi, la funzione dell'ospedale sul territorio non si attiva: la gente, quando può, va nelle USL vicine più servite o addirittura si trasferisce; si fa curare in ospedali di altre città e rimette alle USL della zona le note spese, per cui si pagano comunque le funzioni ospedaliere.

Si fa riferimento anche alla mancata distrettualizzazione, alla problematica degli ospedali con funzioni multizonali, agli ospedali provinciali e regionali, i quali hanno motivo di essere là dove l'ospedale rappresenta solo un momento sanitario, ma non rappresentano più un momento di collegamento con la realtà delle USL. Non è possibile inquadrare il momento primario in un discorso che voglia rendere equivalente il servizio di un'unità cardiologica a quello che può essere fatto in un ambulatorio «x» con tempi o modi che si dilungano all'eccesso.

Non vi è dubbio che il problema da evidenziare è quello del personale: sulla base del decreto del Presidente della Repubblica

12^a COMMISSIONE13^o RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

n. 761 del 1979, è stata fatta una classificazione delle qualifiche, ma ora occorre individuare alcune atipiche e quindi porsi ancora il problema dell'inserimento dei titoli. A distanza di tempo ciò significa che non tutte le posizioni del personale sono state definite. Il collega che mi ha preceduto ha evidenziato alcune difficoltà, ma mi pare che lo abbia fatto in positivo; in realtà la situazione è peggiore di quello che sembra. Siamo in presenza del blocco degli organici e dello stravolgimento delle normative concorsuali, sia per gli enti ospedalieri che per gli enti mutualistici, ognuno con una propria scala gerarchica e vari momenti di accesso alle carriere. Il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 si è trovato di fronte ad un grosso problema, per la difficoltà stessa di inserire personale disomogeneo in un'unica struttura. Questo vale per il momento ospedaliero e per il momento mutualistico. E inoltre, quando questo personale è stato inserito all'interno dei ruoli regionali — e mi pare che questo sia avvenuto solo per le regioni Piemonte ed Emilia — si è rimasti in una situazione di schede fatte dal consiglio di amministrazione, cioè dalla vecchia struttura ospedaliera. Vale a dire che non si è potuto attivare il momento concorsuale, secondo quanto era stato previsto sulla base degli articoli 67 e seguenti del decreto stesso. Quindi, ancora si vive un momento statico, mentre vengono creati servizi, i quali poi, a loro volta, possono anche non corrispondere alle esigenze, perchè più servizi si creano e più si crea un problema di capi-servizio, di gerarchie e via dicendo. Pertanto il personale viene finalizzato con una aspirazione alla carriera e non motivato verso i servizi da rendere.

Ora, per venire incontro all'invito rivolto di cercare di contenere l'intervento entro i dieci minuti (per quanto parlare della riforma sanitaria in così breve tempo sia pressochè impossibile ed equivale al problema di Sant'Agostino di fare entrare tutto il mare nella conchiglia), posso cercare di sintetizzare quello che ho detto, riaffermando in primo luogo, ed ovviamente, che le cose non vanno bene. In secondo luogo, che il rapporto con i Comuni, soprattutto da noi, in realtà

non esiste; e in terzo luogo, che una particolare attenzione deve essere posta per condurre a compimento quelle premesse che non ci sono state. Ritengo di poter affermare con coscienza che, non sempre e del tutto, la colpa può essere data agli amministratori, in quanto anche loro si dibattono in difficoltà di carattere operativo, laddove il momento istituzionale non può non essere sottovalutato. Dobbiamo ricordare che la legge di riforma è stata una legge di compromesso ed in una legge di compromesso il fatto di non aver tagliato alcune teste e sciolto alcuni nodi ha comportato che i problemi si sono riproposti e si vivono quasi drammaticamente.

PRESIDENTE. Abbiamo ascoltato i sindaci; possiamo ora passare all'audizione dei presidenti dei comitati regionali.

STACCIOLI. Sono uno dei venti presidenti di USL di Roma. Roma, come sapete, contrariamente a Torino che ha un'unica unità sanitaria locale, è suddivisa in venti unità sanitarie locali ed ha un'unica assemblea generale che è il consiglio comunale. Il problema istituzionale è assai importante, anche se nel mio intervento non proporrò un modello di riforma, come hanno fatto altri intervenuti alla discussione. Non ritengo infatti che questo sia il mio compito; posso semplicemente illustrare quali sono le difficoltà che incontro come presidente di una USL.

Il primo importante problema è, come ho già detto, quello istituzionale. Nelle unità sanitarie locali romane convergono disposizioni che provengono dalla circoscrizione, dal Comune, dalla Regione, dagli Assessorati comunali e regionali alla sanità, dal Comitato regionale di controllo e dai revisori dei conti.

I tempi, quindi, per produrre una qualsiasi decisione in qualunque materia sono lunghissimi. Se si potessero tradurre tali tempi in costi, essi sarebbero estremamente elevati. Solo per citare un esempio, sono diventato presidente della USL nel febbraio 1983; a quella data non era ancora approvato il bilancio preventivo del 1982, il che significa che sulle spese di investimento c'è un ritardo

in partenza superiore ad un anno. Questo è solo un esempio di ciò che deriva dal non definito aspetto istituzionale riguardante il funzionamento delle unità sanitarie locali. A mio avviso non tutti i poteri hanno ragione di esistere; molte procedure andrebbero semplificate, evitando soprattutto gli interventi consultivi.

Un altro grosso problema — l'ha accennato il sindaco che è intervenuto prima di me — è quello del personale, sotto tutti gli aspetti, principalmente sotto quello della mobilità. Molto spesso sento parlare di «spesa storica»; anche l'assegnazione del personale alle USL ha origine storica. Ci sono USL che usufruiscono di una abbondanza di personale; altre, come la mia, in cui il personale è estremamente scarso. Dar corso alla mobilità del personale, prima ancora di bandire concorsi o adottare altre procedure di assunzione, consentirebbe una migliore distribuzione delle risorse umane all'interno delle varie unità sanitarie locali.

Un altro problema importante, connesso a quello del personale, riguarda poi la formulazione dei ruoli nominativi regionali. Essi non sono stati ancora pubblicati; ai fini degli incarichi, le USL hanno provveduto a predisporre graduatorie provvisorie che, molto spesso, non sono ritenute valide dal comitato regionale di controllo.

ROSSANDA. Parla del personale dipendente?

STACCIOLI. Parlo di personale dipendente sia amministrativo che sanitario.

Ciò comporta una serie di problemi riguardanti il funzionamento delle USL che non sempre possono far riferimento ad un dirigente di servizio, o addirittura ad un ufficio di direzione legittimamente incaricato.

Esistono poi altri problemi che riguardano le attribuzioni delle competenze trasferite alle unità sanitarie locali ed il modo di esercitare tali competenze. Le materie che facevano capo all'ufficio d'igiene comunale e quelle riguardanti la normativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro, hanno un doppio aspetto: quello della prevenzione e quello della repressione. Attualmente la tendenza è

quella di privilegiare decisamente il momento repressivo rispetto a quello preventivo. In pratica, gli ispettori nei sopralluoghi agli stabilimenti, alle scuole, eccetera, si trovano spesso nella necessità di disporre la chiusura perchè altrimenti incorrerebbero nel reato di omissione di atti di ufficio. In questo modo finisce — come ho già detto — con l'essere privilegiato chiaramente il momento repressivo. È questo un problema — ho sentito anche il sindaco Novelli accennare alla medesima questione — sicuramente molto sentito in tutto il Comune di Roma.

Altro problema è quello delle convenzioni ereditate dalla USL RM 18, che si potrebbe definire una unità sanitaria locale controriformista per il considerevole numero di strutture convenzionate e la completa carenza di strutture pubbliche a disposizione.

MELOTTO. Quanti abitanti ha la sua USL?

STACCIOLI. Sono 150.000.

Finora l'USL ha ereditato 2.000 posti-letto in strutture convenzionate (gli ospedali classificati: San Carlo di Nancy e IDI; le case di cura: Villa Betania, al cui interno operano medici del servizio pubblico; Villa Morelli; S. Feliciano; Villa Aurora e gli istituti specializzati per l'assistenza agli handicappati ed ai ciechi). È necessario pervenire ad un ripensamento di queste convenzioni, ad un loro riordino, che lo faccia il Comune o la Regione non è tanto rilevante: è rilevante che venga fatto; non si può continuare con una gestione così disarmonica di questi problemi.

L'insieme di queste strutture convenzionate, nella USL RM 18, determina una considerevole spesa che non sempre può essere adeguatamente controllata. Porterò un esempio per chiarire la situazione: il 29 dicembre del 1983 la regione Lazio ha approvato l'aumento delle rette della «convenzionata» con effetto dal 1982. Questa operazione, unitamente ad una disposizione che ci è pervenuta sempre dalla Regione, che in effetti ha trasformato la cassa in competenza, ha determinato in una sola notte nella USL RM 18 un disavanzo di 42 miliardi. Il problema non è

12^a COMMISSIONE13^o RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

solamente questo: sulla base della legge finanziaria questo disavanzo teoricamente viene coperto. Ma chi ripianerà il disavanzo che si creerà nell'esercizio 1984 ove la Regione non adegui lo stanziamento alle nuove rette approvate? Questa è una domanda che mi corre l'obbligo di fare.

C'è infine un ultimo problema cui volevo accennare. È quello dei medici: è una questione molto delicata perchè secondo me ci sono alcuni punti, come quello dell'incompatibilità, che vanno assolutamente affrontati e definiti, come pure va affrontata e definita, almeno a livello di regione Lazio, la situazione dei medici di base. Come presidenti di USL non abbiamo ancora la possibilità di conoscere il numero degli assistiti, in carico per ciascun medico. La notizia è di dominio pubblico: dalla somma delle autodichiarazioni dei medici di base nel Lazio risulta essere assistita una popolazione di 500.000 abitanti in più rispetto a quella che risulta dal censimento. Credo che anche questo aspetto deve essere definito. È vero che la situazione romana ha per alcuni versi un carattere di eccezionalità: però tale eccezionalità, a quattro anni dalla riforma, dovrebbe essere in qualche modo sanata.

MELOTTO. Perchè non avete l'elenco dei cittadini per medico, e chi dovrebbe provvedervi?

STACCIOLI. Teoricamente dovrebbe provvedervi l'unità sanitaria locale. Il problema, sta nei termini seguenti: l'unità sanitaria locale non ha uno strumento di rilevazione in quanto è una divisione artificiale del Comune di Roma. I medici della mia USL possono ad esempio avere assistiti che non risiedono nel territorio della USL stessa.

ROSSANDA. Le liste esistono.

STACCIOLI. Le liste esistono, però sono accentrate a livello regionale. Sono le Regioni che dovrebbero elaborare i dati e poi comunicarli a noi.

ROSSANDA. C'è la legge n. 526 del 1982 che obbliga in questo senso.

STACCIOLI. È vero, ma le USL non possono assumere le iniziative di propria competenza se non ricevono gli elenchi aggiornati da parte della Regione.

PRESIDENTE. Ha ora la parola il dottor Panella.

PANELLA. Sono presidente della USL n. 29 di Badia Polesine nel Veneto; sono presidente già dal 1980, cioè fin dall'inizio della riforma sanitaria. La regione Veneto ha immediatamente messo in moto i vari meccanismi per darsi una programmazione ed è partita con la legge n. 78 del 25 ottobre 1979 con cui si definiva già l'assemblea che rappresenta tutti i Comuni: i Comuni sono comunque rappresentati, l'assemblea elegge i comitati di gestione, i comitati di gestione eleggono il presidente. La Regione, con altri atti deliberativi, ha istituito anche i distretti sanitari di base che ritengo il punto fondamentale della riforma. Senza l'avvio concreto di tali distretti sanitari di base penso che non ci possa essere riforma: il cittadino non chiede grandi cose, ma che almeno quando ha necessità di una prestazione non debba essere rimandato di ufficio in ufficio. Si tratta dunque di uno strumento fondamentale perchè anche nel distretto si può creare quel rapporto tra Comuni che oggi non c'è. Dico subito che il grosso problema delle USL è stato quello di non aver avuto chiare direttive, specialmente in campo finanziario. La regione Veneto, nonostante abbia attivato tutti i momenti necessari, si è trovata ad approvare bilanci preventivi a consuntivo e non vi è stata quindi programmazione: questo è avvenuto perchè manca uno dei principali strumenti della riforma, il Piano sanitario nazionale. Abbiamo avuto critiche in qualità di amministratori, ma sfido qualsiasi azienda a programmare senza un piano generale. Vogliamo riformare la riforma prima ancora di applicarla completamente? Ai comitati di gestione sono mancati il Piano sanitario nazionale ed il piano regionale. Nel Veneto quest'ultimo verrà portato in consiglio per l'approvazione tra pochi giorni. Peraltro le difficoltà di programmazione ci hanno condotto alla difficoltà di gestione.

12ª COMMISSIONE

13° RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

Vi è poi il problema dei rapporti tra comitato di gestione ed assemblea. Questo problema nasce da un momento particolare: di fatto avviene che si tengono dei comitati di gestione di cinque o sei ore in cui sono presenti tutte le forze politiche e naturalmente quando si va in assemblea (in sedute che talvolta dobbiamo convocare anche sei volte) questa diventa un momento di semplice ratifica delle decisioni già adottate. Ora, o esiste l'assemblea come momento programmatico, oppure il comitato ha un'altra funzione. Invece tutta la scelta concreta avviene nel comitato di gestione, o perlomeno questa è l'esperienza della nostra unità sanitaria locale.

Un altro problema è il rapporto con i Comuni: non può sussistere rapporto tra comuni e unità sanitarie locali dal momento che tutta la legislazione sanitaria successiva alla legge n. 833 del 1978 ha distorto la configurazione della USL come ente strumentale del Comune, previsione invece contenuta nella citata legge n. 833. Il finanziamento avviene infatti secondo lo schema Stato-Regione-unità locale; il personale è nei ruoli regionali, quindi i Comuni non c'entrano affatto; inoltre, come previsto anche nell'ultima legge finanziaria, i controlli, i poteri sostitutivi spettano alle Regioni, e quindi ancora una volta si esautorarono i Comuni.

Pertanto, occorre decidere se le USL sono strumenti del Comune — e allora tutta la conseguente normativa delegata deve far capo a questo — oppure se i Comuni non devono avere alcun ruolo.

Rischiamo, infatti, di trovarci di fronte all'equivoco che il sindaco è responsabile di qualcosa che poi non gestisce nè controlla ed è soltanto chiamato a volte a rispondere con il proprio bilancio per le spese sociali. Esiste quindi — e lo voglio ribadire — un grave equivoco nel rapporto tra Comuni e unità sanitarie locali.

