

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

## 12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

### INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

17° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 1° MARZO 1984

Presidenza del Presidente BOMPIANI

## INDICE

**Audizione del presidente della regione Lazio Bruno Landi, dell'assessore alla sanità della regione Piemonte Sante Baiardi, dell'assessore alla sanità della regione Veneto Francesco Guidolin e dell'assessore alla sanità della regione Sicilia Aldino Sardo Infirri**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 9, 14 e <i>passim</i>	BAIARDI .....	Pag. 9, 13, 23 e <i>passim</i>
ALBERTI ( <i>Sin. Ind.</i> ) .....	21	GUIDOLIN .....	3, 31, 33 e <i>passim</i>
CALÌ ( <i>PCI</i> ) .....	19	LANDI .....	17
CONDORELLI ( <i>DC</i> ) .....	20	SARDO INFIRRI .....	27
MELOTTO ( <i>DC</i> ) .....	23, 37, 38		
MERIGGI ( <i>PCI</i> ) .....	18		
MONACO ( <i>MSI-DN</i> ) .....	26		
ONGARO BASAGLIA ( <i>Sin. Ind.</i> ) .....	25, 33		
RANALLI ( <i>PCI</i> ) .....	17, 35, 37 e <i>passim</i>		
ROSSANDA ( <i>PCI</i> ) .....	13, 25, 33 e <i>passim</i>		

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per la regione Lazio, il presidente Bruno Landi ed il dottor Giovanni Giacomini, funzionario preposto al settore sanitario; per la regione Piemonte l'assessore alla sanità Sante Baiardi; per la regione Veneto l'assessore alla sanità Francesco Guidolin; per la Regione siciliana l'assessore alla sanità Aldino Sardo Infirri, nonché i funzionari dottor Giuseppe Covais e dottor Cesare Lo Brutto.*

*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 dei rappresentanti delle Regioni.

*Vengono quindi introdotti il presidente Bruno Landi, il dottor Giovanni Giacomini, l'assessore Sante Baiardi, l'assessore Francesco Guidolin, l'assessore Aldino Sardo Infirri, il dottor Giuseppe Covais e il dottor Cesare Lo Brutto.*

**Audizione del presidente della regione Lazio Bruno Landi, dell'assessore alla sanità della regione Piemonte Sante Baiardi, dell'assessore alla sanità della regione Veneto Francesco Guidolin e dell'assessore alla sanità della Regione siciliana Aldino Sardo Infirri**

**PRESIDENTE.** È questa la seconda seduta che dedichiamo all'audizione degli Assessori alla sanità di alcune Regioni. Siamo lieti di dare il benvenuto a questi rappresentanti dell'Amministrazione regionale. In questo modo riteniamo di aver svolto il compito di raccolta di informazioni e di presa di contatto diretto con i rappresentanti delle Regioni in misura sufficiente, rappresentando quelle ascoltate un po' tutte le situazioni caratteristiche del nostro paese. Avverto anche che già sono pervenute, molto cortesemente, le risposte al questionario predisposto dalla Commissione ed ulteriori documentazioni da

parte delle regioni Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Calabria, Umbria, Emilia-Romagna e Lazio e l'assessore Baiardi ha consegnato gli atti relativi alla regione Piemonte. Vorrei pregare i rappresentanti delle Regioni presenti di essere puntuali nell'invio delle documentazioni perchè annettiamo grande importanza ai compiti delle Regioni nel settore sanitario e quindi abbiamo veramente bisogno di essere documentati al massimo anche per iscritto sugli argomenti che loro vorranno presentarci.

Ricordo la procedura delle audizioni: dapprima una esposizione introduttiva breve da parte degli invitati; poi la serie di domande da parte dei senatori e le relative repliche. Credo che quindici minuti a testa, per la prima impostazione dei vari problemi, siano più che sufficienti per ciascuno degli invitati.

**GUIDOLIN.** Signor Presidente, onorevoli senatori, mi riservo di presentare la relazione per iscritto su tutti i punti indicati dall'indagine conoscitiva. In questa occasione invece tocco solo alcuni punti essenziali riguardanti tre aspetti che sono indicati nell'indagine stessa. Parto dall'aspetto istituzionale. Il Veneto dal 1° ottobre 1980 ha fatto decollare tutta l'organizzazione prevista dalla legge di riforma: le unità sanitarie locali, che allora erano trentuno e oggi sono trenta-sei, hanno assunto tutte le attività di istituto a pienezza di competenze, in un quadro giuridico-amministrativo sufficientemente definito. Poi sono state praticamente approvate tutte le leggi attuative: dalla legge di costituzione delle unità sanitarie locali (1980) ad altre leggi molto qualificanti come quelle della tutela della salute negli ambienti di lavoro, la legge sulle tossicodipendenze e sull'alcoolismo, fino all'ultima nel settembre 1983, sulle procedure dei concorsi. Ultimissime, del 18 febbraio 1984, l'approvazione del piano regionale socio-sanitario e l'approvazione, da parte del consiglio, delle convenzioni con le Università di Padova e di Verona come previsto dall'articolo 39 della legge di riforma. Sul piano regionale socio-sanitario abbiamo avuto alcuni passaggi: siamo partiti con alcuni progetti — ho accanto a me anche il mio predecessore che ha portato altri pro-

getti in passato — di riforma ospedaliera, di piano ospedaliero; poi siamo passati al piano poliambulatoriale, al piano sanitario regionale e quindi, da ultimo, al piano regionale socio-sanitario. Sono passaggi che hanno investito la globalità del servizio sanitario e del servizio sociale. Questo nostro piano prevede una diminuzione di 9.500 posti-letto, di cui 3.470 nel settore ospedaliero; c'è una scelta precisa sul piano della prevenzione, con l'attivazione sul territorio di 229 distretti di cui 138 già attivati. Il piano prevede poi uno spostamento triennale (dal 1984 al 1986) costante di risorse dal settore ospedaliero al settore della medicina di base, così come vuole la scelta fondamentale della riforma. Le convenzioni con le due Università di Padova e di Verona consentono anzitutto di portare scuole di specializzazione presso gli ospedali *ex* regionali, quindi fuori dalle città che ospitano le due Università. Ma il punto più importante è che la quantità dei medici specializzandi viene concordata tra la Regione e le due Università in rapporto alle esigenze del piano regionale socio-sanitario.

Debbo dire che questi tre anni di esperienza hanno anche messo in evidenza alcuni difetti ed alcune lacune della legge di riforma e sono maturate naturalmente, nel corso di questo periodo, anche ipotesi o proposte di correzione. Premetto che considero la legge di riforma una grande conquista sociale e civile, anche se ieri aveva tanti padri ed oggi appare piuttosto orfana e nell'occhio del ciclone. Le unità sanitarie locali, in quanto espressione del Comuni, rappresentano una realtà politicamente qualificante del decentramento: questo è un punto politico fondamentale; ma aggiungo che le unità sanitarie locali hanno anche rappresentato un passo in avanti sulla strada della moralizzazione e della trasparenza dell'organizzazione sanitaria. Prima vi erano 1.300 ospedali e anche più, con 1.300 consigli d'amministrazione; e vi erano tutte le varie mutue, con livelli di potere e consigli di amministrazione a livelli regionali, nazionali ed anche locali. Oggi abbiamo circa 700 comitati di gestione, 700 unità sanitarie locali, bene o male amministrate, però rappresentanti un riferimento preciso per quanto riguarda chiarezza e trasparenza.

