

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO
DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

16^o Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 22 FEBBRAIO 1984

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE

Audizione del presidente della regione Lazio Bruno Landi, dell'Assessore alla sanità Rodolfo Gigli e del dottor Giovanni Giacomini; dell'Assessore alla sanità della regione Basilicata Fernando Schettini; dell'Assessore alla sanità della regione Marche Elio Capodaglio e dell'Assessore alla sanità della regione Molise Fernando Di Laura-Frattura

PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 9 e <i>passim</i>	CAPODAGLIO.....	Pag. 11, 39, 40
ALBERTI (<i>Sin. Ind.</i>).....	21, 28	DI LAURA-FRATTURA	16, 36
BOTTI (<i>PCI</i>)	31, 40	GIGLI	9, 38
CALÌ (<i>PCI</i>)	22	LANDI	4, 42
COLOMBO SVEVO (<i>DC</i>).....	23	SCHETTINI	5, 27, 33 e <i>passim</i>
CONDORELLI (<i>DC</i>)	26, 29		
IMBRIACO (<i>PCI</i>)	24		
MELOTTO (<i>DC</i>).....	29, 34		
MERIGGI (<i>PCI</i>)	32		
ONGARO BASAGLIA (<i>Sin. Ind.</i>)	32		
PINTO Biagio (<i>PRI</i>)	20		
RANALLI (<i>PCI</i>)	19, 35, 40		
TROTTA (<i>PSI</i>)	25		

12^a COMMISSIONE

16° RESOCONTO STEN. (22 febbraio 1984)

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per la regione Lazio il presidente Bruno Landi, l'assessore alla sanità Rodolfo Gigli ed il dottor Giovanni Giacomini, funzionario preposto al settore sanitario; per la regione Basilicata l'assessore alla sanità Fernando Schettini; per la regione Marche l'assessore alla sanità Elio Capodaglio; per la regione Molise l'assessore alla sanità Fernando Di Laura-Frattura.

I lavori hanno inizio alle ore 9,40.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria.

È oggi in programma l'audizione di rappresentanti delle Regioni.

Vengono quindi introdotti il presidente Bruno Landi, l'assessore Rodolfo Gigli, il dottor Giovanni Giacomini, l'assessore Fernando Schettini, l'assessore Elio Capodaglio e l'assessore Fernando Di Laura-Frattura.

Audizione del presidente della regione Lazio Bruno Landi, dell'Assessore alla sanità Rodolfo Gigli e del dottor Giovanni Giacomini; dell'Assessore alla sanità della regione Basilicata Fernando Schettini; dell'Assessore alla sanità della regione Marche Elio Capodaglio e dell'Assessore alla sanità della regione Molise Fernando Di Laura-Frattura

PRESIDENTE. Do a tutti il più cordiale benvenuto a nome della Commissione, ringraziandovi per la vostra presenza nonostante le difficoltà derivanti dagli scioperi di questa mattina; ciò denota molta buona volontà e spirito di collaborazione allo sforzo che stiamo compiendo per approfondire la conoscenza dei problemi riguardanti il Servizio sanitario nazionale. Ritengo che l'audizione di questa mattina abbia un particolare significato, tenuto conto dei compiti che svolgono le Regioni nell'ambito del Servizio

stesso. La struttura unitaria di tale Servizio è infatti ampiamente decentrata, sia per quanto riguarda le funzioni programmatiche che per quelle disciplinari; questo è un fatto di grande rilevanza e quindi, ripeto, l'audizione di questa mattina è un momento fondamentale per la nostra indagine conoscitiva.

Vorrei che gli intervenuti ci spiegassero come si esplica il criterio della programmazione al livello intermedio proprio delle Regioni e come funziona — secondo gli esponenti regionali — la gestione del Servizio sanitario nazionale nei rapporti che le Regioni instaurano da un lato con lo Stato e dall'altro con i Comuni. Certo, la legge n. 833 riserva molto spazio alle Regioni: questa mattina ho constatato che in ben ventisette articoli di tale legge sono citate le Regioni, o per dirette responsabilità, o per la funzione di organizzazione attraverso strumenti legislativi regionali, o ancora per il controllo sulla gestione a successivi livelli, come quello a livello comunale e così via. Pertanto si richiede uno sforzo di tipo normativo, che io credo sia stato ormai in gran parte compiuto nei cinque anni trascorsi dal varo della legge n. 833; però vorrei sentire anche da voi se realmente tutte le leggi spettanti alle Regioni sono state già emanate. Auspico inoltre alcuni chiarimenti relativi al processo programmatico, alla ripartizione dei mezzi, ai piani sanitari regionali e così via; ed è probabile che questi saranno gli argomenti di alcune domande specifiche che vi rivolgeranno i senatori presenti.

Infine sollecito alcune considerazioni relative al problema dei contributi finanziari per l'attuazione dei programmi, che è un altro degli scopi fondamentali affidati alle Regioni: si tratta di un potere molto ampio, che si connette a quello di supporto alla gestione del Servizio al fine di migliorare il sistema, che egualmente la legge n. 833 attribuisce alle Regioni; ma non so quanto sia stato possibile esercitare tale funzione attraverso gli uffici a vostra disposizione.

Ritengo di aver delineato alcuni argomenti che possono essere dapprima affrontati ed esposti sinteticamente con le vostre introduzioni ed in seguito approfonditi in base alle

domande specifiche che i componenti della Commissione sanità vorranno rivolgermi.

LANDI. Signor Presidente, il mio sarà un brevissimo intervento introduttivo nel quale innanzitutto intendo esprimere l'apprezzamento delle Regioni per l'indagine conoscitiva promossa dalla 12^a Commissione permanente Senato. Con l'occasione intendo anche esprimere l'augurio di buon lavoro al Presidente ed ai senatori che collaborano a questo impegno, che è sicuramente molto attuale, anche se irto di difficoltà. Le Regioni attendono da tale iniziativa una somma di utili indicazioni, non soltanto sul terreno dell'analisi dei problemi, ma anche su quello delle proposte eventuali per avviarli a soluzione nel quadro di un costruttivo spirito di collaborazione; esprimo quindi non solo apprezzamento per l'iniziativa ma anche la piena disponibilità a collaborare attraverso un confronto continuo, che questa mattina trova un importante e significativo momento di realizzazione e che può rinnovarsi nel prosieguo della indagine.

La mia presenza è giustificata dal fatto che nell'ambito della conferenza dei presidenti delle Regioni è toccato al presidente della regione Lazio e a quello della regione Sicilia il compito di svolgere una funzione di coordinamento interregionale e quindi di tramite tra il gruppo di lavoro degli Assessori alla sanità e la conferenza dei presidenti delle Regioni. Questa mattina sono presenti insieme a me gli Assessori di quattro Regioni: l'assessore Capodaglio per le Marche, l'assessore Di Laura-Frattura per il Molise, l'assessore Gigli per il Lazio e l'assessore Schettini per la Basilicata. Ciascuno di loro chiarirà lo stato del Servizio sanitario ed il punto di realizzazione della riforma sanitaria relativamente alla Regione di propria competenza. Siamo in grado inoltre di consegnare alla Commissione una documentazione relativa non soltanto alle Regioni qui rappresentate, ma anche alla Calabria, all'Emilia, alla Liguria e all'Umbria. Naturalmente, se verrà ritenuto opportuno, in prossime sedute potranno essere ascoltati anche gli Assessori regionali che oggi non sono presenti.

La questione sanitaria è all'ordine del gior-

no in modo permanente presso la conferenza dei presidenti delle Regioni. Mi sembra, perciò, utile avanzare una proposta, cioè che la Commissione prima di chiudere definitivamente i propri lavori, colga un'occasione di incontro con i presidenti delle giunte regionali, a cominciare dal presidente Magnani che nella fase attuale svolge la funzione di coordinamento. Voglio inoltre sottolineare due motivi di preoccupazione emersi nel corso dell'ultima riunione dei presidenti delle Regioni, che concernono questioni molto attuali e pressanti.

Il primo riguarda l'interpretazione dell'articolo 26 della legge finanziaria per il 1984: ci troviamo di fronte ad una difficoltà nei rapporti tra le Regioni, le unità sanitarie locali e gli istituti di credito per le anticipazioni a valere sul bilancio di competenza del 1983. Queste difficoltà rischiano di determinare il blocco di alcune importanti attività; mi riferisco in particolare al settore della farmaceutica ed a quello della specialistica convenzionata o della medicina convenzionata in generale.

La mancata erogazione di fondi, da parte degli istituti bancari, a valere sul bilancio 1983, comporta di fatto l'accumularsi di debiti e l'impossibilità di far fronte a esigenze che vengono rappresentate con estrema urgenza da parte dei creditori. Questa partita è cosa diversa da quella più generale del consolidamento del debito di gestione, che attiene poi allo schema del risanamento generale previsto dalla legge finanziaria, per il quale esistono procedure diverse.

Tale questione è stata posta energicamente, in occasione di un recente incontro, dai presidenti delle giunte regionali al ministro Romita, il quale credo si sia fatto tramite di questa preoccupazione nei confronti del Ministro del tesoro e del Ministro della sanità.

Il secondo motivo di preoccupazione invece è quello connesso alla mancata revisione del prontuario farmaceutico, ed in generale al diverso orientamento che in proposito è emerso in sede di Governo e anche in sede di Parlamento. La preoccupazione ovvia dei presidenti delle Regioni è che, in mancanza di interventi tempestivi diretti ad esaminare la questione o la situazione nuova che si è

determinata, lo sbilancio che ne consegue, in misura superiore ai 2.000 miliardi, rischi di scaricarsi, senza possibilità di alternative, sui bilanci regionali.

Questo tema è di estrema rilevanza, poiché 2.000 miliardi sono poco meno della metà del risparmio presunto, cioè della differenza tra i 34.000 miliardi del Fondo assegnato alle Regioni per il 1984 e il fabbisogno di 38.500 miliardi previsto dalle Regioni in sede di Consiglio sanitario nazionale. La mancata impostazione di questo problema, nel permanere delle premesse della legge finanziaria, rischia di determinare uno sbilancio dell'intero sistema.

Più in generale, in sede di conferenza dei presidenti regionali, è stata riaffermata l'esigenza che in tempi brevi si giunga alla approvazione del Piano sanitario nazionale, come cornice di riferimento dell'operato delle Regioni. In assenza di una linea di programmazione che definisca meglio le finalità della riforma e definisca ancor meglio la strumentazione, cioè il sistema dei mezzi economici, professionali e tecnologici utili a perseguire quelle finalità, le finalità generali della riforma non potranno essere perseguite e realizzate.

Gli Assessori presenti sono anche, nella maggior parte dei casi, esponenti prestigiosi del movimento della riforma in ambito sanitario, e quindi credo che le loro considerazioni possano assumere in questa sede un particolare valore politico. Perciò mi auguro che questa seduta possa assolvere alle finalità istituzionali per cui è stata indetta.

PRESIDENTE. Grazie, presidente Landi, per questa introduzione. Prendo nota della richiesta di un incontro con i presidenti delle altre giunte regionali, che sarà senz'altro tenuta nella massima considerazione, pur avendo noi un programma molto ristretto nel tempo e già prestabilito.

Prendo anche atto dei tre punti da lei indicati e do assicurazione che sono già all'esame attento di questa Commissione in rapporto alle indicazioni già emerse dai nostri dibattiti.

Passiamo ora all'audizione del dottor

Schettini, Assessore alla sanità della regione Basilicata.

SCHETTINI. Vorrei attenermi strettamente al metodo di conduzione dell'indagine conoscitiva avviata dalla Commissione sanità del Senato, affrontando in ordine successivo gli aspetti istituzionali, gli aspetti del personale e gli aspetti finanziari.

Innanzitutto, credo che affrontare il problema degli aspetti istituzionali significhi discutere di tutto il complesso della riforma sanitaria, essendo a mio giudizio questo aspetto la causa principale di moltissime disfunzioni del sistema.

La mancata definizione della personalità giuridica dell'unità sanitaria locale, la mancata definizione dei livelli di responsabilità tra Governo, regioni e USL, ha impedito in sostanza di raggiungere quell'obiettivo che la riforma si poneva di un'attribuzione cioè al Comune, centro della vita democratica, della gestione della sanità.

Quale Comune? Il municipio di oggi o l'ente locale da configurare nell'attuazione del processo di riforma delle autonomie? Credo vi sia stato un errore di fondo, quello di aver costituito un unico vestito che va dalla Lombardia alla Sicilia prescindendo dalle diverse realtà, dalle situazioni particolari che caratterizzano le realtà delle singole Regioni.

Pensare ad un minimo di dimensione territoriale e di insidenza demografica per costituire le USL, da 50.000 a 200.000 abitanti, sarà cosa facile per la Lombardia, per la Toscana o per il Piemonte, ma non in una realtà come quella della Basilicata, dove per raggiungere 100.000 abitanti la Regione deve associare cinquanta o sessanta Comuni, avendo il 75 per cento dei Comuni una popolazione inferiore ai 5.000 abitanti. Quindi realizziamo organi di assemblea che o danneggiano la vita democratica o diventano così pletorici da essere, per la loro composizione, elementi di difficile funzionamento dell'istituzione. Infatti, due o più rappresentanti della maggioranza per Comune e almeno uno della minoranza, in centotrenta Comuni comportano un numero notevole di componenti.

È questa la realtà difficile nella quale si opera, perchè tra Comuni e USL non si è stabilito quel rapporto e quella attività di collaborazione che erano necessari. I Comuni hanno visto le USL come momenti di sopraordinazione, assumendo due diversi tipi di atteggiamento: o di completo disinteresse per i problemi della sanità o di rivendicazione molte volte conflittuale nei confronti delle USL. Gli organi di gestione hanno peraltro avuto la possibilità di un esercizio direi qualificato e complessivo dell'attività sanitaria, avendo avuto una convergenza di competenze prima disperse nei vari enti.

Nella realtà nostra, della mia Regione, il concentramento del precedente modello organizzativo nei due capoluoghi di provincia (Potenza e Matera), ma il deserto altrove, ha impedito la realizzazione di un effettivo decentramento.

Per cui l'abbiamo fatto sulla carta: abbiamo costituito sette unità sanitarie locali per una popolazione di 600.000 abitanti; abbiamo però dovuto accentrare alcuni servizi nelle due unità sanitarie locali di Potenza e Matera (cioè la gestione della medicina di base, della specialistica e della farmaceutica), per l'assoluta carenza nelle altre USL di personale e di strutture. C'è inoltre da dire che scontiamo anche quella visione che definirei dicotomica tra momento curativo e igiene pubblica, per cui, allo stato attuale, prevenzione ed igiene pubblica non si fanno. Resta ancora l'ospedale come unica struttura portante del sistema sanitario. Direi che la stessa riforma fallisce quando, ponendosi l'obiettivo corretto, ma ambizioso, di realizzare l'equilibrio dei livelli di assistenza sull'intero territorio, non adegua poi le risorse finanziarie e i mezzi al raggiungimento di tale obiettivo. Allora, il livello degli *standards* di assistenza più che avvicinarsi si è talmente divaricato che si può dire — per usare un'espressione facile — che stavamo meglio ieri, forse, che oggi.

Il rapporto comitato di gestione-direzione tecnica poi non esiste. Vi è una tendenza degli amministratori a fare i tecnici; esiste una gestione politica in senso deteriore della sanità nei comitati di gestione e una demotivazione del personale; vi sono tensioni che

restano nella sanità anche per impostazioni legislative che hanno lasciato o hanno creato ulteriori elementi di imbarazzo nella gestione della sanità stessa. Quindi, marginale è il ruolo dell'assemblea e della direzione tecnica: vi è una gestione quotidiana ancora aggravata dal fatto che la legge n. 833 non ha mai definito (come non lo ha fatto a suo tempo la legge n. 132 del 1968 in termini corretti) il vero ruolo dell'ospedale; anzi, essa ha lasciato la divisione dei servizi. Si è poi fatta un'affermazione di principio secondo cui l'articolazione ospedaliera doveva ispirarsi al concetto del dipartimento, parola, questa, rimasta però vuota, senza significato; di fatti, non è una nuova trovata, ma un modo diverso di lavorare in *équipe* nell'ospedale e sul territorio.

Vi è quindi una direzione sanitaria che sembra sempre più deresponsabilizzata e una mancanza di reali servizi tecnici ed economici negli ospedali. E allora, quel sistema, che bene o male rispondeva, che pure, con tutti i suoi difetti, andava razionalizzato secondo il concetto di un corretto rapporto territorio-ospedale — chiarendo che ciò non significa distruggere gli ospedali per creare qualcosa sul territorio, ma integrare i servizi, correlarli in una visione globale dell'organizzazione della sanità —, ha visto andare in crisi anche una struttura che nelle piccole realtà della nostra Regione dava pur sempre una risposta, sia pure trasformata in *supermarket* della salute; infatti, non esisteva niente e allora l'ospedale era vittima e responsabile di questa situazione. Quel sistema ha visto cioè andare in crisi anche gli ospedali.

In Basilicata non abbiamo consentito una gestione assessoriale dei comitati di gestione. L'attività è collegiale, non vi sono deleghe, nessuno è incaricato di particolari servizi. Abbiamo creato, prima con atto amministrativo, oggi con legge in corso di approvazione, il servizio ispettivo; abbiamo inoltre realizzato il coordinamento delle unità sanitarie locali sotto forma di istituzionalizzazione della conferenza dei presidenti diretta dall'Assessore regionale alla sanità. Ma ciò che conta non è risolvere l'aspetto istituzionale inventando altre soluzioni, che tendono a creare altro caos nella sanità. Se ci si doves-

se orientare verso la costituzione e l'approvazione della legge sulle autonomie locali, e si realizzasse l'ente intermedio in modo da rispondere a quell'obiettivo di efficienza della gestione per cui si avrebbe un governo per un territorio, forse si potrebbero poi stralciare alcuni aspetti della gestione dei presidi multizonali e ripensare la loro collocazione nel sistema sanitario regionale.

Personalmente, non sposo il mito del Comune: la sanità non è un problema comunale, ha la sua dimensione sovracomunale e sovraregionale e deve consistere in un sistema integrato di servizi nell'intero territorio della Regione e, per alcuni aspetti, per le attività a livello e a dimensione sovraregionale, in un'articolazione molto più ampia che non deve vedere una gestione da parte della Regione, in quanto le Regioni non vogliono gestire proprio niente; occorre invece finalmente identificare precise responsabilità, visto che le unità sanitarie locali sono figlie illegittime, sono centri di spesa e ordinatori di spesa sono i medici non controllabili.

La stessa legge n. 833 non è riuscita a risolvere questo dualismo che pesa sulla sanità tra medici convenzionati e medici dipendenti, non avendo creato tra i due settori, tra le due linee, una chiara linea di demarcazione. Avevamo chiesto come Regione di risolvere il problema delle incompatibilità non in sede contrattuale, ma con una norma legislativa.

Noi stessi, non avendo ottenuto fino adesso nè i provvedimenti, nè la possibilità di inserire la disciplina delle compatibilità nella contrattazione, riusciamo difficilmente a controllare quei fenomeni di malcostume che si riverberano poi sull'azione politica del sistema sanitario.

Non siamo riusciti, con la legge n. 833, a definire con chiarezza il rapporto pubblico-privato. La Costituzione italiana affida allo Stato la creazione di un Servizio sanitario nazionale; e questo non significa mettere in discussione la visione pluralista della società. Infatti, il privato ha spazi in quanto integra e complementa l'attività della parte pubblica; la sua attività non deve però diventare concorrenziale nè sostitutiva, perchè

in questo caso, secondo me, tale sistema binario diventa un'altra forma di spreco di risorse e diventa, soprattutto, fonte di quelle manifestazioni di malcostume che poi sollecitano la stampa (e tutti coloro che con la riforma hanno poco da condividere) ad estreme reazioni.

Pesa inoltre sulla sanità la mancanza di una legge-quadro sull'assistenza, per cui affluiscono alla sanità spese di carattere sociale. Si è parlato di integrazione di servizi sanitari e sociali. Questo è giusto perchè non vi è un limite netto di demarcazione tra il momento sociale e il momento sanitario nella cura dell'handicappato o nella cura dell'anziano. Però, allo stato dei fatti, non esiste una legge-quadro sull'assistenza. Il decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977 trasferisce la titolarità dell'assistenza ai Comuni; in base alla legge finanziaria questi possono utilizzare le USL mettendo loro a disposizione i mezzi ed il personale. La verità, però, è che i Comuni non iscrivono più una lira in bilancio per quanto riguarda l'assistenza. Il consiglio regionale della Basilicata ha dovuto, con un ordine del giorno, fare un invito pressante affinché non fosse tolta dal bilancio una quota da destinarsi ai servizi sociali. Le USL, quindi, assolvono al servizio di assistenza solo grazie ai fondi che la Regione trasferisce loro, fondi che avrebbero dovuto essere aggiuntivi e non sostitutivi. Anche questo è un elemento di grande rilievo e che, «all'italiana», consente di fare affluire al comparto della sanità spese che con questa non hanno niente a che vedere. Manca un piano organico di spese per investimenti. Inoltre, la legge finanziaria ha introdotto in sostanza il pagamento della mobilità sanitaria; ma da quattro anni le Regioni meridionali — quelle che avevano un rapporto posti-letto/popolazione inferiore al 6 per mille — hanno avuto solo alcuni finanziamenti, come se il riequilibrio territoriale si facesse con la spesa in conto capitale e non con la spesa in conto corrente.

Prima ancora di giungere a queste soluzioni in nome della spesa «storica» ci siamo trovati nelle condizioni di non poter dotare le nostre realtà meridionali di strutture che consentano una limitazione della mobilità

sanitaria. Ed è a causa di questa legge finanziaria che ad un certo punto ci siamo trovati nella necessità di dover aggirare l'ostacolo della limitazione della mobilità e questo per colpe che non sono nostre. Non avremmo voluto raggiungere queste forme di autarchia, ma la nostra intenzione è solo quella di ridurre il costo sociale della mobilità dei cittadini della Basilicata. Desidero far notare che la Basilicata è stata l'unica Regione d'Italia che ha tentato di stabilire per legge che si potesse fare ricorso a rapporti convenzionali nelle USL (per diagnosi e cura, per ricovero e cura) solo nei casi in cui in quell'ambito territoriale vi fosse un rapporto posti-letto/popolazione inferiore al 6 per mille.