È venuta a mancare anche la riforma dei servizi sociali, con la conseguenza che non esistono parametri precisi cui si possa far riferimento per individuare quando il tipo di intervento si caratterizzi come sociale, e quindi sia posto a carico del Comune, e quando invece sia a carattere sanitario, e

perciò a carico dell'unità sanitaria locale. Si verificano quindi discussioni tra presidenti e sindaci perchè non è chiaro — ripeto — quando un certo intervento debba essere a carico del Comune e quando a carico della USL. Anche questi quindi sono equivoci che devono essere risolti rapidamente. Che cosa sono quindi le unità sanitarie locali? A questo punto ci troviamo nella condizione di dover avere rapporti direttamente con l'Assessore regionale alla sanità e a volte addirittura con il dipartimento sanitario; non c'è più il rapporto con i Comuni.

Anche per quanto riguarda il personale esiste un grave problema. Infatti, in assenza del piano sanitario nazionale e di quello regionale e in mancanza della definizione degli *standards*, la normativa che ha sancito il blocco delle assunzioni, salvo deroga — che è un meccanismo poi abbastanza complesso —, ha creato notevoli problemi dal momento che il divieto, che avrebbe dovuto essere concepito soltanto per livelli che superassero determinati *standards*, ha colpito indistintamente tutte le unità sanitarie locali. Vorrei ricordare, a proposito delle deroghe, che qualche giorno fa, ad esempio, mi sono trovato nella situazione di dover sostituire un operatore posto in aspettativa per maternità, e quindi, dovendo attivare tutto lo strano meccanismo delle deroghe, dovrà passare qualche mese prima di potere avere nuovamente il personale per l'assistenza necessaria.

ROSSANDA. Anche io, in merito alla questione delle assunzioni, ho sollevato molte obiezioni.

PANELLA. Quindi, certo il divieto delle assunzioni deve esserci, ma — ripeto — solo quando si superino determinati *standards*. Si verifica infatti il caso di unità sanitarie locali che hanno molto personale mentre altre USL di Comuni non capoluogo sono senza personale. Ci deve essere invece un'equa distribuzione.

Per quanto riguarda il problema dei massimali previsti per i medici — prima il collega parlava di massimali o meno —, vorrei far presente che, al di là di queste difficoltà che

hanno un riferimento normativo nazionale, nel Veneto tutti i medici sono rientrati nel proprio massimale: vi sono medici che non hanno più di 1.800 assistiti, tanto è vero che su 90.000 abitanti, in un anno e mezzo, abbiamo inserito circa venti medici giovani, perchè i medici sono stati riportati nel massimale previsto dalla legge.

Un altro problema che vorrei sottolineare è quello riguardante le questioni connesse con le competenze dell'ufficio di direzione, stante l'estrema importanza del rapporto con i tecnici. Infatti, come è determinante il distretto come momento territoriale, nell'unità sanitaria locale è determinante l'ufficio di direzione. Stiamo provando ad attuare pertanto una procedura in base alla quale ogni ordine del giorno passi attraverso il vaglio tecnico dell'ufficio di direzione, prima di arrivare al comitato di gestione. Certo, non siamo ancora riusciti completamente a fare questo, però ritengo che il ruolo dei tecnici si possa e si debba salvaguardare; anche in questo caso infatti abbiamo avuto facili deleghe. Molti tecnici non prendono decisioni, dicendo che non possono farlo perchè di competenza del comitato di gestione, del presidente e quindi si rinviando le soluzioni dei problemi.

Pertanto, ritengo che occorra chiarire con legge il ruolo dell'ufficio di direzione affinché siano precisate le responsabilità dei tecnici e quelle dei politici e possano essere finalmente attribuiti all'ufficio stesso quei compiti che rientrano nella sua competenza con la conseguenza di liberare da inutili incombenze i comitati di gestione. Il tecnico deve svolgere le funzioni proprie della sua qualifica e lo deve fare con responsabilità; quindi, ripeto, la legge deve intervenire specificandone le funzioni ed attribuendo ai tecnici, per certe materie, possibilità deliberative senza rinvio. Per questo equivoco, infatti, molte colpe sono state attribuite ai politici e, viceversa, i politici le hanno fatte ricadere sui tecnici. L'ufficio di direzione deve avere proprie funzioni e deve essere organo anche deliberativo su specifici momenti tecnici, come stabilisce la legge regionale del Veneto in materia di organizzazione; solo così il comitato di gestione può

essere finalmente liberato — e intendo ribadirlo — da tante questioni che non rientrano propriamente nella sua competenza, e i tecnici possono salvaguardare la loro funzione, assumendo le proprie responsabilità e deliberazioni. Ma questo deve essere stabilito — lo sottolineo nuovamente — per legge, senza possibilità di rinviare le questioni, come spesso succede, al presidente.

Si è verificato il fatto, ad esempio, che quest'ultimo sia stato invitato a prendere provvedimenti disciplinari nei confronti di un infermiere, e questo certamente non rientra nelle sue competenze; in base a quanto stabilito nel decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, è infatti il caposettore che deve farlo senza ovviamente rinviare tale funzione al presidente. Il caposettore, il direttore sanitario deve assumersi le sue responsabilità.

Per quanto riguarda l'ufficio di direzione e i distretti, credo che questi siano i punti salienti della riforma. Non possiamo però parlare di riformare la riforma se non valutiamo questa nel suo insieme e prima che venga applicata compiutamente.

GARUTI. Signor Presidente, cercherò di essere conciso nell'illustrare l'attività svolta dalla USL n. 14 dell'Emilia-Romagna, di cui sono presidente.

Ritengo — anche in relazione a quanto è stato detto finora — che la situazione complessiva della nostra unità sanitaria locale sia abbastanza diversa, sicuramente meno catastrofica, rispetto ad altre.

Il 1° gennaio 1981 è stato completato il trasferimento di tutte le funzioni sanitarie alla USL n. 14. Quindi, si può parlare di un'esperienza concreta che ha ormai superato i tre anni. Ritengo, pertanto, di poter affermare che l'impianto istituzionale ed organizzativo dell'unità sanitaria locale, così come previsto dalle norme legislative vigenti, sia nazionali che regionali, ha trovato e trova nell'ambito territoriale della USL che presiedo una riprova positiva della sua possibilità di funzionamento.

Quindi, vorrei sottoporre alla vostra attenzione solo pochi dati — senza toni trionfalistici, perchè non mi sembra il caso — che

12^a COMMISSIONE13^o RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

sono certamente molto diversi da quelli illustrati nel corso di precedenti interventi. Occorre tuttavia riconoscere che tale positivo riscontro è stato possibile solo perchè erano presenti preliminarmente alcuni elementi che riteniamo ottimali e specifici della nostra realtà.

In primo luogo, bisogna tener presente il fatto che la USL è costituita da un'associazione di due soli Comuni — quindi, non venti, trenta o cinquanta, nel qual caso alcune disfunzioni sono molto comprensibili, senza entrare nei particolari — e sono il Comune di Carpi, con una popolazione di 60.000 abitanti, e il Comune di Novi di Modena, con una popolazione di circa 10.000 abitanti; la popolazione complessiva è quindi di circa 70.000 abitanti, anzi per essere più precisi di 70.467 abitanti.

A questo punto, vorrei aprire una parentesi a proposito dei medici di base; tenendo presente il numero complessivo degli abitanti dei due Comuni, le scelte effettuate dai cittadini nei confronti dei medici assommano a 69.666; ciò significa che attualmente sfuggono al controllo — ma vi sono varie motivazioni — circa 800 cittadini, che quindi non hanno ancora scelto il loro medico.

Il secondo punto che crea una certa specificità è l'esistenza di un solo complesso ospedaliero, peraltro non molto grande, ma tale da servire sufficientemente il territorio.

Il terzo punto è l'inesistenza più assoluta di case di cura convenzionate, con l'esclusione quindi di una serie di problemi. Un altro punto che potrei citare in positivo per una USL come la nostra è una delega totale da parte dei Comuni, in particolare da parte del Comune maggiore che si assume l'onere più grande, a gestire i servizi sociali, sicchè gli stessi sono integrati con i servizi sanitari; tant'è che le ultime novità di carattere legislativo non comporteranno modifiche di sostanza in una USL come la nostra per il fatto di scindere il sociale dal sanitario, e di fatto non creeranno grandi problemi nella formazione del bilancio di carattere sanitario, in quanto non saranno cifre allarmanti quelle incidenti. Al riguardo, va evidenziato che i Comuni associati fanno affluire alle unità sanitarie locali (prendo l'ultimo bilancio per-

chè quello del 1984 è in via di formazione) 812 milioni per la gestione di servizi sociali, a fronte ovviamente di una spesa di pari entità; quindi, l'unità sanitaria locale concorda con i Comuni in fase di formazione del bilancio gli interventi da effettuare, ne stabilisce le spese, dopo di chè i Comuni non c'entrano più, a parte la definizione dell'indirizzo che vogliono seguire ma che spetta poi all'unità sanitaria locale mettere in pratica. Ai Comuni resta la titolarità, ma la gestione dal punto di vista disciplinare spetta alle unità sanitarie locali.

Alcuni dati ancora positivi di un'esperienza come la nostra riguardano il fatto che durante il corso del 1983 l'unità sanitaria locale n. 14 non è ricorsa ad anticipazioni di cassa da parte del tesoriere, e questo è un fatto di un certo interesse. Quindi, la nostra USL non ha avuto alcun onere per interessi passivi, riuscendo nel contempo (credo che siamo una delle rarissime realtà) ad essere in pari con tutti i fornitori fino alla fine dell'anno; perciò, non abbiamo mai avuto problemi nel pagamento dei fornitori, cosa che, ad esempio, nelle USL anche vicine ha creato maggiorazioni dei costi.

Tuttavia, vanno poi evidenziate alcune difficoltà che potrebbero sorgere in questo momento nei confronti del personale dipendente a seguito della recente circolare del Ministero del tesoro, emanata di concerto con il Ministero della sanità, in ordine all'applicazione dell'articolo 26 della legge n. 730 del 1983 (legge finanziaria 1984). Infatti, sono rimasti da corrispondere (questo crea le prime serie preoccupazioni) arretrati per il lavoro straordinario, incentivi all'utilità e altre variabili per circa 760 milioni; poi ci sono i maggiori oneri derivanti dall'applicazione del nuovo contratto unico nazionale del comparto sanitario (decreto del Presidente della Repubblica n. 348 del 1983) per una spesa di circa 340 milioni, e sarebbe davvero necessaria — e la sottopongo alle vostre valutazioni —, l'inclusione di questi ultimi oneri tra quelli anticipati da parte del tesoriere, onde evitare quella serie di malcontenti e quel paventato blocco di cui si è letto sui giornali. Infatti, anche la realtà delle altre USL e dei movimenti sindacali sta a testimoniare il

preventivo blocco dei servizi da parte del personale che si vede negare una serie di benefici economici. Questo lo segnalò perché mette noi, e anche altre USL, in una situazione di un certo pericolo.

ROSSANDA. Mi scusi l'interruzione, ma mi è sfuggita la precisazione di quali oneri si tratta.

GARUTI. Lei sa bene che con le anticipazioni del mese di dicembre le USL sono state autorizzate a pagare i fornitori e tutta quella serie di oneri che serve per mettere in piedi il nuovo contratto e per pagare straordinari (cosa che avevamo proposto al fine di mettere in moto la macchina); ma a questo punto, le USL sono state costrette a fermarsi e i sindacati cominciano a muoversi, creando una serie di problemi.

Per il problema della distribuzione dei fondi, devo dire che si è regolarmente insediato il 29 settembre il collegio dei revisori e devo ribadire che, in relazione anche all'alto livello di qualificazione, tale collegio si pone come uno strumento di corretta collaborazione per il funzionamento della nostra unità sanitaria locale. Aggiungo anche che finora questo collegio non ha rilevato anomalia alcuna.

L'attività ospedaliera, che assorbe personale sanitario in tutte le USL per il 95 per cento, ha visto, nel 1983, 12.602 ricoveri, più di 110.000 giornate di presenza, con una tendenza alla diminuzione rispetto agli anni precedenti. Per quanto concerne le prestazioni specialistiche compiute direttamente dall'unità sanitaria locale, posso citare alcuni dati significativi: le prestazioni di laboratorio o di analisi sono circa 340.000 all'anno, le prestazioni di radiodiagnostica sono 45.500, le prestazioni specialistiche diverse sono 233.000 (per specialistiche diverse intendo medicazioni e così via), per un totale di oltre 615.500 presenze. Il ricorso al convenzionamento esterno è molto limitato, essendo in grado l'USL n. 14 di fornire gran parte delle prestazioni direttamente entro i famosi tre giorni previsti. Il tempo medio di attesa per le prestazioni specialistiche e diagnostiche, fatte sempre salve le urgenze e la continuità

terapeutica che siamo in grado di garantire, supera al massimo il mese, ma si tratta proprio di eccezioni, riguardando alcuni esami particolari di cardiologia, di ecografia, ovvero massaggi, fisioterapia, eccetera, a causa della difficoltà reale di trovare personale specializzato.

Il rapporto con i medici di base, con i pediatri di libera scelta, è improntato ad un principio di reciproca collaborazione (non è sempre facilissimo, e poi spiegherò il perché), sicché il rientro nei massimali è avvenuto con estrema facilità. Per quella che è la nostra realtà, vi sono stati molti esempi di associazioni che hanno permesso di operare, quindi non si è avuto alcun problema di questo tipo. Si è proceduto addirittura a carico dei medici convenzionati al recupero di tutto quanto pagato in più, e anche questa è una cosa di cui si legge spesso in negativo sui giornali in relazione al fenomeno del mancato aggiornamento degli elenchi (e vengo al discorso che faceva in precedenza il collega di Roma). Alla data odierna, gli elenchi della USL n. 14 (Carpi-Novati) presentano uno scarto rispetto alla realtà che si può stimare inferiore all'1 per cento. È praticamente inesistente la conflittualità da questo punto di vista con i medici di base; siamo addirittura in grado di procedere alle cancellazioni temporanee per i militari di leva, dato che il sistema che abbiamo impiantato è in grado di dare delle risposte immediate.

Noi siamo stati tra le prime unità sanitarie locali a mettere in atto in Emilia Romagna il sistema di controllo della farmaceutica. La spesa farmaceutica esterna dei servizi ospedalieri presso le quindici farmacie convenzionate è stata, nel 1983, di 5.660 milioni e 431.000 sono state le ricette.

Grazie ad un sistema di rilevazione, su cui potrò anche dare maggiori chiarimenti, e di elaborazione dei consumi farmaceutici che si è realizzato e si può anche realizzare a livello nazionale, abbiamo in proposito riscontrato una spesa media per abitante di circa 80.000 lire nel 1983, che è inferiore alle attuali medie e che mi pare sia sicuramente inferiore sia alla media dell'Emilia Romagna che a quella nazionale.