Il nostro piano regionale socio-sanitario, varato ed approvato dal consiglio regionale in questo particolare momento, vuole proprio rappresentare una testimonianza globale del Veneto di volontà di applicazione della riforma, pur individuando quelle correzioni che sono anche allo studio degli organi centrali. Abbiamo affrontato il nostro lavoro con senso di realismo guardando a ciò che sta avvenendo a Roma ed anche agli aspetti reali della situazione.

Questa riforma è bersaglio di accuse, di critiche, di insoddisfazioni; è vero che il rapporto con la pubblica opinione non è dei più felici, però cito alcune motivazioni a favore che secondo me sono obiettive. La riforma ha operato una grossa scelta, quella della prevenzione, e ciò comporta anche un grosso salto culturale sia a livello individuale che a livello di pubblici poteri. Il fatto soltanto che tutta la politica debba orientarsi verso la tutela dell'ambiente vuol dire anche, dal punto di vista della Pubblica amministrazione, aver adottato una scelta diversa da quelle del passato, in cui lo sviluppo industriale rappresentava l'obiettivo fondamentale. Non parliamo poi della scelta che deve compiere il singolo come mutamento di stile e di comportamento di vita, anche in senso generale. Questo è uno dei motivi che dobbiamo valutare attentamente prima di giudicare male la riforma.

Un secondo motivo — per non citarne altri — riguarda il fatto che dobbiamo promuovere una cultura organizzativa e gestionale nuova. Questa è stata una riforma partita senza un momento di pilotaggio centrale. È assurdo pensare che una riforma di questo tipo sia stata lasciata alla libera iniziativa delle Regioni senza un momento più o meno lungo di coordinamento autorevole e centrale. Abbiamo Regioni obiettivamente impreparate, per colpa di nessuno, ad affrontare l'applicazione della riforma, facciamo fatica a superare, per esempio presso molti comitati di gestione ed assemblee, la prigionia della cultura ospedaliera, per cui l'ospedale è ancora rimasto praticamente essenziale in tutta la riforma.

Poi c'è anche una forte impreparazione ed insoddisfazione per quanto riguarda il personale, che non è sufficientemente coinvolto

nella cogestione responsabile della riforma per tanti motivi, soprattutto perchè proviene da cinque aree diverse, con cinque esperienze diverse.

Vi è inoltre un aspetto fondamentale da tenere in considerazione. Questa riforma non ha messo al centro il ruolo del medico, con tutti i suoi meriti e demeriti. Quella del medico è invece una figura centrale di qualsiasi Servizio sanitario nazionale e quindi egli doveva essere individuato e collocato nel giusto ruolo — io addirittura arrivo a dire di «cogestione» —, con tutto ciò che gli spetta ma anche con tutti i suoi precisi doveri e responsabilità.

Sotto l'aspetto istituzionale, suggerirei pertanto queste ipotesi. Prima di tutto è necessaria la definizione della natura giuridica dell'unità sanitaria locale. Il professor Gianini ha detto che non è questo l'aspetto fondamentale, ma piuttosto la scelta politica fra un'unità sanitaria locale configurata come ente analogamente al Comune, oppure come un'azienda di erogazione di servizi socio-sanitari. Credo che sia la seconda ipotesi a dover essere presa in attenta considerazione e in questo caso bisogna che l'unità sanitaria locale abbia una paternità precisa — la paternità del Comune o della Regione, qualcuno ipotizza anche la paternità della Provincia —; questa tuttavia è una scelta fondamentale da compiere anche per la determinazione delle responsabilità giuridiche e soprattutto di quelle di ordine finanziario.

In secondo luogo, sono indispensabili a mio avviso snellezza e agilità decisionali, e qui entra in campo il discorso delle assemblee, che sono fortemente politicizzate — non poteva essere diversamente —, ma sono di una dimensione numerica notevole. Ritengo che da un punto di vista politico e culturale l'esaltazione della partecipazione, che poi si è tradotta per lunghi anni in discussione e non in decisione, debba essere ridimensionata per tradursi invece in decisione, decisione rapida e quindi efficiente.

In terzo luogo, è necessaria una netta distinzione tra la sfera politico-amministrativa e la sfera tecnica con l'esaltazione della dirigenza. Lungo tutto il corpo organizzativo bisogna individuare i vari livelli di responsa-

bilità e collocare il responsabile con nome e cognome; di questa responsabilità egli deve rispondere direttamente. Non ho paura a dire che bisogna ritornare ad un minimo di verticizzazione nelle responsabilità; credo che questa sia una scelta fondamentale se vogliamo ridare efficienza ed efficacia al servizio sanitario.

Un quarto punto riguarda il ruolo dei medici, che va collocato nella giusta dimensione, al centro del servizio sanitario, per tre motivi: perchè dal medico dipende la qualità del servizio, poichè da lui dipende la razionalizzazione della spesa (il più grosso ordinatore di spesa è infatti il medico, a qualunque livello; non ho mai visto presidenti di comitati di gestione prescrivere l'acquisto di farmaci, ricoveri o visite specialistiche) e perchè l'opinione positiva o negativa della riforma passa attraverso l'opinione dei medici: se il medico ne parla bene tutti fanno altrettanto, altrimenti è il contrario. Questa è la verità.

Concludo questa analisi sull'aspetto istituzionale dicendo che qualunque soluzione venga adottata bisogna che sia salvata l'unità di governo del servizio sanitario; operare lo scorporo degli ospedali significa vanificare la riforma, si deve invece ipotizzare un più autorevole coordinamento a livello regionale — e non dico a caso «coordinamento» —: quel momento di coordinamento autorevole che è mancato all'inizio a livello centrale venga per lo meno attuato a livello regionale.

È necessaria inoltre chiarezza sul socio-sanitario, perchè ormai la domanda che viene dalla gente non è strettamente sanitaria o sociale: è prevalentemente socio-sanitaria, specie in molti settori, come quello degli anziani, della psichiatria, dei disabili. Ora, noi dobbiamo avere l'autorizzazione a dare risposte socio-sanitarie, senza incontrare quei limiti e quelle ispezioni che condannano gli interventi del fondo sanitario regionale, anche nell'area non chiaramente solo sociale o socio-sanitaria.

Vorrei ora soffermarmi brevemente sulla convenzionata privata. Il Veneto ha soltanto il 7 per cento di spesa destinata alla convenzionata privata, perchè da noi tutta la strut-

tura sanitaria, per lunga tradizione anche culturale, è pubblica. Il problema di cui vorrei portarvi a conoscenza è il seguente. Gli ospedali classificati sono programmati, le case di cura private entrano nel programma; non entra invece nel programma la specialistica esterna convenzionata, cioè prevalentemente i laboratori di analisi e le radiologie. Secondo la nostra valutazione, bisogna inserire nel Piano sanitario nazionale una direttiva che dia facoltà alle Regioni di cancellare tutte le convenzioni esistenti a livello di specialistica esterna, in modo da programmare, nell'ambito del proprio piano, anche questa realtà, altrimenti si va allo sbando: si riscontra una presenza intensa in taluni punti e una carenza, invece, in tutti gli altri punti del territorio. Questo comparto a nostro avviso va quindi anch'esso attentamente programmato.

Per quanto riguarda l'aspetto finanziario, prima di tutto credo che sia opportuno chiarire la quantità dell'auto-finanziamento della spesa sanitaria, anche per porre chiarezza in tutto questo vortice di accuse continue che vengono rivolte alla spesa sanitaria come la causa di tutti i guai dell'economia italiana, e anche per un atto di onestà verso i cittadini, i quali pagano i *tickets* e hanno il diritto di sapere quanto contribuiscono globalmente ad alimentare la spesa sanitaria.