La riforma sanitaria, che avrebbe dovuto seguire una linea strategica diversa per ogni realtà regionale, ha invece creato un concetto in base al quale si ritiene necessaria una riconversione delle strutture esistenti nelle Regioni superdotate, e necessario un aumento di strutture nelle Regioni meno dotate; questo perchè non si considera un dogma, un dato mitico, il rapporto 6 per mille, ma un parametro di riferimento abbastanza accettabile. Per cui vi sono Regioni che pur avendo un rapporto del 10-12 per mille, fanno ricorso a rapporti convenzionali con strutture private, e poichè in Italia si usa pagare a piè di lista, si ricava l'impressione che chi è più corretto viene sempre penalizzato.

Quanto al problema del personale, anche qui pesa la mancata scelta, nei vari provvedimenti legislativi, di un sistema di mobilità del personale: è stato tanto declamato ma non si riesce ad attuarlo. Sono stati individuati gli istituti (mobilità volontaria, mobilità d'urgenza, mobilità necessitata), ma sfido chiunque a muovere un solo operatore da una struttura all'altra o, addirittura, da una zona all'altra. Ad esempio la regione Basilicata, che vorrebbe realizzare il dipartimento della salute mentale sul territorio in quanto attualmente esiste soltanto una struttura psichiatrica, di natura privatistica, con circa mille dipendenti; in questa struttura psichiatrica, potrà scegliere i pazienti ma non potrà mai toccare i dipendenti, e questo in virtù di organizzazioni sindacali o del «padrino» di

turno; non c'è graduatoria che possa consentire mobilità sul territorio. Dunque la disfunzione non nasce dalla incapacità di governo delle Regioni, nasce da una produzione legislativa che consente di gestire solo l'esistente, ma non di toccare stratificazioni di abitudini, interessi, mentalità e comportamenti. Tutto ciò accade nonostante si sostenga che è necessario un piano di aggiornamento e di formazione professionale: questo è un altro elemento da considerare.

La regione Basilicata, fin dal 1973, ha soppresso i corsi di infermieri generici, convinta che non si poteva avere una migliore qualità di assistenza con bassi livelli di preparazione. Siamo tra le Regioni d'Italia con il più alto numero di infermieri professionali, o perlomeno con un maggior numero di infermieri professionali con diploma di scuola media superiore. Questo perchè ci siamo resi conto che ragionieri, maestri e geometri avrebbero avuto poche possibilità di trovare qualche sbocco occupazionale nel loro ramo, per cui abbiamo pensato di utilizzare questi elementi avviandoli verso l'attività paramedica. Purtroppo non abbiamo scuole speciali. La stessa affermazione di grande principio dell'articolo 39 della legge n. 833, relativa al rapporto convenzionale Università-strutture sanitarie, non ha trovato nessuna reale possibilità di applicazione in una regione dove, per avere l'Università, è stato necessario un terremoto. Il terremoto però ci ha fatto sì avere l'Università, ma non ci ha dato la possibilità di avere una facoltà di medicina. E non possiamo neanche stipulare convenzioni con le università vicine, quindi non abbiamo la possibilità di avere una funzione didattica di aggiornamento e di confronto per le nostre strutture ospedaliere.

Non possiamo ad un certo momento avere per il processo stesso di formazione universitaria un numero elevatissimo di medici giovani disoccupati e una assoluta carenza di specialisti. Ritorna il problema di potenziare il territorio, ma nella mia realtà regionale quei pochi specialisti stanno negli ospedali; se li mandiamo sul territorio mettiamo in crisi l'ospedale. Sul territorio attività non se ne fanno se non per pochi operatori che lavorano a livello di libera professione.

12ª COMMISSIONE

16° RESOCONTO STEN. (22 febbraio 1984)

Per quanto riguarda la politica del personale, mi riservo di mandare alla Commissione la rilevazione numerica che in Basilicata ammonta a circa 6.000 persone. Anche questo è un problema da sottoporre all'attenzione della Commissione. Qualcuno ha cercato di individuare parametri oggettivi di un rapporto tra personale e strutture, che poi dovevano essere parametri da fissare per la adozione delle piante organiche definitive. Nel Friuli si è fatto un rapporto, credo, di 9,5 ogni 10.000 abitanti: il Friuli ha 10 unità, la Basilicata 5,3. Anche questo pesa. Una delle condizioni è che il rapporto personale-strutture finisca per essere definito nel piano sanitario come *standard* flessibile ma comunque indicativo per le Regioni.

Circa gli aspetti finanziari, non ripeterò le cose che ormai diciamo da parecchio tempo. Dico solo questo: c'è una coscienza sottostima delle risorse finanziarie da mettere a disposizione. Tutti sanno che quello che ci danno è poco e tutti fingono di ignorarlo per aprire dopo il solito contenzioso. Faccio un esempio: il Fondo sanitario nazionale, con il prescritto parametro attribuisce nel 1983 lo 0,90 alla regione Basilicata; lo stesso parametro viene utilizzato per la ripartizione del fondo per oneri contrattuali. Ebbene, il fondo in tal modo risulta solo di 7 miliardi. Gli oneri reali sono invece di 13.500 milioni. Voi sapete benissimo che 6 miliardi e mezzo costituiscono un *deficit* per la Basilicata. Nessuno se ne fa carico. La Regione se ne dovrebbe far carico attingendo ai fondi previsti dall'articolo 8, relativi all'ordinaria amministrazione della vita regionale, o addirittura ricorrendo ad atti impositivi, applicando *ticket*. Non si capisce neppure l'impostazione generale, onorevole Presidente, per cui sconfinando una unità sanitaria locale, il *tickets* andrebbe poi posto a carico di tutti i cittadini della regione aprendo altre conflittualità tra le diverse unità sanitarie locali, in modo che in pratica una struttura corretta paga la disamministrazione di altri.

Circa il censimento sullo stato di applicazione della riforma sanitaria nelle singole regioni, si possono scrivere con estrema facilità e moltissima limpidezza gli aspetti positivi e negativi ma non perchè la responsabili-

tà sia sempre degli altri. La verità è che molte cose che non possiamo realizzare nascono da una decretazione di urgenza che è avvenuta nel passato, da una legislazione non sempre coerente con i principi che la legge n. 833 postulava per l'organizzazione di un democratico ed efficiente Servizio sanitario nel nostro paese.

PRESIDENTE. La ringrazio per la sua esposizione ampia e chiara. Do ora la parola all'assessore Gigli.

GIGLI. Signor Presidente, credo che la relazione ampia e puntuale che il collega Schettini ha fatto mi consenta di evitare di riprendere argomenti già trattati in termini molto efficaci. Il collega Schettini, indicando problemi specifici della sua regione, ha evidenziato e denunciato inconvenienti e disfunzioni che sono un po' le caratteristiche del problema sanitario in tutto il paese. Pertanto, mi rifaccio a quanto da lui detto evitando di ripetere osservazioni già così bene svolte.

Vorrei premettere che come regione Lazio abbiamo predisposto una relazione, una documentazione sull'attuazione della riforma nella nostra regione che mi permetto di trasmettere ai Commissari, dalla quale forse più puntualmente emergeranno situazioni particolari ed anche alcune gravi storture che purtroppo siamo costretti a registrare.

La nostra regione, come gli onorevoli senatori fanno, è caratterizzata da profondi squilibri territoriali che trovano purtroppo anche conferma nella distribuzione dei servizi, delle strutture sanitarie all'interno della città di Roma e tra la città di Roma e il resto del Lazio. Ma su questo mi permetterò, seppure brevemente, di fare alcune considerazioni al termine del mio intervento.

Come giustamente ricordava il collega Schettini, mi sembra che abbiamo di fronte un problema sul quale siamo stati chiamati ad esprimerci, che è quello degli aspetti istituzionali della riforma. Vorrei aggiungere una sola cosa a quanto ha già detto l'assessore Schettini: c'è oggi, forse più che ieri, grande confusione sotto questo aspetto, perchè fino all'approvazione della legge finan-

ziaria per il 1984, sapevamo che le unità sanitarie locali erano organi esecutivi dei Comuni. Oggi non so più se questo è ancora valido, nella misura in cui alle Regioni sono state attribuite competenze di merito sostitutive con riferimento alla funzionalità o non funzionalità delle unità sanitarie locali. Alle Regioni vengono cioè attribuiti responsabilità, pesi ed oneri finanziari notevolissimi che non so come faremo a sopportare se non interverrà qualche modifica di carattere legislativo, visto che le disponibilità finanziarie che abbiamo sono pacificamente, credo senza possibilità di equivoco, insufficienti rispetto alle esigenze, non alle aspettative, che già oggi si manifestano. Quindi c'è questo aspetto istituzionale che credo debba essere meglio definito perchè, altrimenti, rischiamo di realizzare, al limite, una sorta di conflittualità oggi tra Comune e Regione per quanto riguarda competenze e responsabilità nei confronti delle unità sanitarie locali.

I problemi finanziari sono certamente comuni un pò a tutte le Regioni, ma credo di poter dire, per la modestissima esperienza fatta nel corso di questo breve periodo in cui mi trovo a guidare l'Assessorato alla sanità della regione Lazio, che nella nostra Regione questi problemi assumono dimensioni più vistose e preoccupanti. Porto un dato a questo riguardo che credo possa considerarsi emblematico: se trasferiamo al 1984 con i dovuti aggiustamenti la spesa sostenuta nel 1983 dalla nostra Regione, considerando la lievitazione naturale dei costi e l'applicazione del contratto, siamo in grado di prevedere che chiuderemo l'esercizio finanziario con uno sbilancio di 450-500 miliardi. Credo che questo dato dia la dimensione della gravità della situazione che rischia di diventare ingovernabile; in piena coscienza posso aggiungere che esiste anche indubbiamente — almeno per quello che mi è stato possibile valutare fino a questo momento — una non corretta utilizzazione dei fondi che ci vengono attribuiti, ma credo che la loro insufficienza contribuisca in qualche misura anche a non utilizzarli correttamente. Quando si imposta un bilancio sapendo già che le somme che prevediamo sono sicuramente e largamente sottostimate rispetto alle esigenze,

credo che possa inconsapevolmente affermarsi la convinzione che, visto che si deve in ogni caso sfondare il tetto, l'esigenza di rigore vada in ogni caso accantonata.

In aggiunta alle considerazioni fatte dal collega Schettini desidero sottolineare che per quanto ci riguarda siamo fermamente impegnati, a partire da questo anno, in una azione di reale riconversione e di reale intervento in termini incisivi nella realtà sanitaria della nostra Regione, per realizzare, almeno, delle soluzioni che nel giro di due-tre anni possano dare i loro frutti e che se bene impostate consentiranno di rimettere la sanità sul giusto binario.

Abbiamo però dei problemi che credo specifici e particolari della nostra regione. Vorrei far presente, per esempio, l'esigenza, che emerge anche dall'azione della Magistratura sulle strutture ospedaliere romane, di un piano di ristrutturazione dei grandi ospedali romani; abbiamo infatti delle strutture ospedaliere inadeguate, che hanno ormai una attività di servizio ultracentenaria e che richiedono interventi dell'ordine di centinaia di miliardi. La regione Lazio ha predisposto un piano che speriamo di poter far varare dal consiglio regionale, attraverso il quale prevede un intervento con i propri fondi, ricorrendo al credito, per un intervento straordinario di 100 miliardi, pur sapendo che è assolutamente inadeguato rispetto alle esigenze. Crediamo che questo non sia un problema soltanto del Lazio, ma dell'intero paese, soprattutto se si considera che sul Lazio si scaricano utenze extraregionali in misura piuttosto consistente. Sto facendo una indagine aggiornata e credo di non essere lontano dal vero stimando nel 20 per cento gli utenti extraregionali che utilizzano le strutture ospedaliere della nostra Regione e che provengono soprattutto dal Sud, aggravando una situazione finanziaria che è già molto pesante.

Vorrei aggiungere altre due considerazioni. La prima prende spunto dal recente studio che il Censis ha pubblicato sul fenomeno della droga; purtroppo questo studio assegna al Lazio il triste primato nella diffusione di questo grave problema che è di ordine sanitario, ma prima ancora di ordine sociale. Va

detto con molta franchezza che la regione Lazio non è in grado di approntare un piano che fronteggi questa grave situazione di emergenza; crediamo di poter utilizzare questa preziosa occasione che ci viene offerta per rappresentare alla Commissione sanità del Senato l'opportunità di studiare un piano che consenta di essere in condizioni di fronteggiare una evenienza di questa gravità e di questa drammaticità.

Vorrei concludere — signor Presidente — accennando ad un altro grave problema che è nostro, ma che sicuramente è di tutte le Regioni e che comincia ad essere di carattere sociale: è il problema dei giovani medici disoccupati. È necessario trovare delle soluzioni anche sul piano delle iniziative legislative, concepite però in termini non demagogici e semplicistici, ma che consentano di dare una risposta pur parziale a questo grave problema; altrimenti credo che nell'arco di un breve periodo potremmo trovarci di fronte a situazioni non più controllabili. Si possono forse trovare alcune soluzioni nell'ambito del contratto, e mi sono già permesso di segnalarle in occasione di un incontro con le categorie, ma credo che non siano sufficienti a risolvere il problema.

Vorrei anche io, concludendo, riallacciarmi a quanto detto dal collega Schettini in ordine al fenomeno della duplicità o della molteplicità degli incarichi, che rischia di determinare anche aspetti di malcostume con conseguenze gravi e pesanti sulla spesa sanitaria. Credo che risolvere questo problema in maniera intelligente e responsabile potrebbe rappresentare una prima risposta, se pur parziale, alla esigenza di trovare soluzione alle richieste di occupazione avanzate da tanti giovani medici disoccupati.

Non vorrei rubare altro tempo ai colleghi e alla Commissione; resto a disposizione della Commissione stessa per fornire eventuali risposte su specifici problemi e vi ringrazio per la cortesia con cui avete voluto ascoltarli.

PRESIDENTE. Grazie, dottor Gigli, per il suo intervento puntuale e preciso. Do ora la parola all'assessore Capodaglio.

CAPODAGLIO. Signor Presidente, proprio a nome della diversità che esiste tra le varie Regioni vorrei che mi fosse consentito di iniziare il mio intervento rovesciando lo schema che ci siamo prefissi e partendo dalla realtà attuale, da quello che stiamo facendo, dalle difficoltà che incontriamo e dai problemi che si pongono per poi risalire, se possibile, alle questioni di carattere più generale ed indicare alcune soluzioni. Nelle Marche, una regione medio-piccola con 1 milione e 400 mila abitanti circa, siamo partiti dal presupposto che vi erano troppi ospedali, troppe cliniche convenzionate, troppe strutture di tipo ospedaliero e che quindi il problema più importante era quello di ridurre il numero per contenere i posti letto e distribuire più equamente su tutto il territorio i nostri servizi, così come stabilisce la legge n. 833. In tal modo ritenevamo di servire con maggiore equilibrio tutta la popolazione, in particolare quella della fascia montana per tanti motivi trascurata.

Ci è sembrato pertanto che la cosa più urgente e importante da fare fosse dotarci di un piano sanitario regionale in base alla legge n. 833 e quindi in armonia con il dettato legislativo nazionale. Abbiamo elaborato questo piano, lo abbiamo approvato nel novembre 1982 — quindi è passato poco più di un anno — e da allora ci siamo impegnati con tutte le nostre forze per cercare di applicarlo.

Le esigenze della popolazione, alle quali dovevamo necessariamente andare incontro, si esplicavano innanzitutto nella richiesta di eliminare alcuni servizi per trasformarli in altri, di disattivare alcune strutture ospedaliere per farle diventare, ad esempio, delle case protette; ma ciò è stato soltanto il primo «sintomo» al quale ne seguiranno altri man mano che dal momento legislativo passeremo a quello applicativo. Abbiamo elaborato questo piano ed il consiglio regionale lo ha approvato; adesso però incontriamo alcune difficoltà per applicarlo col gravissimo rischio che esso si trasformi in una sorta di *boomerang* contro coloro che lo hanno voluto, a causa delle difficoltà della sua attuazione. Inoltre, quando anche si arrivi alla sua at-

tuazione, le promesse che erano state fatte (la trasformazione di ospedali in case protette o in poliambulatori) rischiano di non poter essere mantenute per l'insufficienza dei fondi finanziari, sia in termini di spese in conto capitale che in termini di personale; e ciò per le ragioni a tutti note.

Tuttavia il piano ha già conseguito un primo obiettivo positivo nel momento in cui ha impedito che nella nostra Regione continuassero a proliferare gli ospedali, come è avvenuto fino ad oggi per motivi che in questa sede non è il caso di approfondire; quindi ogni popolazione, ogni unità sanitaria locale — essendo stata obbligata a discutere la ripartizione delle proprie risorse in ciascun ambito — è stata messa nella condizione di non poter realizzare nuove strutture ospedaliere. Ma il successivo risultato che si intende raggiungere, quello della trasformazione di alcuni ospedali, è strettamente condizionato alle disponibilità finanziarie.

Negli ultimi giorni ho organizzato alcune assemblee delle popolazioni, i cosiddetti consigli comunali «aperti», abbastanza frequenti in una realtà come quella marchigiana per tanti versi fondata su tradizioni storiche e civili antichissime e sulla possibilità di radunare molto rapidamente e con estrema facilità le popolazioni dei piccoli Comuni. Cito solo un esempio: qualche tempo fa la RAI ha pensato di realizzare un servizio sugli ospedali inutili ed io, seppure con qualche perplessità, ho offerto la mia collaborazione. La *troupe* televisiva veniva dall'Umbria e si stava spostando verso il Friuli Venezia Giulia, passando dalle Marche. Intorno alle nove di mattina abbiamo telefonato all'ospedale di Petritoli, in provincia di Ascoli Piceno, che è destinato ad essere chiuso, e alle dieci — quando è arrivata la *troupe* televisiva — tutta la popolazione era in piazza, vi lascio immaginare con quale accoglienza. Ho detto questo per delineare le caratteristiche della mia regione, le cui difficoltà possono essere superate a condizione che si possa decidere la chiusura di un ospedale in una località senza incontrare eccessive resistenze. Si sono verificati, è vero, alcuni casi in cui le unità sanitarie locali più coraggiose hanno detto che dopo un certo giorno non si sarebbero

accettati ulteriori ricoveri: questo voleva dire praticamente che quell'ospedale era stato chiuso. Ciò è successo per quattro ospedali dei trentuno indicati dal piano; però bisogna fare quello che le popolazioni chiedono in cambio: l'istituzione di una guardia medica, quella del distretto, la trasformazione del proprio ospedale in una casa protetta, e così via. Tutto ciò solleva peraltro alcuni problemi giuridici, oltre che finanziari, pressoché insolubili: ad esempio se un ospedale viene trasformato in una casa protetta, non rientra più nel sistema sanitario, ma deve essere gestito dalla associazione dei Comuni; questa sarebbe ben disposta a farlo se avesse i mezzi finanziari necessari, ma dal momento che non li ha si rischia di arrivare alla conclusione che un Comune preferisce mantenere in piedi l'ospedale pressoché inutilizzabile e ormai in disuso, anziché impiantare una casa protetta, nonostante una continua ed indescrivibile opera di persuasione da parte nostra. Peraltro le case protette sono necessarie per gli anziani — specialmente se questi non sono più autosufficienti — i quali però spesso non sono in grado di sopportarne il costo, sia pure parziale perchè l'assistenza medica è garantita dall'unità sanitaria locale.

In conclusione, abbiamo elaborato un piano di difficile attuazione, per il quale non siamo in alcun modo aiutati dalle strutture centrali; personalmente ho sollevato questo problema in seno al Consiglio sanitario nazionale e all'ufficio centrale per la programmazione sanitaria e mi è stato risposto che distrazioni di fondi, in un momento in cui questi sono molto scarsi, non sono possibili per le trasformazioni di cui parlavo prima, perchè è necessario prima dotare le Regioni che non raggiungono la quota del 6 per mille. Ma allora si può dedurre che il piano da noi elaborato è una mera esercitazione accademica e che abbiamo inutilmente litigato con le popolazioni perchè ci troviamo nella impossibilità di realizzare concretamente ciò che noi stessi abbiamo deciso.

Questo discorso può essere ripetuto anche per quanto riguarda il personale pubblico. Infatti noi vorremmo ottenere una sorta di riequilibrio nella nostra regione tra le grandi

12ª COMMISSIONE

16° RESOCONTO STEN. (22 febbraio 1984)

città (Macerata, Ascoli Piceno, Ancona e Pesaro) dove ci sono i servizi multizonali, gli uffici provinciali delle mutue, eccetera, ed altre zone, a vantaggio soprattutto di quelle dell'entroterra; ma sarebbe possibile raggiungere tale riequilibrio, che comporta minori spese, se esistesse la cosiddetta mobilità del personale, cioè se noi potessimo trasferire d'autorità il personale al fine di una maggiore efficienza. Per esempio, se ad Ancona o a Pesaro ci sono troppi dipendenti, questi potrebbero essere trasferiti nelle piccole unità sanitarie locali delle zone interne; ma questo non è possibile perchè non esistono strumenti (né legislativi, né sindacali) che consentano di farlo. Alcune delibere della giunta regionale che stabilivano trasferimenti obbligati degli infermieri appartenenti agli ex ospedali psichiatrici in unità sanitarie locali dell'interno (dove abbiamo istituito il servizio di diagnosi e cura della psichiatria: ad esempio a Iesi, il cui personale medico e paramedico dovrebbe provenire da Ancona) sono rimaste disattese nonostante che la Magistratura se ne sia attivamente occupata. Dunque ci troviamo nella condizione di non avere né i mezzi finanziari, per quanto riguarda le attrezzature e gli eventuali interventi di trasformazione edilizia, né gli strumenti per attuare la mobilità del personale; e allora dobbiamo ancora una volta fare ricorso a nuove assunzioni per sopperire alle necessità di alcune strutture locali.

Questi sono problemi che ho elencato un po' frettolosamente, ma che restano pressoché insolubili.