Vi è poi il problema del personale. Sempre

12^a COMMISSIONE13^o RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

per terminare il quadro di questa USL, devo dire che alla data del 1^o gennaio 1984 l'USL n. 14 ha in servizio 672 unità di dipendenti che, divisi secondo le categorie, sono 408 di ruolo sanitario, 181 di ruolo tecnico (è importante — a nostro giudizio — la valutazione di questi dati anche in relazione all'eventualità di creare degli *standards* di valutazione), 81 di ruolo amministrativo e 2 di ruolo professionale. Il 1^o gennaio 1983 avevamo in servizio 683 unità, quindi 11 in più; la lieve diminuzione è dovuta alle difficoltà connesse alle autorizzazioni, alle deroghe, eccetera.

ROSSANDA. Magari ci dica quanti sono i precari!

GARUTI. Lo dirò, non si preoccupi.

PRESIDENTE. Sarà molto utile se lei potrà fornirci i dati.

GARUTI. Per quanto riguarda la nostra unità sanitaria locale, in materia di personale ritengo opportuno far qui presente (e rispondo alla domanda della senatrice Rossanda) l'esigenza della sanatoria del personale precario, che ammonta a 124 unità su un totale — ripeto — di 672, nonchè l'esigenza di un più razionale e semplice impianto normativo per il personale dipendente che consenta, ad esempio, di espletare i concorsi senza virtù eroiche.

Per quanto concerne il servizio sul territorio, siamo sicuramente più arretrati rispetto all'andamento complessivo di questa USL. Direi che siamo ad un livello di sufficienza, perchè, ad esempio, è in programma solo per il corso del 1984 il tentativo della sperimentazione dei distretti. Anche in questo caso poichè mancavano sia degli *standards* che delle indicazioni precise, non abbiamo voluto addentrarci in questa materia, pur se nel Comune limitrofo di Novi avevamo comunicato con buoni risultati la prima esperienza di carattere distrettuale. Ritengo che l'opera dell'amministrazione debba essere indirizzata a riconvertire la spesa di carattere ospedaliero in favore della spesa del servizio a livello territoriale (questo è un problema che

sottopongo all'attenzione di questa Commissione).

Rimangono ancora da affrontare i problemi, ricordati dai colleghi e dai sindaci intervenuti in questa audizione, dell'assemblea e dei comitati di gestione. Abbiamo insediato sin dall'inizio l'ufficio di direzione ma non siamo riusciti ancora a fare un regolamento che determini con correttezza i compiti (ricordo che tale ufficio è l'insieme dei capiservizio) e quelli dell'organico politico, cioè del comitato di gestione. La USL della quale sono presidente ha un comitato di gestione composto da dodici unità (numero non molto elevato rispetto ad altre esperienze) ed un'assemblea di quaranta membri, che sono in genere per due terzi consiglieri comunali e per un terzo scelti al di fuori (si possono per esempio scegliere alcuni componenti dell'ANCI). È sicuramente vero che un comitato di gestione composto da dodici membri, che comprende tutte le forze politiche di maggioranza (cinque nel nostro caso) ed anche le minoranze, per forza di cose assume le funzioni dell'assemblea stessa, in quanto il vero dibattito politico avviene in quella sede. L'assemblea avrebbe infatti dei compiti ben definiti (deve approvare i bilanci e indicare le grandi programmazioni), ma viene smiunita nelle sue funzioni perchè gran parte della discussione è stata già fatta nell'ambito del comitato di gestione. Si deve inoltre tener presente che a volte il gruppo di una forza politica in assemblea è lo stesso del comitato di gestione. Noi stiamo cercando di valorizzare questo organismo assembleare (vi è uno sforzo continuo da parte del presidente dell'assemblea che è il sindaco di uno dei due Comuni) ma oggettivamente la situazione è tale per cui il dibattito politico, come ha già detto, avviene sempre nel comitato di gestione. Comunque questo è un esempio di una USL sicuramente diversa dalle altre, che partendo da condizioni differenti ha avuto anche dei problemi differenti.

Sé i Comuni si sono oggettivamente disinteressati di fatto dei problemi delle USL è perchè queste ultime accumulavano problemi su problemi già gravanti sui Comuni stessi. Di fronte a USL costrette a fare il

12^a COMMISSIONE13^o RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

bilancio alla fine dell'anno e a portare avanti disavanzi incredibili, era abbastanza prevedibile che i Comuni non volessero prendersi questa responsabilità; adesso comunque la situazione sta cambiando in riferimento ai debiti arretrati, ai pagamenti, eccetera.

Questo è il quadro di questa USL che, come ho già sottolineato, presenta alcune specificità particolari e che, secondo il mio parere, meriterebbe uno studio più approfondito. Infatti uno degli elementi che va affrontato e studiato a livello regionale è il dimensionamento delle USL stesse, la specificità e la presenza delle strutture sanitarie. Anche noi abbiamo molti problemi, che costituiscono però problemi di qualificazione. Bisogna quindi migliorare il servizio nel Meridione e risolvere non solo i gravi problemi di fondo richiamati dai colleghi...

TRIGLIA. Sta parlando della «Svizzera»!

GARUTI. No, non è la Svizzera perchè come già ho sottolineato anche noi abbiamo i nostri problemi. Voglio comunque aggiungere che, per tradizione, per le leggi regionali e per l'esistenza dei consorzi socio-sanitari, quando è intervenuta la riforma abbiamo trovato un terreno già ben organizzato. Infatti erano presenti sul territorio una serie di servizi.

ROSSANDA. Quindi la «spesa storica» (essendo tutta sul pubblico) vi ha favorito?

GARUTI. In un certo senso ci ha favorito.

PRESIDENTE. Invito ora i colleghi che lo desiderino a porre i loro quesiti ai nostri ospiti.

MELOTTO. Credo che il dottor Garuti terminando il suo intervento abbia parlato della Svizzera, per cui ritengo necessario ripristinare il filo conduttore di questa consultazione. Questa audizione rappresenta infatti una delle più importanti, perchè i protagonisti della riforma sono tanti, ma tra i tanti, va messo in risalto il Comune. Vorrei allora porre alcune domande, soprattutto affrontando i problemi che sono stati messi in eviden-

za in questa occasione, in considerazione del fatto che l'indagine che stiamo conducendo persegue l'intento di indicare le modificazioni che vanno apportate alla riforma.

La legge n. 833 del 1978 è la premessa di quanto si sta discutendo nella 1^a Commissione sulla riforma degli enti locali. Ritengo che si sarebbe dovuto procedere prima a quella e poi a questa, anche se ormai è difficile tornare indietro. La riforma ha portato la centralità dall'ordinamento dello Stato alle autonomie, per cui i tentativi di vario genere di ripristinare la gestione della sanità centralisticamente, rappresentano, a mio avviso, una perdita di tempo che scoraggia e stanca la nostra azione.

Bisogna partire dalla considerazione, sentito anche il parere del rappresentante della comunità montana, che gli articoli 117 e 118 della Costituzione sono tuttora validi, perchè esautorando la Regione noi non rispettiamo la Costituzione. La competenza dell'assistenza medico-ospedaliera, in base all'articolo 117 della Costituzione, è attribuita alle Regioni, che la devono gestire tramite gli enti locali. Questo è stato l'intento del legislatore con la legge n. 833 del 1978; se ci è riuscito totalmente o in parte lo dobbiamo verificare anche in questa sede.

Il problema se la USL debba essere uno strumento dei Comuni o delle Province è un problema prima di tutto culturale e poi politico che noi dobbiamo affrontare. La soluzione diretta a farne uno strumento del Comune, essendo presente una disomogeneità nella realtà del paese (vi sono per esempio dei Comuni con pochissimi abitanti) costituirebbe una programmazione nel deserto. È stato detto che quando le forze politiche di minoranza sono nel comitato di gestione, vi sarebbe solo una perdita di tempo. Questa è la verità! Allora io chiedo, poichè siamo di fronte ad uno strumento, se è la forma della triade di organi che lo rende tale o non sarebbe meglio modificarlo in azienda municipalizzata, così da richiedere più elasticità e facilità nella gestione.

Questo modello, se fosse reso obbligatorio in tutto il paese, faciliterebbe anche il discorso delle grandi città nella suddivisione territoriale dei compiti? Faciliterebbe anche

la gestione dei servizi multizonali? Allora, nella delimitazione della territorialità, costituendo nelle grandi città più aziende, il sistema della qualificazione del servizio potrebbe essere temperato con il numero degli abitanti da servire. In secondo luogo, possiamo superare il discorso del Fondo sanitario, rigidamente stabilito dalla finanziaria, che si riparte attraverso le Regioni e dalle Regioni va alle USL, ed è gestito sempre come stanziamento speciale, per passare invece ad una delle tante voci in cui si articola il bilancio regionale e comunale, senza per questo avere la caratteristica di un fondo speciale che, alla fine, premia solo lo spreco e la inefficienza? In terzo luogo, per quanto riguarda il personale, anche in questo caso, il modello di azienda municipalizzata potrebbe rappresentare un momento di politica razionale ai vari livelli, ai vari mali, con riferimento specifico alle categorie mediche?

Ultimo punto che desidero affrontare è il problema delle incompatibilità, che soprattutto nelle città determina una situazione particolare. Come è gestita la normativa contrattuale al riguardo e, eventualmente, quale compatibilità, anziché incompatibilità, dei medici e dei clinici è prevista nelle grandi città, sedi universitarie, dove maggiormente il problema va compreso prima di poterlo codificare e regolamentare?

ROSSANDA. Non rivolgo domande specifiche, rivolte all'uno o all'altro degli intervenuti. Le mie sono, piuttosto, richieste di chiarimento, alle quali chiunque potrà rispondere.

Mi è sembrato di comprendere da vari interventi che il difetto fondamentale è l'insufficiente sviluppo del meccanismo di associazione dei Comuni, tanto è vero che le due esperienze più efficaci e funzionanti, forse anche favorite da una certa esperienza amministrativa, sono quelle della comunità montana e della USL di Carpi e Novi.

La mia prima domanda è la seguente: nelle previsioni che vengono fatte e nei contatti che si tengono, quale strumento si prevede di inventare, affinché l'associazione dei Comuni si consolidi? La domanda può essere

posta anche come segue: la vera associazione di Comuni, con le caratteristiche che sono state da poco descritte, è costruibile su tutto il territorio nazionale in maniera da creare le condizioni affinché le USL possano identificarsi in modo più preciso, sia pure con qualche aggiustamento di organi?

Sulla soluzione che ha posto in rilievo il senatore Melotto, cioè quella dell'azienda municipalizzata, io ho qualche dubbio. Mi pare di capire che generalmente le aziende municipalizzate gestiscono un servizio molto preciso, come quello della centrale del latte, dei trasporti, delle farmacie, eccetera. Ora, invece, il Servizio sanitario, con tutte le competenze che comporta e con la sua articolazione interna, non sembra poter configurare, come da più parti è stato detto, un'azienda; basta pensare che i centri di costo di una USL sono valutati nell'ordine di qualche centinaio. In queste condizioni si può immaginare un modello di azienda municipalizzata efficace, specialmente laddove si tratti di servizi che vanno ad incidere nella vita delle persone, ad integrarsi con attività sociali, di igiene del territorio, urbanistiche e così via? Sulla base delle vostre esperienze vissute, vi sembra che questa strada, di cui tanto si parla, sia veramente da seguire di fronte alle specifiche caratteristiche di complessività del Servizio sanitario?

COLOMBO SVEVO. Volevo valermi della vostra competenza soprattutto per i problemi che sorgono dai rapporti tra Comuni e unità sanitarie locali, tenuto conto del fatto che queste ultime sono dipendenti dal consiglio comunale.

Vorrei rivolgere alcune domande. Innanzitutto ritengo che il problema della riforma istituzionale delle USL non possa in nessun modo essere isolato da quello della riforma dell'ordinamento delle autonomie locali. Separare le une dall'altra ha fatto sì che il volontariato istituzionale attuato nel nostro paese in questi anni fosse un fallimento. Se questo è vero ritengo che il problema sia di ordine generale e riguardi i Comuni di una certa dimensione cui sono state affidate alcune competenze che superano la competenza ordinaria del Comune stesso. Bisogna quindi

12ª COMMISSIONE

13° RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

pensare agli strumenti che devono essere dati al Comune per poter completare le proprie funzioni. La legge n. 382 del 1975 rappresenta il momento riorganizzativo dell'ordinamento locale per quanto riguarda le varie funzioni; se teniamo per buoni i vari livelli di competenza e i trasferimenti attuati con detta legge, mi chiedo se sia possibile portare avanti quel progetto di associazionismo non obbligatorio previsto dal disegno di legge di riforma dell'ordinamento locale che viene a scardinare l'organizzazione della riforma sanitaria.

Si dovrebbe a mio avviso esaminare più compiutamente il rapporto tra Comune ed enti strumentali. Pensando ad esempio alle grandi aziende municipalizzate milanesi, mi chiedo se gli organi politici comunali riescano a decidere sulle funzioni da attribuire a queste stesse aziende. Occorre valutare il sistema dei rapporti esistenti tra il Comune, che rappresenta il momento centrale, e gli enti, consorzi o aziende, di cui esso si serve.

Un'altra questione che vorrei proporre alla vostra attenzione riguarda i motivi per cui non è scattato il rapporto tra Comune ed unità sanitaria locale. Ciò, a mio avviso, è dipeso dal fatto che l'USL, definita ente strumentale, in realtà è diventata un ente a sé stante. Non è possibile studiare un meccanismo diverso? Siamo legislatori ed abbiamo la possibilità di creare un diverso modo di collegare i Comuni, attraverso i loro rappresentanti, i sindaci, i quali siano referenti politici di un organismo molto tecnico. Questo è ad esempio il sistema che abbiamo adottato in Lombardia per il settore dei servizi sociali. In questo organismo di coordinamento, in un certo senso anomalo, i sindaci e gli Assessori hanno avuto la possibilità di discutere anche di problemi sanitari. Un organismo di questo genere non differisce molto dalla comunità montana, essendo composto da politici e avendo strumenti molto agili per quanto riguarda l'aspetto gestionale.

MERIGGI. Desidererei anch'io avere delucidazioni in merito ai temi trattati dalla senatrice Colombo Svevo.

DE SABBATA. Vorrei anch'io sottoporre alcune questioni alla attenzione dei nostri ospiti. Credo che la grave crisi che ha investito le unità sanitarie locali dipenda dal distacco dai consigli comunali. Gli organi che guidano l'unità sanitaria locale stentano ad avere lo stesso livello di responsabilità che compete al consiglio comunale e al sindaco. Non credo che il problema possa essere risolto facendo dell'unità sanitaria locale una municipalizzata, perchè la municipalizzata è caratterizzata essenzialmente dalla tecnicità del servizio e dal suo essere subordinata in modo strumentale alle iniziative del Comune, dovendo assolvere ad esigenze specifiche (acquedotti, trasporti, eccetera) che favoriscano lo sviluppo economico di una comunità.