Una seconda osservazione è la seguente. Noi parliamo sempre di spesa sanitaria, ma ciò che avremmo dovuto fare, era varare subito il Piano sanitario nazionale, per individuare la quantità e la qualità dei servizi e delle prestazioni; in questo modo, anche il finanziamento corrispondente sarebbe stato identificato. Non avendo operato questa scelta fondamentale, siamo entrati in una valutazione costantemente empirica. I criteri di definizione del Fondo sanitario nazionale, infatti, sono sempre stati adottati con stime incerte, non realistiche, con quantità rivelatesi poi sottodimensionate e quindi siamo arrivati continuamente al piè di lista. Non pongo il problema di tanti o pochi soldi: pongo solo l'esigenza che vengano precisate, attraverso un Piano sanitario nazionale anche minimo, le quantità e le qualità dei servizi che devono essere erogati, dopo di

che possiamo discutere della parte finanziaria.

La legge finanziaria per il 1984 ha secondo me fatto un'ottima scelta, perchè costringe a programmare. Mi sembra che sia politicamente estremamente valido che lo Stato si accolli tutto il debito pregresso fino al 31 dicembre 1983, collegandolo però con il «tetto» di spesa del 1984 reso insuperabile, in modo che le Regioni che vanno in rosso paghino. Ho però la preoccupazione che il fabbisogno del 1984 superi i 39.000 miliardi calcolati dal Ministero della sanità. Siamo infatti arrivati a 34.000 miliardi valutando taluni risparmi dei quali il maggiore è quello collegato alla spesa farmaceutica; ma voi sapete che, nonostante il parere del Consiglio sanitario nazionale, il risparmio sulla spesa farmaceutica sembra ormai saltato in quanto collegato al decreto sul costo del lavoro. La mia preoccupazione deriva dal fatto che quando si fa una scelta di questo tipo e si pone un «tetto» insuperabile, bisogna che la previsione finanziaria sia realistica, perchè se non è realistica per difetto di qualche decina di miliardi la spesa viene contenuta, ma se non è realistica per un difetto di 200-300 miliardi allora nessuno risparmia. È questa una scelta fondamentale che sembra finanziaria, ma che è invece una scelta politica di fondo.

Riguardo ai tempi di assegnazione va detto che sono pessimi e che i ritardi ci mettono continuamente in difficoltà; porto qualche esempio. L'assegnazione per il terzo trimestre del 1981 è stata decisa l'8 agosto, l'assegnazione per il quarto trimestre 1982 è stata decisa il 15 novembre, l'assegnazione per il quarto trimestre 1983 è stata decisa il 18 novembre; questi sono i tempi delle assegnazioni ma le erogazioni arrivano molto tempo dopo. L'erogazione, per esempio di 2.400 miliardi dell'ultimo trimestre del 1983, decisa il 18 novembre, non è ancora stata effettuata a tutt'oggi 1° marzo 1984.

La tendenza di questi due ultimi anni riguardo il riparto tra le Regioni è verso il parametro *pro capite*. Esempio dal Veneto: nel 1980 avevamo l'8,325 per cento del Fondo sanitario nazionale; nel 1984 adottando il parametro della popolazione senza però te-

ner conto della mobilità sanitaria, dei ricoveri che provengono da altre regioni e di quelli che escono, abbiamo il 7,944 per cento con una caduta di 150 miliardi. La mia proposta è per una più ampia conoscenza della situazione reale, ancorando in percentuale la spesa sanitaria al prodotto interno lordo che sarebbe un riferimento necessario. Il riparto verrebbe quindi fatto in base ai piani sanitari regionali secondo due aree: una di mantenimento e una di sviluppo. L'area di mantenimento è naturalmente storica ed in continua ristrutturazione a seconda delle realtà delle singole Regioni. La seconda è invece di sviluppo e segue naturalmente la reale attuazione dei programmi. Si potrebbe invece passare al parametro per popolazione, aggiungendo però il pagamento della mobilità sanitaria, ed inoltre un indice di talune situazioni particolari, come per esempio le concentrazioni industriali che esigono una particolare presenza, o l'esistenza di strutture sanitarie di altissima qualificazione che non possono essere collocate in tutte le regioni. Come regione Veneto, se applicassimo il parametro della popolazione, andremmo al 7,68 per cento del Fondo sanitario nazionale contro il 7,944 attuale; aggiungendo però la mobilità sanitaria, andremmo allo stesso livello, anzi ad un livello leggermente superiore, dato che abbiamo avuto nel 1982 un'entrata di 65.000 ricoveri dall'esterno; questi dovrebbero essere pagati — una volta che si adotti il parametro per popolazione — dalle Regioni di provenienza, secondo tre fasce di prestazioni: prestazioni di base, prestazioni di media specializzazione e prestazioni di alta specializzazione.

Inoltre, la cassa deve corrispondere alla competenza; questo principio è stato già adottato dalla legge finanziaria per il 1984. Nel servizio sanitario i pagamenti sono fissati da contratti, da convenzioni o da leggi entro novanta giorni, e quindi non c'è nessuna giustificazione per una differenza tra cassa e competenza.

Se vogliamo programmare nell'ambito triennale anche gli investimenti in conto capitale, la quota in conto capitale deve essere invece definita in anticipo dal CIPE in termini pluriennali.

Va inoltre recuperato il ruolo prevalente del Ministero della sanità nei confronti del ruolo del Ministero del tesoro; è inconcepibile che in questi primi tre anni di decollo della riforma, la politica sanitaria sia stata determinata dal Ministero del tesoro, che ha fissato il «tetto» di spesa, tenendo presenti vari riferimenti, come la congiuntura economica o l'inflazione, tranne l'unico riferimento vero che era la realtà del servizio sanitario del paese. Il Ministero della sanità è stato emarginato ed è necessario ripristinarne il primato per quanto riguarda la gestione della riforma sanitaria.

L'ultimo punto riguarda la politica del personale; i dipendenti sono 625.000 unità e devo dire con molta franchezza che questo dato è stato determinato in sede contrattuale attraverso il metodo delle proiezioni perchè non tutte le Regioni sono state in grado di fornire il numero esatto dei loro dipendenti. Il primo problema è rappresentato dal contratto — che insieme al Piano sanitario nazionale abbiamo considerato una colonna della riforma sanitaria —, con il quale abbiamo affrontato alcuni nodi interessanti quali la perequazione interna tra il personale proveniente da cinque aree diverse e provvisto di cinque contratti diversi, la perequazione esterna tra il personale medico dipendente ed il personale convenzionato, con particolare riferimento ai medici di base, il problema del rapporto per i medici a tempo pieno, la valorizzazione della professionalità e l'esaltazione della dirigenza. Questi obiettivi non sono stati completamente raggiunti perchè il «tetto» di disponibilità finanziaria era troppo ridotto, ma in ogni caso erano questi i valori che avremmo dovuto esaltare al massimo per dare efficacia al servizio sanitario.

Sono rimasti alcuni problemi, tra i quali quelli importanti della incompatibilità e della validità del contratto unico che incorpori in un unico contratto tutte le posizioni funzionali e le qualifiche, comprese quelle dei medici. L'incompatibilità si collega al tempo pieno ed è un fatto politico importante perchè nella posizione mezzadrile in cui vengono a trovarsi i medici, si crea parecchia confusione ed anche sperpero finanziario. Il problema del contratto unico è un aspetto

politico e sappiamo che è strettamente collegato alla incompatibilità ed alla dirigenza; se intendiamo esaltare la dirigenza, dobbiamo riprendere in esame questo discorso. Non è ammissibile che la dirigenza dello Stato abbia un contratto a sè mentre tutte le altre dirigenze sono incorporate nell'insieme del personale; è questo un problema di efficienza, ma anche di tempo pieno per quanto riguarda i medici, perchè l'incompatibilità ed il tempo pieno devono essere collegati con retribuzioni tali che consentano ai medici di fare questa scelta.