L'altro aspetto del personale — l'ha già detto l'assessore Schettini e mi limito a sottolinearlo — è quello che abbiamo troppi medici, soprattutto nella misura in cui non riusciamo a chiudere gli ospedali; in particolare troppi medici generici e chirurghi, mentre invece abbiamo pochi specialisti. In un paese famoso per il buon vino, Cupra Montana, siamo finalmente riusciti a convincere la gente che l'ospedale va chiuso. Dall'opposizione di principio si passa all'opposizione di merito, cioè si dice: va bene, chiudete l'ospedale, ma fate il poliambulatorio.

A questo punto però non abbiamo gli specialisti per il poliambulatorio. Peraltro la

nostra facoltà di medicina — per i noti motivi — non è in grado di sfornarli, per cui ancora una volta giriamo intorno a problemi insolubili.

Quindi, questo piano rischia di restare un sogno ancora una volta, con grave discredito per la classe politica, anche per la parte che non lo ha votato, perchè adesso anch'essa è favorevole alla sua applicazione e quindi siamo tutti uniti nel volerlo attuare. Però non ci riusciamo per queste ragioni di carattere oggettivo e la gente ha il diritto di chiederci che cosa l'abbiamo votato a fare.

Se passiamo ad altri aspetti della realtà attuale e ci chiediamo perchè c'è tanta difficoltà anche nell'elaborazione dei piani locali per quelle USL che sono più indietro, la risposta è ancora una volta di carattere finanziario. Infatti le USL, prese nella tenaglia finanziaria (da noi il *deficit*, rispetto alla somma che riceviamo, forse è il più alto d'Italia insieme a quello della Liguria; queste cifre di *deficit* sono piuttosto misteriose e non si capisce il perchè), prese come sono dalla necessità di pagare i creditori che le assillano, non possono dedicarsi a questi problemi del riequilibrio del territorio che comportano un minimo di riflessione, perchè sono sopraffatte dalla gestione quotidiana, che da noi, ripeto, è penosa.

Avevamo ricevuto, nel 1983, 754 miliardi di lire e pensavamo di avere un *deficit*, dovendo spendere 830 miliardi, di un'ottantina di miliardi. La nostra meraviglia è stata che, quando sono passati i revisori dei conti nel gennaio scorso, abbiamo capito di avere speso complessivamente 916 miliardi, con una diversa differenza quindi dai previsti 754. I revisori dei conti hanno certificato questa spesa, quindi c'è da supporre che sia un *deficit* reale, non frutto della fantasia delle USL.

Abbiamo avuto un *deficit* maggiore di quello supposto; se marciamo con lo stesso ritmo nel 1984 i risultati sono facilmente intuibili. Mentre ci era stato detto con la legge finanziaria che il *deficit* del 1983 sarebbe stato rimosso, oggi invece le banche hanno affermato di non pagare. Abbiamo sollecitato interventi sull'associazione bancaria, ma gli effetti ancora non si vedono ed è un ulteriore

motivo di inquietudine, malcontento e incapacità all'azione.

Ci dispiace dire che esistono questi problemi di carattere finanziario, ma come si può tacerlo? Come si può non porsi il problema di come superare questi aspetti, quando la stessa strada dei *tickets*, così largamente battuta e nella quale si è creduto di poter vedere se non altro un deterrente per la spesa, si sta rilevando un mezzo pressochè inutile, un po' perchè tutti si ingegnano a non pagare questi *tickets*, riuscendoci tramite le ricette fatte da amici e parenti, un po' perchè la macchina che dobbiamo mettere in piedi per riscuotere questi soldi è così costosa, che in taluni casi le USL ci dicono che la spesa non vale l'impresa, soprattutto per quelle più piccole?

Altro elemento di spesa pressochè incontrollabile è il contratto. In questi giorni sto conducendo, insieme all'Assessore al personale (perchè nelle Marche la questione ce la dobbiamo giostrare in due, in quanto il personale sanitario è stato affidato alle cure dell'Assessore al personale, secondo me commettendo un errore, che tra l'altro ci accingiamo a correggere con una modifica della legge regionale), un'indagine e mi sono reso conto che questo sistema delle incentivazioni e della produttività, peraltro prescritto dal Piano nazionale, è un meccanismo perverso, che non riusciamo in nessun modo a controllare.

Se un genio malefico avesse pensato di voler inventare un meccanismo per far spendere più soldi e mettere le Regioni nella condizione di non sapere quanti ne spendono, questo sarebbe stato il meccanismo adatto. Bisognava dire che, quando si fanno i contratti, è necessario utilizzare i soldi concessi, punto e basta.

Poi ci si chiede chi governa a livello locale la spesa sanitaria. Ma chi volete che la governi? Essa è stabilita a livello nazionale, ma poi anche a livello nazionale si inventano meccanismi tali da impedirne il governo locale.

Continuando e risalendo dai problemi organizzativi a quelli finanziari, da quelli finanziari a quelli istituzionali, dirò che condido per intero le considerazioni fatte dal

collega Schettini e quindi non le ripeto, però qualche altro problema sorge, tale da meritare ancora un po' di attenzione.

Per esempio credo che in qualche modo dovremmo rimanere ancorati alla realtà delle associazioni dei Comuni. Se è vero come è vero che la sanità è uno di quei temi che la gente, anche come contributo civile alla sua maturazione, dovrebbe curarsi da sola, cioè se ne dovrebbe occupare in prima persona, ne deriva che la responsabilità delle associazioni dei Comuni dovrebbe essere primaria.

È un fatto però che questo meccanismo oggi non funziona. Come farlo funzionare? Mi permetterei di suggerire, come elemento di corresponsabilizzazione — e proprio per quanto abbiamo visto nell'esperienza che stiamo facendo a proposito degli ospedali inutili da trasformare —, che al limite, se una USL vuole mantenere più presidi ospedalieri di quelli di cui ha bisogno, si dovrebbe trovare il modo di farglieli pagare, perchè non è giusto che gli altri paghino per un sovrannumero di presidi ospedalieri spese volte inutili in quelle forme. Bisogna cioè trovare una forma di corresponsabilizzazione nella spesa dei Comuni o delle associazioni dei Comuni, le quali rivendicano un certo diritto a fare una spesa maggiore dei loro vicini.

Come non so ancora, però è un fatto che bisogna porsi questo problema della corresponsabilizzazione, che non è risolto dagli articoli 50 e seguenti dell'attuale legge n. 833.

Così pure una volta per tutte bisognerà chiarire che cosa significano gli articoli che cercano di risolvere il problema del rapporto tra pubblico e privato. L'assessore Schettini ha già detto parecchio su questo tema e non mi ci soffermerò ancora.

Devo dire però, che proprio per aver voluto, con il nostro piano triennale regionale, rispettare il concetto della pluralità previsto dalla Costituzione ed il principio del giusto rapporto di coesistenza tra strutture pubbliche e private, riservando alle strutture dei laboratori privati il 20 per cento del totale della spesa, proprio per aver voluto trovare in qualche modo un meccanismo che ne consentisse la coesistenza accanto alle strut-

ture pubbliche, ci troviamo nella pratica impossibilità di applicare questo rapporto (che peraltro ci viene continuamente richiesto dai laboratoristi); e questo in ragione del fatto che la legge nazionale va in altra direzione, stabilendo il limite dei tre giorni e così via. E allora, mi chiedo se non sarebbe più giusto che questo tema venisse posto in maniera analogica per tutte le strutture private, sia per le cliniche, che per i laboratori ed i consultori. Da noi vi è una grande ricchezza di queste strutture e naturalmente, a seconda delle differenti ideologie di cui ciascuno di noi è permeato, si cerca di dare soluzioni differenti a questi problemi che poi assumono anche proporzioni e caratteristiche diverse (addirittura ideologiche, appunto) nel caso dei consultori privati. Credo che se la legislazione nazionale fosse più chiara a questo proposito ci aiuterebbe.

Un'altra considerazione riguarda poi i problemi del rapporto tra sociale e sanitario. Da noi alcuni direttori e coordinatori amministrativi di USL rifiutano di firmare le delibere nelle quali possa adombrarsi un dubbio di commistione tra spesa sociale e spesa sanitaria. Il risultato è che si vogliono buttar fuori dagli ospedali alcune persone emarginate in ragione dei propri *handicaps*, per esempio persone anziane già ricoverate a loro tempo negli ospedali neuropsichiatrici, ciechi, sordi e muti per i quali la riabilitazione non si prevede più come cosa fattibile e che quindi vengono espulsi da un particolare istituto che abbiamo ad Osimo in provincia di Ancona; oppure semplicemente giovani handicappati ricoverati negli istituti a quel tempo convenzionati con il Ministero della sanità le cui convenzioni non abbiamo ereditato (e quindi gravano attualmente sul Fondo sanitario), per i quali si riconosce che non vi è più alcun motivo di ospitarli in questi istituti. Nè abbiamo finora strutture alternative per poterli ospitare perchè i Comuni, che ben volentieri si assumerebbero questo compito, non hanno le condizioni finanziarie per poterlo fare. Richiamo quindi — come faceva il collega Schettini — l'attenzione sull'urgenza e la stretta interconnessione della riforma dell'assistenza con i problemi della sanità; ma ove questa tardasse ancora a venire, per

i motivi ben noti, che giungano almeno provvedimenti-tampone che ci consentano di amministrare anche — se si vuole — secondo il principio della distinzione della spesa, sia pur assunta e gestita dall'unità sanitaria locale!

Un ultimo tema, sul quale richiamo l'attenzione della Commissione, è quello relativo ai problemi dell'informatica che non figurano tra le materie che la Commissione vuole siano oggetto del suo esame, ma che sono problemi vivissimi; direi che l'efficienza dell'informazione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, regionale e locale è condizione per l'efficienza dello stesso Servizio. Lo stiamo vedendo in questi giorni per i problemi della farmaceutica. La legge finanziaria approvata a fine anno dice che le Regioni si devono far carico di conoscere e controllare questo fenomeno. Ciò è stato stabilito il 27 dicembre, quando il Parlamento ha votato in via definitiva la legge finanziaria. Noi ci siamo posti, subito dopo le vacanze (il 10 gennaio eravamo già al lavoro), il problema di come realizzare queste forme di conoscenza e di controllo. Ve ne possono essere varie come ad esempio la centralizzazione della spesa a livello regionale per l'erogazione e la conoscenza preventiva dei dati prima dell'erogazione stessa. Ma a questo punto si è avuta l'insurrezione delle USL che non volevano essere espropriate di questo loro diritto e facoltà. Tra l'altro sono state emanate delibere, anche da Regioni di colorazione diversa, tutte su questa linea.

E allora si decise di non espropriare le USL e vedere che cosa si poteva fare insieme! Vi è stata l'offerta dei farmacisti di collaborare; si è posto il problema se utilizzare il servizio di informatica regionale o il Censis. Si sono analizzate le esperienze di altre Regioni e sono giunte notizie le più disparate. Credo che sarebbe bene che la Commissione sanità, nell'esaminare la questione, si ponesse il problema, perchè il rinvio ad aprile dell'entrata in vigore del nuovo prontuario farmaceutico potrebbe darci quel lasso di tempo necessario per un intervento di carattere unitario in tutta la materia a livello nazionale, evitando sfrangiamenti e diversificazioni che finirebbero per ritorcersi

12ª COMMISSIONE

16° RESOCONTO STEN. (22 febbraio 1984)

contro l'efficacia di tutto il sistema. Qui sorge un problema — che però accenno soltanto —, cioè quello della possibilità di governare la spesa sanitaria con i tempi lunghi fatalmente previsti dalle attuali leggi nazionali e regionali. Vi sono tempi che definirò — per capirci — di natura assembleare: il consiglio regionale delibera, però prima le commissioni devono esaminare, la giunta deve decidere e tutto questo comporta il passaggio di settimane o addirittura di mesi! Ma intanto, passa metà dell'anno e non si sa quando si può governare la spesa sanitaria. Lo si fa nella seconda metà dell'anno? Ciò non è possibile! Dobbiamo porci il problema di creare meccanismi che risolvano a monte la tempestività degli interventi, altrimenti non è possibile poi tecnicamente governare.

Mi scuso, signor Presidente, sia per la lunghezza del mio intervento, sia per il fatto che non sono in condizioni questa mattina, per un disguido, di consegnare il materiale che pur avevo predisposto, cioè copia di tutte le leggi regionali, copia del piano sanitario e copia di una mia relazione che è già pronta, ma mi riservo di inviarlo al più presto ai membri della Commissione.

PRESIDENTE. La ringrazio, dottor Capodaglio; questo materiale sarà prezioso. L'invito viene rivolto evidentemente anche a tutti gli altri Assessori presenti affinché seguano la stessa procedura di inviare tutti i dati statistici riguardanti la loro attività, la documentazione relativa ed eventualmente una monografia o qualcosa di analogo che vogliano preparare.

Do ora la parola al dottor Di Laura-Frattura.

DI LAURA-FRATTURA. Signor Presidente, la nostra posizione in questa Commissione è anche un poco imbarazzante. Le dico questo perchè noi siamo tra incudine e martello: nessuno come gli Assessori regionali si trova tra due fuochi, quello governativo e quello delle USL. Mi sembra che il senatore Alberti questa mattina abbia avuto, da parte dei miei colleghi, molte risposte alle domande che fece quando ci incontrammo in quest'Aula per l'audizione sull'istituzione "Consiglio

sanitario nazionale" e credo che quello che dissi quella sera, puntualmente, si sia verificato. Sono certo che la Commissione vorrà ascoltare anche i presidenti delle unità sanitarie locali, e quando lo farà, certamente da alcuni presidenti di USL, prese a campione, sentirà queste lamentele nei confronti delle Regioni, così come la Commissione ha ascoltato le lamentele delle Regioni nei confronti del Governo; da qui discende la nostra posizione tra incudine e martello.

Signor Presidente, lei non immagina la mia sorpresa quando stamane ci è stato concesso il «passi» per venire a questa audizione; la mia sorpresa è dovuta al fatto che è ormai luogo comune ritenere che noi siamo i rappresentanti di un settore criminalizzato. Dico questo perchè sul settimanale «L'Espresso» in questi giorni è stato pubblicato un articolo con questo titolo: «Fermi tutti è una rapina». In questo articolo si afferma che ci troviamo di fronte alla rapina più grossa del secolo: quella delle USL. E poichè siamo noi i gestori di questo sistema, siamo noi i criminali; mi ha sorpreso il fatto che ci abbiano fatto entrare in Senato. Ma ritengo anche — e la mia vuole essere una battuta scherzosa — che questa presa di posizione della stampa si sia rivelata nel momento in cui è stato deciso di sopprimere la cassa mutua dei giornalisti. Questa mia affermazione è una battuta di spirito, ma non vorrei che fosse la realtà.

Deve comprendere, signor Presidente, che ci è difficile produrre degli elementi sugli effetti della riforma sanitaria fino al 1984. Non mi soffermerò sugli argomenti già trattati dai miei colleghi, ma desidero portare a conoscenza dei membri della Commissione che noi diamo grande importanza a questa audizione, perchè la consideriamo «l'ultima spiaggia».

Secondo me, signor Presidente ci troviamo in un momento in cui o facciamo una inversione, o perlomeno una correzione di rotta, oppure ci ritroveremo presto all'anno zero, ossia torneremo indietro nel tempo. Non è più il momento di avere dubbi o incertezze; per cui o si provvede con urgenza o il 1984 non sarà l'anno zero, ma addirittura l'annofine della riforma sanitaria.

Come mi è stato richiesto, ho predisposto uno schema — che lascerò a disposizione della Commissione —, perciò non mi soffermerò su punti specifici dello stato di attuazione della riforma nella mia regione. Le fotocopie, poi, saranno consegnate ai componenti della Commissione, in modo che gli stessi potranno avere la possibilità di valutarne i contenuti e di soffermarsi sui vari aspetti, così come, d'altra parte, si voleva. Ma in questa sede debbo ribadire alcuni concetti essenziali. Innanzitutto, vorrei suggerire al Presidente che sarebbe opportuno si facesse inviare dal Ministero della sanità il documento che riguarda l'indagine sia sul personale, sia sulla spesa farmaceutica, perchè il Ministero questa indagine l'ha svolta e ne possiede tutti i dati. D'altronde i dati riportati dal collega Schettini a proposito del personale sono gli indici che derivano da quell'indagine. Ritengo sia molto importante per la Commissione acquisire questa documentazione, anche se limitata all'anno 1981.

Per entrare nel merito, noi come Regioni, tra provvedimenti legislativi e normativi avremmo dovuto produrre qualcosa come trentaquattro provvedimenti, ventuno dei quali discendono dalla legge n. 833 del 1978, cinque dal decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, quattro dal decreto-legge n. 663 del 1979 e quattro dal decreto-legge n. 285 convertito dalla legge n. 441 del 1980. Certamente la mia Regione come scelta politica ha voluto legiferare fino ad ora soltanto sui provvedimenti legislativi e normativi che hanno avuto esecuzione concreta e attivazione pratica sul territorio. La regione Molise, in assenza del Piano sanitario nazionale, non ha voluto produrre provvedimenti che, così come affermato anche dal collega Capodaglio e sentiremo dire anche da altri colleghi che già li hanno predisposti, sarebbero privi di efficacia per il semplice fatto che non troverebbero riscontro nelle norme nazionali. Allora noi, come scelta politica, ci siamo soffermati su un piano stralcio che è all'esame del consiglio regionale, nel quale abbiamo lavorato solo su tre settori: la medicina di base, la specialistica e gli ospedali, le risorse umane e finanziarie; ossia sono stati trattati tutti que-

gli aspetti che, pur non trovando collegamenti con un piano nazionale, possono avere efficacia diretta sul territorio. Poi abbiamo prodotto anche una serie di leggi e regolamenti dai quali è scaturita una evidenziazione di quelli che sono i rapporti tra Comuni e USL e queste ultime e la Regione. A tale proposito desidero focalizzare un aspetto che è forse il più importante attualmente. Il Governo con la legge finanziaria per il 1984 ha stravolto il concetto base della legge di riforma che designava i Comuni quali destinatari non soltanto della istituzione sanitaria in quanto tale, ma anche degli eventuali debiti che le USL andavano a costituire. Il tiro, poi, è stato spostato dai Comuni alle Regioni, in un momento in cui abbiamo la certezza che le misure di contenimento previste dalla legge finanziaria non hanno dato risultati positivi. Anzi sono state scaricate delle responsabilità alle Regioni per l'incremento della spesa farmaceutica e per il mancato provvedimento di revisione del prontuario; c'è da dire che il Consiglio sanitario aveva espresso parere vincolante su quest'ultimo, e non è stato ritenuto idoneo.

Vi è da tener presente che quei famosi fondi pari a 40.000 miliardi destinati e vincolati per la farmaceutica, in attesa dei provvedimenti per il loro contenimento (provvedimenti che a voler rispettare i tempi saranno attuati verso luglio o agosto), non saranno più sufficienti perchè vi sarà uno scivolamento di spesa che finora è già stato valutato e calcolato intorno ai 2.000-2.500 miliardi. L'incremento maggiore infatti, anche a fronte della spesa corrente, è dovuto esclusivamente alla spesa farmaceutica che, dell'8,9 per cento del 1980, è salita nel 1983 al 18 per cento e si prevede che salirà al 20 per cento nel 1984. Facendo i calcoli, il 20 per cento di 34.000 miliardi dà come risultato 6.800 miliardi (questo per il 1984).

Ora, non ritengo sia questa la sede più opportuna per discutere in merito al contenimento della spesa, comunque, tali indici statistici sono ormai noti e difficilmente potranno avere un'inversione di rotta.

È bene che sappiate anche che nel momento in cui è stato espresso un parere per la modifica del prontuario terapeutico, si è rile-

vato che nello stesso attualmente sono inclusi circa 200 farmaci ormai da tempo ritenuti inutili. Ma è vero anche che questi 200 farmaci provengono da industrie che producono solo questi, e nel momento in cui verranno ad essere eliminati ci troveremo di fronte ad una crisi della quale, naturalmente, non potremo ritenerci responsabili. Per quanto riguarda l'aspetto istituzionale, nel momento in cui vi è stato tale spostamento di responsabilità con un'ennesima modifica della legge n. 833, come Regione, signor Presidente, chiediamo gli strumenti e i mezzi per poter intervenire nei confronti delle USL onde evitare che queste debbano fare ricorso, a fine 1984, alla imposizione della cosiddetta tassa sulla salute, cosa che noi, sapendo quello che c'è a monte, non intendiamo applicare. Sono quindi necessari provvedimenti urgenti da parte del Governo, e deve essere individuata al più presto la natura giuridica delle USL, le quali però non possono essere configurate come aziende di servizio dei Comuni, il che sarebbe veramente impensabile.

Infatti personalmente non credo che si possa identificare l'unità sanitaria locale come azienda di servizi. A questo punto, la getto sul tappeto come idea, sarebbe più opportuno parlare di azienda o ente *sub* regionale e allora forse potremmo cominciare a parlare di diretto contatto, quindi di mezzi che le Regioni potrebbero avere nei confronti delle unità sanitarie locali, per le quali, signor Presidente, devo svolgere qualche considerazione non del tutto negativa.

Non si è in grado di amministrare perchè da sempre, fino al 1984, non c'è stata certezza finanziaria, si è dovuto combattere dall'oggi al domani per tirare avanti e soddisfare l'esistente senza pensare a programmare, ad attivare nuovi servizi. Questo si riconnette strettamente con il ragionamento del collega Capodaglio: lui sta in una Regione dove ha il 10 per mille di posti-letto, sta al di sopra della quota del 6 per mille. Noi siamo al di sotto del 6 per mille ed abbiamo avuto, grazie all'intervento del Governo e del Fondo sanitario nazionale, sufficienti fondi per costruire posti-letto, ma sono rimasti cattedrali nel deserto perchè non possiamo attivare i servizi in virtù della legge finanziaria. E

anche se è vero che la Corte costituzionale ha dato la possibilità alle Regioni di concedere deroghe per il personale, è altrettanto vero che si fa carico alle Regioni di avere la copertura finanziaria nel momento in cui concede le deroghe. Se questo fondo non viene distribuito per attivare queste nuove attività, ci troviamo in un vicolo cieco; quindi, vicolo cieco sia per le Regioni che hanno più del 6 per mille, e vicolo cieco per quelle che sono al di sotto del 6 per mille. Non so proprio come ci si possa muovere in questa situazione.