Il servizio sanitario ha carattere affatto diverso perchè investe l'intera esistenza dell'uomo e non può essere soggetto a municipalizzazione. Questo servizio è perciò integrato nei servizi comunali, nell'esistenza e nello sviluppo della comunità in quanto tale. Il sistema di organizzazione si è dimostrato debole proprio in questo senso. Come recuperare allora questa possibilità di collegamento, quando la scala degli interessi non può essere che quella comunale? Il servizio può essere anche molto tecnico in certi ospedali ma per le ragioni che ho detto non è questo il problema; perciò non è «municipalizzabile». Ma la scala degli interessi non corrisponde a quella del Comune: qualche volta il Comune è troppo grande e qualche altra è troppo piccolo. Come ritrovare l'aggregazione della sanità dentro gli interessi generali del Comune? C'è l'ambiente, il modo di vivere, la casa, il rapporto con il luogo di lavoro, il tipo di lavoro; vi è tutto dentro! Quindi staccare questo settore e creare un ente a parte è un errore di partenza. Direi che una via potrebbe essere quella dell'associazione tra Comuni; ma non l'associazione per la sanità, bensì per gli interessi generali del Comune, che riesca ad essere un sistema reale di collegamento di tutti gli interessi della comunità che si intrecciano tra la popolazione comunale e quella più vasta. Come arrivare a realizzare questa associazione?

12ª COMMISSIONE

13° RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

Qui siamo per forza nella riforma delle autonomie, collega Colombo Svevo. Non credo che si possano fare separazioni, bisogna sempre inquadrare tutto dentro la riforma più vasta del settore: un Comune che abbia nuovi poteri, ma anche la facoltà di associarsi non per un solo obiettivo, non in un solo consorzio, non in una struttura di vecchio tipo, ma per la sua attività in generale e per i suoi bisogni; e occorre trovare in questa associazione anche il momento di gestione delle unità sanitarie. Altrimenti, stacciamo il corpo dei gestori dal corpo di coloro che curano gli interessi generali della collettività e in tal caso non riusciremo a risolvere mai questi problemi. Certo, c'è il principio di una maggiore presenza di sindaci e di Assessori nell'unità sanitaria locale: questo sarà utile, ma siamo ancora nello schema attuale. Credo che le unità sanitarie possano andare molto bene se si dà una vera capacità di azione ai consigli di circoscrizione, che devono avere tutta una serie di interessi e di poteri: anche questo è un elemento da riformare appunto perchè anche qui vi possono essere aspetti di carattere generale e perchè anch'essi hanno bisogno di avere una possibilità di collegamento con il consiglio comunale, con il sindaco e con gli organi che gestiscono il Comune. A me sembra che a questi interrogativi si debba dare una risposta che non sia formale, perchè l'associazione è qualcosa che sta costruendosi e che sta crescendo. In alcune zone vi sono degli esempi di associazione che hanno significato di carattere generale, vi sono esempi di associazioni che si intersecano: bisognerebbe cercare di arrivare invece ad associazioni che non hanno molte intersezioni, che siano le uniche associazioni. Ogni Comune dovrebbe partecipare ad una sola associazione, in linea generale, e cercare di riprodurre negli organi dell'associazione quella responsabilità e quella democrazia che sono presenti nel consiglio comunale o quei collegamenti che assicurino quella responsabilità e quella democrazia; infatti, è vero che il cittadino non riesce a presentarsi nei confronti della gestione sanitaria con la stessa forza, con lo stesso prestigio con cui si presenta di fronte al sindaco. Il cittadino chiede sempre ragio-

ne al sindaco del suo operato: non altrettanto fa nei confronti del gestore dell'unità sanitaria locale: è a questo che si deve arrivare, che è anche un rapporto di cultura che può nascere solo attraverso una riforma legislativa di questi caratteri.

Che cosa possiamo ancora sentirci dire rispetto a questo problema?

TROTTA. Intendevo esporre, sicuramente molto meno bene di quanto abbia fatto il senatore De Sabbata, più o meno le stesse argomentazioni. Anche io sono pienamente convinto che la inefficienza delle USL, se inefficienza vogliamo chiamare questa loro incapacità di rappresentare le necessità sanitarie dei cittadini, debba sicuramente imputarsi, tra l'altro, alla mancanza d'immediatezza, di comunicativa, di spontaneità nel rapporto tra l'utenza, tra i cittadini e la gestione, la presidenza, il comitato di gestione. Infatti, il comitato di gestione è composto di elementi che sono eletti in seconda istanza e quindi non hanno un proprio diretto rapporto con l'elettorato; dunque non si sentono certo responsabilizzati alla stessa maniera dei consiglieri comunali, degli Assessori e dei sindaci.

Ma volevo intervenire anche su un altro punto. Noi abbiamo sentito qui che l'assistenza sanitaria, contrariamente a quanto diceva Novelli, in particolare l'assistenza ospedaliera, dopo l'entrata in vigore della legge di riforma sanitaria, non è certo migliorata, forse è peggiorata.

NOVELLI. Mi riferivo alla mia città.

TROTTA. Per quello che è la mia esperienza particolare di medico e di sindaco non posso che condividere le affermazioni che sono state qui manifestate. Vediamo che vi sono assemblee che non riescono a riunirsi se non in modo episodico ed eccezionale, comitati di gestione che reggono e non; ma soprattutto vediamo che gli ospedali non riescono a fornire una assistenza soddisfacente.

ROSSANDA. Ma prima della riforma la fornivano? Questo è il problema.

12^a COMMISSIONE13^o RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

TROTTA. Per quello che mi riguarda e per quello che abbiamo sentito, la fornivano certamente in modo migliore. Lo abbiamo sentito dire ed io condivido senz'altro tali affermazioni. Penso che uno dei motivi, a prescindere dalle disfunzioni delle USL, sia anche la demotivazione dall'impegno del personale, in particolare di quello medico. Questo aspetto non è stato trattato dalla nostra Commissione fino ad oggi, ma merita secondo me una certa attenzione. I medici si sentono espropriati e messi da una parte; la riforma sanitaria è un fatto che non li interessa perchè molti di essi pensano che la riforma sia contro di loro. Allora, nel pieno convincimento che le istituzioni e la riforma, così come è stata articolata, possono andar bene, dico che dobbiamo pensare a come coinvolgere in qualche modo tutti i sanitari, ed i medici in particolare, nella gestione della riforma, nella gestione degli ospedali. Chiedo dunque a voi esperti, visto che questa legge di riforma sanitaria dovrà essere ritoccata in qualche punto — non condivido infatti l'opinione di chi dice che non debbano essere apportate modifiche: siamo già convinti che ci sono delle cose da cambiare — se vi siete domandati come possa essere cambiato il rapporto tra i medici e la gestione dell'unità sanitaria locale.

ALBERTI. Signor Presidente, vorrei capire meglio il discorso relativo all'assemblea. Ho sentito che in effetti vi sono difficoltà di rapporto tra Comuni e assemblee delle USL. Mi è sembrato che le assemblee siano state criticate nel senso che — ed è stato ripetuto anche da altri esperti — sono state di fatto espropriate nelle loro funzioni, perchè in pratica non hanno funzionato. Alcuni hanno detto addirittura che l'assemblea è stata espropriata dal comitato regionale di controllo.

Volevo sapere se questo dipende dalle assemblee in generale oppure dalle diverse realtà che si sono verificate in Italia; ad esempio, in alcune città l'assemblea è costituita da tutto il consiglio comunale — almeno così mi pare di aver capito — mentre in altre Regioni, come in Calabria e in Emilia

Romagna, l'assemblea è composita, formata solo in parte da consiglieri comunali.

Vorrei sapere quindi se è l'assemblea in sé che va modificata, e come in essa può essere cambiata la rappresentanza dei Comuni. Anche perchè mi è sembrato di capire che vi è una proposta da parte della rappresentanza del Comune di Carpi di trasformare il comitato di gestione in un comitato in cui non sarebbero presenti le minoranze, un comitato di gestione che in pratica avrebbe funzioni analoghe a quelle della giunta comunale. Vorrei sapere allora, se così fosse, quale rappresentatività avrebbero le minoranze.

GARUTI. Nell'assemblea.

ALBERTI. Con questa modifica l'assemblea sarebbe ugualmente superata dal comitato regionale di controllo e avrebbe una funzione molto modesta che consisterebbe poi in definitiva nel ratificare le eventuali decisioni.

NOVELLI. Lo fa il consiglio comunale con le delibere che vengono dalla giunta.

ALBERTI. Ho ascoltato anche l'intervento della senatrice Colombo Svevo che pensava invece ad un meccanismo diverso, cioè ad un meccanismo di gestione determinato direttamente dai Comuni.

Se attuassimo questa ipotesi, come faremmo poi ad assicurare l'effettiva gestione da parte dei Comuni? Forse l'ipotesi avanzata dalla senatrice di far partecipare direttamente i sindaci in un'assemblea che possa essere contemporaneamente esecutiva, potrebbe far superare questa *impasse*.

In ogni caso, vorrei sapere se ritenete che sia necessario modificare l'assemblea oppure che occorra apportare modifiche al comitato di gestione, ed eventualmente in che modo questi organi dovrebbero essere modificati.

Inoltre, vi è il problema degli ospedali, della mobilità del personale ospedaliero, della rigidità della struttura ospedaliera attuale, ancora in parte disciplinata dalla legge di riforma ospedaliera del 1968, a mio avviso meno consona alle esigenze del momento

12^a COMMISSIONE13^o RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

attuale che non la legge di riforma sanitaria del 1978. Alcune unità sanitarie locali si trovano nella situazione di dover addirittura avere il carico totale dei posti-letto di una zona, concentrati tutti in un'unica USL; quindi, si verifica frequentemente che una USL ha molti posti-letto, mentre altre non ne hanno affatto; alcune USL hanno perciò molto personale disponibile, mentre in altre vi è carenza di personale. Volevo quindi sapere se ritenete che, prima di porre mano alla riforma o contemporaneamente alle modifiche da apportare alla legge n. 833, non sia il caso di cominciare a pensare a modificare ciò che resta della legge di riforma ospedaliera che ho citato poc'anzi.

CONDORELLI. Signor Presidente, sono emerse tesi completamente differenti.

Il sindaco di Torino Novelli ha affermato che uno dei grandi difetti della organizzazione delle USL dipende dal fatto che probabilmente bisognerebbe distaccare l'organizzazione della sanità dalla gestione comunale; non so se ho capito bene, ma mi pare che abbia detto questo.

NOVELLI. La sua è un'interpretazione molto libera.

CONDORELLI. Mi pare di aver capito che lei eventualmente proponeva per l'assistenza sanitaria una azienda municipalizzata.

NOVELLI. L'ho fatto con intenzioni provocatorie. Comunque, credo sia necessario chiarire questo punto. Oggi ci troviamo in uno stato confusionale. L'USL doveva essere un ente strumentale del Comune, ma attualmente non è così, quindi gli amministratori locali non possono più andare avanti in questo modo. Piuttosto — ho detto — abbiate il coraggio di dire: facciamo delle municipalizzate. Sono contrario a ciò, ma occorre tenere presente che il Servizio sanitario è un servizio generale che riguarda la vita del cittadino. Ho fatto anche l'esempio della ripartizione degli Assessorati e ho detto che, paradossalmente, dovrebbe essere la giunta nella sua globalità ad occuparsi di questi problemi, mentre l'economista che procura le matite e i

banchi alle scuole procurerà anche i lettini per l'ospedale. Non capisco perchè debba esistere un servizio di economati delle USL e non possa essere il servizio economato a svolgere questo servizio.

CONDORELLI. Allora, sotto questo aspetto, la sua tesi si avvicina a quella espressa dal sindaco di Caltagirone, dottor Carullo, che in fondo diceva la stessa cosa.

Mi vorrei però soffermare su un altro punto e cioè sul funzionamento delle USL in considerazione di quanto abbiamo appreso dai presidenti delle unità sanitarie locali.

Abbiamo ascoltato il presidente della USL n. 18 di Roma, il presidente della USL n. 29 del Veneto e il presidente della USL n. 14 dell'Emilia Romagna dove tutto funziona in modo meraviglioso, quasi idilliaco, oserei dire.

GARUTI. Non ho detto questo.

CONDORELLI. Mi è sembrato di aver sentito così.

Come senatore meridionale avrei ascoltato con molto piacere i presidenti di alcune USL delle zone meridionali, perchè mi sembra — per quella che è la mia esperienza di vita vissuta in una regione meridionale — che in questa parte del paese le cose non vadano in maniera così idilliaca. Per quale motivo? Perchè esiste un maggior gusto dell'efficienza nelle altre zone? Certo, questo potrebbe essere un motivo validissimo. Però mi domando se sia giusto che in Italia vi debba essere una differenza così abissale nel funzionamento delle USL di alcune Regioni rispetto a quelle di altre Regioni. Ritengo che sia intollerabile: non si può infatti offrire un servizio così differente ai cittadini, che naturalmente non hanno alcuna colpa di questa situazione.

Occorre quindi assolutamente trovare una soluzione per migliorare ovunque il funzionamento dei servizi, per garantire un buon funzionamento anche laddove non esiste questo gusto dell'efficienza da parte dei politici che amministrano le USL.

A questo punto, vorrei ricollegarmi a quanto dichiarato dal senatore Trotta po-

12ª COMMISSIONE

13º RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

c'anzi: cioè, forse la soluzione potrebbe essere costituita dalla attribuzione di un ruolo particolare da dare ovunque ai tecnici. Ritengo infatti che qualora il compito di gestione venga affidato in massima parte ai tecnici — e, quando parlo di tecnici, non mi riferisco solo ai medici ma anche agli amministrativi ben formati ad una scuola adeguata — avremo in Calabria o nella Campania unità sanitarie locali che funzioneranno altrettanto bene rispetto, ad esempio, all'USL di Carpi-Novati. Certo, vi sono unità sanitarie locali che indubbiamente sono all'avanguardia, ma non è assolutamente tollerabile questa notevole disparità di funzionamento delle USL sul territorio nazionale, in massima parte dipendente dal differente grado di efficienza dei politici che le amministrano, perchè poi sono i cittadini che debbono pagare le conseguenze dell'inefficienza dei servizi.

Credo quindi che, proprio per questo motivo, occorra trovare un sistema per dare ai tecnici, sia medici che amministrativi, un ruolo preponderante nella gestione delle USL.

PRESIDENTE. Vorrei anch'io rivolgere alcune domande agli ospiti della nostra audizione odierna, pur ricollegandomi anche ad alcune delle opinioni espresse in precedenti sedute, di cui debbo ovviamente tenere conto per cercare di mettere a confronto, sia pure indirettamente, le varie valutazioni date dai diversi intervenuti.

È stata, ad esempio, rilevata un'estrema carenza nell'ambito del flusso delle informazioni, non solo riguardo la materia finanziaria, ma anche e soprattutto riguardo la materia epidemiologica, dalle singole unità sanitarie locali verso le Regioni, e da queste poi al centro. Ora, qual è lo stato attuale, in base alla vostra esperienza della situazione? Che cosa si ritiene di poter fare? Quali sono gli strumenti di cui si dispone attualmente? Vorrei infatti sapere quali sono le strutture, gli uomini che svolgono questi servizi; se esiste un servizio epidemiologico, od anche informativo in senso lato; se è in fase di allestimento o meno.