Un altro problema urgente è la legge di sanatoria; nel Veneto abbiamo oltre 5.000 dipendenti in posizione precaria e non apriamo i concorsi perchè danneggeremmo persone che occupano questi posti da qualche anno. Per quanto riguarda tali concorsi, esiste una legge, e noi avevamo proposto, contrariamente all'indirizzo assunto a livello centrale, che la delega per il loro svolgimento venisse data alle USL, mentre a livello regionale rimanesse solo il concorso per la fascia dirigenziale, per i laureati ed i più alti livelli. Questa proposta non è stata accettata. Il che vuol dire portare tutti i concorsi al solo livello regionale, creare strutture costosissime e rendere lunghissimi e difficili i concorsi.

Per quanto riguarda poi la formazione e l'aggiornamento, anche qui il discorso è importante perchè, se vogliamo veramente raggiungere gli obiettivi della riforma, ci vuole un diverso approccio da parte del personale nei confronti della popolazione e nei confronti dei pazienti. Questo aspetto è oggetto di molta lamentela, perchè non vi è una formazione *ad hoc*. Quindi, ci vogliono processi di rivalutazione professionale specifica. Come Regione, noi abbiamo già impostato la politica per la formazione permanente e l'aggiornamento. Porto due esempi: svolgiamo corsi regolari per l'area manageriale, sanitaria, tecnica e amministrativa, per tutti coloro che hanno una responsabilità e che hanno dipendenti, in collegamento anche con l'Organizzazione mondiale della sanità, con la quale abbiamo una convenzione di reciproca collaborazione sul piano della formazione e dell'aggiornamento. Questi corsi vengono

svolti presso il CUOA, Centro universitario di organizzazione aziendale. Altri corsi bene organizzati investono, invece, l'area della medicina di base e sono fatti per i medici di base, per i pediatri e per i medici di guardia medica. Per la formazione di base, cioè per infermieri professionali, capi-sala, assistenti sanitari, tecnici di laboratorio e di radiologia, terapisti della riabilitazione, abbiamo invece quarantanove scuole per un totale di 5.000 allievi.

Passando ai problemi, abbiamo quello dei paramedici di livello universitario. Mi rendo conto che quando un paramedico deve svolgere un corso superiore nelle scuole medie superiori entra di prepotenza nell'area di competenza del Ministero della pubblica istruzione; poichè, però, deve venire a svolgere la sua professionalità presso il Servizio sanitario nazionale, noi vorremmo che questa fascia entrasse nell'ambito della formazione professionale e, quindi, entrasse nella competenza delle Regioni, o per lo meno vorremmo, in via subordinata, una intesa fra il Ministero della pubblica istruzione e il Ministero della sanità per cogestire queste professionalità.

Un ultimo punto riguarda i giovani medici. Nel Veneto abbiamo circa 1.000 giovani medici, che non hanno facili prospettive di occupazione. Siamo arrivati ad un medico ogni 327 abitanti. Desidero fare una proposta minima, non permettendomi di farne una grossa per il dato finanziario, e cioè che i giovani medici appena laureati, anzichè fare il triennio di formazione una volta assunti, lo facessero subito, però con la sicurezza di un minimo di compenso economico che consentisse loro di svolgere la preparazione. Questa impostazione potrebbe investire coloro che vengono ammessi alle scuole di specializzazione, con la garanzia di una borsa di studio o di un *quid* economico che consentisse loro di prepararsi bene, ma nel contempo di svolgere il servizio e anche la preparazione pratica presso gli ospedali o i presidi *extra* ospedalieri del Servizio sanitario regionale. Nel Veneto, ad esempio, abbiamo, a Padova, cinquanta scuole di specializzazione per un totale di 2.413 specializzandi, e a Verona ventisette scuole per un totale di 1.371 specializzandi.



12ª COMMISSIONE

17° RESOCONTO STEN. (1° marzo 1984)

Se potessimo dare mezzo milione al mese a ciascuno di loro, arriveremmo ad un totale di 24 miliardi l'anno. La cifra non è esagerata se volessimo veramente preparare medici specializzati per il servizio sanitario. Una seconda proposta è la seguente: oltre alla programmazione di accesso alla Università, problema antico che comunque dovremmo attuare, vi è il discorso dello sfoltimento degli studenti di medicina. Tutti gli studenti che hanno esaurito gli esami del primo biennio, secondo noi, dovrebbero essere ammessi al secondo corso di esame delle fasce paramediche di livello universitario. Credo che in questo modo si riuscirebbe a sfoltire veramente la presenza di studenti e a dare loro uno sbocco occupazionale, perchè mentre per la fascia paramedica c'è una domanda da parte del servizio sanitario, al contrario questa è molto carente per la fascia medica, e che è in esuberanza e dà poche possibilità di occupazione. Qui si inserisce peraltro il problema del ruolo del Ministero della funzione pubblica. Detto Ministero — e parlo per esperienza personale, in quanto purtroppo l'ho frequentato — guarda al settore della sanità con lo stesso metro con cui guarda all'Ente ferrovie dello Stato. Ci troviamo di fronte alla situazione per cui talune norme, a talune clausole concordate e firmate da parte di tutta la delegazione pubblica, spariscono nella stesura del decreto. Vi è una posizione in partenza livellante, che non considera minimamente la specificità del settore sanitario e ci mette continuamente in difficoltà nella gestione del contratto, nell'applicazione delle norme contrattuali. Quindi, chiediamo che per lo meno la gestione del contratto venga operata da parte del Ministero della sanità. È questa una richiesta fondamentale perchè siamo continuamente in difficoltà. Ringrazio e chiedo scusa se ho superato il tempo concessomi.

**PRESIDENTE.** La ringraziamo a nostra volta. Non l'ho interrotta, in quanto era interesse di noi tutti prendere conoscenza della sua esposizione veramente interessante.

**BAIARDI.** Ho già consegnato una puntuale relazione di cinquantina pagine con altrettante pagine di allegati. È così in possesso della

Commissione una documentazione sufficiente, per cui mi permetto di essere più sommario.

Nella nostra regione, come nel Veneto, la linea attuativa del Piano è iniziata con il 1° gennaio 1981. Questo in forza di una serie di leggi approvate. Per due di queste, invece, relative l'una al volontariato e l'altra ai laboratori di analisi vi sono state osservazioni da parte del Governo. Per quanto riguarda il volontariato, tali osservazioni hanno evidenziato un rifiuto della sua estensione al campo dell'assistenza; siamo pertanto ostacolati nella integrazione tra settore sanitario e settore sociale, e nell'utilizzo, salvo che nel caso di associazioni, di un elemento essenziale nello sviluppo delle attività, cioè del volontariato di gruppo. La mancata apposizione del visto, poi, sulla legge sui laboratori di analisi è paradossale perchè la legge non è stata esaminata alla luce dei criteri dell'articolo 25 della legge n. 833 del 1978. La nostra legge è peraltro coerente con il voto tre volte espresso dal Consiglio sanitario nazionale. La carenza di coordinamento nazionale crea seri problemi.

Abbiamo ancora sei leggi all'esame della competente commissione consiliare e complessivamente le leggi approvate saranno trentasette, mentre altri undici disegni di legge devono ancora essere presentati al consiglio. Ma la richiamata assenza di coordinamento a livello nazionale rende estremamente difficoltosa la predisposizione e l'attuazione delle leggi regionali, le quali impattano soprattutto contro la mancanza di direttive e di programmazione. Una di queste leggi è il piano regionale socio-sanitario della regione Piemonte, approvato nel febbraio del 1982. Entro luglio presenteremo il piano per il secondo triennio. Non sono in grado di trasmettere la relazione sullo stato di attuazione del piano nei primi due anni, ma prima che i lavori della Commissione siano conclusi, farò pervenire tutto il materiale.