Altra considerazione mi pare che vada rivolta a lei, signor Presidente, in quanto responsabile di alcuni settori della società. Il collega Schettini ha fatto presente il non collegamento con l'articolo 39 della legge di riforma. La mia Regione ha programmato 2.900 ore settimanali per il fabbisogno di attività specialistiche, ma ne sono state attivate 1.200, non avendo specialisti. Quando ci fu l'audizione per la riforma degli studi universitari, evidenziammo le necessità delle Regioni in cui non vi sono molti specialisti, proponendo di riservare un certo numero di posti per specializzandi per tali zone; altrimenti, sarebbero state superdotate le Regioni che già hanno molti specialisti e non si sarebbero invece risolti i problemi di quelle carenti. Altrettanto dicasi per il discorso del numero chiuso per quanto concerne la facoltà di medicina.

Per quanto riguarda il quadro generale del personale, mi ricollegherò soltanto ad un punto accennato dai miei colleghi Assessori in merito alla mobilità. Signor Presidente, è evidente l'urgenza di una modifica del decreto del Presidente della Repubblica n. 761, che non è più attuabile per tanti motivi, anche perchè i vari interventi legislativi e normativi hanno stravolto le stesse tabelle e ci troviamo di fronte ad una situazione difficile per una gran parte del personale, in particolare quello proveniente dal parastato. Come Consiglio sanitario nazionale siamo stati costretti ad adottare una risoluzione nella quale si chiede l'equipollenza — che spetta alle Regioni decidere — per cercare di fare giustizia di questo personale mortificato che certamente non è in grado di collabora-

12ª COMMISSIONE

16° RESOCONTO STEN. (22 febbraio 1984)

re: si sente messo da parte e nel momento in cui ha una mortificazione, sotto il profilo professionale, certamente non può esprimersi al meglio.

Abbiamo già parlato dei flussi finanziari ma vorrei comunicare qualche altro dato: l'incremento percentuale per i tre settori che sono stati da voi evidenziati, ospedaliero, specialistico e farmaceutico, nella mia regione, è stato dal 1981 al 1983 del 72,33 per cento per il settore ospedaliero, del 16,80 per cento per il settore specialistico e del 91,90 per cento per il settore farmaceutico; quest'ultimo peraltro costituisce un caso eccezionale dovuto al fatto che nel Molise il 40 per cento dei cittadini è rappresentato da coltivatori diretti. Per loro esisteva il rapporto con la cassa mutua dei coltivatori diretti e con l'approvazione della riforma hanno fatto ricorso immediatamente a quelle che erano le prestazioni riconosciute agli altri cittadini. Abbiamo avuto anche un altro fenomeno particolare, quello della nuova convenzione con la medicina generica che ha portato ad un aumento, nella mia regione, di circa il 35 per cento in quanto in precedenza la quota capitaria era di 9.000 lire ed oggi siamo invece saliti a 27.000 lire. È un fenomeno registrato in quasi tutte le regioni meridionali che hanno un alto numero di queste categorie.

Queste sono le considerazioni che intendo fare rifacendomi alla relazione che ho consegnato. Vorrei ringraziare la Commissione, confidando che la nostra audizione, come quella di altri esperti, potrà portare un po' di luce e determinare positivi effetti immediati sulla riforma sanitaria.

PRESIDENTE. Vi ringrazio per l'esposizione che avete fatto.

Possiamo a questo punto cominciare con le domande da parte dei senatori.

RANALLI. Signor Presidente, vorrei esprimere un particolare e caloroso saluto agli Assessori regionali alla sanità e al presidente della giunta regionale. La loro presenza costituisce un momento tra i più importanti della nostra indagine. Abbiamo davanti gli uomini cui è affidato un compito di grande

rilievo; tuttavia, a me non è sfuggita anche una carica di amarezza che si notava nei loro discorsi per essere stati messi in condizioni difficili nell'esercizio dei loro compiti istituzionali.

Siamo in una fase, come dire, di mezzo di questa nostra indagine e ci troviamo pertanto nella condizione di ricordare ciò che abbiamo ascoltato da parte di altri autorevoli, prestigiosi esperti, consulenti, dirigenti di istituti nazionali, che hanno già detto molte cose sul funzionamento, sul non funzionamento, sulle cause strutturali, istituzionali del disservizio. Vorrei cogliere questa occasione affinché, oltre a quello che abbiamo già ascoltato che è notevole, tramite alcune domande sia possibile registrare risposte che, per quanto mi riguarda, siano finalizzate ad ottenere chiarimenti rispetto a quanto ricordo di avere ascoltato in precedenza.

Rivolgo dunque la prima domanda agli Assessori. Leggiamo e sentiamo ormai da due anni che le USL sono il punto principale di una emorragia di pubblico denaro, sono la causa di uno spreco drammatico, sono colpevoli e, quindi, da qui deriva la volontà di procedere a mutamenti. Ma secondo voi qual è l'area di autonomia istituzionale propria delle USL, su cui si sarebbe potuto e si potrebbe ancora individuare una responsabilità riferita agli sprechi, alla disamministrazione, al disordine, al caos? La domanda non implica una risposta ovvia, perchè sappiamo che manca il Piano sanitario nazionale, che i fondi sono stati sempre inadeguati e che il Governo intende azzerarli. Anche quando si sono varati i piani sanitari regionali non è stata possibile la trasformazione delle strutture rispetto al regime preesistente; gli ordinatori di spesa sono i medici «autonomi ed incontrollabili», eccetera. Qual è quindi l'area di reale responsabilità delle USL e, quindi, anche di loro colpevolezza se, anzichè procedere di concerto tra i diversi livelli (Stato, Regioni, Comuni e USL), si è determinato uno scollamento, una inadempienza e una inattuazione degli strumenti? È per me molto importante sentirlo dire da responsabili come voi.

Seconda questione. In altre audizioni ho sentito dire che abbiamo, comunque, speso

molto, e i servizi sono tuttavia andati anche peggiorando; è questa una tesi che abbiamo ascoltato molte volte. Devo dire in verità che persino nell'intervento di questa mattina dell'assessore Schettini, ho avvertito che per quanto riguarda la Basilicata, egli stesso riferisce che anche i «supermercati della salute», e cioè gli ospedali, nella sua regione avrebbero subito un calo ad un degrado; è questo un giudizio equilibrato, o lo si accredita perchè fa opinione? Come è possibile, per esempio, che dopo aver introdotto nelle strutture ospedaliere le più nuove ed avanzate tecnologie, aver programmato ed in parte realizzato servizi moderni, le cose siano ad un tale livello di disservizio, di disfunzione e di non erogazione di prestazioni sufficienti, e in misura tanto diffusa? Non dobbiamo forse recuperare una valutazione più oggettiva e meno passionale, meno umorale, meno giornalistica?

Terza questione. Sentiamo la responsabilità, come Commissione del Senato, non solo di registrare in forma protocollare, ma di farci promotori di quelle correzioni che si sono avvertite nell'ultimo intervento, così come negli altri; vorremmo tuttavia far questo senza mettere in opera strumenti che peggiorino un panorama così difficile e disarticolato; bisogna quindi, in questa situazione, essere attenti, prudenti, correggere sapendo che cosa di fatto bisogna correggere. La domanda che allora propongo è la seguente: esiste oggi, nell'ambito delle Regioni, una concorde valutazione circa le correzioni da apportare al modello istituzionale del funzionamento delle USL, o esiste al riguardo una pur rispettabilissima diversità di posizioni? La domanda l'avrei comunque fatta, ma mi pare di doverla fare, in modo particolare, perchè nell'intervento dell'assessore Schettini ho sentito dire che egli non coltiva il mito dei Comuni, considera l'ente intermedio come quello cui collegare la gestione di eventuali servizi multizonali; nell'intervento dell'Assessore delle Marche, invece, ho sentito riproporre con forza l'assemblea intercomunale e, quindi, un ruolo per i Comuni così come sarebbe previsto anche oggi, anche se poi non realizza validamente. Sono vive in noi le preoccupazioni per quan-

ti sollecitano di scorporare dalla visione globale ed unitaria delle USL alcuni servizi di un certo significato e complessità, come per esempio gli ospedali. Vorrei capire se all'interno delle Regioni, dopo cinque anni dall'introduzione della riforma sanitaria, c'è una concorde valutazione su quali meccanismi istituzionali bisognerebbe davvero correggere. È a tutti noto che vi è una diseguale distribuzione di compiti tra assemblee generali, comitati di gestione e presidenti; ma dobbiamo correggere andando in questa direzione o, secondo voi, dobbiamo proprio scardinare i punti istituzionali facendo delle USL uno strumento non del Comune ma dell'ente intermedio, o facendone un ente *sub-regionale* che è un'altra cosa; cioè la USL da struttura operativa dei Comuni deve passare ad essere struttura operativa delle Regioni? Gradirei una opinione, nel caso l'abbiate, più conforme su questo argomento.

PINTO Biagio. Vorrei fare una domanda specifica ai rappresentanti delle Regioni, che ringrazio tutti per il contributo che offrono per rimettere un po' d'ordine nel settore della assistenza sanitaria. Avete parlato di spesa farmaceutica e di spesa ospedaliera; purtroppo sono arrivato in ritardo, ma ho l'impressione che si sia parlato poco del costo del personale. Il personale costa singolarmente quanto quello degli altri settori, però pare indubbio che sia in linea di massima in eccedenza, anche se c'è carenza a qualche livello particolare.

So che esprimo una posizione sulla quale si ritrova solo il mio partito, ma secondo voi vi sarebbe spazio per una certa mobilità del personale in modo da coprire i posti in carenza con il personale in eccedenza? Si parla di cifre che fanno paura; ci sarebbe un ospedale con 220 posti-letto e 180 medici gettonati; c'è — questo mi risulta — un ufficio del medico provinciale con trentatré impiegati senza trentatré sedie. Lo vogliamo impiegare questo personale, vogliamo amministrare equamente la spesa pubblica? È vero che il nostro indice di spesa per la sanità è più basso che altrove, ma altrove fanno sanità, mentre qui facciamo clientelismo.

Io vorrei una risposta specifica: secondo

12ª COMMISSIONE

16° RESOCONTO STEN. (22 febbraio 1984)

voi c'è la possibilità di arrivare alla mobilità del personale anche da Regione a Regione?

Poi vorrei dare una risposta brevissima al collega che parlava sulla disorganizzazione degli ospedali; abbiamo fatto noi una legge nella quale vi è il trasferimento per anzianità dei medici, per modo che nelle grosse città arrivano i medici vecchi e nelle piccole città ci sono i medici giovani. Sono meglio i giovani o meglio i vecchi? È chiaro che quando si tratta di chirurgia la media età è la migliore ma noi abbiamo creato una condizione in cui, in certi ospedali, il chirurgo è sempre vecchio. Comunque io vorrei una risposta su questo quesito specifico.

ALBERTI. Ho sentito l'assessore Schettini dire che la legge n. 833 è un abito che è stato tagliato per tutte le Regioni che vanno dall'Italia settentrionale, Friuli e Venezia Giulia, fino alla Sicilia, nell'Italia meridionale, e che questo potrebbe essere uno dei motivi per cui si trovano in situazioni particolari alcuni degli ospedali del Sud e, in genere, tutta la sanità nel Sud. Il divario tra Nord e Sud a proposito dei servizi sanitari è stato sempre una delle ragioni per cui in Italia è stato difficile organizzare una sanità su tutto il territorio nazionale, perchè se è vero che le Regioni del Sud sono prive di strutture specialistiche in modo particolare, è anche vero che queste vengono a gravare sulle Regioni del Nord e quindi vengono a consolidare al Nord un apparato che poi è difficile, come abbiamo sentito, anche modificare nel tempo, sia per il personale, sia per le strutture. Mi limiterò comunque a fare soltanto alcune domande, perchè le considerazioni sarebbero invece molte, e spero di ottenere delle risposte.

La prima domanda è rivolta essenzialmente agli assessori Schettini e Di Laura-Frattura. La riforma sanitaria conta ormai quattro anni; sono stati fatti nelle Regioni del Sud dei piani programmati o dei piani stralcio, come ad esempio ha fatto la regione Marche, per orientare gli interventi nel territorio durante questi anni di carenza del Piano sanitario nazionale? Infatti non credo che il problema sia quello di aver fatto una legge che è uguale per tutta l'Italia, ma il problema

sta nel fatto di aver varato una legge che non aveva un Piano sanitario nazionale alle spalle.

Le singole Regioni dovrebbero poi avere un centro raccolta dati; in molte Regioni del Sud, tuttavia, mancano assolutamente le conoscenze, mancano le informazioni anche a livello delle singole USL; quali sono dunque i motivi per cui alcune Regioni del Sud non hanno provveduto in questo senso? Questo è estremamente importante, a mio avviso, perchè, come diceva l'assessore Schettini, la legge finanziaria prevede nel corso del 1984 un riequilibrio della spesa attraverso un meccanismo centralizzato; almeno, questo è quanto so io, se poi le cose stanno diversamente gradirei che mi venisse spiegato. Questo riequilibrio della spesa andrebbe fatto attraverso le comunicazioni che le Regioni dovrebbero dare ogni tre mesi al Ministero della sanità. Mi risulta, che queste informazioni il Ministero le attenderà invano, perchè lo stesso Ministero, attualmente, non è strutturato in modo da poter ottenere questi dati per poter riequilibrare la spesa. Ma c'è un altro fatto che io ritengo ancora più grave e sul quale vorrei sentire le considerazioni degli Assessori del Sud. Qui non abbiamo solo un divario fra Nord e Sud e quindi necessità di compensare tra Nord e Sud perchè ci sarebbe un fantomatico meccanismo che dovrebbe riequilibrare la spesa che si sopporta al Nord rispetto alle prestazioni che non possono essere fatte al Sud. Esiste un meccanismo per riequilibrare fra le varie USL della stessa regione? Nelle regioni del Sud e lo confermava l'assessore Schettini, esiste ancora un altro divario, cioè quello fra città capoluogo e periferia, per cui ci troviamo con grosse concentrazioni di ospedali e di posti-letto nelle USL che fanno capo alle città capoluogo, mentre non abbiamo nulla in periferia e non mi risulta che ci sia un equilibrio tra centro e periferia; da ciò il fenomeno in base al quale noi, in Calabria, abbiamo moltissimi ospedali costruiti e chiusi sia per il problema della mobilità del personale, che per motivi di carattere economico, in quanto la spesa viene concentrata sulle città capoluogo e le USL periferiche possono ricevere sempre di meno. La legge

finanziaria di quest'anno prevedeva la possibilità di una modifica di questo atteggiamento; così come avviene tra Nord e Sud, tra città più fornite di servizi e città meno fornite di servizi. In mancanza di un criterio, vorrei sapere come si stanno regolando le Regioni, particolarmente quelle meridionali, per spostare queste risorse da una città all'altra e se è possibile fare questo storno di fondi da una città ai territori meno forniti, dal momento che alla data odierna non vi è nessun dettato di legge che blocchi o comunque riduca i posti-letto nelle città capoluogo. Da noi esistono città capoluogo che hanno dieci-undici posti-letto per mille abitanti e la periferia che ha due o tre posti-letto per mille abitanti.

Mi è poi sembrato di capire che vi è un grave fenomeno, quello dell'incompatibilità dei sanitari, e vi è il grave problema della ospedalità privata al Sud. Su questo aspetto ho insistito varie volte in questa Commissione, perchè mentre per le Regioni del Nord il problema si pone in misura estremamente modesta, vedi il Veneto, nelle Regioni del Sud il problema si pone in modo molto grave; infatti, ritengo che non sia stata nessuna correttezza (e questa parola la esprimo nel senso più neutro) di convenzionamento delle strutture private con la Regione, per cui ci troviamo con un altissimo numero di posti-letto privati convenzionati, che è difficile da rimuovere in questo momento particolare. Ora io volevo sapere: i posti-letto privati del Sud, come tutti sanno, non sono posti-letto integrativi della struttura del Servizio sanitario nazionale, ma spesso e volentieri sono delle strutture ripetitive, per non dire che si tratta di strutture parassitarie. Dal momento che poi queste strutture vivono con la competenza dei medici dell'ospedale pubblico, perchè c'è questa grave degenerazione dei medici degli ospedali pubblici che vanno a lavorare nelle strutture private, e dal momento che esiste anche la necessità di occupazione dei giovani medici, chiedo se è pensabile di rilanciare l'idea che i medici della funzione pubblica vengano presi a contratto a tempo pieno provvedendo con apposita legge.

Questo per la situazione attuale e per le

cose che andremo a fare nei prossimi giorni, quando dovremo provvedere anche alla sanatoria del personale dipendente delle USL. È necessario sapere se tutti i medici della funzione pubblica devono restare a tempo pieno negli ospedali e nelle strutture pubbliche. Questo naturalmente non sarebbe altro che un primo accorgimento per ridurre l'attività privata specie nelle regioni meridionali, dove a mio parere provoca notevoli disguidi anche a livello di spesa.

CALÌ. Anch'io mi associo ai ringraziamenti che i colleghi hanno rivolto ai rappresentanti delle Regioni e vorrei rivolgere loro alcuni quesiti. L'assessore Schettini ci ha offerto un quadro limpido e drammatico della situazione del Servizio sanitario nella regione Basilicata. A questo proposito voglio affermare che sono perfettamente d'accordo con l'assessore Schettini sul fatto che è proprio la mancata definizione della natura giuridica delle USL uno dei fattori che ha reso difficile se non impossibile l'attuazione della riforma. Si comprendono facilmente le difficoltà legate all'accorpamento di trenta o quaranta Comuni, tanto per fare l'esempio di una USL, in Basilicata, da cui discendono notevoli difficoltà di gestione. D'altra parte non è certamente una novità per la Basilicata la mancanza di un corretto rapporto tra comitato di gestione e direzione tecnica, e anche questo è stato affermato dall'assessore Schettini.

Vi sono però alcune cose che non comprendo, in particolare non capisco perchè non sia stato possibile realizzare alcun servizio di prevenzione. Lei, assessore Schettini, ha infatti testualmente detto che in Basilicata la prevenzione non esiste. Anche in Campania si sono avute grosse difficoltà legate alla carenza di personale, ma prima del blocco delle assunzioni si sono banditi concorsi per i consultori e per i servizi di salute mentale, abbiamo istituito servizi di carattere sociale, di medicina scolastica e presidi per la diagnosi precoce delle forme neoplastiche. Questo non è molto, ma è pur sempre qualcosa che ha cercato di dare risposta a quello che a nostro parere è uno dei contenuti più qualificanti della legge di riforma sanitaria. Vorrei che lei mi spiegasse chiaramente i motivi

per cui non è stato possibile realizzare questo in Basilicata.

Il prossimo quesito lo rivolgo in generale ai rappresentanti delle Regioni qui presenti, perchè tutti hanno denunciato le carenze o l'insufficienza delle strutture pubbliche, la cui inefficienza non è un mistero per nessuno. Si è parlato della molteplicità delle cariche, ed in particolare l'assessore Capodaglio ha sollevato il problema delle difficoltà del rapporto tra pubblico e privato. Riprendendo quanto ha detto prima il senatore Alberti, voglio affermare che sono perfettamente convinto (ma credo lo siano tutti) che una delle cause, forse la principale, dei malanni della sanità pubblica sia da ricondursi al fatto che molti medici, forse troppi, ripongono i loro interessi e tutte le loro energie nelle strutture private e non nelle istituzioni dalle quali dipendono e sono retribuiti. Non è una semplice malignità; è provato che questo si verifica soprattutto nelle Regioni centro-meridionali, e purtroppo soprattutto nella Campania e nel Lazio, dove le case di cura private sono particolarmente fiorenti. Allora io mi chiedo se in qualche Regione, ed eventualmente in quale di quelle qui rappresentate, sia stato applicato il comma sesto dell'articolo 47 della legge n. 833 che prevede la possibilità per le USL di imporre il tempo pieno quando si ravvisino particolari esigenze ai fini dell'assistenza e del funzionamento dei servizi. È chiaro che il tempo pieno non è una punizione e non significa la condanna alla fame dei medici, perchè il regime del tempo pieno, come si è verificato nel Nord-Italia, prevede la possibilità di attività professionali intramurali. Mi chiedo come mai questo non sia stato possibile o non si sia voluto realizzare anche nelle Regioni del Centro e del Sud.

Voglio infine porre una domanda all'assessore Di Laura-Frattura, nella sua qualità di Assessore alla sanità della regione Molise. Il quesito è riferito al problema, considerato anche dall'assessore Capodaglio, che pone la manovra adoperata da alcuni enti che tentano con essa di sottrarsi al Servizio sanitario nazionale. Nella *Gazzetta Ufficiale* di alcuni mesi fa è stato pubblicato il decreto dell'allora ministro della sanità Altissimo che ricono-

sce come istituto a carattere scientifico una casa di cura di Venafro, la «Sanatrix». Non so quali requisiti o quale configurazione abbia questa casa di cura, ma temo che questa decisione del Ministro possa aprire la strada ad una serie di numerose, analoghe richieste. Voglio chiedere, pertanto, all'assessore Di Laura Frattura se secondo la sua opinione questa casa cura è veramente così qualificata da dover ottenere il riconoscimento di istituto a carattere scientifico.

COLOMBO SVEVO. Intanto preciso subito che faccio mie le domande formulate dal senatore Ranalli. Rispetto alla richiesta da lui avanzata di avere chiarimenti sulla maturazione all'interno delle Regioni di un'identità di vedute sulla riforma sanitaria, desidero introdurre un secondo elemento, e chiedere agli Assessori se, sulla base delle loro conoscenze e soprattutto sulla base delle attività svolte in questi anni, hanno riflettuto sulla possibilità e capacità di rapporto tra i tre livelli Stato, Regioni ed USL, e se hanno maturato rispetto a questi tre livelli una possibilità di collaborazione forse più strutturata di quella che prevede la riforma sanitaria.

Tutti sappiamo che nelle indagini conoscitive ognuno esprime le proprie opinioni e fa delle proposte inerenti al proprio livello; ma desidero chiedervi come vorreste che fosse strutturato, rispetto alle vostre esigenze, il Ministero della sanità. Infatti il Ministero della sanità in questo momento sembra strutturato in modo tale da non essere in grado di rispondere alle esigenze complessive dell'attuale riforma sanitaria.