È stato inoltre detto, sempre nella prece-

dente seduta, che costituisce un grosso problema, proprio per la tutela dell'igiene pubblica, la scomparsa dell'ufficiale sanitario operante a fianco del sindaco. Esso cioè è stato destinato alla USL (non più come collaboratore diretto del sindaco) e — ci è stato detto — si verifica un collegamento verso l'ex-medico provinciale ed una catena di trasmissione diretta e comunque prefissata verso il Ministero. Ci si dice che oggi vi è una procedura di «accesso selvaggio» (diciamo così) da ogni USL direttamente al Ministero, scavalcando la regione, senza nessuna remora in rapporto ai problemi che si pongono e anche alle opzioni che possono venire dal sindaco o dallo stesso presidente della USL, a seconda delle necessità. Vorrei sapere se — confermando o meno questi fatti — su questa questione vi è l'intenzione e l'interesse a ripristinare una figura simile a quella che esisteva di ufficiale sanitario.

Un'altra questione riguarda i servizi che sono stati attivati da ogni USL. Vorrei conoscere i modelli che avete seguito voi (in questa occasione ancora non se ne è parlato), quale tipologia dei servizi è stata stabilita e fino a che punto avete provveduto ad un coordinamento fra le varie USL. Inoltre, è stato affermato oggi che la normativa del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, in riferimento al ruolo nominativo regionale, è di ostacolo non solo per la mobilità del personale ma anche proprio per la definizione dei ruoli, delle funzioni e delle mansioni. È interessante pertanto sapere qual è la vostra ipotesi alternativa, cioè se ritenete opportuno non più un ruolo regionale ma una assunzione diretta USL per USL del personale. Ritengo comunque che questa soluzione creerebbe maggiori ostacoli alla mobilità, per lo meno in termini inter-USL, perchè quando si è assunti in una determinata USL si ritiene di avere sostenuto un concorso per «quello» spazio e quindi cessa ogni ipotesi di mobilità per lo meno infraregionale. Esistono inoltre difficoltà di altra natura.

È stato accennato dal presidente Triglia e dal sindaco Novelli che qualche funzione potrebbe essere ancora demandata alle Province; è interessante allora sapere quali fun-

12ª COMMISSIONE

13º RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

zioni (ammesso naturalmente un mantenimento delle Province) potrebbero essere più facilmente deferite.

Per quanto riguarda la mancata attivazione dei distretti sanitari di base, è stata già posta la domanda e quindi ci sarà da parte vostra una risposta; ma io vorrei sapere se si sono, in qualche modo, coordinati dei «modelli» di distretto in sede centrale oppure se si procede, anche in questo caso, ad una distrettualizzazione spontanea (sperimentale se volete), che però potrebbe dare luogo alle stesse difficoltà che si sono viste per le USL. Anche su questo problema dobbiamo dibattere la scelta da farsi tra l'opzione libera con sperimentazione (che in fondo era la filosofia della legge n. 833 del 1978) e la imposizione (o comunque raccomandazione) di modelli più uniformi possibile per raggiungere determinati obiettivi.

ROSSANDA. Signor Presidente, in questo caso «parliamo di corda in casa dell'impiccato». Dobbiamo essere obiettivi e riconoscere che noi avremmo dovuto fare il Piano sanitario.

PRESIDENTE. Senatrice Rossanda, con la stessa libertà con la quale voi intervenite, anche io, nella mia veste di singolo senatore, pongo delle domande per stimolare le opinioni altrui!

Un'ultima domanda: in tutte le leggi regionali è stato sancito, in modo molto diverso, il criterio della partecipazione; però di fatto non mi risulta che — nonostante le indicazioni di queste leggi — ci sia stata mai una USL che abbia attivato il meccanismo della consultazione delle categorie «tecniche» e professionali. È un quesito che pongo alla vostra attenzione (non è una accusa per il comportamento passato, ma vuole sottolineare una necessità futura).

Fermo rimanendo che siete in sei (più il presidente Triglia), e quindi rappresentate l'uno per cento — ed anche meno — della popolazione delle USL, fatto questo che evidentemente rende le vostre risposte molto «soggettive», in quanto interpretate situazioni molto differenziate, vi pregherei ora di dar luogo alle repliche. Penso che il senatore

Triglia voglia intervenire a conclusione del dibattito.

ROSSANDA. Mi scusi signor Presidente ma volevo porre un'altra domanda in particolare al presidente della USL di Carpi, dottor Garuti, il quale ha parlato di uno strumento di verifica della spesa farmaceutica. Volevo sapere se si prevede già di attivare un meccanismo di controllo nei confronti dei medici, ed eventualmente in quale maniera, in relazione al limite della spesa stabilito dal bilancio del 1984.

NOVELLI. Ringrazio i Commissari per l'incontro di oggi che è stato molto utile anche per noi. Una serie di domande, a partire da quelle presentate dal senatore Melotto, richiederebbe, più che alcune battute di risposta, un seminario, perchè su alcune questioni che sono state affrontate anche noi abbiamo dei limiti e delle incertezze sia pure sulla base di una esperienza vissuta in prima persona. Comunque, senza trarre dei giudizi categorici, alcuni dei problemi posti nella riunione di oggi debbono essere puntualizzati e fissati. Per quanto mi riguarda ritengo che anche in questa materia non vi sia nulla di peggio della mancanza di chiarezza e del tentativo di nasconderla con dei discorsi fumosi o filosofeggianti. Chi amministra ha bisogno di indicazioni precise, di note chiare, di strumenti altrettanto chiari, di competenze definite.

Mi auguro che i senatori che hanno avviato questa indagine conoscitiva traggano la conclusione, da questo incontro, che la riforma, diretta alla creazione delle USL (come ente strumentale dei Comuni), non si è verificata, almeno per quanto riguarda la mia realtà e credo anche le altre realtà del paese. Questo è il primo dato, il primo elemento da cui bisogna partire se si vogliono apportare dei correttivi, fermo restando che non condivido l'opinione qui espressa secondo la quale la riforma non avrebbe rappresentato (e non lo dico per ragioni di partito o di ufficio, ma per profonda convinzione) un passo in avanti; nella mia città lo è stato, sia per quanto riguarda l'organizzazione sanitaria sul territorio, sia per quanto riguarda l'organizzazio-

12ª COMMISSIONE

13° RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

ne degli ospedali. In effetti, la situazione all'interno degli ospedali è profondamente cambiata; si possono muovere molte critiche, ci sono molti ritardi e molti difetti, ma la riforma ha avviato sicuramente un processo di miglioramento.

Per quanto riguarda la municipalizzata (lo ribadisco perchè rimanga a verbale), sono contrario; l'ho detto in termini provocatori ma considero il Servizio sanitario come uno dei servizi fondamentali del cittadino, che quindi va inserito, proprio per le implicazioni che ha, nella vita generale, nei problemi della prevenzione, dell'ambiente, dell'inquinamento, dell'attività socio-culturale; cioè è una cosa che è molto complessa e che non può essere staccata dal resto. Non si tratta dell'erogazione di un servizio come può essere un acquedotto o l'energia, e occorre evitare anche conflitti di competenza: ad esempio quelli fra sanità e assistenza che sono all'ordine del giorno.

Mi domando (siccome è una polemica aperta tra di noi, anche dalle mie parti) se un arteriosclerotico, un anziano che non è più in grado di essere autosufficiente, deve essere a carico dell'assistenza o della sanità. Questo è un conflitto palese. Quando le famiglie non sono più in grado di mantenere le persone anziane non autosufficienti (per le quali non basta più l'aiuto dell'operatrice familiare che va a visitarle una volta al giorno, ma che hanno bisogno di un'assistenza diversa da quella sanitaria in senso tradizionale perchè un posto-letto in ospedale costa troppo: 120.000, 150.000 o 200.000 lire al giorno) bisogna trovare una soluzione; se tale soluzione fosse nell'ambito di competenza della giunta o dell'amministrazione comunale, questi conflitti non esploderebbero, mentre invece l'USL non vuole a proprio carico tali soggetti, l'Assessore all'assistenza nemmeno e chi ne fa le spese è il cittadino, cioè l'utente.

Poi vi è il problema della figura del sindaco che non è più, in questa materia, nè carne nè pesce. Non capisco perchè io, in qualità di sindaco, devo firmare solo i ricoveri in base alla legge n. 180 perchè nessun altro vuole farlo! Non si capisce perchè: sono ancora

l'ufficiale sanitario? Non lo sono più? Occorre chiarire queste cose! Se un domani mi dovessi rifiutare di firmare i ricoveri coatti negli ospedali vorrei vedere che cosa succederebbe a Torino!

Vorrei fare le due ultime considerazioni. Ha perfettamente ragione la senatrice Colombo Svevo quando dice una cosa che ha ripreso anche il senatore De Sabbata, cioè che è impensabile che, per quanto riguarda la riforma dell'ordinamento degli enti locali (ne parliamo da anni, ne abbiamo discusso in tutti i convegni di Viareggio e siamo ancora a questo punto), non si siano ancora definite chiaramente le competenze degli enti locali. Siamo ancora in uno stato di incertezza per cose che avevamo detto dieci anni fa, che hanno ripetuto tutti i vari Ministri dell'interno: nessuna polemica in questo, però fate attenzione, signori del Parlamento, perchè scenderà sempre più il numero delle persone che «doneranno il sangue». Se uno vuole fare il donatore di sangue va all'AVIS, non fa il sindaco! Non vedo perchè uno debba, solo perchè sindaco, essere sottoposto a tutta una serie di incongruenze e di contraddizioni. Io sono costretto a firmare migliaia di carte al giorno senza sapere che cosa firmo. È mai possibile questo? È un paese civile quello che sottopone una persona, solo perchè è un sindaco, a firmare migliaia di carte senza sapere che cosa firma, mentre poi egli ne è responsabile? Ciò fa parte di questo sistema che va riformato.

Vorrei poi dire un'ultima cosa. Abbiamo cercato, e ci siamo riusciti, di far coincidere nella nostra città la zonizzazione delle unità statistiche (che sono novantadue) comprendole nelle ventitre circoscrizioni, nei ventitre distretti scolastici, anche ai fini dell'elaborazione dei dati statistici che sono inseriti nel calcolatore. Anche le ventitre zone e le undici ipotetiche USL saranno multipli o sottomultipli, quindi coincideranno sempre, proprio per salvaguardare la possibilità di avere anche dati di comparazione per poter lavorare, perchè altrimenti non si capirebbe più niente. Quindi, la zonizzazione per Torino è già definita. Qui non è stato citato l'esempio di Genova; la USL di Genova è

12ª COMMISSIONE

13° RESOCONTÒ STEN. (14 febbraio 1984)

organizzata in modo tale che parte della città comprende i Comuni limitrofi, quindi si crea un altro grande guazzabuglio.

MELOTTO. In tante parti succede questo!

NOVELLI. Infatti, noi siamo stati fortunati a poter creare una sola USL che comprenda tutta la città; i Comuni della cintura sono organizzati tra di loro. Lei pensi che cosa vorrebbe dire avere un quartiere di Torino collegato ad un Comune vicino! Si creerebbero difficoltà enormi. Anche questo aspetto va riesaminato sulla base delle esperienze fatte.

Per quanto riguarda le questioni qui sollevate sui medici, devo dire che non faccio parte di questa nobile categoria, quindi non esprimo valutazioni. Comunque, malgrado le resistenze che vi sono state nei confronti della riforma, a Torino abbiamo avuto un atteggiamento piuttosto positivo (e non possiamo che rallegrarcene), sia per quanto riguarda i medici ospedalieri che per quanto riguarda i medici generici; quindi, non credo che la riforma non abbia funzionato perchè vi erano delle spinte corporative, anche se sicuramente ci sono state. Tutto sommato, per la nostra città, il giudizio, come sindaco, ma anche come cittadino, è un giudizio positivo per l'atteggiamento assunto dai medici nei confronti della riforma.

GONZI. Signor Presidente, signori senatori, non mi sentirei di generalizzare la questione della comunità montana accorpandola a quella dell'associazione dei Comuni non montani. La comunità montana risponde ad esigenze a sè stanti che sono state individuate dal legislatore nazionale per una realtà tipica e per problemi particolari. Non credo che questa generalizzazione sarebbe positiva; le esperienze fatte di tipo similare, ad esempio i comprensori, in molte zone non hanno dato buona prova ed ora alcune Regioni, quasi tutte, stanno rivedendo queste loro iniziative.

Per quanto riguarda il problema della mancata distrettualizzazione, il collega Pannella ha fatto riferimento alla carenza di finanziamenti, perchè quando si vuol fare

qualcosa di più o di meglio generalmente bisogna poter spendere; credo però che sia opportuno notare altri tre punti. Uno è quello della mancanza del contratto unico: infatti, mancando il contratto unico, vi è tutta una serie di situazioni coperte dall'articolo 82 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 che rende impossibile gestire diversi aspetti quali gli orari, le prerogative del personale, eccetera.

È assolutamente impossibile, anche all'interno della singola USL, qualsiasi tipo di mobilità del personale. Vi è, purtroppo, uno spreco di autotutela dei cosiddetti diritti acquisiti da parte del personale, ma vi è soprattutto, rivolto al futuro e incombente, il mantenimento dei guai che ci crea il decreto n. 761. Questo determina tutta una serie di gerarchie e specificità che possono anche essere funzionali in un grande ospedale, ma non certo in un distretto, dove dovrebbero essere tenute presenti diverse funzioni — medicina di base, specialistica, eccetera — alle quali applicare le diverse tabelle. Ebbene, ciò diventa impossibile, alla luce dei fondi esistenti, perchè dovremmo spendere un patrimonio. E spendere un patrimonio per questa ragione sarebbe fondamentalmente ingiusto ed assurdo, anche perchè significherebbe far fallire qualsiasi tentativo di organizzazione dei servizi. È questo un aspetto negativo del decreto n. 761, che deve essere tenuto presente di fronte alle difficoltà di realizzazione che ci troviamo ad affrontare.

Un ultimo aspetto è quello sottolineato dal senatore Condorelli, il quale ha richiamato l'attenzione sulla differenza, spesso abissale, che esiste tra Regione e Regione; ed io aggiungo che la stessa differenza esiste tra USL e USL della stessa Regione. Ad esempio la mia USL — Borgo Val di Taro — è nella stessa Regione di quella di Carpi, di cui ha parlato il dottor Garuti, ma le due realtà sono tra loro incomparabili. Anche nella mia USL siamo riusciti a realizzare la lettura delle scelte di ciascun medico con un margine di errore correggibile nell'arco di 24 ore ed abbiamo circa 700, 800 utenti della convenzione di medicina generale al di sotto di quella che risulta essere la popolazione resi-

dente. Devo dire tuttavia che il livello complessivo dei nostri servizi è assolutamente non raffrontabile rispetto anche a quello di Carpi, in quanto si è realizzato così come è sulla base di diversissime assegnazioni di personale, di fondi e via di seguito. Quindi, nella stessa realtà regionale non è tutto oro quello che riluce e permane la necessità di un riequilibrio interno, il quale, però, fin quando non saranno individuati parametri e *standards* obiettivi, non potrà mai avvenire.