È invece allegata la relazione sullo stato sanitario del Piemonte al 1980 che sarà, prima delle ferie, seguita da quelle del 1981 e del 1982.

Secondo le nostre indicazioni di piano, noi lavoriamo su direzioni convergenti. Tra queste, innanzitutto c'è l'estensione della politi-

12ª COMMISSIONE

17° RESOCONTO STEN. (1° marzo 1984)

ca di piano e di programmazione al livello delle USL, che sono tenute ad elaborare i loro programmi triennali di attività e di spesa: nelle cinquantaquattro USL sono infatti in fase avanzata circa trentacinque piani.

È un processo grosso, e occorre tenere conto che l'assenza di una cultura della programmazione, l'assenza di un quadro adeguato in questa direzione, si riflette sulle Regioni in termini generali, e a maggior ragione si rifletterà all'interno delle USL, per le quali abbiamo previsto che i piani debbano essere predisposti al loro interno. Solo due USL hanno affidato incarichi ad esterni per la elaborazione del piano. Consideriamo questo un grande successo che servirà anche a formare gli uomini che dovranno attuare il piano.

Il primo impegno nell'attuazione della politica dei piani è quello della mobilitazione delle USL, il secondo è l'elaborazione di programmi attuativi settoriali regionali sui temi di maggior rilevanza — malattie cardiovascolari, oncologia, diabete, reumatologia, eccetera — ed i progetti pilota, quali: il progetto pilota dei laboratori di sanità pubblica, — con il sistema regionale di undici laboratori di sanità pubblica (multizonali) —, il progetto pilota «distretti potenziati e poliambulatori» — i cui lavori si concluderanno con i progetti esecutivi del primo *stock* nell'ottobre prossimo —, il progetto pilota dei poli di formazione educazione sanitaria ed informazione, in quanto la nostra Regione è stata divisa in quattro realtà o quadranti che diventano quattro livelli di autonomia nella erogazione delle attività sanitarie, ad eccezione di quelle ad altissimo livello. In questo quadro, quindi, si innestano tutte le nostre considerazioni sullo stato attuativo di un piano che cammina e impatta con grandi ostacoli, quello delle risorse, quello del personale, ed anche quello degli aspetti istituzionali.

Noi affidiamo un grande ruolo alle USL. Nella nostra Regione, le assemblee sono costituite soltanto da consiglieri comunali. Ovviamente la nostra realtà (1.209 Comuni) pone il problema di una presenza di assemblee derivata da un secondo grado. Tutti i

consiglieri comunali votano i loro rappresentanti sia per la fascia di Comuni sopra i 5.000 abitanti che per quelli sotto i 5.000 abitanti con una esatta rappresentanza rispetto alla popolazione. La nomina avviene tramite liste simili a quelle delle elezioni comunali. Non abbiamo quindi assemblee elefantache, dato che il meccanismo porta ad una dimensione minima-massima ragionevole. Stiamo riflettendo, però, sulla composizione degli organi di gestione; ci pare che il numero minimo di nove e massimo di tredici membri sia eccessivo, che esautori il ruolo delle assemblee alle quali vengono sottratti spazi vitali. Intendiamo pertanto ridurre il numero dei componenti gli organi di gestione, ovviamente nel rispetto dei meccanismi che prevedono anche la presenza delle minoranze in questi organi. La riduzione non toccherà comunque gli organi di gestione delle due USL coincidenti con comunità montane, per le quali lo statuto ha già definito sia la rappresentatività delle minoranze che il numero dei componenti gli organi di gestione.

Relativamente ai problemi del Ministero della sanità e del Consiglio sanitario nazionale, nel nostro appunto c'è stata una omissione. Le mie opinioni sul Consiglio sanitario nazionale sono già state espresse in altra occasione. Per quanto riguarda il Ministero della sanità, pur non volendo infierire, devo dire che ho ricevuto soltanto guai, non aiuti.

Da questo punto di vista credo che si debba porre seriamente il problema di un ruolo effettivo di coordinamento e di programmazione di cui le Regioni hanno reale bisogno. Occorre gente che si muova per l'Italia cercando di conoscere i problemi reali del paese. L'assenza di conoscenza, infatti, è il primo grosso ostacolo. A questo si può supplire solo in parte con i sistemi informativi, ma credo che questi ultimi diano soltanto dati freddi, burocratici, mentre la gente deve capire che l'Italia è delle ventuno Regioni e anche delle 600 USL, le quali apportano un enorme contributo di esperienza in molti campi.

Per quanto riguarda il capitolo dei profili istituzionali abbiamo una presenza, in cliniche private, di 4.200 posti-letto rispetto ai

32.000 complessivi al momento della impostazione del piano. Le previsioni del piano sono di ridurre i 32.000 posti-letto a 28.000 (su 4.500.000 di abitanti si tratta di quasi il 6,5 per mille).

Noi ci poniamo l'obiettivo di quantificare la presenza privata nel 10 per cento della struttura complessiva pubblica. Condivido, però, l'affermazione fatta dal collega Guidolin in relazione alla convenzionata esterna.

La convenzionata esterna ambulatoriale incide infatti sul bilancio della Regione in modo molto ridotto, ma si tratta pur sempre di un problema serio, e comincio ad essere assillato (in merito all'efficienza del servizio pubblico) da gente che mi dice: «Riconosciamo che l'USL fa tutte le analisi e tutte le prestazioni entro i tre giorni, riconosciamo, quindi, che la convenzionata non è assolutamente necessaria, ma noi dobbiamo pur vivere».

Il discorso, però, deve essere fatto in modo chiaro: se la situazione resta invariata dobbiamo ridurre gli organici all'interno delle strutture pubbliche, ma ciò sarebbe una assurdità, perchè l'attuale livello di efficienza non l'abbiamo ottenuto aumentando gli organici, ma migliorando la produttività. Da questo punto di vista sarebbe quanto mai preoccupante una linea che non considerasse l'ipotesi che il collega Guidolin poneva: azzerare il capitolo della convenzionata esterna legando quest'ultima alle prospettive di piano.

Per il personale, poi, non ci sarebbero problemi; infatti la legge n. 833 permette immediatamente il recupero attraverso processi di riqualificazione. Rimane il problema delle attrezzature ma, come per tutto il settore produttivo, si troverà il modo di utilizzare anche le attrezzature obsolete.

Per quanto riguarda gli aspetti finanziari (elemento che mi preme moltissimo): siamo una regione che ha il 7,9 per cento della popolazione del paese e riceviamo soltanto il 7,4 per cento del fondo di riparto con uno 0,5 per cento in meno che pone seri problemi.

Sono dell'opinione che dobbiamo procedere ad un riparto *pro capite* corretto con gli indici di mobilità. Nella mia Regione (com-

pete alle altre Regioni dimostrare la situazione esistente nel loro ambito), il 12 per cento dei ricoverati proviene da altre Regioni, con un numero di giornate di degenza che si avvicina al 14 per cento e con un costo intorno al 16 per cento della spesa complessiva ospedaliera. Ho letto i dati del Friuli e penso che nel Piemonte compensiamo da questo punto di vista. Secondo le direttive della legge finanziaria, con il trasferimento degli indicatori di mobilità secondo tre fasce (minima, media e alta), è fuori di dubbio che la mobilità è impostata sempre verso l'alto, a parte le zone turistiche. Sono peraltro profondamente d'accordo con un processo di gradualità che non può ignorare che la storia pesa: si tratta di ragionare su quanto la storia pesi in un processo di riequilibrio, e questo mi trova pienamente d'accordo.