Subordinatamente a questo voglio chiedere agli Assessori su quali punti in via prioritaria hanno sentito la mancanza nella loro azione di un'opera di coordinamento da parte del Ministero. Non voglio considerare in questo momento le carenze sul piano legislativo. Voglio soltanto chiedere agli Assessori come può svolgersi nel concreto questa capacità di coordinamento.

Con la legge finanziaria per il 1984 abbiamo fatto alcune scelte che riguardano il contenimento della spesa pubblica. Alcune di queste scelte sono state da voi criticate. Su

queste scelte io vorrei un vostro giudizio, in particolare rispetto alla previsione di gestione a livello regionale per conto delle USL di alcuni servizi, e vorrei sapere quali proposte alternative potreste fare dirette al fine di un contenimento della spesa sanitaria. Nelle vostre Regioni avete instaurato alcuni meccanismi, alcuni controlli, alcune verifiche che possono aiutare anche noi a sfatare questa visione che diventa poi causa di polemica giornalistica che si spende non troppo, ma comunque male?

La terza domanda riguarda il rapporto tra la spesa sociale e la spesa sanitaria; esiste una commissione che dovrebbe compiere una distinzione fra spesa sanitaria e spesa sociale e ci auguriamo che tale distinzione venga fatta in modo da non disintegrare i servizi, ma chiarendo gli apporti di tipo finanziario. Tuttavia mi chiedo: nel momento in cui fu determinata la spesa sanitaria, le spese di questi enti che erogavano prestazioni sociali e sociosanitarie a cui voi fate riferimento furono tutte computate nelle spese sanitarie; allora, se vogliamo far chiarezza, è evidente che queste spese devono essere scomutate e date eventualmente ai Comuni, altrimenti c'è una sottrazione di spesa sanitaria e un utilizzo diverso da quello che era in origine. Collegato a questo tema, vorrei un vostro giudizio su come è avvenuto il passaggio delle funzioni che erano prima della Provincia alle Regioni sia in ordine alle funzioni che in ordine ai finanziamenti, ai problemi che questo ha creato nel momento dell'applicazione.

All'assessore Gigli, che è Assessore di una regione che comprende una grande città, chiedo se nella sua esperienza la presenza di una grossa città ha pesato sulla attuazione della riforma sanitaria e se ritiene che per le grandi città ci debbano essere una flessibilità e una organizzazione diverse per quanto riguarda l'utilizzazione della sanità.

IMBRIACO. Mi sono posto questa domanda al termine della rassegna offerta questa mattina dagli Assessori regionali. Se dovessimo, per ipotesi, ritenere conclusa l'indagine stamane, personalmente potrei trarre queste conclusioni: che da parte di tutti gli interlo-

cutori che finora abbiamo potuto ascoltare c'è praticamente un unico *leit-motif*: le risorse finanziarie, il personale, il conflitto di competenze sono alle base del mancato decollo della riforma, in ogni caso delle disfunzioni che si registrano. C'è una unanimità di pareri e di consensi su questi tre punti per cui se dovessimo trovare i correttivi la soluzione sarebbe abbastanza facile: riportiamo le risorse a livelli congrui, operiamo perchè si modifichi il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 e comunque si avvii una politica del personale pari agli scopi che la legge n. 833 si proponeva. Tuttavia l'incertezza sulla struttura giuridica dell'USL e la legge finanziaria che ha finito per complicare ulteriormente il discorso, penso che siano qualcosa su cui bisogna riflettere un po' meglio. Voglio dire in sostanza, e mi rivolgo al rappresentante della regione Marche, una regione che, come ha detto l'Assessore, ha consolidata tradizione democratica, e poi agli assessori del Mezzogiorno, che in effetti, al di là del fatto che la USL nella sua natura giuridica lascia un po' perplessi, non v'è dubbio che c'è un elemento su cui, almeno per chi ha un po' di esperienza in queste situazioni, non si è riflettuto abbastanza. Mi spiego meglio. I comitati di gestione, facendo un confronto ad esempio, fra Marche e Basilicata, così come sono stati congegnati sono davvero in grado di poter governare? O, viceversa, essi, al di là di tutte le cause cui accennavo prima, hanno in sé una sorta di degenerazione? E tale degenerazione, si è venuta stabilendo strada facendo o è causata dal fatto che la legge era viziata in partenza, per cui questi comitati hanno elementi di contraddizione e di confusione tali da non poter essere gestiti? Inoltre, è vero che in alcune situazioni questi comitati di gestione hanno finito con l'assumere connotati di micro-giunte comunali, concentrando tutte le conflittualità tipiche dei quadri politici che si registrano negli enti locali o no? È una situazione questa che si registra nelle Marche, o no? Perchè in alcune situazioni, di sicuro, questo è un elemento che è stato determinante per il disservizio. Non v'è dubbio infatti che il comitato di gestione ha segmentato le proprie responsabilità sino al

punto che ogni membro è diventato un micro-Assessore col suo compartimento stagno che non intereferisce nell'altro, e che via via che si è scesi più in giù ha finito per creare una sorta di deresponsabilizzazione complessiva per cui dall'ospedale al poliambulatorio non si sa più chi comanda e si crea un'anarchia di fatto. Questa è una situazione che si è creata, oppure sono impressioni nostre? Io penso che se si comincia ad affrontare da questo versante il discorso del funzionamento dell'assemblea del comitato di gestione, è probabile che sarà anche più facile riuscire a trovare i correttivi; infatti, una cosa è partire, come sono partiti alcuni nostri interlocutori, dando per scontato che l'impianto istituzionale è sbagliato, per cui bisogna necessariamente cancellarlo e tornare, per esempio, su modelli di tipo azienda municipalizzata, altra cosa è invece introdurre elementi di razionalizzazione dell'impianto che, come intuizione di fondo, è valida, è giusta, ma va corretta per eliminare distorsioni che si sono introdotte per una serie di ragioni storiche e politiche che insistono in determinate aree del paese.

Su questo argomento gradirei un chiarimento da parte dei vari Assessori.

L'altra questione, sollevata dalla senatrice Colombo Svevo, è quella relativa all'area metropolitana. Non v'è dubbio che il Comune e l'assemblea intesa come consiglio comunale sono elementi di contraddizione e di equivoci; ci sono delle grandi città dove di fatto il consiglio comunale, che doveva riunirsi come assemblea, non ha mai preso in considerazione, nell'arco degli anni, il programma, i problemi, gli impegni dei vari comitati di gestione. Quindi la domanda che pongo è se su questo particolare versante della materia non sia il caso di operare una ricognizione, magari laddove già esistono i consigli circoscrizionali, decentrando i poteri a questo tipo di assemblee in modo da liberare il consiglio comunale da un carico di lavoro che spesso diventa insopportabile.

TROTTA. Signor Presidente, innanzitutto vorrei dire che speravo di incontrare anche l'Assessore regionale alla sanità della Campania perchè forse sarebbe più opportuno

rivolgere a lui molte delle mie domande in quanto attinenti alla realtà regionale campana. Inoltre condivido moltissime osservazioni fatte dai colleghi e quindi non intendo ripeterle; vorrei però soffermarmi molto brevemente su alcune questioni particolari.

La prima è quella che riguarda i medici disoccupati e soprattutto i giovani laureati. Abbiamo appreso che questo problema non è solo un elemento di preoccupazione per la loro collocazione lavorativa, ma anche perchè laddove vi è proliferazione di medici si può riscontrare una dilatazione della spesa sanitaria; quindi contenere il numero dei medici, trovar loro un'occupazione e comunque collocarli stabilmente all'interno del Servizio sanitario nazionale significa non soltanto risolvere il problema dell'occupazione per giovani laureati, ma anche creare le condizioni per un risparmio.

Questo problema indubbiamente si collega a due questioni fondamentali: in primo luogo a quella della limitazione — mediante il cosiddetto numero chiuso — dell'iscrizione alla facoltà di medicina. Credo che questo punto sia stato già affrontato e che le forze politiche abbiano già presentato un disegno di legge che tende appunto a limitare l'iscrizione dei giovani alla facoltà di medicina.

L'altra questione riguarda la necessità di far scattare l'incompatibilità: sappiamo che ci sono moltissimi medici che hanno due o tre incarichi contemporaneamente, mentre ci sono medici disoccupati. Bisogna anche considerare che i medici impegnati nelle strutture pubbliche si sentono in questo momento scarsamente responsabilizzati per i motivi che sottolineava prima l'assessore Schettini: infatti molti medici — ma il discorso riguarda anche il personale tecnico — sono stati espropriati di alcune competenze. Inoltre la partecipazione dei sanitari alla gestione delle unità sanitarie locali, che pure era prevista dalla legge n. 833, mi pare sia stata attuata solamente in pochissime Regioni; per quello che mi risulta, in Campania non è stata proprio presa in considerazione. Allora, fermo restando che sono un convinto assertore della incompatibilità che deve assolutamente scattare per i medici dipendenti dal Sistema sanitario nazionale (non con la libe-

ra professione perchè sarebbe chiedere troppo, ma almeno con la possibilità di convenzionamento con il Servizio sanitario stesso), penso che dobbiamo trovare anche il sistema per coinvolgere i tecnici e i sanitari in una maggiore partecipazione alla gestione delle USL; infatti senza il loro apporto credo che non possiamo puntare ad una effettiva realizzazione della riforma sanitaria nel paese. Quindi a mio parere sarebbe opportuno che gli Assessori si pronunciassero su questo problema fondamentale: c'è la possibilità del lavoro «intramurale», cioè all'interno delle strutture ospedaliere, però secondo me tale possibilità risulta in alcune Regioni solamente ipotetica. Inoltre, ad esempio, ci sono molti medici dipendenti dal Servizio sanitario nazionale che non si possono definire ospedalieri: mi riferisco ai medici degli istituti; bisognerebbe allora studiare anche per questi una soluzione collocativa, ferma restando la necessità, a mio avviso, di un provvedimento generale sulla incompatibilità.

Secondo me tale provvedimento potrebbe essere discusso nello stesso momento in cui si affronterà il problema di modificare il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979. Non intendo soffermarmi anche su questo problema perchè è già stato ampiamente discusso; però voglio esprimere la convinzione che questo decreto deve essere modificato con urgenza in molti suoi punti.

Un altro problema che vorrei richiamare e al quale si è già accennato, sia pure fugacemente, è quello relativo alla droga. L'assessore Gigli giustamente ha richiamato l'attenzione del Parlamento su questo flagello sociale; io vivo in una città, Salerno, che per nostra disgrazia costituisce uno dei punti nevralgici dello smistamento e del commercio della droga in quanto, purtroppo, questo fenomeno è strettamente collegato alla camorra. Recentemente sono state fatte delle esperienze molto interessanti, per esempio i famosi decreti sul metadone e sulla morfina. Dalla partecipazione ad assemblee relative a questo problema ho ricavato il convincimento che tali decreti sono ormai superati e che comunque il problema della droga non può essere risolto esclusivamente attraverso

provvedimenti legislativi; oggi lo sforzo maggiore deve tendere alla riabilitazione dei tossico-dipendenti ed al loro recupero, in strutture come le famose comunità terapeutiche di cui tanto si parla. Vorrei conoscere l'opinione degli Assessori sulla questione dei decreti e sulle comunità terapeutiche e vorrei sapere ciò che si sta facendo nelle Regioni per il recupero dei tossico-dipendenti.

Infine vorrei fare un'altra brevissima considerazione per quanto riguarda i rapporti tra le strutture pubbliche e quelle private. Diceva giustamente l'assessore Schettini che la legge n. 833 non definisce in maniera chiara questi rapporti; certo non sta scritto da nessuna parte che le strutture private devono essere competitive oppure devono cercare — come succede nelle nostre Regioni — di sottrarre a quelle pubbliche alcuni compiti istituzionali. Pregherei gli Assessori di dare qualche indicazione su questo punto perchè penso che per tale problema si dovrà sicuramente fare qualcosa. L'assessore Schettini suggeriva di stabilire l'impossibilità di convenzionamento per le strutture regionali i cui posti-letto siano superiori al 6 per mille della popolazione. Credo che la Campania abbia già abbondantemente superato questa percentuale: ad esempio a Nocera Pagano vi è un ospedale quasi vuoto, mentre molti malati continuano a rivolgersi alle cliniche private. Invito inoltre gli intervenuti ad affrontare anche il problema dei laboratori convenzionati, che è stato richiamato dall'assessore Capodaglio; infatti bisognerebbe evitare che una grossa parte dell'utenza si rivolga al settore privato anche perchè — e dobbiamo avere il coraggio di dirlo chiaramente — esistono dei veri e propri *racket* che pongono il problema di situazioni che addirittura superano la legalità.

CONDORELLI. Le cose che si potrebbero dire sono moltissime e, da quanto è stato affermato oggi, si può benissimo partire per un consuntivo al fine di modificare le gravi disfunzioni che esistono nella legge n. 833. Vorrei tuttavia fare ancora molto brevemente alcune domande.

La prima all'assessore Schettini, di cui conosco la notevole efficienza. Vorrei ricor-

12ª COMMISSIONE

16° RESOCONTO STEN. (22 febbraio 1984)

dare intanto un fatto che riguarda la Basilicata. Oggi la Basilicata ha uno degli ospedali più belli che vi siano in Italia, una struttura grandiosa e meravigliosa, forse troppo grande rispetto al modo di vedere oggi gli ospedali — che dovrebbero essere più piccoli e più funzionali, perchè il rapporto umano (elemento fondamentale nella funzione di qualsiasi istituzione) è troppo dispersivo nei grandi complessi —, ma che indubbiamente è una struttura meravigliosa che fa molto onore alla Basilicata. Noi, che operiamo in Campania, non vediamo più quel flusso enorme di malati dalla Basilicata a Napoli che prima esisteva. Non possiamo dire, per quel che riguarda la sanità, che Cristo si è fermato ad Eboli! Ho avuto più volte modo di partecipare a convegni e di visitare questo ospedale, per cui conosco il valore professionale dei primari e ritengo quindi che nel suo complesso l'ospedale San Carlo di Potenza sia una grande conquista del Sud Italia, anche se esistono alcune disfunzioni proprie di tutta l'Italia ed in modo particolare del nostro Meridione.

Per quel che riguarda la stipulazione di convenzioni con le Università vicine, se la legge n. 833 presenta lacune in merito, il decreto del Presidente della Repubblica n. 382 — sulla docenza universitaria — consente questa possibilità. In attesa di un'eventuale facoltà di medicina in Basilicata, si possono realizzare forme contrattuali per medici ospedalieri, anche per soddisfare il desiderio di cultura di questi medici, con le Università vicine di Napoli e di Bari, che possono venire incontro a queste esigenze.

Passando ad altro problema, oggi abbiamo difficoltà per la mobilità del personale. Per spostare un infermiere da un piano all'altro, non da una struttura all'altra, sorgono problemi. Lo possiamo fare soltanto qualche volta attraverso il meccanismo delle promozioni, cioè applichiamo in senso contrario l'adagio della Chiesa *moveatur ut promoveatur*, trasformandolo in *promoveatur ut moveatur*.

L'assessore Gigli ha parlato, oltre che di questo problema, anche di quello dei grandi ospedali e confermo la necessità di ristrutturarli tutti in piccoli complessi.

C'è poi il problema dell'utilizzazione, da

parte dei cittadini di altre regioni, delle strutture sanitarie della capitale. In parte questo fenomeno è inevitabile, perchè, pur non pensando a quel che avviene in Francia, dove tutto è Parigi, o in Inghilterra, dove tutto è Londra, credo però che un flusso di malati del 20 per cento dalle città periferiche alla capitale sia accettabile. Infatti mi ricordo che, quando ero studente e assistente all'Università di Roma, il Policlinico era pieno zeppo di malati che non sapevano dove andare e venivano messi nella astanteria che si chiamava con un bruttissimo termine, cioè «deposito»; poi questi malati venivano smistati nei vari reparti del Policlinico e in altri ospedali. La cifra del 20 per cento dimostra che esiste una riduzione della trasmigrazione Sud-capitale dei malati, però credo sia impossibile scendere ulteriormente oltre tale valore. Qui subentra un problema di orgoglio «regionale» da parte degli Assessori: abbiate l'orgoglio di far parte della vostra Regione, fate tutto il possibile per creare strutture sanitarie di grandissimo rilievo sia per efficienza delle strutture che per qualità dei medici; nè deve essere trascurato l'importante problema della fiducia tra medico e paziente.

Un altro aspetto è quello relativo agli specialisti. Laddove si chiudono gli ospedali si potrebbe anche dare la possibilità ad un primario di operare sul territorio: per quale motivo egli deve andare per forza in un'altra struttura? Se lo preferisce potrebbe conservare la sua qualifica: questa potrebbe essere una soluzione. Si capisce che tale possibilità deve essere opzionale, perchè non si può imporre, a chi non ha interesse, di restare in un reparto. Se ne dovrebbe comunque dare la possibilità per legge.

Per quanto riguarda poi il reclutamento di nuovi specialisti, mi sono sempre posto tale problema come direttore di una scuola di specializzazione. Sento che c'è l'esigenza da parte dei primari di altre Regioni di avere alcuni specializzandi, però le nuove leggi non ci danno la possibilità di esaudire tale aspirazione, non esistendo posti riservati per una Regione o l'altra.

SCHETTINI. C'è una riserva per le strutture convenzionate.

CONDORELLI. Ho detto più volte agli Assessori di avanzare istanze alle facoltà. Tali istanze non devono partire da noi direttori di scuole di specializzazione, perchè poi ci si accusa di voler aumentare il numero degli specialisti. L'istanza deve partire dalle Regioni!

Il disegno di legge del professor Bompiani sulla riforma della facoltà di medicina prevede in un articolo il problema del numero dei medici ed anche di quello degli specialisti in rapporto alle esigenze regionali.

Vorrei infine toccare l'ultimo problema cioè quello dell'incompatibilità fra attività universitaria ed ospedaliera ed attività nelle case di cura. Queste case di cura, che cosa sono? Sono il retaggio di una vecchia e cronica insufficienza del sistema sanitario nazionale. Chi è medico ed ha qualche anno sulle spalle sa benissimo che cosa erano gli ospedali venti o trenta anni fa, quando eravamo studenti.

C'erano corsie con venti o trenta letti, strutture medievali fino agli anni Cinquanta. Proprio per questo motivo erano nate le case di cura, che però prolifereranno sempre fino a quando non ci sarà un'efficienza delle strutture sanitarie pubbliche.

Non si può imporre alle persone un determinato comportamento. Se uno sta male, va a farsi curare dove ha fiducia e, se ha denaro da spendere, lo spende. Con la libera circolazione dei medici stiamo già assistendo alla presenza di medici stranieri che vengono ad operare nelle nostre strutture. E poi vorrei dire, amici comunisti, che anche alcuni vostri grossi personaggi, quando stanno male, vanno nelle case di cura. Questo è noto! Allora, dobbiamo per prima cosa migliorare nel modo più assoluto gli ospedali, far sì che il divario Nord-Sud finisca (e questo è un richiamo all'orgoglio regionale), rendendo ovunque le strutture sanitarie pubbliche efficienti. Più volte ho insistito sul problema degli *standards* minimi, cioè sulla necessità che tutte le strutture che svolgono determinate attività abbiano le stesse attrezzature e la stessa professionalità per fare determinati interventi terapeutici in modo tale che, ad esempio, il cittadino di Potenza non abbia

bisogno di andare a Milano o a Padova per farsi curare.

Attualmente, le case di cura sono di due tipi: quelle convenzionate e quelle non convenzionate. Per quelle convenzionate in realtà esiste un grosso problema. Infatti, queste case di cura vanno avanti con il sistema della retta e ciò può costituire un pericolo per la salute dei pazienti perchè si tende al risparmio onde ottenere, se non degli utili, quanto meno un bilancio in pareggio; ciò può rappresentare un problema sia per le case di cura che per la salute dei pazienti per cui questo sistema di pagamento deve essere assolutamente rivisto.

Per quanto riguarda l'incompatibilità, essa può anche essere attuata per questo tipo di case di cura, ma bisogna assicurarsi che il personale medico sia altamente qualificato; occorre pertanto che esso entri tramite concorso. Praticamente le case di cura convenzionate potrebbero essere trasformate in veri e propri ospedali, adeguando però il loro finanziamento a quello degli ospedali pubblici.

Un problema diverso è quello delle case di cura non convenzionate, che non pesano sulla sanità pubblica. La retta è direttamente pagata dal paziente che a sua volta può usufruire di forme di assistenza assicurativa; prendiamo ad esempio il nostro caso: noi, come senatori, possiamo avere un certo tipo di assicurazione, e ciascuno di noi l'ha accettata, e questa ci dà la possibilità, nel caso di malattia, di usufruire delle cure di qualsiasi medico in qualsiasi struttura privata. Per quale motivo si dovrebbe impedire ad un paziente di farsi operare dal chirurgo di cui egli ha fiducia? Questo è un diritto sacrosanto che ciascuno di noi ha e deve sempre avere: questo è un fatto estremamente importante! Forse, si arriverà nel futuro alla fine delle case di cura private quando gli ospedali (ma mi sembra un'utopia!) saranno veramente perfetti, quando vi saranno ospedali in cui il cittadino potrà andare con la massima tranquillità.

ALBERTI. Il fatto della scelta del sanitario può esistere benissimo nella situazione pub-

12^a COMMISSIONE

16° RESOCONTO STEN. (22 febbraio 1984)

blica, con il tempo pieno e l'attività intramurale che consente benissimo di recarsi dal professor Condorelli, ad esempio, che opera nel Policlinico: non esiste in tal caso il divieto della scelta!

CONDORELLI. Però, allora, dovremmo impedire ai medici stranieri di venire ad operare nelle nostre strutture.