CARULLO. Vorrei brevemente esporre alcune situazioni anomale che esistono in Sicilia e quanto sto per dire non mi permetterei di chiamarle risposte, ma osservazioni. Mi riferisco a quanto ha detto il senatore Melotto: il nodo fondamentale non si scioglie con il tentativo di ipotizzare questa o quella soluzione che potrebbe andare bene, perchè la difficoltà fondamentale dell'attività sanitaria è data dal fatto che noi abbiamo un ente strumentale che non è un ente; voglio dire che abbiamo un insieme di mezzi e strutture che non ha personalità giuridica e, pertanto, non è operativa. Il risultato è che il personale si trova in una struttura con un contrasto di fondo perchè non è ente ma agisce con gli atti di un ente con personalità giuridica. Occorre cercare, come tutti abbiamo tentato di fare, di dare una risposta, una definizione giuridica prima e rivendicare il momento della partecipazione comunale poi. Oggi, da noi, come ho già detto, non vi è alcun rapporto tra USL e Comuni, anche se teoricamente è previsto che l'assemblea di queste sia il momento di partecipazione dei Comuni. Ma avviene che l'assemblea, la quale ha funzione di controllo e di autocontrollo, diventi un doppione di quella che è l'attività, pur pesante, dei comitati di gestione. Allora, o questa struttura acquista un senso ricalcando altre esperienze, o aggiunge un peso all'attività già pesante dei comitati di gestione, i quali si trovano a dover gestire contemporaneamente un momento politico e un momento amministrativo. Per cui, rifacendomi a quello che hanno detto tutti, la questione dipende dalla soluzione del problema delle autonomie locali. In Sicilia la risposta alla riforma dovrebbe essere data nel mo-

mento comprensoriale, cioè nel momento in cui i vari livelli di attività si sommano. La risposta però, non c'è. Perché? Le cause sono diverse. Se sfogliamo lo Statuto della Regione siciliana apprendiamo che noi non dovremmo avere Province, ma da quarant'anni le Province operano in Sicilia. Quindi esistono situazioni anomale che non sono state ancora eliminate. Da un lato abbiamo ancora le Province, dall'altro lato dovremmo avere i comprensori, i quali al contrario di quelle sono legati all'associazionismo. Ma l'associazionismo deve essere volontario e allora è stato un errore aver pensato che diciannove Comuni siciliani potessero mettersi d'accordo per dar vita ad un comprensorio; in realtà tutti sono d'accordo, ma ciascuno vuole essere il Comune capoluogo. Questi sono i limiti che si trovano passando da una previsione di carattere teorico alla pratica realizzazione. È avvenuto, quindi, che un aspetto estremamente importante della riforma non sia stato attuato. Lo stesso per quel che riguarda il momento del volontariato all'interno delle strutture che, in realtà, non si è sviluppato. E ciò mi pare che sia di più difficile realizzazione proprio nei confronti delle USL che dei Comuni: infatti, per quel che riguarda la socialità o la cura degli anziani, come altre materie rimaste nella competenza dei Comuni, il dialogo è possibile sia pure nei limiti in cui il Comune pensa sì ai propri anziani, ma non pensa a quelli che si trovano a cinque chilometri di distanza. Ora, concretamente si sta verificando un accentramento reale, rispetto al decentramento che dovrebbe esserci, ed allora le USL se la prendono con le Regioni che, di fatto, operano un accentramento sotto il profilo finanziario e sotto il profilo gestionale; a loro volta tuttavia le stesse USL sono indicate come strumento di accentramento, perchè l'ex piccolo ospedale autonomo è stato assorbito e privato di personale, funzioni e mezzi, che sono stati invece portati tutti al centro.

Bisognerebbe trovare quindi un momento in cui il decentramento sia reale, mettendoci anche in grado di valorizzare i poteri decisionali.

Il limite dei distretti è quello che anche lei, signor Presidente, ha indicato: non esi-

stono *standards*. È necessario trovare tali *standards* all'interno di ogni assemblea, nella quale chi ha il compito di controllo e di programmazione dovrebbe cercare di mettere d'accordo tutti i Comuni individuando gli *standards* di 10.000 abitanti cui affidare alcune funzioni, cosa che poi non può fare perchè non ha gli strumenti necessari.

Per quanto riguarda l'osservatorio epidemiologico da noi esiste in quanto istituito con legge regionale, ma finora non è entrato in funzione. La figura del medico provinciale era comunque un punto di riferimento prima della creazione di queste nuove strutture.

Per quanto riguarda la mobilità del personale, infine, esistono diverse difficoltà. Non si è creata mobilità tra Regione e Regione, nè tra USL e USL. Esiste una figura che in teoria dovrebbe favorire la mobilità, ma di fatto non la favorisce. Nessuno infatti dichiara di disporre di personale in esubero in modo che questo possa essere spostato là dove c'è invece carenza di personale.

PANELLA. Volevo precisare al senatore Trotta che la riforma sanitaria deve essere anzitutto applicata, e solo in un secondo momento, sulla base dell'esperienza, potrà essere modificata.

Per quanto riguarda il Veneto, la riforma, dando più importanza ai servizi territoriali, ha provocato un salto di qualità anche per gli ospedali, i cui servizi sono notevolmente migliorati. Credo del resto che sia questo lo scopo fondamentale della riforma. Molti problemi ospedalieri preesistenti alla riforma sono stati sottolineati dall'introduzione di quest'ultima, creando maggiori opportunità di dibattito.

La regione Veneto ha subito elaborato un modello di distretto, che dovrebbe riguardare una popolazione tra i 10.000 e i 30.000 abitanti, ed essere in grado di assicurare tutti gli interventi di primo livello — medicina di base, veterinaria, farmacia, eccetera — mentre gli ospedali provvedono ai servizi di secondo livello. In Veneto è stato dunque avviato il processo di distrettualizzazione, anche se ancora non è completamente attuato per questioni attinenti alla mobilità del personale e per problemi di carattere finan-

ziario. Questi ultimi soprattutto hanno molta importanza, perchè l'organizzazione distrettuale comporta la creazione di molti servizi che non esistevano prima della riforma, e pertanto occorrono i mezzi finanziari per attivarli. Uno degli obiettivi principali della riforma sanitaria, diversamente dal vecchio ordinamento, è infatti proprio la prevenzione per salvaguardare la salute dei cittadini e ciò può concretizzarsi in modo principale nei distretti.

Il Presidente ci ha chiesto qual è la struttura organizzativa per l'ufficiale sanitario. Nella regione Veneto esiste una struttura formata da settori sanitari, amministrativi, sociali, veterinari, farmaceutici, età evolutiva, età adulta, igiene, medicina del lavoro. Il settore igiene assolve alle funzioni prima attribuite al medico provinciale, dando i necessari supporti al Comune tramite la delega al capo-distretto. In ogni distretto infatti c'è un capo-distretto e altri medici con funzioni pubbliche che intervengono nelle commissioni comunali a supporto del sindaco. Tramite questi settori è assicurato l'intervento su tutto il territorio.

Per quanto riguarda i settori a carattere sociale — consultori familiari, medicina dell'età evolutiva, eccetera —, nel Veneto si è dato avvio subito al processo previsto dalla riforma; ogni unità sanitaria locale ha le strutture normative per applicare la riforma sanitaria. Esistono anche per questo settore carenze di finanziamenti e di personale, ma per quanto riguarda le strutture organizzative e le normative, posso affermare che il processo è stato portato a conclusione.

Vorrei sottolineare infine il problema dell'ufficio di direzione. Ora, a mio avviso, i tecnici possono trovare in esso compiutamente il proprio ruolo in quanto l'ufficio di direzione è la principale sede organizzativa. Non possiamo affermare che i politici hanno esautorato i tecnici, perchè — come è stato detto — all'interno dell'ufficio di direzione si trovano i responsabili massimi dei vari servizi che programmano complessivamente e organizzativamente il proprio settore. Essi è osservato giustamente che gli ospedali non potevano essere staccati dall'USL perchè in questo caso sarebbe venuta meno quell'unità

di interventi che è la base fondamentale della riforma.

STACCIOLI. Vorrei fornire alcuni chiarimenti sul problema della incompatibilità. Nella mia USL si sta verificando un fenomeno preoccupante: a seguito delle incompatibilità sancite dal nuovo contratto di lavoro degli operatori del Servizio sanitario nazionale, la stragrande maggioranza dei medici ha fatto la scelta del tempo definito. Nondimeno, la necessità di non privarsi delle prestazioni di lavoro di tali medici comporta, a causa della considerevole carenza di personale, un frequente ricorso allo straordinario, per cui si finisce per pagare come straordinario il lavoro ordinario. Il problema diventa ancora più grave ove si faccia riferimento ai medici *ex condotti* che a distanza di ormai un anno dall'entrata in vigore del contratto di lavoro non hanno potuto operare la scelta del tempo pieno o del tempo definito o del *part-time* o del convenzionamento in quanto la Regione ancora non ha definito la questione delle fasce orarie. Ne deriva che frequentemente ha la responsabilità di un servizio della USL, personale che non è a tempo pieno o che addirittura teoricamente dovrebbe prestare dodici ore di attività settimanale.

Questi sono problemi importanti. Credo che chi assume responsabilità di servizio dovrebbe avere l'obbligo del tempo pieno. Si introducano, quindi, criteri di compatibilità che abbiano come punto di riferimento la situazione che si è determinata.

Per quanto riguarda il problema istituzionale, concordo con le affermazioni del sindaco di Torino Novelli, il quale ha sostenuto che la USL ha bisogno di operare in un quadro di chiarezza. L'amministratore della USL infatti non deve continuare a trovarsi a fare la voce debole (come è spesso accaduto) tra gli interessi del Comune e della Regione in materia di competenze che non hanno sicura definizione. Non intendo proporre un modello. Tuttavia, una volta che le attribuzioni siano state definite, esse devono essere certe. Non si può andare avanti con tempi decisionali lunghissimi, quando soprattutto

in materia di sanità i tempi dovrebbero essere estremamente rapidi.

È chiaro però che da questo punto di vista va fatto anche riferimento al problema della riforma degli enti locali. Il sindaco Novelli diceva prima che la gestione unica a Torino non ha funzionato; evidentemente, il modello ad una sola USL non risolve complessivamente i problemi. Nelle grandi città, nel quadro del Comune metropolitano, si può trovare una giusta soluzione elevando le circoscrizioni a municipalità di rango inferiore e quindi attribuendo ad un'area più o meno omogenea determinate funzioni.

Condivido poi i giudizi espressi sul problema dei controlli e devo dire che alla USL ne sono derivati effetti nuovi e positivi. Ad esempio, la USL di cui sono presidente (che, come ripeto, si avvale interamente sia per la medicina ospedaliera che per la medicina specialistica di strutture convenzionate) era una USL non usa ai controlli nelle sue strutture private. Io stesso ho trasmesso alla magistratura una serie di fascicoli in merito ad inadempienze più o meno gravi che si sono verificate in passato per non incorrere nel reato di omissione di atti di ufficio. Ciò sta a dimostrare che in precedenza non venivano fatti controlli o, se venivano fatti, si limitavano al numero di posti-letto utilizzati e al tipo di convenzioni. Moltissimi ambulatori avevano convenzioni solamente per alcuni settori della specialistica. Quando, in seguito, si è passati dal sistema delle mutue all'attuale sistema, queste convenzioni hanno debordato oltre i loro confini. Diversamente, sotto altri aspetti, alcuni poliambulatori non erano provvisti di autorizzazioni sanitarie per esercitare in determinati settori.

Il problema però è un altro. La carenza di personale non rende produttiva l'attività di controllo. Infatti, anche noi disponiamo di tutti gli elementi per poter fare una serie di rilievi sulla farmaceutica, che in teoria sono già predisposti, ma che la carenza di personale rischia di vanificare. Si tratta di una situazione particolare, che mi rendo conto non possa essere generalizzata.

Nel Lazio nessuna USL sembra disposta a ridurre il proprio personale, anche se ve ne

sono alcune che riconoscono di averne in sovrabbondanza. Lo hanno messo per iscritto e lo hanno detto in tutti i modi. Il problema è in realtà quello di arrivare all'attuazione di forme di mobilità del personale, altrimenti non si uscirà mai da questo vicolo cieco.

Mi rendo perfettamente conto che se si fa un'analisi della densità del personale distribuito nel territorio di Roma risulterà che vi è una quantità di personale sufficiente a risolvere i problemi di gestione del settore sanitario nell'ambito di tale territorio. Bisogna però dire che tale personale è distribuito o secondo collocazioni storiche o (e questo è peggio) secondo le prime scelte che vennero autorizzate soprattutto a livello di mutue, quando si consentì a tutti di scegliere liberamente presso quale USL andare a esercitare. Ciò ha determinato la straordinaria sovrabbondanza di personale di alcune USL. Per quanto mi riguarda, sono reduce da un periodo in cui ho svolto funzioni di amministratore presso la USL RM 2, del cui comitato di gestione sono stato anche membro. Si tratta di una USL che ha sovrabbondanza di personale (circa 700 dipendenti, soprattutto amministrativi) pur avendo pochissime strutture pubbliche.

Vorrei ora fare qualche considerazione sui problemi della partecipazione e della organizzazione della USL.

Per quanto riguarda l'organizzazione, le USL del Lazio sono articolate su un solo servizio amministrativo e su tre servizi sanitari: materno-infantile, igienico-sanitario e veterinario; il servizio veterinario è però multizonale, cioè ve ne è uno ogni quattro o cinque USL. L'insieme dei responsabili di tali servizi costituisce l'ufficio di direzione.

Per quanto riguarda la partecipazione, essa è stata in parte delegata alle circoscrizioni. Le circoscrizioni hanno varato, a loro volta, consulte socio-sanitarie; non hanno però ancora preso possesso di questa nuova funzione, anche perchè non esistono modelli ai quali fare riferimento.

Quello del distretto è finora un problema soltanto teorico. Abbiamo dato sulla carta una definizione dei distretti, in modo da arrivare alla redistribuzione dei servizi all'interno della USL. Il problema è che anche qui

non esiste un modello a monte a cui fare riferimento: non esiste nè il piano regionale nè il Piano sanitario nazionale. Dunque, questa che per il momento definiamo distrettualizzazione non ha nulla a che vedere con quanto è previsto dalla legge.

GARUTI. Sono imbarazzato perchè mi pare di essere fuori posto nel quadro complessivo della discussione, soprattutto per la natura particolare delle domande che sono state poste.