Stamane i miei collaboratori hanno portato al Ministero del tesoro la rendicontazione relativa agli ultimi tre anni. I preconsuntivi, fatti a settembre-ottobre, ci davano un'ipotesi di 478 miliardi di disavanzo per il triennio 1981-1983. Il consuntivo ha portato però il disavanzo a 422 miliardi che, proiettati a livello nazionale, darebbero probabilmente una cifra di circa 6.000-6.500 miliardi: sono privo degli elementi necessari per stabilirlo con esattezza.

Ho il sacro terrore, lo dico con molta franchezza, che il riparto del 1983, che era del 7,33 o del 7,34 per cento al termine della rendicontazione, possa scendere per il Piemonte al 7,2, al 7,1 o addirittura al 7 per cento. Dobbiamo darci dei criteri di riparto. La legge finanziaria compie un primo passo in questo senso.

Ci sono alcuni esempi di abbattimento della spesa farmaceutica, sui quali si potrebbero fondare importanti e interessanti teorie. Ma, quando si vede questo su un piatto della bilancia mentre magari sull'altro esistono ben altre cose, in contraddizione, è fuori dubbio che la disaffezione degli amministratori delle USL non dipende da loro, ma da fattori esterni. Il compito del governo della sanità, che non è attività di gestione, deve assolverlo il Ministero della sanità.

Quindi non condivido alcune affermazioni del collega Guidolin: la sanità deve esse-

re guidata dal competente Ministero, non tramite gli elementi marginali.

Ora i problemi della spesa si saldano soprattutto da una parte con una politica di piano e dall'altra parte con la politica del personale. Sono fasce di un unico problema, non sto scoprendo nulla. Sto compiendo degli studi ed a luglio forse potrò giungere a qualche generalizzazione; fin da ora, posso dire che dobbiamo avviare un processo che scorpori la spesa per fonti di costo e assuma una sede per la fonte di costo in cui ci sia un responsabile che possa essere realmente responsabile, ed inoltre dobbiamo mettere a disposizione di questo responsabile risorse, personale, e tecnologie adeguate: in questo modo potranno essere raggiunti gli obiettivi del piano. Intorno a questi fattori si esplicano l'autonomia e la capacità manageriali. La capacità che espande e modifica i costi è un'altra cosa.

Certamente le risorse, gli organici, determinati *standards* e i livelli di prestazione sono punti di riferimento, senza i quali — mi si permetta — non si può gestire la sanità. Da questo punto di vista vi è la profonda consapevolezza che tutto ciò che è stato realizzato finora non ha molto in comune con i bisogni reali della gente. Solamente una politica di piano, che assuma obiettivi e poi li verifichi in modo non burocratico, può permettere un'organizzazione del servizio tale da farla corrispondere alle necessità.

Ritengo che, da questo punto di vista, i problemi della spesa, posti non nell'ottica del Ministero del tesoro, ma nell'ottica del Ministero della sanità (come la chiave attraverso la quale si possano realizzare determinate politiche), possano essere un modo corretto per uscire fuori dal discorso equivoco, cioè: sprechi o non sprechi. Ma sprechi in rapporto a che cosa? Con quale sistema di giudizio? Sotto questo profilo non può che esserci, da parte mia, il pieno assenso ad ogni politica di tipo informativo che ci permetta di conoscere tutti gli elementi e operare di conseguenza.

Desidero poi fare alcune considerazioni in relazione al problema del personale. Le cifre che esporrò credo siano illuminanti per capire il nostro dramma. Le piante organiche del

Piemonte prevedono 49.926 dipendenti, mentre in ruolo ve ne sono 39.402; i precari sono 6.600 (quattro anni fa erano 4.000). Per risolvere il problema, al momento attuale, non rimane che aumentare i precari; se una persona svolge bene il suo lavoro per tre anni, non vedo perchè non debba essere assunta stabilmente. E se la mandassimo via, con chi la sostituiremmo? Se le sanatorie vengono fatte in maniera limpida e ragionevole, non vedo perchè non si debbano attuare. D'altronde i concorsi non funzionano, anche perchè molti partecipanti non si presentano e non possiamo incriminarli per questo. Vi è da dire, inoltre, che i medici precari vengono collocati in una posizione inferiore rispetto a quella dei medici in ruolo della stessa USL o di quelle vicine. Infermieri precari non ve ne sono. Tutto questo stato di cose è causato dall'assenza di una politica del personale a livello nazionale.

Per tornare alle cifre, si può rilevare che vi sono più di 3.000 posti vacanti. Domani porterò in giunta una proposta di deliberazione che autorizza le USL alla copertura dei posti. Anche questa è una ipocrisia, perchè non vedo la ragione per cui queste competenze siano riservate esclusivamente alle Regioni, che, poi, sono costrette a delegare. È necessario avere maggiore fiducia nelle USL. Naturalmente queste devono saperla ben utilizzare (ed è ciò che secondo me fanno) adottando criteri e parametri ragionevoli. Ma nella situazione in cui ci troviamo, ossia, ripeto, con 3.000 posti vacanti, e soltanto con l'80 per cento del personale in ruolo mentre la restante parte è costituita da precari, si deve dare maggiore autonomia alle USL.

Mi era stato posto un quesito, ora non ricordo bene se in questa sede o alla Commissione sanità della Camera dei deputati, sul problema della sanatoria. Secondo me slittare al 30 aprile porterebbe come conseguenza un aumento dei precari, perchè il personale che andrà in quiescenza verrà sostituito da questi. A mio parere, il provvedimento di sanatoria dovrà essere approvato in tempi rapidi, e di esso dovrebbe beneficiare tutto il personale in servizio al 31 dicembre 1983 e con un orario di lavoro di 28 o 30 ore settimanali.

È necessaria, inoltre, una modifica della normativa concorsuale vigente, che ritengo del tutto inadeguata. Questa è un'altra delle cose che si trovano in plateale contrasto con il ruolo di un Servizio sanitario, perchè i concorsi devono adeguarsi alle necessità contingenti, non si possono assumere in ruolo i vincitori di concorso solo dopo diciotto mesi, perchè questo non fa altro che ratificare le condizioni di precariato anche nei concorsi; il personale deve essere assunto immediatamente.

**ROSSANDA.** Questo accade nonostante lei deleghi l'USL?

**BAIARDI.** Sì, questo purtroppo accade perchè io non posso delegare tutto, posso delegare solo in parte. Sarò anche più coraggioso e dirò che i livelli inferiori non esigono concorsi, l'assunzione può avvenire anche attraverso l'ufficio di collocamento, perchè non ha senso che si assuma, ad esempio, un meccanico tramite concorso regionale quando lo si può reperire attraverso l'ufficio di collocamento.

Per quanto riguarda i problemi connessi alle figure atipiche, questi nella nostra regione hanno una scarsa dimensione rispetto ad altre regioni.