Guardate che ci sono dei flussi fortissimi di nostri malati che vanno a farsi curare all'estero; vi posso dire che per quanto riguarda la cardiologia esiste un'attività piuttosto fiorente. E poi si tratta anche di un principio di libertà: noi dobbiamo assicurarci (e questa è una mera questione di moralità) che ciascun medico nella struttura pubblica faccia il proprio dovere fino in fondo e lo Stato ha tutti i mezzi per assicurarsi di ciò. A Roma vi sono stati degli esempi, sono andati in prigione diversi primari, per cui abbiamo la prova che vi sono i mezzi per assicurarsi che ciascuno faccia il proprio dovere e che inoltre non vi siano altri sistemi anomali come quello del comparaggio, eccetera. Se partissimo da un clima di sospetto, allora non si salverebbe più nessuno, neppure la Magistratura e la scuola: a questo punto potremmo ipotizzare che anche nella scuola secondaria si comprano le promozioni! Ma non possiamo criminalizzare la società in questo modo! Credo che questa sia un'impostazione assolutamente non corretta. Invece, sarebbe opportuno incrementare l'assistenza sanitaria fondata sul sistema delle assicurazioni. Ad esempio, per quale motivo oggi in Italia il premio dell'assicurazione sulla vita può essere sgravato dalle tasse e quello dell'assicurazione sulla salute no? Ciò potrebbe essere molto utile per la sanità, perchè potrebbe comportare un risparmio della spesa sanitaria pubblica. Si potrebbe creare un sistema sanitario alternativo libero fondato sulle assicurazioni private.

Per quel che riguarda le case di cura convenzionate — ripeto — si potrebbe fare qualcosa di più e sono convinto che se venisse predisposta una legge per cui tutto il personale delle case di cura venisse assorbito dallo Stato i primi a fare salti di gioia sarebbero proprio i proprietari delle case di cura.

Infatti, molti proprietari non possono vendere, come vorrebbero, la casa di cura, perchè la liquidazione del personale assorbirebbe tutto il ricavato.

MELOTTO. Signor Presidente, spero di recuperare un po' di tempo e quindi salto tante premesse che avrei voluto fare. Chiedo scusa anche se ripeterò alcuni aspetti delle domande fatte dai colleghi, ma credo che valga la pena di sottolinearle per gruppi. Il Servizio sanitario nazionale voluto dalla Costituzione e attuato puntualmente dalla legge n. 833 poggia sul decentramento; però il decentramento è un bel termine, mentre abbiamo storie, culture e tradizioni estremamente diverse, e di questo occorre rendersi conto. Il Nord non è il Centro ed il Centro non è il Sud. La realtà storica e partecipativa dei Comuni non è la stessa e quindi dobbiamo cercare di definire, a mio avviso, perchè questo è uno degli obiettivi dell'indagine (vedremo poi come, ma ciò attiene al dopo), la natura della unità sanitaria locale e accanto ad essa il referente politico della stessa, senza il quale credo che la lasceremo ancora girovagare nel vuoto, in attesa che qualcuno se la prenda.

Detto questo, e avendo sentito pareri diversi anche da parte degli intervenuti, chiederei di approfondire un po' di più l'argomento. Il dottor Schettini si chiede tutto sommato perchè la competenza debba andare al Comune e ipotizza la Provincia come ente intermedio (la Provincia che uscirà dal riordino degli enti locali); egli la ipotizza per tutta la gestione della sanità. Egli ha detto che può essere il referente intermedio perchè la sanità va oltre i confini comunali di questi 8.066 Comuni in cui si articola il nostro paese. Invece, su questo tema il dottor Capodaglio credo che tutto sommato abbia chiesto ancora la riconferma della associazione dei Comuni. Ho premesso che storia e cultura sono profondamente diverse ed allora chiedo di approfondire un po' di più questo tema da parte vostra, per capire esattamente quale potrebbe essere la natura dell'USL ed il referente politico, rispettando ovviamente il decentramento voluto dalla Costituzione.

Chiedo, inoltre, al presidente e all'Assesso-

re della regione Lazio cosa pensano sul problema delle aree metropolitane, ossia se anche in questi casi può essere il Comune, o l'ipotetico ente intermedio per le grandi città (che è qualcosa di diverso dall'ente intermedio per le altre aree del paese), l'organo di governo della sanità o se può valere il rito ambrosiano di scorporare gli ospedali dal resto della sanità per farne due momenti distinti, anche se alla fine la Regione cercherà di integrarne le attività. In definitiva finora ognuno ha fatto quel che ha voluto. Ad esempio l'USL di Venezia, con 350.000 abitanti, solo ora è stata divisa in due; mentre l'USL di Primolano, in provincia di Trento ha 6.000 abitanti; così come in tutta la provincia di Trento, con 470.000 abitanti, vi sono undici USL. Comunque, il problema non è il numero degli abitanti, perchè il criterio per cui si può creare una USL per un numero di abitanti che va da 50.000 a 200.000 è talmente elastico che le scelte regionali possono tranquillamente provvedere come meglio credono.

Vorrei, inoltre capire dalle vostre riflessioni la natura delle USL, se cioè queste debbano prendere come riferimento il modello — come diceva anche il senatore Imbriaco — della giunta comunale (che si articola in Assessorati) o se, trattandosi in questi casi di servizi e non di enti di governo, debbano avere un numero limitato di amministratori, lasciando ai tecnici buona parte delle responsabilità nella conduzione.

La seconda domanda riguarda il problema del personale. Ho ascoltato da voi delle cose che mi lasciano molto perplesso. Il fatto che non si possa spostare neanche un infermiere da un ospedale all'altro, nonostante tutto quello che si è scritto e dopo tutti gli accordi sindacali che si sono conclusi sulla mobilità, mi fa pensare che sia tempo perso stare ancora a discutere su questa materia, perchè la mobilità del personale sarà attuata solo su domanda dell'interessato. Si erano fatti degli accordi sindacali che sono stati puntualmente rispettati, si sono svuotati tanti reparti psichiatrici e, oggi, sono parecchie le persone che *motu proprio* chiedono di essere trasferite. L'impatto è stato difficile nel 1980, ma via via è andato attenuandosi, con il risulta-

to che ora è possibile attuare anche questo *turn-over*. Non penso, quindi, che la mobilità del personale sia un problema tanto drammatico e che non si possa regolamentare per legge. A questo proposito anzi vorrei capire se una legislazione nazionale potrebbe dare il via a questa mobilità.

Sono convinto, inoltre, per quanto riguarda l'incompatibilità, che questa deve essere stabilita per legge, perchè deve esservi certezza per coloro che entrano in un servizio pubblico, pur con alcuni momenti di elasticità nella contrattazione e sullo stato giuridico del personale; questo perchè a causa delle garanzie e garantismi che si sono creati, si è arrivati al punto che non si riesce a spostare neanche un infermiere. E poichè il servizio sanitario deve poggiare soprattutto sul personale, se vuole essere qualificato, o interveniamo in questo campo o difficilmente riusciremo a renderlo efficiente.

Poichè fra qualche settimana inizierà il dibattito sulla sanatoria, desidero chiedere agli Assessori cos'è, secondo loro, che ha prodotto il sistema di sanatoria. Penso che se non elimineremo le cause che l'hanno generata, ogni anno sarà necessario ricorrere a questa. La sanatoria invece, a mio avviso, deve essere utilizzata solo quando si debba avviare un servizio, ma in seguito deve essere un metodo da accantonare, anche affinché vi sia sicurezza e chiarezza in coloro che entrano nel servizio stesso. Ciò che ha causato la creazione del precariato è stata l'impraticabilità dei concorsi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979; secondo il vostro parere è possibile affidare alle Regioni la gestibilità dei concorsi? O cosa proponete a questo riguardo?

La terza domanda concerne i problemi finanziari. Desidero che i colleghi e amici Assessori regionali, e in particolare l'assessore Di Laura-Frattura, sappiano che il tempo delle lamentele è finito, mentre la campana a morto sta suonando soprattutto per il Servizio sanitario. È necessario che a tutti i livelli di governo ci sia la capacità di affrontare i problemi e che questi si risolvano al massimo entro tre, quattro o cinque anni dall'avvio della riforma, altrimenti si rischia di far soccombere il Servizio stesso, come

appunto affermava anche l'assessore Di Laura-Frattura. L'alternativa è il servizio sanitario privato, perchè di fronte alle malattie, le persone non rimangono in attesa di indagini epidemiologiche e così via. Per cui i nostri sforzi sono diretti in questo senso: porre fine al pagamento a piè di lista. Per far questo sono dell'idea che è necessario finire con le lamentele e con le geremiadi, superando il criterio di finanziamento fondato sulla cosiddetta «spesa storica».

Quando ascolto l'Assessore di Roma, signor Presidente, mi spaventa paurosamente ciò che egli ipotizza, ossia il fatto che solo per il Lazio sarà necessaria una spesa di 400-500 miliardi per il 1984; tenga presente che sono invece previsti 34.000 miliardi per tutto il paese. Ma, se queste cifre sono vere, vi è da concludere che ormai il piè di lista ci travolgerà tutti. Sono convinto che occorran delle spese per investimenti in generale, ma nel caso di Roma vi è certamente un problema di ristrutturazione della rete ospedaliera (nel Lazio le case di cura private coprono il 30 per cento dei posti-letto, mentre nel Veneto coprono solo il 4 per cento). Le realtà quindi sono diverse e ci si deve basare sulle varie esigenze regionali, perchè è inutile chiudere da una parte e aprire dall'altra. Non sarebbe meglio — e questa è una domanda che rivolgo soprattutto al presidente della giunta regionale — superare il Fondo sanitario e ripartire le quote alle Regioni, nell'ambito del bilancio regionale? Ognuna poi, in piena autonomia, ripartirà la quota spettante alla sanità, come fa per l'agricoltura, per l'artigianato e per tanti altri settori. In questo modo si premierebbero la correttezza, l'impegno e il risparmio, perchè oggi, chi spende di più è maggiormente alimentato con questo sistema e chi rinvia *sine die* le decisioni con la conseguente assunzione di responsabilità è certamente il più favorito.

Al momento attuale, tenendo fermo il principio del decentramento, occorre fare un salto di qualità, in caso contrario ogni anno saremo costretti a integrare i vari 5-6 o 7 mila miliardi.

Un'ultima domanda che desidero porre riguarda l'informazione. Come accennava poco fa anche l'assessore Capodaglio, siamo nel

«buio» informativo. La relazione del Consiglio sanitario nazionale credo sia un esempio macroscopico.

Mi chiedo se è possibile sapere come va il servizio e rendere obbligatoria l'informazione in un paese che spende per la sanità 34.000 miliardi. Non sappiamo, infatti, quanto personale è impiegato nel Servizio sanitario nazionale, senza dire che dovremo conoscere l'efficienza delle scelte, ma, dalla Lombardia fino alla Sicilia, nessuno dà informazioni al riguardo. Come è possibile per voi rendere obbligatoria, con scadenze fisse, l'informazione? Mi riferisco ad un flusso informativo che dalla periferia giunga alla Regione e dalla Regione al centro in modo da avere un giudizio preciso; credo che senza informazione il servizio sia ingestibile.

Come diceva prima l'assessore Capodaglio, abbiamo ottenuto, me ne assumo la paternità, nella legge finanziaria il trasferimento di alcune competenze di gestione verso le Regioni proprio perchè, si è detto, che occorre mettere in grado le unità sanitarie locali svolgere i loro compiti più speditamente. Sono ancora validi questi sistemi misti? In che misura e per quali voci? Grazie.

BOTTI. Sarò brevissimo perchè molte osservazioni sono state già fatte da altri, osservazioni che del resto condivido. Cercherò invece di fare domande molto concrete.

L'assessore Gigli ha sollevato il problema dei giovani medici disoccupati e ha parlato di possibili soluzioni: da una parte nell'ambito del contratto di lavoro e dall'altra nella risoluzione del problema della incompatibilità dei medici. Sono due soluzioni che ritengo parziali, transitorie. Vorrei sapere se lei ritiene che il problema centrale sia quello di una adeguata e seria programmazione a livello nazionale che ponga il problema del numero dei medici necessari per il Servizio sanitario.

Sono d'accordo con l'assessore Schettini circa le realtà geografiche diverse del territorio nazionale ma mi ha colpito una sua affermazione: diceva che in Basilicata non esiste una medicina pubblica. La Basilicata, come tutte le altre regioni dove questo problema è stato affrontato, aveva gli stessi

12^a COMMISSIONE

16° RESOCONTO STEN. (22 febbraio 1984)

strumenti legislativi ed economici per poter risolvere in parte questo grosso problema.

L'assessore Capodaglio ha lamentato l'esistenza di pochi specialisti. Vorrei al proposito integrare quanto ha detto il professor Condorelli: e cioè che in Italia abbiamo un rapporto generici-specialisti che è il più alto a livello europeo; il problema dunque non è quantitativo ma qualitativo. Questa affermazione che il numero degli specialisti in Italia è scarso è un discorso estremamente pericoloso se portato avanti dalle Regioni, perchè può far incrementare il numero già alto dei medici sottoccupati.

L'assessore Di Laura-Frattura ha accennato rapidamente al problema del prontuario farmaceutico e ha ricordato che esistono duecento farmaci inutili. Vorrei ricordare che in Italia abbiamo 8.000 specialità tra cui — c'è stato detto da esponenti qualificati del settore — circa il 60 per cento è inutile o dannoso. Mi rendo conto che il problema del prontuario sia complesso e non facilmente risolvibile. Si ha l'impressione, però, ma non è soltanto una impressione, che il prontuario sia gestito più dalle industrie farmaceutiche che dal Ministero. Lei, assessore Di Laura-Frattura, ha detto, riferendosi alla spesa farmaceutica per il Molise, che questa spesa ha inciso sul bilancio per circa il 19 per cento. Quali provvedimenti sono stati presi in merito? Non pensa che in questo settore, come in tanti altri, sia indispensabile una educazione sanitaria non solo per i cittadini ma anche per i medici che sono i prescrittori dei farmaci?

MERIGGI. Premettendo che mi riconosco nelle domande fatte dai colleghi, vorrei sollevare un problema che ritengo molto importante: quello della droga. È convinzione diffusa che questo non sia solo un problema sanitario, ma non spendo altre parole per spiegarlo. La domanda è questa: nelle vostre regioni tale questione è seguita solo dagli Assessorati alla sanità oppure è gestita in altro modo? I centri per il metadone, anche se non costituiscono assolutamente la soluzione del problema, ma forse non c'è un'unica soluzione, possono però servire come una delle risposte al problema «droga». Questi

centri sono stati fatti? Se sono stati fatti, quali sono i risultati? Come funzionano? Avete esperienze per quanto riguarda il recupero dei tossico-dipendenti? Magari attraverso comunità o altre iniziative? Vorrei pure sapere se queste iniziative sono pubbliche o private, se sono finanziate dalla Regione.

Non pretendo una risposta immediata, sarebbe però importante acquisire queste informazioni che penso voi abbiate senz'altro. Vorrei sapere se la Regione riesce in qualche modo ad operare per affrontare il problema in uno stretto rapporto con le Province, le unità sanitarie locali, oppure se ci sono i soliti programmi calati dal cielo che restano lì e non si sa dove vadano a finire.

Un'ultima domanda riguarda i distretti di base, che credo sia il livello giusto per realizzare uno degli elementi fondamentali della riforma che è costituito dalla partecipazione. In genere però i distretti non si sono realizzati; vorrei sapere se questa è anche la vostra realtà. Secondo voi, quali sono le cause della mancata realizzazione di questi livelli organizzativi? Vorrei sapere in sostanza qualcosa sui distretti di base.

ONGARO BASAGLIA. La mia è una domanda brevissima, anche perchè per il problema dei farmaci mi associo alla richiesta fatta dal senatore Botti.

Chiedo informazioni relative ai settori dell'assistenza psichiatrica cui si è brevemente accennato. Vorrei sapere se a livello di coordinamento regionale esistano conoscenze sull'andamento di questo settore, se i rappresentanti regionali presenti in questa sede possono disporre di dati, di una analisi sullo stato attuale dell'applicazione della legge n. 180, e se il problema della mobilità del personale debba essere considerato uno degli ostacoli principali per la sua attuazione.

PRESIDENTE. Non entrerà nel merito dei vari argomenti trattati anche per motivi di tempo; farò domande specifiche riservandomi alla fine di fare ulteriori proposte di collaborazione ai nostri interlocutori.

Vorrei sottolineare l'importanza di un problema sollevato dal professor Condorelli e riconosciuto anche dall'assessore Schettini

circa le ipotesi di coordinamento tra Università e Regioni ai fini della formazione professionale, sia per le scuole dirette a fini speciali che — in qualche misura — per gli specialisti, coordinamento che può essere messo in atto in base al decreto del Presidente della Repubblica n. 162 del 1982. Molte volte il vero problema è quello di dare attuazione a norme di legge già esistenti. Un dialogo tra Università e Regioni attraverso le convenzioni previste dall'articolo 39 della legge n. 833, e l'estensione di questa possibilità anche alle Regioni prive di Università, è infatti consentito dal citato decreto n. 162 sia per le scuole dirette a fini speciali che per i corsi di specializzazione.

Invito ora i nostri ospiti a rispondere ai quesiti che sono stati posti loro.

SCHETTINI. Vorrei pregare il Presidente di consentirci di dare nella nostra relazione scritta le risposte a molti quesiti sollevati dagli onorevoli senatori. Do quindi in questa sede alcune risposte telegrafiche.

Al senatore Ranalli vorrei dire che credo che nessuno, in nessuna regione d'Italia abbia intenzione di riprodurre un sistema binario, annullando il pilastro fondamentale della riforma che è l'unitarietà della gestione; non pensiamo quindi a scorpori di ospedali. Ritengo più importante individuare un modello di organizzazione dell'ospedale, un suo stretto collegamento e una sua interrelazione con gli altri presidi, fare cioè quello che la legge n. 833 non ha fatto: definire il ruolo dell'ospedale nella organizzazione dei servizi sanitari. Ricordo che in precedenza c'era un consiglio dei sanitari che contava ben poco, chiamato com'era ad offrire dei pareri, ma che assicurava quanto meno un dibattito sulla organizzazione dell'ospedale; oggi tutto questo non c'è più. Oggi c'è una definizione, che poi la legge di riforma sanitaria ha ripreso dalla legge n. 132 del 1968, e cioè il «dipartimento» che è una parola vuota che si scontra con stratificazioni di mentalità, di cultura e che impedisce la realizzazione di una articolazione dei servizi che superi il vecchio sistema di divisioni, sezioni, eccetera.

Cosa possiamo fare come Regione nell'am-

bito dell'autonomia delle USL? Ebbene, l'equilibrio costi-benefici e la valutazione sull'efficienza non vengono fatti dalle USL; è impossibile intervenire nella riconversione della spesa, che tende ad autoalimentarsi creando una conflittualità tra le Regioni e le USL, perchè un sistema che si ispira alla logica programmatoria e che poi non trova gli strumenti di riferimento della attività delle USL, ha in sé dei motivi di generale caos. Su questo aspetto farò comunque alcune valutazioni più dettagliate nella mia relazione.

Vorrei dire poi al senatore Pinto che la mobilità del personale è disciplinata dal contratto; c'è una mobilità volontaria, una mobilità di urgenza, una mobilità necessitata, ma il problema è tanto grande che il Governo nell'ultimo protocollo di intesa ha sentito la necessità di demandare al Ministero della sanità — previo confronto con le organizzazioni sindacali — la realizzazione di nuove forme di mobilità, sia pure nel quadro del decreto n. 761 del 1979 e delle altre disposizioni normative vigenti.

Inoltre, non ho detto che in Basilicata non esiste medicina pubblica, forse su questo punto sono stato impreciso. Mi spiegherò meglio: ci sono dei centri multizonali di prevenzione per l'igiene pubblica, frutto della trasformazione dei centri di igiene e profilassi, e c'è una prevenzione primaria che è una cosa diversa dalla medicina preventiva e riguarda l'intervento sul modo di costruire le nostre città, le scuole, sul rapporto verde-abitazioni. La prevenzione primaria riguarda quindi una diversa domanda sanitaria, che si è essenzialmente trasformata in domanda di salute: come si lavora nelle nostre fabbriche — là dove ci sono —, come si organizza il nostro lavoro. Ora, è questo un settore che per ragioni storiche in Basilicata non esiste, anche perchè l'elefantiasi del momento curativo e la diversità di trattamento economico hanno spinto i medici — indipendentemente dalla loro vocazione culturale — più verso l'attività curativa che verso l'attività di tipo igienistico. In questo settore si trasferisce l'ENPI, l'Ispettorato del lavoro, la ANCC, ma in Basilicata non c'è niente, neanche il personale. Si sono dovute fare una convenzione con Taranto e una con Salerno per disporre

di alcuni ingegneri, quanto meno per le attività dell'ENPI. Quando mi riferisco alla carenza delle attività di prevenzione, mi riferisco quindi alla prevenzione ambientale e non alla medicina preventiva, perchè la Basilicata ha trentatré consultori su 600.000 abitanti, dei quali alcuni funzionano abbastanza bene ed altri meno, ma che quanto meno consentono di rispondere ad una domanda sempre più diversificata non solo su come non fare figli, ma anche su come farli e farli bene. In una regione che ha un alto tasso di talassemia, potete capire quanto sia necessaria la prevenzione in questo particolare settore.

Il senatore Imbriaco ha poi posto tre problemi: personale, risorse, e conflitti di competenza. Noi non lamentiamo nè l'insufficienza delle risorse, nè i problemi del personale in modo acritico, nè poniamo conflitti di competenza. Nella mia Regione vi è un rapporto di piena e stretta collaborazione che carica la Regione di molte responsabilità e di moltissimi impegni.

Abbiamo esaltato la collegialità, e ci troviamo in difficoltà sulle articolazioni e sul ruolo dell'assemblea, perchè è difficile riunire centocinquanta persone e stanti i molti compiti che spettano all'Assemblea, diventa assai arduo approvare un bilancio. I componenti non hanno infatti particolari motivazioni anche perchè il concetto di partecipazione va approfondito: una cosa è la partecipazione come momento di esaltazione della vita democratica e di crescita della democrazia, una cosa è la partecipazione istituzionalizzata con la spartizione dei posti che è più un soffocamento della vita democratica che un momento di crescita della stessa.

Mi sono soffermato sulla necessità di realizzare un territorio ed un governo: abbiamo infatti la comunità montana, i distretti scolastici, vari consorzi, le USL e in questa confusione il problema della organizzazione della personalità giuridica non può prescindere dalla valutazione complessiva di come si governa un territorio. La mia preoccupazione non nasce dall'associazione dei Comuni; sarebbe facile far coincidere la comunità montana con le USL trasferendo ad essa, secondo la legge n. 833, la gestione della

sanità ma non avremmo, tranquillamente, nè la comunità montana funzionante, nè i validi servizi sanitari. Per cui si tratta di approfondire e di meditare, e non vedo che differenza ci sia con le aree metropolitane. Certo la differenza esiste, ma il rovescio della medaglia sono le aree interne, con le loro difficoltà di comunicazione, col loro sistema viario; non esiste solo l'area metropolitana perchè è più conosciuta, ma anche quella realtà che da me non è cattedrale nel deserto, ma solo deserto: sono 10.000 chilometri quadrati con una presenza di sessanta abitanti per chilometro quadrato.