Voglio precisare subito che anche all'interno dell'Emilia Romagna vi sono delle disparità. Quello che mi pare di cogliere in maniera univoca è che sicuramente le unità sanitarie locali funzionano tanto meglio quanto più modeste sono nelle loro dimensioni. La nostra stessa unità sanitaria locale, al pari di altre di dimensioni simili, ha già sofferto di disavanzi di gran lunga superiori rispetto alle altre unità di dimensioni minori della stessa Emilia Romagna. Per questo credo molto in organizzazioni di dimensioni contenute come la nostra (circa 70.000 abitanti).

Un elemento notevole è rappresentato dall'esperienza dell'associazione di due Comuni che non ha creato, peraltro, conflittualità. Una antica tradizione di collaborazione nel campo sociale tra i Comuni di Carpi e Novi ha permesso nel tempo non dico di risolvere, perchè sarebbe eccessivo, ma di affrontare il problema degli anziani in un'ottica diversa; certamente anche da posizioni economiche diverse. Avendo questi Comuni provveduto a costruire una struttura per anziani non autosufficienti, si sono potuti svuotare gli ospedali di pazienti lungodegenti.

Dunque, per l'esperienza personale che ho fatto, devo dire che la riforma sanitaria non ha significato affatto una dequalificazione del servizio; forse per troppi anni non ci siamo interessati come in questi ultimi tempi della sanità.

L'Emilia Romagna è una regione del nord che presenta senz'altro una situazione economica migliore nel complesso rispetto alle altre esperienze del sud; credo tuttavia che la mia regione sarà pronta a fare la sua parte, insieme alle altre regioni del nord, nel riequilibrio nazionale.

12^a COMMISSIONE13^o RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

Per quanto riguarda il problema farmaceutico, anni fa abbiamo speso 70 milioni per convenzionarci con una ditta di Trento che è in grado di elaborare i dati relativi alla farmaceutica; ad essa tutti i mesi inviamo le ricette che riceviamo. Questa ditta può fornirci tutti i dati che vogliamo: quante ricette, il tipo di malattie, il tipo di farmaceutica, le ditte presso cui si fornisce un medico. Inoltre i dati vengono elaborati ed affidati ad una commissione specifica che li esamina, rileva le anomalie; questo sempre con il dovuto tatto e la dovuta delicatezza: infatti si tratta di conoscere i pazienti di ciascun medico, si tratta di indagini difficili. Se necessario, la commissione convoca il medico e gli fa presente una novità farmaceutica, oppure che sul mercato esistono altri tipi di prodotti con effetti simili e costi più bassi. Questo intervento ripeto non deve dare l'impressione di avere un carattere censorio; non si può tenere un atteggiamento coercitivo nei confronti dei medici.

La unità sanitaria locale di Carpi comprende sessanta medici di base e quindi il discorso viene facilitato. Comunque non ritengo che questo semplice controllo, il quale certamente ha avuto un effetto sui medici, abbia significato l'istituzione di una autocensura. All'inizio vi fu qualche episodio di incomprendimento: si tratta comunque di affrontare questo problema con tatto e con la consapevolezza di un fine comune.

Per terminare il discorso, non sono certo che sia stato solo questo strumento a portare guadagni economici notevoli; sicuramente però esso è stato uno dei più importanti: attribuisco molta importanza all'associazionismo tra medici. Due medici che trattano lo stesso caso più difficilmente ricorrono alla struttura ospedaliera perchè preventivamente c'è un confronto (quattro occhi sono meglio di due): a noi pare che anche questo sia un punto fondamentale.

Il fatto di avere soltanto sessanta medici è senz'altro un elemento notevole; avranno poi inciso anche altri fattori: sta di fatto che lo scorso anno abbiamo speso 800 milioni in meno su 5.600 milioni. Ora però, per il discorso che facevo all'inizio, le USL più piccole che hanno maggiori possibilità di raziona-

lizzazione, rischiano di pagare anche per qualche eccesso delle maggiori, che sono più difficilmente controllabili. Sicchè, per l'anno 1984 siamo obbligati ad iscrivere in bilancio una minore spesa rispetto al quadro nazionale; si tratta di una cifra che mi fa venire i brividi (perchè abbiamo già risparmiato parecchio): 1.200 milioni in meno; dunque, siamo penalizzati! Di questo parleremo in sede di discussione di bilancio. Non siamo certi di avere risparmiato quanto era possibile risparmiare, ma dover pensare a recuperare una cifra del genere dopo tutto il lavoro che abbiamo fatto, ci lascia perplessi: abbiamo l'impressione di essere sacrificati rispetto alle altre unità sanitarie locali.

ROSSANDA. La diminuzione della spesa farmaceutica è computata in percentuale rispetto all'anno precedente?

GARUTI. Secondo i parametri regionali di suddivisione dei fondi, rispetto al consuntivo 1983, abbiamo dovuto iscrivere in bilanci una percentuale minore.

In realtà, la Regione ha premiato le unità sanitarie locali che avevano risparmiato, ma in misura appena di 100 milioni. Ribadisco quindi che ci sentiamo penalizzati.

Siamo stati tra i primi. Non dico questo per dare l'impressione che siamo stati i più bravi: ripeto che avevamo condizioni per sperimentare con coraggio una soluzione del genere.

Per quanto riguarda i rapporti tra assemblea, comitato di gestione, eccetera, ritengo che vi sia un elemento che non funziona nel meccanismo: si tratta del ritardo con cui si muovono i comitati di gestione, specie se essi sono espressione dell'insieme di più forze politiche. A parer mio l'organismo che dovrebbe rappresentare veramente il dibattito politico è l'assemblea, che ritengo assimilabile al consiglio comunale, così come ritengo assimilabile il comitato di gestione alla giunta; l'esecutivo deve essere composto di poche persone (tre o quattro o al massimo cinque membri) e deve essere in grado di sovrintendere, in qualità di controllo politico, a quanto i funzionari devono eseguire. Non sono d'accordo — anche per esperienza

12^a COMMISSIONE

13° RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

personale — con chi ritiene che la soluzione migliore sia quella dei «tecnici». Mi risulta che molte unità sanitarie locali presentano una situazione di notevole carenza di qualità tra i funzionari; spesso essi provengono da esperienze diverse. Dunque, non sempre il funzionario rappresenta la panacea di tutti i mali; anche qui vi saranno amministratori più o meno bravi: certo è che, secondo me, il potere politico deve lasciare ai tecnici la gestione. Quello che non va oggi è infatti che il politico fa largo uso delle cosiddette deleghe (si è ripetuto quello che era accaduto nel Comune).

Nella nostra USL non ci sono le deleghe, mentre, ad esempio, in quella vicino ci sono, e sono state approvate dal comitato di controllo che quindi non le ha bocciate.

Pertanto, è molto importante sottolineare il fatto che il politico svolge un'azione di gestione nell'ambito della sanità che, come dimostra l'esperienza, è — a mio avviso — più negativa che positiva. Quindi, devono essere utilizzati i tecnici attraverso l'ufficio di direzione dei capi-servizio (nel nostro caso quattro di carattere amministrativo e tre di carattere sanitario).

Inoltre, vi è la questione del coinvolgimento dei medici. Non so che cosa significhi il discorso relativo al fatto di coinvolgere poco o di coinvolgere molto: a me pare che i medici abbiano la possibilità di essere coinvolti, se la USL funziona; di qui, il consiglio dei sanitari, e se si tiene in molta considerazione l'opinione di questo organismo, questa si porta a livello del comitato di gestione non quando va bene al politico, ma sempre, come regola. L'ufficio di direzione deve andar bene sempre — ripeto — non quando va bene al politico, perchè spesso si rileva che questo organismo tecnico va bene se la pensa esattamente come i politici e, in tal caso, si dice di avere anche l'avallo di questo ufficio tecnico. Occorre pertanto chiarire esattamente le regole, vanno definite le responsabilità perchè il funzionario che firma e prende una decisione deve essere responsabilizzato.

PRESIDENTE. Quindi, dovrebbe essere definito organo?

GARUTI. Certo, a mio avviso, senz'altro dovrebbe essere così, almeno in base alla mia esperienza diretta. Altrimenti, diventa facile per il funzionario scaricare sul presidente le responsabilità. Non dovrebbe essere un altro organo propriamente, ma sicuramente un organismo in grado di far funzionare la macchina.

PRESIDENTE. Le sarei grato se ci spiegasse con precisione l'esatto concetto giuridico.

GARUTI. Considero l'ufficio di direzione un organismo preposto agli aspetti tecnici di funzionalità, ma con responsabilità ben precise, perchè se scarica sul politico ogni problema, è tutto inutile, almeno a mio giudizio. Mi pare che ci siano innovazioni da attuare per cui l'organo amministrativo stabilisce una serie di cose che prima invece erano di competenza del comitato di gestione; se quest'ultimo ritiene di poter apportare modificazioni a quanto stabilito, lo deve fare con delibera, e vorrei vedere a questo punto qual è quel comitato di gestione che vuole sovrapporsi ad un compito specifico di questo organismo.

ROSSANDA. Ma è materia di legge o di regolamenti?

TRIGLIA. Di legge.

GARUTI. Penso che sia di legge, ma onestamente non sono in grado di trattare questo tipo di materia. Posso solo esprimere una mia opinione al riguardo, che ovviamente va considerata col beneficio dell'inventario.

Ribadisco che il coinvolgimento dei medici, in base all'esperienza che abbiamo fatto, ad esempio, con i medici di base sulla farmaceutica, esiste; certo, deve essere migliorato forse con la creazione di distretti, cosa che abbiamo fatto anche perchè tale discorso è legato a quello dei quartieri, dell'organizzazione della città nel suo complesso; avremo problemi di personale, ma è certo che, fin dall'inizio, relativamente alla questione delle deroghe al blocco delle assunzioni, non ci siamo mai posti nella condizione di dire: ci manca personale; ciò significa che di volta in

12ª COMMISSIONE

13º RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

volta l'ufficio di direzione ha esaminato la questione per vedere se la deroga era proprio necessaria o si poteva fare anche senza. Secondo me, nella sanità ci sono ampi margini di manovra: ad esempio, i tipi di assistenza sono diversi da Regione a Regione; vogliamo una volta per tutte fornire degli *standards*, dei livelli di assistenza, per poter misurare quali USL li hanno superati e quali sono al di sotto? Per quale motivo prima ho tentato di dare alcuni dati sul personale? Perché, a mio avviso, è in base a questi elementi che va espresso un giudizio circa l'andamento delle USL e della riforma sanitaria, altrimenti mancano gli strumenti per comprendere pienamente la situazione complessiva. Non serve dire che si hanno, ad esempio, altri 1.500 dipendenti: occorre invece effettuare indagini precise.

Il Piano sanitario nazionale non c'è stato, alcune Regioni hanno predisposto il piano sanitario regionale, altre, pur avendolo predisposto, non ne hanno chiesto l'applicazione. Quindi, ho l'impressione che dopo tre anni ci sia ancora quasi tutto da fare e che gli amministratori siano stati mandati un po' allo sbaraglio; spesso non solo i sindaci ma anche gli amministratori mettono la firma su atti di cui non hanno poi la certezza; del resto, neanche i comitati di controllo ci danno queste certezze. Tra l'altro, vorrei aggiungere che non riesco a capire da un po' di tempo quale sia l'azione dei comitati di controllo, che entrano anche in un giudizio di merito, e questo mi lascia perplesso anche perché mi pare che si sia verificato un eccesso in questo senso. Abbiamo fatto bene quando in luogo di tanti comitati di controllo a livello provinciale si decise di istituire il comitato regionale; certo, quest'ultimo è talmente oberato di lavoro che ha ferme le delibere da circa otto mesi. Tuttavia, come idea era buona. Infatti, che cosa succedeva? Succedeva che a Modena si applicava la riforma in un certo modo, mentre a Reggio in un altro. Ad esempio, le deleghe — e lo dicevo già prima — che abbiamo bocciato a Carpi, sono state approvate a Modena; questo indicava cioè che esisteva una grave anomalia. A livello regionale si è presentato il

problema opposto: l'accumulo delle carte, delle decisioni da adottare è tale che si viene poi a dire che abbiamo sbagliato quando ormai l'atto è già stato eseguito senza attendere l'approvazione dei comitati di controllo alla sanità; non credo che si possa infatti considerare la materia sanitaria alla stregua di altre competenze, in quanto essa dal punto di vista decisionale ha una sua specificità, anche umana, di esigenze quotidiane.

Siamo stati tra i primi nella regione Emilia Romagna a chiedere le deroghe, ma lo abbiamo fatto sulla base di una relazione sanitaria ben precisa, nella quale si dimostrava, ad esempio, che non poteva avvenire una certa cosa o che una determinata persona correva rischi, e così via. Secondo me, quindi, l'amministratore deve anche rischiare, però è stato messo, a mio giudizio, in condizione di rischiare spesso.

PANELLA. Non spesso, sempre.

GARUTI. Certo, ripeto, deve rischiare ma lo deve fare per cause ben precise, altrimenti deve essere tutelato.

Per quanto riguarda i medici, ribadisco che non mi sembra che restino fuori dal comitato di gestione, almeno in base alla nostra esperienza. Esiste la polemica sul fatto di inserire o meno i medici nel comitato di gestione: ma il coordinatore sanitario non è un medico? La presenza sanitaria è assicurata infatti proprio dal coordinatore sanitario affiancato dal consiglio dei sanitari per le questioni tecniche. Come dimostra la nostra esperienza, ad esempio, il consiglio dei sanitari nell'insieme, sulla base delle disponibilità economiche, ha fatto un'elencazione delle necessità strumentali delle USL.

PRESIDENTE. Il consiglio dei sanitari esiste però solo da voi.

GARUTI. Ma è un organismo che dovrebbe esistere in tutti i casi. Comunque, mi è sembrato un risultato notevole costringere, ad esempio, dieci primari a stabilire tutti insieme che si doveva fare un acquisto per l'ortopedia prima di farne altri.

12^a COMMISSIONE

13° RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

PRESIDENTE. Prendiamo atto di ciò con vivo piacere.

GARUTI. Non vorrei essere accusato di presunzione per come ho illustrato la nostra esperienza; tuttavia, mi rendo conto di quanto sia imbarazzante in fondo questa realtà poichè, a mio avviso, si deve ancora costruire tutto, dopo che, ripeto, sono passati tre anni. Sono tra coloro che sostengono che si vuole o si tenta in qualche modo di colpire una riforma che in fondo è tra le più giovani. E non voglio neanche dire a quale partito appartengo perchè non credo che sia importante ai nostri fini. Abbiamo gestito la riforma in situazioni particolari. Qualcuno sostiene che è una delle riforme più belle sulla carta che il nostro paese abbia prodotto, ma che forse non esistevano le condizioni complessive per accettarla nella realtà.

Quindi, sono necessari correttivi, ma soprattutto occorre un equilibrio sanitario. Non è possibile infatti offrire una prestazione di un certo tipo in un posto e sapere poi che un cittadino a pochi chilometri di distanza non ne riceve una identica.