Desidero citare alcuni dati sul sistema di formazione e aggiornamento professionale. Abbiamo cinquantaquattro scuole, di queste quaranta sono per infermieri, cinque per terapia e riabilitazione, quattro per radiologia, tre per laboratorio e due per vigilatrici d'infanzia. Nel 1980, quando ho assunto l'incarico di assessore, le scuole per infermieri diplomavano 320 elementi, quest'anno sono stati diplomati 920 infermieri professionali, e per 350 di questi vi è stata la riqualificazione. Spiego queste cose, perchè abbiamo ereditato una situazione in cui vi erano 12.000 infermieri, dei quali 4.000 erano professionali e 8.000 generici. In quest'ultima categoria ve ne erano molti di età avanzata, mentre quelli professionali erano giovani ma con grossi problemi. Abbiamo attuato una riqualificazione istituendo dei corsi propedeutici della durata di sei mesi dopo i tre anni normali di scuola. Tutto questo, per noi, è

stato un grosso investimento e non tralascio occasione per ringraziare le organizzazioni sindacali della nostra Regione, le quali non ci hanno mai chiesto sanatorie con attribuzioni di titoli per un anno o due di scuola. La situazione paradossale che avevamo nel 1980 era di 4.500 medici (tralasciando quelli della convenzionata) contro 4.000 infermieri professionali. Attualmente il numero dei medici si aggira intorno ai 4.400, mentre gli infermieri professionali sono circa 6.000 e anche i generici sono 6.000. Probabilmente porteremo le scuole professionali ad un gettito di 1.500 unità l'anno. Finora abbiamo 4.200 allievi nel ciclo delle scuole di infermieri professionali e questo ci permetterà, fra tre anni, di cominciare a ridimensionare il sistema formativo e portarlo al *trend* ordinario di 1.000 all'anno o anche di 800. In base alle fasce di anzianità vedremo quale sarà il *turn-over*.

Abbiamo istituito anche corsi per tecnici ambientali, aperti ai laureati, in modo da poterli inserire nei nostri laboratori di sanità pubblica o in tutte quelle attività ispettive che ci sono state trasferite.

Tutte quelle iniziative che tendono alla regolamentazione del numero e dell'accesso alla facoltà di medicina, hanno la mia piena adesione, come pure sarei per lo scorporo, con tutte le prudenze del caso e in una prospettiva più generale, delle scuole di sanità dal contesto del sistema universitario, per avere, anche, una visione più funzionale degli obiettivi della riforma sanitaria. Ritengo, inoltre, che si sono avuti dei risultati positivi con la corretta attuazione delle convenzioni di medicina generica e pediatrica. Nel 1980 i medici generici erano 3.400, oggi, tra generici e pediatri ne abbiamo 5.300. Considero questo numero ottimale, in quanto ha anche permesso di alleggerire molto i problemi della disoccupazione medica. Sono però dell'opinione che d'ora in avanti vi sarà un *plafond* che con il tempo diventerà pesantissimo.

Si devono trovare delle condizioni affinché il *turn-over* possa avvenire razionalmente, attraverso l'uso di vari meccanismi quali i corsi di specializzazione, al fine di evitare inutili attività concorsuali. I medici in servi-

zio devono entrare nelle specializzazioni secondo termini programmati, ma una volta entrati non si devono aggiungere altri cavilli di ordine burocratico.

Ritengo che una manovra rilevante sia costituita dalla ricerca finalizzata. Sulla base della mia esperienza ho potuto constatare che l'uso delle risorse relative al 1981 e al 1982 ha permesso di realizzare cento progetti di ricerca con centocinquanta ricercatori. L'uso delle risorse per gli anni 1983 e 1984 relative alla ricerca, credo ci permetterà di finanziare trecento ricerche e di avere almeno quattrocento ricercatori con borse di studio di uno o due anni.

Ritengo questa sia l'unica valvola per contenere la pressione dei medici disoccupati e per incanalarli in attività utili e positive. Lavorare in campi di ricerca, infatti, vuol dire entrare giovani e laureati con un metodo e con uno spirito diversi, più improntati verso un impegno culturale.

Vorrei porre ancora un'ultima questione; quest'anno cominciano ad esserci i primi laureati in odontostomatologia; bisogna decidere come risolvere il problema delle norme transitorie perchè è naturale che i primi quaranta laureati di Torino cominceranno a pretendere l'esclusiva. Tuttavia, se questa oggi è una pretesa, tra cinque anni sarà un diritto. Bisogna pensare a questi aspetti del problema altrimenti gli elementi di confusione tra due profili professionali del mondo medico ad un certo momento cominceranno ad esplodere; ciò in presenza di una situazione in cui, come tutti sappiamo, i laboratori odontostomatologici privati si avvalgono della copertura di un medico che è a disposizione.

Ci troviamo di fronte ad un'esigenza proprio di rispondenza ai bisogni della gente oltre che di recupero di professionalità all'interno del Servizio sanitario nazionale.

**PRESIDENTE.** Ringrazio l'assessore Baiardi la cui esposizione è stata in larga parte complementare a quella dell'assessore Guidolin. Non vi è stata, quindi, sovrapposizione ed anche lei ha potuto godere della massima libertà di espressione.

**SARDO INFIRRI.** Onorevole Presidente, onorevoli senatori, potrò consegnare questa mattina delle relazioni che riguardano taluni settori e servizi che sono stati curati, come la psichiatria, il settore relativo ai tossicodipendenti, i consultori familiari, il piano per gli handicappati e mi riservo di presentare una puntualizzazione sui tre temi che sono all'ordine del giorno sui quali vorrei ora esprimere qualche opinione.

Per quanto riguarda la questione istituzionale, va detto che in generale la Regione siciliana, nella sua espressione politica che è l'assemblea, la quale si è anche pronunciata in dibattiti recenti, sostiene la filosofia, lo spirito informatore della riforma sanitaria come espressione importante del decentramento.

Nello spirito della difesa convinta della riforma sanitaria, si è sostanzialmente d'accordo nel ricercare approfondimenti e puntualizzazioni che valgano a recepire i dati che vengono dalle esperienze maturate in Sicilia — che sono state anche brevi poichè la riforma sanitaria per la Sicilia è entrata in funzione da poco più di un anno, dal 1° gennaio 1983 —, e da quelle che si colgono attraverso i dati relativi alle altre regioni. Proprio nello spirito di voler sostenere la riforma, si ravvisa la necessità di intervenire per quegli aggiustamenti che si ritengono opportuni. Crediamo che le unità sanitarie locali debbano essere lo strumento di cui si possano avvalere i Comuni e tuttavia avvertiamo anche l'esigenza che questi abbiano una dotazione adeguata per mantenere tale rapporto con le stesse unità sanitarie locali.

È stato sostenuto in maniera autorevole, mi pare dal professor Giannini, come la mancata riforma degli enti locali, Comuni e Province, abbia creato la condizione più sfavorevole per un raccordo fertile tra Comuni e unità sanitarie locali. Vi è, per mancanza di questo raccordo, una tendenza da parte delle USL alla «entizzazione» che riteniamo fatto patologico, intendendo con ciò che queste debbano in maniera concreta essere gli strumenti operativi, nel settore della sanità, dei soggetti individuati dalla legge n. 833 del 1978, cioè dei Comuni.

Riteniamo che un coordinamento nazionale debba essere più pregnante e tempestivo e riteniamo, anche alla luce della legge finanziaria che pone a carico delle Regioni i disavanzi che dovessero verificarsi a livello di unità sanitarie locali, che occorra realizzare un coordinamento più stretto e una vigilanza più attenta da parte delle Regioni sulle attività delle unità sanitarie locali. In particolare in Sicilia abbiamo assemblee formate da trenta, quaranta o cinquanta componenti che possono essere consiglieri comunali o laici, e ciò in rapporto al numero dei Comuni e al dato demografico delle unità sanitarie locali che sono complessivamente sessantadue.