Il problema dei medici giovani è stato posto dal senatore Trotta; credo che anche qui sia prevalsa un po' di demagogia: nel 1977 abbiamo fatto la legge n. 285 per i giovani medici ritenendo di destinare credo alla parte più difficile, che è il complesso della patologia umana, giovani che avranno un bagaglio teorico anche valido, ma privi di qualsiasi esperienza.

Basta vedere — il giorno dopo il lunedì — l'aumento dei ricoveri in ospedale. Quindi bisogna essere cauti nell'affrontare il problema della guardia medica e ritenere che possa essere svolta come prima occupazione, come primo impatto del giovane di fronte ad una patologia così complessa, come abbastanza piano bisogna andare sulla sanatoria. Quali sono i motivi della sanatoria? Il blocco dei concorsi, la necessità di sostituire o dare incarichi per funzioni superiori. Ho visto un disegno di legge che prevede addirittura la sanatoria per i primari e a un certo momento abbiamo avuto personale che è diventato assistente di ruolo con una sanatoria, è diventato aiuto con una sanatoria e diventa primario con una sanatoria.

MELOTTO. E va in pensione con una sanatoria!

SCHETTINI. Un primario condiziona la vita di un reparto non solo nei riguardi di un paziente e del servizio, ma anche nella funzione di preparazione e di formazione dei suoi giovani assistenti e così si è determinato un altro effetto negativo, per rispondere al senatore Melotto. Il decreto del Presidente

della Repubblica n. 761 ha introdotto la figura del medico in formazione col triennio di formazione; non c'è possibilità di fare nessun concorso per i posti di assistente che sono vuoti da anni, non s'è creato un punto di saldatura fra l'uno e l'altro.

Droga. Abbiamo qualche esperienza particolare; siamo una delle regioni che direttamente, affidando la gestione alle USL, hanno creato, col dipartimento dell'agricoltura, un centro di riabilitazione, utilizzando questi giovani in concorsi per vivaisti, in modo da immetterli direttamente. A parte l'atteggiamento culturale della comunità dove il centro è ubicato e a parte il primo impatto con una realtà difficile, che non vede il problema della droga come un problema di sanità, non c'è una vaccinazione contro la droga, è un problema estremamente complesso e che ha poco di sanitario, perchè quando il drogato arriva alla struttura sanitaria non siamo più alla tossicofilia, ma alla tossicodipendenza.

L'assorbimento del personale delle strutture private è previsto dall'articolo 47 della legge n. 833; quando abbiamo chiuso le strutture private in Basilicata abbiamo assorbito con legge il personale e lo abbiamo inquadrato nei ruoli della struttura pubblica. E io, che non ho il pallino, dico che un vero confronto con la struttura privata va dato dal miglioramento della struttura pubblica; quando la struttura pubblica avrà raggiunto quel grado di efficienza e di capacità di risposta al bisogno sanitario, allora non avremo più problemi della struttura privata. La regione Basilicata si è data una legge — e io la rimetterò alla Commissione —: il ricorso a strutture convenzionate o non convenzionate per le quali scatta l'indiretta è ammesso solo quando un collegio medico dichiara l'impossibilità di effettuare quelle prestazioni presso strutture pubbliche, altrimenti è a pagamento. Libertà non significa scaricare sulla collettività oneri: uno vuole andare a Milano a farsi un'operazione di varici, non vedo perchè deve pagare la regione Basilicata. Va a Milano? Vada a spese sue! Si tratta di un intervento che può essere fatto nella struttura pubblica della nostra Regione.

RANALLI. Oggi come oggi paga il servizio sanitario di Milano!

SCHETTINI. Dal 1° gennaio no. Al senatore Alberti devo dire che, come regione meridionale, abbiamo affrontato il problema dell'organizzazione sanitaria. La regione Basilicata era l'unica Regione italiana che avesse un progetto pilota per l'organizzazione della sanità, quindi ha avviato il processo di programmazione nel paese e si è dato un suo piano sanitario regionale, oggi all'esame del Consiglio, ritenendo che questo fosse il necessario quadro di riferimento per l'attività di ogni giorno delle USL e vincolo anche per gli altri livelli istituzionali. È una scelta che abbiamo fatto in coerenza con la legge n. 833; inoltre la Basilicata si è dotata — tra le prime Regioni d'Italia — di un efficiente servizio di elaborazione dati, per cui per tutta la questione della medicina di base, la gestione dei bilanci degli ospedali (purtroppo non la gestione del personale), la gestione dei cittadini, siamo l'unica Regione ad avere un'anagrafe sanitaria. Questo per dire che il Sud non è poi sempre in ritardo. Ora non è che esiste un divario all'interno delle Regioni. Il divario è un fatto esistente, un fatto storico le cui cause sono moltissime, ma proprio questo la legge n. 833 aveva cercato di correggere inventando i presidi multizonali; non era cioè possibile mantenere determinate strutture a livello di singole USL senza tener presente il rapporto costo-beneficio, sapendo che al di sotto di una determinata dimensione un ospedale non solo non è economicamente accettabile, ma non è funzionalmente utile. Da qui, la necessità dei presidi multizonali.

Per quanto riguarda gli istituti a carattere scientifico, sono favorevole al tempo pieno. Senatore Calì, voglio precisarle che a mio parere il tempo pieno era il tempo da privilegiare. Con il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, però, è stata introdotta la possibilità di opzione per il tempo definito, e quasi tutte le unità sanitarie locali hanno aderito alla concessione del tempo definito. Quindi il problema non è stato assolutamente risolto. Infatti con la struttura sanitaria si può avere un rapporto convenzionato, ma si può anche avere un rapporto diverso. Nessuna programmazione regionale è in grado di individuare i servizi per cui è obbligatoria l'adozione del tempo

12^a COMMISSIONE

16° RESOCONTO STEN. (22 febbraio 1984)

pieno se prima non si realizzano i dipartimenti e se non si attua una ristrutturazione rispondente ai criteri del servizio regionale. Altrimenti si continuerà ad avere quella discrezionalità che molte volte purtroppo si trasforma in arbitrio e crea ulteriori tensioni nel settore degli ospedali.

DI LAURA-FRATTURA. Voglio subito precisare al senatore Ranalli che non è soltanto una l'area di competenza nella quale le Regioni, con la legislazione vigente, possono intervenire per individuare gli sprechi e quindi per eliminarli. Vi sono molte aree in cui è possibile intervenire in questo senso; l'area degli ospedali e quella della specialistica sono soltanto alcuni esempi.

Voglio poi rispondere al senatore Melotto affermando che in effetti io non ho avanzato lamenti, ma il problema è sentito anche da me. Nella mia regione, il Molise, affermo senza tema di smentita che vi è stato un miglioramento nel settore sanitario sia in incrementi economici che in incrementi di servizi tra il 1980 e il 1984. Infatti nella mia regione si è scesi da una percentuale di mobilità esterna di utenza del 25-30 per cento ad una percentuale del 10-12 per cento. Affermo con orgoglio che il Molise è attualmente una regione in cui si riceve anche mobilità esterna in particolare dalla Campania, ma anche dal basso Lazio, dall'Abruzzo e dalla Puglia. Quindi è innegabile che il nostro servizio sanitario sia entrato pienamente in funzione; a conferma di ciò è sufficiente esaminare l'entità del fondo sanitario che da una percentuale dello 0,437 per cento del 1980 è salito ad una percentuale dello 0,498 nel 1984. Certo vi sono ancora delle correzioni da fare e lo dimostra il fatto che il nostro Consiglio sanitario è in seduta pressochè permanente su ciò, ma è innegabile che il servizio sanitario sia entrato in funzione. Approfitto anzi della presenza del presidente Landi per affidargli l'incarico di trasmettere tutti i documenti che abbiamo elaborato.

Al senatore Alberti vorrei dare alcune precisazioni per quanto riguarda il piano sanitario stralcio. In questa sede ho affidato a voi parlamentari la grossa responsabilità di ope-

rare immediatamente una correzione di rotta a questo proposito. Ovviamente con questa mia affermazione e con la denuncia che ho fatto non voglio dire che noi siamo esenti da responsabilità. Anzi proprio noi Assessori dobbiamo smettere con altrettanta urgenza di fare demagogia, clientelismo e soprattutto di essere campanilisti.

Nel piano sanitario che invierò a questa Commissione sono contenute alcune scelte specifiche. Voglio esaminarle, sinteticamente, in questa sede. Anzitutto voglio dire che nel Molise, che comprende circa 350.000 abitanti, è assurdo che si possa pensare all'istituzione di servizi di alta specializzazione quali la cardiocirurgia o la neurochirurgia. La necessità di queste strutture verrà risolta stipulando convenzioni con i centri che hanno questi servizi, e tramite queste convenzioni si avrà quella famosa correzione della quota capitaria, basandosi sulla mobilità. Queste sono indubbiamente scelte coraggiose che è indispensabile fare. Nel leggere la relazione queste considerazioni emergono e quindi noi non possiamo assolutamente considerarci esenti da colpevolizzazioni. È chiaro che la colpa è anche nostra perchè siamo stati anche noi che abbiamo consentito un certo lassismo. Proprio per questo io ho spezzato una lancia a favore delle unità sanitarie locali e rifiuto categoricamente il fatto che il Molise possa essere ancora considerata una regione differenziata tra Nord e Sud.

Voglio inoltre precisare al senatore Cali che sono orgoglioso del fatto che vi sia stato il secondo riconoscimento di un istituto di carattere scientifico nel Mezzogiorno, indipendentemente dal fatto che si è trattato del riconoscimento di un istituto privato. D'altra parte non c'è da stupirsi perchè è proprio nella logica dei meridionalisti ragionare in termini di privato. Voglio anche ricordare che quando nel Nord sono stati riconosciuti a carattere scientifico ben quattro istituti privati nessuno ha gridato allo scandalo. Non spetta a me riconoscere il carattere scientifico di un istituto. La commissione competente ha valutato tutti gli aspetti del caso ed ha riconosciuto che questo istituto aveva tutte le condizioni per essere riconosciuto a carattere scientifico. Quindi non si

tratta di un fatto per cui bisogna gridare allo scandalo, ma anzi di un fatto che deve essere per noi un incentivo. Ed è chiaro che questo incentivo sarà operante soltanto nella misura in cui la programmazione regionale di questo istituto sarà in grado di inserirsi in una più vasta programmazione interregionale, che interesserà non dico tutto il Mezzogiorno, ma certamente le regioni limitrofe come Campania, Lazio e Puglia. Voglio ribadire il fatto che l'alta tecnologia di questa clinica è stata riconosciuta proprio dai tecnici che hanno effettuato il sopralluogo, non soltanto dai rappresentanti del Ministero della sanità, ma anche da quelli del Ministero della pubblica istruzione. Di fronte ad una relazione specifica dei tecnici competenti logicamente ho votato a favore, perchè sarei stato disonesto con me stesso prima che con gli altri se avessi espresso un voto contrario.

Per quanto riguarda le domande poste dalla senatrice Colombo Svevo devo dire che, per quanto riguarda la nostra attività, effettivamente un coordinamento, anche se molto scarno, con il Ministero della sanità vi è stato. Certo questo coordinamento accusa nel suo funzionamento ancora molti inconvenienti che possono senz'altro essere eliminati; a questo fine noi puntiamo molto sulla riforma del Ministero stesso. Proprio su questa riforma noi vogliamo misurare le nostre proposte al fine di rendere cogente il rapporto tra Governo (in questo caso Ministero della sanità), Regioni ed unità sanitarie locali.

Per quanto concerne il contenimento della spesa è anzitutto necessario, come ho detto prima, definire la natura giuridica delle USL. Non si può attribuire alle Regioni l'imposizione di sciogliere i comitati di gestione nei casi in cui questi hanno superato la spesa e di nominare un commissario. In questo modo non si risolve assolutamente nulla. Infatti il commissario si troverà nelle stesse condizioni del comitato di gestione, ed il problema rimarrà immutato. Le nostre scelte dipendono dalla natura giuridica dell'ente. Non voglio assolutamente travisare il significato della legge n. 833 esprimendo opinioni sulle attribuzioni di competenze al Comune, all'ente intermedio o alla Provincia, però

indubbiamente la legge finanziaria non ha attribuito nè all'uno nè all'altro un potere decisorio sulla sanità. Dal momento che questo potere è stato affidato alle Regioni è necessario che si agisca di conseguenza. L'importante, lo voglio ripetere, è definire la natura giuridica delle USL.

Per quanto concerne il finanziamento, convengo con il senatore Melotto sul piè di lista, ma voglio aggiungere che molte scelte coraggiose devono essere fatte al riguardo. Certo è ormai improrogabile la chiusura delle divisioni che non hanno una effettiva capacità di poter essere utilizzate. La legge finanziaria ha previsto che rimangano in funzione, ma sotto il profilo funzionale ciò è completamente errato. Non è più possibile accettare la presenza di un primario, due aiuti e quattro assistenti in una divisione il cui utilizzo di posti-letto scende al di sotto del 50 per cento. Se si farà la scelta coraggiosa di chiudere queste divisioni si arriverà ad avere anche l'auspicata mobilità del personale. È chiaro infatti che non è possibile che in un ospedale di zona, oltre alle quattro specialità fondamentali, si abbia anche una divisione otorinolaringoiatria, utilizzata al di sotto del 50 per cento. Questo non è concepibile, ma ci vuole il coraggio per fare queste scelte.

Questi sono i motivi per i quali, secondo me, il piè di lista può essere eliminato per il 1984 e credo che siamo tutti d'accordo; però vorrei ribadire un concetto che è stato espresso all'inizio. Se non viene rettificata la circolare interpretativa dell'articolo 26 della legge finanziaria per il 1984 si avrà ancora il piè di lista perchè non è possibile fissare tale scala di priorità nel momento in cui si calcola il residuo al 31 dicembre 1983, ove sono previsti il fornitore, il medico generico, il farmacista ed altre categorie, ma viene escluso il personale dipendente. Peraltro, laddove alcune unità sanitarie locali hanno provveduto con proprio atto ad inquadrare giuridicamente ed economicamente il personale, non è stato possibile pagarlo perchè mancavano i fondi di cassa (e non di competenza, perchè i bilanci regionali e quelli delle unità sanitarie locali avevano previsto la spesa); ed allo stato attuale, nel momento in cui il residuo di cassa per il 1983 (2.345

miliardi) sarà distribuito alle Regioni, noi potremo far fronte a tutte le spese tranne che al pagamento del personale, scaricando quindi la relativa spesa sui bilanci 1987.

Per quanto concerne il prontuario farmaceutico, senatore Botti, ho già espresso la mia posizione e non credo di doverla puntualizzare ulteriormente; vorrei fare solo una precisazione relativa alla spesa farmaceutica. Come ho già detto, per il Molise questa costituisce il 19 per cento della spesa sanitaria, ma vorrei sottolineare che è ancora pari a 66.000 lire annue *pro capite* e quindi ad un livello molto inferiore alla media nazionale. Pertanto si può sicuramente parlare della dilatazione della spesa farmaceutica e spiegarne i motivi; però occorre tener presente che nel Molise questa — ripeto — mediamente, è molto al di sotto della media nazionale.

Per quanto concerne il fenomeno della droga, senatore Meriggi, vorrei dire con orgoglio che su 324.000 abitanti si sono riscontrati solo trentasei casi. Comunque abbiamo istituito i servizi idonei presso tutti gli ospedali, attenendoci al dettato legislativo; ciò si evince anche dalla relazione del Ministero dell'interno, alla cui stesura abbiamo collaborato e dove può trovare tutti i dati che lei ha richiesto.

Infine, alla senatrice Ongaro rispondo che anche per quanto concerne l'assistenza psichiatrica abbiamo applicato la legge nazionale; pertanto abbiamo — e siamo l'unica Regione ad averlo fatto — attivato i cosiddetti centri polivalenti o case-famiglie. Entro il prossimo mese entreranno in funzione le prime tre e quindi siamo in piena regola con la attuazione della riforma sanitaria.

GIGLI. Signor Presidente, risponderò molto brevemente e schematicamente alle domande che mi sono state poste.

Per quanto riguarda il problema delle aree metropolitane, sollevato dalla senatrice Colombo Svevo e dai senatori Imbriaco e Melotto, credo che chi opera all'interno di una regione in cui è presente un grande centro metropolitano, come il Lazio, avverta l'esigenza di una certa flessibilità nella applica-

zione della legge di riforma sanitaria. Infatti a Roma si pongono problemi di natura completamente diversa da quelli che si presentano in altri centri della stessa regione; ad esempio — come emerge anche dai documenti che abbiamo consegnato — nel Lazio vi è una unità sanitaria locale che amministra circa 600 miliardi ed un'altra che amministra circa 600 milioni. Credo che questo sia il segno, senatore Ranalli, di un insufficiente approfondimento del problema nel momento in cui sono state definite le competenze delle USL. In una grande città sorgono questioni di adeguate dimensioni che richiedono evidentemente almeno un decentramento di competenze dal consiglio comunale alle circoscrizioni, come è stato fatto a Roma per certe funzioni; ma non ho difficoltà a dire che secondo me tali questioni pongono anche l'esigenza di valutare attentamente la possibilità e l'opportunità di scorporare dalla competenza delle USL la gestione dei grandi ospedali o di rilevanza nazionale o, comunque, interregionale. In ogni caso le caratteristiche proprie di questi ospedali non si possono ricondurre a quelle di un ospedale medio, quale si presenta nella realtà territoriale nazionale.

I senatori Condorelli, Trotta ed Alberti hanno affrontato un altro punto di grande attualità, quello della incompatibilità dei rapporti tra il settore pubblico e quello privato e dell'obbligo del tempo pieno, che in via eccezionale è previsto anche per le USL. Credo che la soluzione di questo problema non sia tanto la configurazione di una incompatibilità di carattere generale e anzi ritengo che dobbiamo riconfermare il diritto del professionista ad esercitare la libera professione anche se è dipendente dal Servizio sanitario nazionale; a mio parere bisogna codificare una incompatibilità per quanti prestano la loro opera alle dipendenze del Servizio sanitario nazionale e contemporaneamente nelle strutture convenzionate. Infatti, secondo me, non vi è nulla da eccepire se i medici operano in una struttura privata non convenzionata con la Regione; nel caso contrario, però, credo che si ponga un problema di incompatibilità, le cui ragioni pen-

so che emergano chiaramente e quindi non intendo soffermarmi ulteriormente su questo punto.

Nello stesso tempo dobbiamo fare anche una valutazione autocritica: se non intendiamo mortificare l'operatore sanitario, dobbiamo realizzare le condizioni affinché questo possa operare all'interno della struttura pubblica con possibilità di gratificazioni sia sul piano professionale che su quello economico. Secondo me la grande operazione, attuata a suo tempo in molte Regioni, di eliminare i cosiddetti posti-letto dei paganti (espressione poco simpatica) ha contribuito, al di là delle intenzioni, a degradare la situazione negli ospedali.

In relazione al problema dei giovani medici disoccupati, richiamato qui dai senatori Botti e Trotta, non c'è dubbio a mio parere che la soluzione ottimale in prospettiva sia quella di stabilire il numero chiuso per l'accesso alla facoltà di medicina; però ci sono alcune iniziative — sia pure parziali — che devono essere adottate assolutamente nell'immediato, perchè il fenomeno in tutta Italia si sta espandendo sempre più (con una proliferazione di giovani laureati che supera sicuramente le 30.000 unità). Ad esempio, come dimostra l'esperienza fatta nella mia regione, si potrebbe riconsiderare il fenomeno molto consistente dei medici iscritti negli elenchi di medicina generale che hanno pochissimi assistiti; infatti, in base ad una indagine i cui risultati saranno portati a conoscenza del consiglio generale nelle prossime settimane, emerge che vi sono centinaia e centinaia di medici che assistono da zero a dieci pazienti, altri da dieci a venticinque, altri da venticinque a cinquanta e questo vuol dire che tali medici non prestano un'assistenza di carattere generale, ma svolgono altre attività specializzate. Secondo me è necessario trovare una forma — ad esempio in sede di stipulazione del contratto — per disciplinare e comunque ridurre questo fenomeno e lasciare maggiore spazio ai giovani medici disoccupati, la cui permanenza, è stato giustamente rilevato, non è soltanto un problema di carattere sociale ma rischia di trasformarsi in un ulteriore motivo di dilatazione della spesa sanitaria.

Per concludere, vorrei soffermarmi sul problema della droga. A questo proposito il senatore Meriggi chiedeva se funzionano le strutture pubbliche. Nel Lazio abbiamo un'esperienza che può considerarsi contraddittoria; le strutture pubbliche funzionano per quello che possono ma stiamo cercando, anche attraverso leggi specifiche, di dar forza e capacità di presenza e di azione anche alle strutture private, soprattutto nel settore del recupero e reinserimento dei tossicodipendenti. Vi sono iniziative estremamente valide che intendiamo portare avanti e che stiamo cercando di realizzare attraverso convenzioni che stipuleremo nelle prossime settimane, con le quali si cercherà di aiutare grazie all'erogazione di contributi. Credo che tali iniziative abbiano già dato risultati di grande interesse.

Un'ultima risposta, altrettanto telegrafica, vorrei dare sempre al senatore Meriggi circa il quesito da lui posto in cui chiedeva quali siano le cause per cui i distretti di base non sono decollati. Credo che le cause siano molte ma non ultima — e non vorrei concludere con la solita nota di natura prosaica — è proprio la ristrettezza finanziaria delle Regioni e delle unità sanitarie locali. Fino a che non abbiamo mezzi finanziari sufficienti per consentire un'attività decente delle strutture che esistono, credo che sarà difficile pensare di trasferire sul territorio servizi che evidentemente richiedono anche impegni finanziari di cui non possiamo disporre.

CAPODAGLIO. Prendo la parola soltanto per non mancare di cortesia verso i senatori che mi hanno posto delle domande, non certo per il gusto sadico di prolungare ancora la seduta.