Pertanto, continuo a ritenere che il male maggiore sia al vertice, in chi ancora non ha espletato gli adempimenti di legge previsti, che comunque avrebbero evitato che si verificasse questa estrema disparità di situazioni con le conseguenze che ciò ha comportato e che ho tentato di illustrare prima.

TRIGLIA. Signor Presidente, vorrei fare riferimento ad un solo problema, a mio avviso centrale, ed è quello istituzionale: perchè il problema reale è come cambiare un sistema che è partito, almeno dal punto di vista gestionale, secondo il parere dei sindaci, con il piede sbagliato.

Certo, vi può essere una concorrenza di situazioni e circostanze più o meno favorevoli che fanno sì che i risultati raggiunti siano diversi da una zona all'altra, ma per quanto riguarda la gestione sul territorio nazionale nel suo complesso dobbiamo esprimere parere analogo a quello espresso dai sindaci.

Ora, qui si parla di cambiare qualcosa nella gestione della sanità, relativamente quindi alla struttura determinata dalla legge

n. 833. Alla Commissione affari costituzionali si parla di cambiare la struttura stessa dell'autonomia locale. Immaginiamo che ci sia una *tabula rasa*, e poniamoci la domanda: a chi compete la sanità? Dipende dalla tradizione storica di ogni paese! In moltissimi paesi questa funzione essenziale è assegnata alla più alta organizzazione, cioè a quella statuale; è ciò che avviene in Italia per la giustizia e l'istruzione, cosa che indignerebbe il sistema democratico di tipo nord-americano. Se andassimo in America a proporre questo tipo di cose, cioè che i giudici siano tutti statali e che i professori siano ordinati anche solo dallo Stato, e non dal Governo federale, verrebbe una vivace protesta.

Noi non abbiamo sposato la linea centralistica dell'agenzia statale organizzata attraverso i provveditori, eccetera, ma una linea diversa; però vorrei dire subito che lo Stato è importante dove sono deboli le autonomie, e questo lo ripeto perchè non vorrei essere travisato. Ad esempio — lo dico con grande franchezza —, aver immaginato che si possano avere 675 unità sanitarie locali senza mantenere in servizio un solo funzionario dello Stato che fornisca i dati delle USL è stata una cosa irragionevole. Del Comune abbiamo tutti i dati possibili ed immaginabili, mentre dalle USL non ci proviene nulla! Non vi è un solo ufficio pubblico in questo paese che sia in grado di fornirci i dati relativi non dico ai nomi, il che potrebbe sembrare una indagine politica, ma quanto meno alla somma della «spesa storica» di due anni fa. Infatti, la cosa grave è che mentre per i Comuni eravamo in grado anno per anno di calcolare la finanza in termini esatti perchè avevamo le certificazioni, le USL non inviavano i dati alle Regioni o le Regioni non li inviavano all'autorità centrale. Credo quindi che questo richiamo ad una presenza statale, non di comando o di controllo, ma di ausilio, come avviene per i segretari comunali, sia ragionevole, tanto più che si tratta non di 8.000 unità, come per i Comuni, ma di molte meno.

Al giorno d'oggi, noi all'ANCI non conosciamo nulla sui dati fondamentali relativi alle USL. È stato avviato il sistema del certificato di bilancio dei Comuni, abbiamo chie-

sto alcuni dati al centro elettronico e tra sei mesi saremo in grado di avere a disposizione i dati 1984 relativi agli 8.000 Comuni. Invece, delle 675 unità sanitarie locali non conosciamo le cose fondamentali, nonostante i vari tentativi effettuati in questo senso. Quindi, il sistema è passato alle autonomie — secondo me — non solo per una battaglia politica, ma anche per una ragione storica, cioè perchè gli ospedali erano già autonomi e quindi era difficile proporre di trasferire la sanità allo Stato. Perciò, le tradizioni storiche contano! Allora, se si decide di dare spazio alle autonomie, occorre fare una prima osservazione fondamentale, e la ripeto ancora perchè è molto importante. È stato qui detto che non è presente alcun rappresentante delle USL del Sud, ma occorre dire che noi abbiamo difficoltà all'interno dell'Associazione, perchè non sempre si può contare sulla possibilità di avere la presenza degli amici amministratori meridionali, cioè dei rappresentanti di un'area che raccoglie, se la definiamo non dico secondo la Cassa per il mezzogiorno, ma anche secondo la divisione delle nostre regioni, più della metà degli abitanti della Repubblica.

Ciò avviene perchè la tradizione autonomistica al Sud è più debole, per tante ragioni (senza che ci sia bisogno di analizzarle nei particolari); perchè, ad esempio, abbiamo forse 2.000 Comuni al Sud che non hanno nemmeno un ragioniere capo; quindi possiamo facilmente intuire il tipo dei problemi che possono sorgere. Il senatore Condorelli mi obietta che questo non è giusto, perchè allora il cittadino veneto, ad esempio, è più garantito per quanto riguarda la sanità che non il cittadino calabrese. La realtà è che ciò è vero per tutti i servizi sociali esistenti in Italia: chi nasce in Calabria ha zero probabilità di avere l'asilo nido o l'assistenza per gli anziani!

CONDORELLI. Ecco il perchè della mia proposta di inserire tecnici amministrativi all'interno dei Comuni!

TRIGLIA. Credo che occorra fare attenzione al fatto che le autonomie locali non sono uguali in tutto il paese. Partiamo innanzit-

to dal chiarire quali sono le autonomie: esse sono le Regioni, i Comuni e le Province (dato che possiamo inserire anche le Regioni tra di esse). Per quanto riguarda le Regioni, si può pensare di far salva l'applicazione della legge n. 833, ma di trasferire tutto alla competenza delle Regioni stesse. Personalmente non sono d'accordo, ma forse è una soluzione che ha una sua realizzabilità. Devo dire che il Parlamento sta spingendo in questa direzione con la sua legislazione.

ROSSANDA. La maggioranza!

TRIGLIA. A questo punto, a me sembra fondamentale l'osservazione del senatore De Sabbata, cioè (ma non entro nella disputa se debbano essere le Regioni o i Comuni gli enti interessati) che vi deve essere una responsabilizzazione che si traduca in un giudizio politico da parte dei cittadini rispetto a chi gestisce qualcosa in questo paese. Se si lascia passare il principio secondo il quale si può gestire senza rispondere delle confusioni o delle omissioni, tutto andrebbe a rotoli e poi sarebbe inutile fare tante polemiche sulla finanza quando uno non risponde personalmente ed opera a piè di lista.

Quindi, questa della responsabilizzazione politica è una questione fondamentale. Bisogna decidere a chi compete questa materia. Vogliamo decidere che siano competenti le Regioni, creando le agenzie regionali che gestiscano sul territorio la sanità? È un'ipotesi, però faccio un'osservazione: la sanità, e molto più il sociale, cioè l'assistenza, sono molto legati — mi pare — al territorio, alla comunità, alla storia, alla cultura ed tradizione. Voglio dire che, ad esempio, tra Carpi e Borgotaro, che non sono tanto distanti tra di loro, vi è però un abisso per quanto riguarda le loro realtà. Da una parte siamo in montagna, vi è una cultura diversa (non a caso il colore politico è tutto di un tipo); dall'altra la situazione è totalmente diversa, siamo in pianura, c'è l'industria.

Si tratta di due mondi e di due comunità di tipo diverso e a me sembra giusto che, una volta deciso di concedere le competenze, esse vengano assegnate alle autonomie originarie, cioè ai Comuni.

12ª COMMISSIONE

13° RESOCONTO STEN. (14 febbraio 1984)

Per quanto riguarda la Provincia, si può anche immaginare, siccome ormai si è d'accordo — tranne i repubblicani, che però ne fanno forse solo una questione di principio — a ristabilire una Provincia non solo con compiti di programmazione, ma anche di gestione, che questa competenza, dato che si parla di governo di un'area vasta, finisca alla Provincia stessa; mi sembra opportuno che almeno su alcuni punti la competenza torni ad essere in ogni caso provinciale.

Per quanto riguarda il discorso dell'inquinamento, occorre dire che se vi è un caso di governo di area vasta è proprio quello del problema dell'ecologia e dell'inquinamento. Questa è una funzione che era una volta in capo alle Province e che fra l'altro il decreto del Presidente della Repubblica n. 915 del 1982 sui rifiuti pone ancora in capo alla responsabilità delle province e che mi pare sia tipicamente provinciale; perchè i fiumi e le acque non conoscono certamente le mura comunali; forse vi sono anche altre funzioni che dovrebbero essere sicuramente ascritte alla Provincia.

Infine, vi è il Comune; però, se si scegliesse la strada della competenza comunale, sono convinto che sarebbe veramente difficile trovare una soluzione, tranne alcune direttive magari immediate che però rischiano di non tener conto della riforma delle USL. Comunque, se si dovesse scegliere questa strada, devo dire che il sistema vigente in Italia, che consiste nel voler rafforzare le autonomie ma in fondo punta a un modello centralistico, è un sistema contraddittorio e che mostra i propri limiti. Se cioè si vuol instaurare lo stesso modello su tutto il territorio nazionale, l'organizzazione non può che essere quella statuale, come per la pubblica istruzione, con il provveditore, l'ambito territoriale, la nomina.

PRESIDENTE. Il servizio sanitario inglese!

TRIGLIA. Però se lo lasciate però ai Comuni, allora dovete consentire, siccome in questo caso non siamo in presenza della stessa omogeneità storico-sociale, che i Comuni stessi si organizzino.

Dal discorso del dottor Novelli si avverte

l'orgoglio di un sindaco di una città con una grande capacità, tradizione ed economia di governo; però penso, come piemontese, quindi con lo stesso orgoglio, che questo valga non solamente per Torino, ma anche per tante altre città. Con franchezza dobbiamo riconoscere che quando abbiamo proceduto all'attuazione di un'opera modestissima, quale la metanizzazione del Sud, se non ci aiutava l'«Italgas» non riuscivamo a compiere questo servizio. Con ciò voglio dire che laddove non c'è la struttura, una giunta, i funzionari e via dicendo, in grado di fare queste opere, per quale motivo non dobbiamo consentire ad una agenzia di svolgere questo lavoro per il Comune? Alla obiezione, fatta da alcuni, che questo è un organo tecnico che riguarda una scelta politica, debbo controbattere che non è detto che una agenzia debba essere necessariamente municipalizzata, ma può costituire anche un momento gestionale distinto. In Italia inoltre non esiste niente di veramente tecnico al contrario di altri paesi troppo tecnicizzati. La senatrice Colombo Svevo ha affermato nel suo intervento che alcune grandi agenzie municipalizzate a Milano sono sfuggite di mano al sindaco Tognoli. Ma devo rispondere che il sindaco, una volta che ha deciso che cosa debbono fare, a chi devono prestare il servizio e che prezzo devono pagare, ha stabilito l'essenziale. Quindi lasciate che l'agenzia municipale spenda pure...

MELOTTO. Ma controlla la qualità del servizio!

TRIGLIA. Il sindaco controlla la qualità e lo *standard*, prende cioè la decisione politica.

ROSSANDA. Può precisare questo aspetto?

TRIGLIA. Sono convinto che, per esempio, grandi città del Nord sono in grado di autogestire la sanità. Vi sono anche medie città (parlo del Nord perchè è una realtà che conosco meglio) che hanno un interesse a tal fine perchè avrebbero un aggravio notevole nel costituire un'agenzia. È quanto succede nel Comune del quale sono sindaco, nel quale non procedo nè mediante l'autogestione nè

mediante l'agenzia. Debbo però essere associato secondo una forma, che deve essere stabilita dalla legge, che è l'associazione dei Comuni, cioè un'associazione polifunzionale che mi garantisca di essere presente (oggi come oggi ricevo insieme ad altri venti colleghi su quarantanove il bilancio delle USL e non posso neppure partecipare all'assemblea).

Quindi è necessaria una modulazione che rispetti le autonomie locali, come quelle del Sud, che probabilmente non hanno interesse ad andare verso quei modelli che fanno leva sull'efficienza del sistema comunale, in quanto quest'ultimo (non per colpa di chi amministra, ma per antiche ragioni storiche che nessuno ha mai tentato di risolvere) renderebbe più difficile la gestione sanitaria. Tutti gli amministratori che vengono dal Sud convengono (e in questa sede dobbiamo riconoscerlo) che il sistema dell'INAM e gli altri vecchi sistemi precedenti funzionavano meglio di quelli attuali, affidati alle USL (anche l'ospedale funzionava meglio come è stato giustamente sottolineato). Dobbiamo affidare alle autonomie una modulazione e una libertà di organizzazione e non un unico modello, affinché vengano rispettate le condizioni e le tradizioni locali.

Infine, l'ultimo punto da affrontare concerne le decisioni politiche e il problema dei funzionari. Per quanto riguarda i medici non ho molte osservazioni da fare; ho potuto constatare che essi attraverso il contratto hanno una notevole flessibilità e rigidità nello stesso tempo. Ritengo che la difesa del loro prestigio e della loro dignità è doverosamente accompagnata dalla richiesta di una giusta retribuzione, anche se forse è troppo legata alla retribuzione stessa e molte delle difficoltà che abbiamo incontrato sono nate proprio da questo problema.

Sono d'accordo con l'osservazione fatta in questa sede dal dottor Novelli, e cioè che non è pensabile che chi viene eletto dal popolo per svolgere un ruolo di direzione politica debba avere anche compiti di gestio-

ne amministrativa (ho fatto il calcolo che nel mio Comune devo firmare quattrocento atti al mese). Questi ultimi compiti rappresentino momenti di responsabilità diretta che debbono essere affidati ai funzionari, sia per quanto riguarda la gestione comunale, sia per quanto riguarda quella delle USL. Non ha senso che il sindaco firmi gli atti insieme al ragioniere quando quest'ultimo è in grado di farlo da solo. Questo discorso va esteso ai medici, al direttore amministrativo e via di seguito, e siccome i criteri ai quali dobbiamo ispirarci sono quelli dell'efficienza e della managerialità della gestione, bisogna provvedere ad una proporzionata retribuzione e a contratti triennali o quinquennali, come per tutta la dirigenza. Questo aspetto, cioè trasferire la gestione in senso tecnico a dei funzionari responsabilizzati e autonomi, è importante e deve essere realizzato anche per recuperare la unità di gestione e per non assistere alle varie lottizzazioni, frutto di compromessi.

PRESIDENTE. Ringrazio il presidente Triaglia e tutti gli altri ospiti per essere intervenuti a questa audizione. Ritengo che sia emersa, molto chiaramente, la necessità di adottare dei modelli diversificati e finalizzati alla migliore funzionalità dei servizi in base alle esigenze locali. Ringrazio inoltre gli amministratori dei Comuni e delle USL che dedicano il loro impegno in questa difficile opera. Vi invito infine a mandare una documentazione scritta dell'ANCI affinché venga acquisita agli atti della Commissione.

Poichè nessun altro domanda di parlare, dichiaro conclusa l'audizione.

Il seguito dell'indagine conoscitiva è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 20,40.