Il senatore Ranalli sostanzialmente chiede quale sia il livello del degrado, se corrisponde a un dato reale o se vi è al riguardo molta fantasia giornalistica. Credo che, almeno in parte notevole, si tratti di fantasia giornalistica, di letteratura.

Tuttavia, devo dire con altrettanta amarezza che molto è dovuto al gioco dialettico delle parti sociali, dei partiti politici. Per fare un esempio ricordo che nelle Marche mi sono sentito rinfacciare il degrado della sani-

12^a COMMISSIONE

16° RESOCONTO STEN. (22 febbraio 1984)

tà dai colleghi dell'opposizione in misura assai superiore a quello che è il dato reale solo perchè ciò naturalmente può rientrare nel quadro generale di chi si trova al Governo in una Regione e di chi si trova all'opposizione.

RANALLI. I cittadini sono testimoni veri.

CAPODAGLIO. Essi sono in collera per come vanno le cose nel settore della sanità ma non fino al punto in cui ci ricamano i giornali, la grande stampa. Per esempio, quando abbiamo fatto l'assemblea a Cupra Montana per la trasformazione dell'ospedale, molti cittadini ci gridavano «ladri, venduti» e cose del genere, ma erano elementi che non corrispondevano assolutamente al dato locale. Erano riproduzioni di valutazioni apparse sulla stampa, come il titolo su «l'Espresso» di oggi a proposito delle unità sanitarie locali che ci accomuna tutti in una sorta di ladrocinio generale.

Dobbiamo stare attenti alla condanna non di questo o quel partito, ma del sistema in cui oggi i partiti stessi operano, cioè del sistema democratico nel nostro paese. Credo che vi siano dati oggettivi che dimostrano l'esistenza di questo degrado: anzitutto, i debiti che rappresentano il *mare magnum* in cui nuotano le unità sanitarie locali.

Le voci corrono, specialmente nei piccoli centri; se un fornitore di frutta deve essere pagato o un farmacista deve riscuotere due o tre mesi di mensilità arretrate, corre la voce che il sistema sanitario è in *deficit*. Qui si innesta una catena di valutazioni superficiali: perchè è in *deficit*? Perchè non va. Perchè non va? Perchè i soldi se li mangiano. Tutto ciò ignorando che vi sono problemi più complessi e più gravi.

Va evidenziata, inoltre, la novità della cosa; non dimentichiamoci che stiamo passando — secondo me la fase di transizione è finita forse sulla carta e non del tutto, ma comunque non è finita nei fatti — da un vecchio sistema ad uno nuovo. Le novità comportano sempre momenti di transizione e di rischio.

La confusione che ciò determina, l'espansione e l'allargamento dell'assistenza nei

confronti di categorie che prima non ne fruivano o ne fruivano soltanto parzialmente, il fatto che continuamente i *mass media* ci bombardano con la necessità di curarsi preventivamente e di comprare certe medicine, la somma di questi elementi ha fatto sì che subconsciamente corriamo in farmacia a comprare certi *cachets* o certe aspirine e ce le facciamo prescrivere dal medico curante.

La gente si cura di più ed anche ciò va preso in considerazione; non vi è proporzione tra ciò che spendiamo in farmaci noi italiani e ciò che spendono i tedeschi, e non si può dire che questi non siano un popolo, da un punto di vista di cultura generale, assai più informato di quanto lo siano gli italiani. Probabilmente è proprio l'informazione, se non fatta in modo corretto, che comporta l'allargamento della spesa.

Un'altra questione su cui vorrei esprimere la mia opinione è il problema degli specialisti. Il senatore Botti ci richiama a fare attenzione sul fatto che abbiamo bravissimi specialisti nel nostro paese.

BOTTI. Ho detto il contrario.

CAPODAGLIO. Allora ho capito male, e abbiamo detto la stessa cosa perchè anch'io, nel mio intervento, avevo affermato che ci mancano gli specialisti, l'otorino, l'oculista, il dentista e laddove andiamo a chiudere gli ospedali, dobbiamo almeno fornire tali specialisti nel poliambulatorio che abbiamo promesso al posto dell'ospedale che comportava i ricoveri. Ciò implica tutta quella serie di problemi cui si accennava prima e sulla quale non mi attardo.

Per quanto riguarda le proposte di modifica della legge n. 833 del 1978, il senatore Ranalli e il senatore Imbriaco ci chiedono di capire se è un problema di modificazione globale del sistema o di aggiustamenti nell'ambito del sistema stesso. Ora, personalmente credo che, con alcuni aggiustamenti anche notevoli e profondi, il sistema sia ancora in grado di reggere a condizione che conquisti efficienza: non abbiamo bisogno di uscire fuori dal sistema.

Per quanto riguarda le Marche, mi sento di poter dire che non abbiamo bisogno di scor-

12^a COMMISSIONE

16° RESOCONTO STEN. (22 febbraio 1984)

porare gli ospedali dal sistema globale della sanità e dai compiti delle unità sanitarie locali. Tuttavia alcune modifiche vanno introdotte. Se l'assemblea dei Comuni, a cui spettano certi compiti di indirizzo politico, non li svolge, bisogna fare in modo che il comitato di gestione riceva da qualcuno questi *input* politici altrimenti farà della ordinaria gestione, non si sa bene facendo capo a chi.

Dobbiamo porre dei limiti di tempo; trascorsi tanti giorni, fatte tante riunioni, se non si raggiunge il numero legale, dobbiamo trovare un meccanismo per cui chi gestisce lo faccia secondo una linea. A tale proposito, per gestire secondo una linea, sempre rifacendomi alle linee di fondo del piano delle Marche che però riprendono quelle della legge, n. 833 del 1978, credo che voi ci possiate aiutare con una ulteriore specificazione, che sembrava dovesse venire dalla legge finanziaria e che non è venuta, a proposito di certi indirizzi da applicare localmente. Credo, ad esempio, che debbano essere introdotti nella legislazione nazionale, ad integrazione di quella regionale, alcuni principi sui quali siamo tutti d'accordo.

Innanzitutto nelle Marche abbiamo introdotto il principio che non vi debba essere più di un ospedale per ogni unità sanitaria locale e ciò mi sembra giusto date le proporzioni della popolazione esistente nelle nostre USL. Ciò significa che dobbiamo chiudere una quarantina di ospedali: uno sforzo per noi immenso. Significa, però, che ci dovete aiutare, se potete, introducendo il criterio che al di sotto di un certo limite di utilizzo, l'ospedale va chiuso e trasformato in poliambulatorio, in casa protetta o in quello che si vuole perchè non ha titolo e diritto di restare ospedale.

In secondo luogo, che se non ha le quattro divisioni di base funzionanti (chirurgia, medicina, ostetricia e pediatria) va chiuso.

In terzo luogo, che se proprio lo si vuole tenere aperto, i Comuni debbono pagare; si vedrà che si affretteranno a chiuderli. Mi dispiace per i Comuni, non sono un «anticomunale» però essi devono assumersi le loro responsabilità come noi ci assumiamo le nostre.

In quarto luogo, che debbono essere garantiti gli interventi finanziari a carico del Fondo sanitario nazionale, sia di parte corrente sia di spesa in conto capitale per favorire le trasformazioni, altrimenti non favoriremo le opportune chiusure di ospedali.

In quinto luogo, va preso un altro parametro per cui, nell'ambito di un certo territorio con una certa popolazione, un ospedale può bastare: non è necessario avere duplicati a cinque-sei chilometri di distanza. E su questa parte credo di aver terminato.

Per quanto riguarda la mobilità, il senatore Pinto chiedeva come possiamo essere aiutati a farla. Io ritengo che ciò possa essere fatto con una legge, concordata o meno con le organizzazioni sindacali, che sancisca lo stesso principio che esiste per i professori ed i maestri i quali si spostano da una sede all'altra senza chiacchierare tanto. Dobbiamo introdurre questo principio anche per quanto riguarda il nostro sistema sanitario.

Insisto poi sulla necessità di dare molta importanza alla informatica. Stamattina non ho potuto soffermarmi, però va detto che occorre trovare un sistema nazionale, regionale e locale sul quale mi permetto di sollevare la vostra attenzione — e mi rivolgo in particolare al Presidente —, con la preghiera di convocare poi chi ritenete più opportuno per approfondire la questione.

Per quanto concerne la prevenzione, la senatrice Colombo Svevo ha chiesto ulteriori notizie. Mi limito a segnalare alla vostra attenzione il disegno di legge sui precari attualmente all'esame di questo ramo del Parlamento; tutti infatti, nelle nostre regioni, abbiamo ricevuto questi giovani che oggi si muovono sul territorio (bene o male è un altro discorso; probabilmente vanno perfezionati i loro movimenti e il loro lavoro), però è in fondo l'unica cosa che abbiamo fatto dal 1970 in poi al di fuori dell'ospedale. Per quanto sia urgente la necessità di verificare il loro lavoro, è più urgente la necessità di assicurarli che continueranno a lavorare.

Per quanto riguarda poi il problema droga, ritengo del tutto insufficiente il nostro intervento, sia in termini finanziari, sia in termini di lavoro specifico e di iniziative che siamo in grado di prendere. Anche da noi vi

sono quattro comunità terapeutiche convenzionate con la regione Marche, però fanno poco e intervengono a cose già fatte; è invece sul momento preventivo che dobbiamo intervenire di più. Personalmente sto seguendo con molta attenzione, ma non so quanto sia riproducibile nel nostro paese, quell'iniziativa del municipio di Amsterdam a proposito della liberalizzazione di alcune droghe. Ripeto che non so quanto questa ipotesi possa essere valida, ma la sto seguendo perchè quanto meno eliminerebbe l'aspetto criminale, cioè quello che deriva dall'andarsi a procurare queste droghe in maniera criminale. Comunque, potrei anche sbagliare, si tratta di una soluzione nuova ed ipotetica.

Per quanto riguarda l'incompatibilità, sono d'accordo sul fatto che debba essere rigorosissima: chi fa il medico nelle strutture pubbliche a tempo pieno non deve fare altro! Questo deve essere chiaro e chiarirebbe molte cose.

PRESIDENTE. Presidente Landi, la invito a trarre le conclusioni di questo incontro.

LANDI. Signor Presidente, intervengo molto rapidamente innanzitutto, naturalmente, per ringraziare e per esprimere un giudizio necessariamente positivo di questo avvio di dialogo e per riconfermare l'impegno per un prossimo incontro che lei vorrà fissare. Mi permetto di fare una proposta in proposito nel senso che il punto politico più rilevante mi pare sia quello di come le Regioni possano portare un contributo unitario di chiarezza su alcune delle questioni fondamentali all'esame della Commissione. Quindi, potremmo programmare una seconda seduta con la presenza degli Assessori per integrare il quadro che già questa mattina è emerso dall'audizione e prevedere, nella fase finale dei lavori della Commissione, un incontro con alcuni presidenti delle Regioni i quali potrebbero rappresentare una posizione di sintesi delle Regioni sui temi fondamentali. Non sono in grado di conoscere quali siano i vostri tempi di lavoro e quindi quanto tempo abbiamo a disposizione, ma posso assumere l'impegno, d'accordo con gli Assessori alla sanità, di svolgere nelle prossime settimane

questa azione di chiarificazione e di coordinamento sui punti essenziali.

Su alcune questioni che sono state sollevate vorrei brevemente rispondere. Il senatore Ranalli poneva il problema se allo stato vi fosse una perfetta identità di vedute tra le Regioni su alcune questioni, in particolare sulle proposte di correzione al sistema sanitario. Ritengo di poter rispondere che al momento è necessario un ulteriore approfondimento e che quindi vi è tuttora un dibattito aperto nelle Regioni e fra le Regioni. Non mi sentirei quindi di stabilire in questa circostanza un punto preciso di equilibrio; di qui nasce l'esigenza di un aggiornamento.

Rispetto alla questione più specifica se vi sia una comune posizione delle Regioni su una materia altrettanto scottante all'esame del Governo e del Parlamento, quella della psichiatria, e quindi su un'eventuale revisione o correzione della legge n. 180, anche su ciò l'impegno che possiamo assumere è quello di giungere, se ne esistono le condizioni, ad una posizione di sintesi che offra un contributo concreto alla vostra indagine. Al momento, anche su questa materia, esistono posizioni diverse ed articolate sul piano politico oltre che culturale.

Su alcune questioni specifiche mi vorrei poi un momento soffermare. A me pare di poter affermare che senza un piano di intervento straordinario sul terreno finanziario che attenga alla riconversione dei servizi e al loro potenziamento, non sia possibile uscire dalla crisi del Servizio sanitario. Se per le grandi aree metropolitane esiste l'esigenza, come nel caso di Roma, di un intervento di riconversione delle strutture ad alta intensità tecnologica e professionale, perchè esse sono la vetrina nazionale del mondo sanitario, esistono altrove esigenze di riconversione simili a quelle rappresentate dal collega Capodaglio. In altri casi esiste il problema del completamento della rete ospedaliera rispetto all'indice del 6 per mille. Per ciascuno di questi obiettivi, se non si riesce a realizzare un'adeguata mobilitazione di risorse, una parte soltanto delle quali può essere attivata attraverso forme di risparmio e di contenimento della spesa corrente, noi non usciremo dalla situazione di crisi nella

quale ci troviamo. L'assessore Gigli ha esposto uno dei dati essenziali che sta alla base del permanente disagio della sanità romana: la mancanza di adeguati investimenti per nuovi ospedali. Non possiamo a Roma andare incontro al Duemila con il «Santo Spirito», un ospedale nato nel Trecento, riconvertito nel Seicento e risistemato poi dal senatore Ranalli in epoca più recente! Gli stessi modelli di organizzazione ospedaliera oggi esistenti non sono riconducibili alle forme nuove e concrete di esercizio della professione sanitaria e con l'ingresso sistematico di nuove tecnologie. A Roma abbiamo realtà ospedaliere con migliaia di posti-letto e che sono per questo oggettivamente ingovernabili. Conclusione: se a fianco del fondo corrente, non si attiva un fondo parallelo di un investimento sui tre obiettivi che ho enucleato, non si esce dalla crisi.

Ci si domanderà dove prendere queste risorse! A mio parere si potrebbe fare un'emissione speciale di titoli del debito pubblico con il presupposto che questa politica possa consentire nel tempo un recupero di razionalità del sistema e, quindi, risparmio. In altri settori, imprenditori privati — ottenendo anche grandi riconoscimenti — hanno seguito questo criterio. Certo, la sanità non è un'attività economica produttiva, ma senz'altro incide profondamente sulla produttività dell'intero sistema economico del paese.

Una seconda questione, sulla quale desidero soffermarmi brevemente, è quella istituzionale. Tutti noi ci rendiamo conto che esistono funzioni sanitarie preventive e di assistenza che per la loro diffusione nel territorio devono far carico, obiettivamente, agli enti locali e in particolare ai Comuni. Vi sono però funzioni come quelle di alta specializzazione, la cui riconducibilità a competenze comunali suscita qualche perplessità. Ne è un esempio la situazione della sanità romana. Un altro esempio è costituito da alcune USL che hanno 2.000 posti letto ad altissima specializzazione per una popolazione di 200.000 abitanti.

Desidero fare anche una considerazione per quanto concerne la professionalità. Il sistema delle relazioni sociali e sindacali in ambito sanitario deve avere le caratteristi-

che del contratto di pubblico impiego, oppure deve avere una sua peculiarità che salvaguardi i contenuti di professionalità? Se il contratto della sanità è immediatamente omologabile a quello della funzione pubblica per cui l'infermiere viene equiparato automaticamente all'impiegato d'ordine dell'ente locale o del ministero, da questa omologazione astratta non può che derivare appiattimento e disconoscimento della specifica professionalità. Dunque è l'intera contrattualistica sanitaria che deve essere ristudiata se vogliamo rilanciare il sistema.

Rispondendo a una domanda posta dal senatore Ranalli che chiedeva se corrisponde a verità il fatto che le USL fanno parte di un settore criminalizzato, devo dire che questo non è vero. Pur confermando la necessità di difendere gli obiettivi generali della riforma, dobbiamo guardarci da una difesa acritica, essendo doverosa una revisione degli strumenti adottati dalla riforma stessa. Vi sono infatti questioni specifiche sulle quali le USL dovrebbero esercitare il loro potere di governo, e ciononostante non ci riescono. Ad esempio per quanto riguarda i beni, i servizi, gli appalti, i comportamenti delle USL non sono sempre in sintonia con gli obiettivi generali del sistema. La stessa disciplina del personale e tutti quegli aspetti inerenti alla gestione quotidiana o alla programmazione a breve e medio periodo delle attività sanitarie, rientrano nel loro potere, ma questo potere non è esercitato nelle forme più efficaci. Per questa ragione le USL sono spesso in mora. C'è anche da dire, però, che fra le ragioni di tali inadempienze vi è anche l'erogazione irregolare dei fondi. Resta tuttavia un'area di responsabilità delle USL, e su questo è necessaria una considerazione attenta, perchè in effetti molte cose non vanno come dovrebbero. Quali sono le ragioni? Una consiste nell'eccesso di mediazione politica con conseguente indebita sostituzione rispetto a decisionalità tecniche. Anche la mancata chiarezza dei rapporti tra coordinamento tecnico e amministrativo ha la sua importanza. Vi sono in correlazione aree distinte di responsabilità per i disservizi in atto. Queste responsabilità sono da individuare a livello nazionale, regionale e a livello di USL, cia-

12ª COMMISSIONE

16° RESOCONTO STEN. (22 febbraio 1984)

scuna delle quali deve essere attentamente considerata e definita.

Per concludere desidero affermare che, partendo da questo momento di incontro, si può fare in modo che le Regioni forniscano degli orientamenti a questa indagine esponendo il loro punto di vista chiaro e politicamente definito. Tutto questo deve dare come risultato una convergenza di idee che eviti modifiche più o meno surrettizie mediante decreti-legge o altri strumenti legislativi, e non lasci scoperti le Regioni e gli altri protagonisti del sistema.

PRESIDENTE. Presidente Landi, mi sembra che ella lei messo a fuoco gli elementi fondamentali che hanno dato un significato all'intenso lavoro svolto questa mattina. Desidero ringraziare per la collaborazione sia lei che tutti coloro che hanno accolto l'invito della Commissione a intervenire a questa audizione. Ringrazio, inoltre, i colleghi per l'apporto dato con le loro domande.

In uno Stato unitario, ma profondamente decentrato come il nostro, questo dialogo, questo rapporto di collaborazione tra Parlamento e Regioni, sono convinto debba trovare espressioni sempre più intense di sviluppo e di verifica, con possibilità più ampie di «dialogo», soprattutto in un settore nuovo come quello della sanità riorganizzata dalla legge n. 833. Quest'ultima costituisce, senz'altro, un esempio di decentramento effettivo di alcuni poteri dal Governo alle Regioni. Questo canale privilegiato — che può costituirsi fra Parlamento e Regioni — è bene sia incrementato, in quanto le funzioni legislative e programmatiche regionali nella sanità, ad esempio, sono assai simili a quelle della nostra Commissione, pur nel rispetto delle competenze di ciascun organo.

Per quanto riguarda il nostro programma di lavoro possiamo stabilire di spostare ad un altro momento la presa di contatto con i presidenti delle giunte regionali, cosa questa che reputo molto opportuna anche per le implicazioni politiche generali che l'iniziativa comporta. Intanto potremmo chiedere cortesemente agli Assessori qui presenti e a quelli assessori che successivamente interverranno a questi dibattiti l'invio di elementi

conoscitivi analitici su alcune delle questioni che sono emerse stamane e che stiamo conducendo sulla legge n. 833. Tali elementi saranno utili anche per l'avvio della discussione sul Piano sanitario nazionale, che abbiamo in programma di attuare. Ci potrà essere utile, quindi, conoscere lo stato attuale della rete ospedaliera per Regioni; lo stato di vetustà degli ospedali; il loro grado di efficienza e funzionamento e i programmi di ristrutturazione; l'entità dei fenomeni di migrazione sanitaria; lo stato dei servizi informativi e di epidemiologia regionali; le piante organiche provvisorie. Queste sono informazioni di fondamentale importanza, ma finora non siamo riusciti ad ottenerle dall'ufficio di programmazione del Ministero della sanità. Penso sia possibile ottenerle solo a livello regionale. Quando alla Commissione perverranno questi dati, sarà possibile riordinare tutta la materia.

Sullo stato attuale dei fenomeni di migrazione sanitaria, soprattutto intensi in alcune regioni, come abbiamo saputo, non abbiamo avuto finora dati precisi. Pertanto, se voi foste in grado di fornirceli, sarebbe molto importante per noi ricevere tale indicazione.

Mi riferisco anche allo stato dei servizi informativi e di epidemiologia regionali: i primi non però limitati alla struttura di informazione contabile, o a una registrazione meccanografica di dati finanziari, bensì estesi ad elementi informativi sulla «funzionalità» del servizio. Infatti, non abbiamo potuto avere a livello centrale una documentazione attendibile e dobbiamo richiedere la collaborazione da parte delle Regioni.

C'è poi da sottolineare con voi la *vexata quaestio* delle piante organiche transitorie. Ci troviamo nella necessità di affrontare per l'ennesima volta i problemi della sanatoria senza avere uno schema preciso delle situazioni relative ad ogni regione: non abbiamo classificazioni del personale per categorie, per fasce, eccetera. Queste sono richieste che abbiamo del resto già fatto ai rappresentanti del Consiglio sanitario nazionale e all'ufficio programmazione del Ministero della sanità; purtroppo non abbiamo potuto ottenere i dati, che pure riteniamo utili ai fini della nostra indagine. Quindi, ci rivolgiamo alla

12^a COMMISSIONE16^o RESOCONTO STEN. (22 febbraio 1984)

periferia, chiediamo una collaborazione da parte delle Regioni in modo da far acquisire questi dati alla Commissione sanità del Senato. Alcune nostre richieste di chiarimenti sono state soddisfatte dalle relazioni svolte durante questa indagine, ma non sono certamente sufficienti.

La prossima settimana potremo ascoltare altri rappresentanti regionali del Nord e anche delle isole.

Poichè nessun altro domanda di parlare,

non facendosi osservazioni, dichiaro conclusa l'audizione odierna.

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

I lavori terminano alle ore 14,35.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il Consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici
DOTT. ANTONIO RODINÒ DI MIGLIONE