Le assemblee nella Regione siciliana hanno una duplice funzione; quella del controllo politico e programmatico e quella del controllo di legittimità sugli atti dell'Esecutivo. Ho notizie non ufficiali secondo le quali la Corte costituzionale starebbe per pronunciarsi sulla incostituzionalità di questo ruolo attribuito con legge regionale alle assemblee in quanto il controllo previsto dalla legge è del tipo eventuale, vale a dire su richiesta di un certo numero di componenti dell'assemblea o su richiesta unanime di un consiglio di presidenza, ed è, in un certo senso, endogeno, mettendo anche in evidenza una forma di incompatibilità tra controllore e controllato.

Non so quali siano i rilievi della Corte costituzionale, ma mi pare che si profili ormai questa sentenza, da qui a poco.

Il comitato di gestione poi è formato da undici, tredici o quindici membri a seconda della dimensione demografica o secondo il numero dei Comuni, in rapporto anche alla dimensione numerica delle assemblee. Vi è qualche processo di deresponsabilizzazione in comitati così pleorici. Vi sono già stati peraltro rilievi, che colgo nelle dichiarazioni di tutte le parti politiche, circa la opportunità e forse la necessità di ridurre il numero dei componenti dell'esecutivo. Questi erano gli aspetti istituzionali, per quanto riguarda la regione Sicilia. Altre considerazioni di dettaglio non credo che abbiano importanza in questa sede.

Quanto alla questione sanitaria, ho ascoltato con grande attenzione chi ha parlato

prima di me; siamo d'accordo sulla necessità di andare ad una ridefinizione del rapporto Fondo sanitario nazionale-prodotto interno lordo, un rapporto che giudichiamo basso anche rispetto alla comparazione immediata con altri paesi vicini al nostro. Certamente questo nuovo rapporto che auspichiamo è da mettere in correlazione col Piano sanitario nazionale. Mi pare che questo Piano sanitario, che fino ad alcuni mesi fa si riteneva ormai relegato presso il Parlamento, sia ora invece da approvare al più presto. Se nel Piano vengono stabiliti degli *standards* (qualità, quantità) dei servizi, una quantificazione del fabbisogno per sostenere i servizi potrà essere determinata in maniera pressochè univoca appunto in un diverso rapporto con il prodotto interno lordo. Ma non si è parlato — almeno in questa occasione e nella seduta che abbiamo tenuto presso la Commissione sanità della Camera — di un rapporto all'interno del Fondo sanitario nazionale che mi sembra perverso: vale a dire il rapporto tra la parte corrente e la parte degli investimenti. Noi, rappresentanti delle Regioni meridionali — credo infatti che il problema sia comune alle altre Regioni del Mezzogiorno —, portiamo una eredità pesante per l'arretratezza e l'inadeguatezza delle strutture di sostegno al servizio sanitario. Se pensiamo a quello che è stato nel tempo il rapporto tra parte corrente e parte in conto capitale, investimenti, non si capisce come una regione che eredita una situazione di arretratezza possa risalire questa china, questa differenza di partenza. Perchè a nessuno può sfuggire il risultato complessivo, cioè che il Servizio sanitario sia intimamente legato al supporto, cioè a dire alle strutture. Noi investiamo male i soldi di parte corrente, se le strutture sono inadeguate, se le strutture ospedaliere, i sostegni tecnologici, le attrezzature varie non sono adeguate. È come mettere benzina in una automobile che non è in grado di carburare. Se noi, per ipotesi, volessimo raddoppiare la parte corrente, non credo che il risultato in termini di qualità e quantità di servizio, di *standard*, complessivamente verrebbe a migliorare di molto. Per cui, se non ci poniamo questo problema nei termini di assoluta priorità,

questo dislivello storico, questa divaricazione tenderà sempre più a crescere. Perchè il degrado delle strutture fisiche cresce con legge esponenziale con il tempo, cresce *eundo*.

Prevedo che negli anni Ottanta se non si interviene adeguatamente per dare una riqualificazione alle strutture, vi sarà un degrado che non consentirà assolutamente di giungere ai livelli minimi di *standards* sanitari, anche se la spesa di parte corrente dovesse crescere. Quindi ce lo dobbiamo porre come problema che interessa tutti. Sostengo — credo con molto senso di equilibrio — che, mentre si tende a parametrare la suddivisione, il riparto delle somme tra le Regioni con i criteri demografici, cioè con il criterio *pro capite*, insieme a questo deve essere considerato anche quello della mobilità sanitaria. La Sicilia, ad esempio, certamente grava anche sulle strutture sanitarie di altre Regioni, non vi è dubbio. Credo dunque che nel riparto delle somme occorra andare progressivamente, senza tralasciare il criterio *pro capite*, verso le compensazioni per la mobilità sanitaria; ma la compensazione deve tendere a zero, attraverso il riequilibrio, e questo riequilibrio passa attraverso la qualificazione strutturale. Perchè non vi potrà mai essere un recupero se non rinnoviamo gli ospedali, se non creiamo i posti-letto necessari. Il Veneto è afflitto dalla sovrabbondanza di posti-letto, mentre noi siamo afflitti dalla loro carenza, e soprattutto dalla necessità di riqualificazione e di ristrutturazione degli ospedali. Non è che puntiamo sugli ospedali in una sorta di mitizzazione di tale struttura; sappiamo bene che si deve guardare alla prevenzione, ma anche lì siamo davvero carenti. Credo che il Governo nazionale debba farsi carico di questo riequilibrio; altrimenti il vero spreco, il grande spreco, si avrà proprio quando immettiamo in una macchina che non funziona questa massa finanziaria di parte corrente.

Per quanto riguarda i problemi del personale, nella mia Regione abbiamo in pianta organica e provvisoria 53.000 posti: ne sono coperti 41.000; 12.000 devono ancora esserlo. È *in itinere* la legge sulle procedure concorsuali. Attualmente, anche per la rapida occu-

pazione di personale che ha già una sua qualificazione, sia a livello sanitario che parasanitario, ci avvaliamo di una legge recente che, mentre attiva i concorsi banditi, dall'altra, attraverso avvisi pubblici consente di assumere semestralmente personale per le emergenze che vi sono nel settore ospedaliero ed *extra* ospedaliero.

I problemi sono quelli di una disuniformità sul territorio della Regione che conosce anche organizzazioni ospedaliere valide, ma dove vi sono aree assolutamente carenti, come quelle interne, per esempio.

Il problema che noi sentiamo in maniera viva è il rapporto tra la Regione e le Università, i policlinici. La Regione siciliana, rispetto ai pochi policlinici che ci sono in Italia, ne ha ben tre. Cito ad esempio quello di Messina, nel quale il numero dei posti-letto è pari a quello offerto dalla struttura ospedaliera dell'intera città. Anche Palermo dà un grande contributo in tal senso.

Noi operiamo attraverso l'articolo 39 — non vi è altra strada — della legge n. 833; forse non siamo stati così fortunati o non siamo stati in grado di trovare un accordo politico più complessivo con le tre Università, come invece è accaduto, da quello che sento, nel Veneto, dove addirittura si è trovato un punto di incontro per una programmazione più complessiva di intesa fra la Regione e le due Università. È nei propositi del governo regionale fare quanto è possibile per raggiungere una intesa più complessiva con le Università, ma io credo che anche la legge nazionale dovrebbe dire qualche cosa di più attuabile e utile per definire il rapporto tra Regioni e Università. Non basta solo l'articolo 39 già citato, non basta la convenzione: occorre fare qualche ulteriore passo in avanti per un coinvolgimento delle Università sui problemi del territorio, segnatamente su quelli della sanità.

Questi sono gli aspetti più importanti che individuo stamattina, riservandomi di presentare, come già preannunciato, una relazione più particolareggiata.

Noi Regioni d'Italia dobbiamo tendere ad una uniformità del servizio in campo nazionale. Io credo che sarebbero politiche non paganti quelle che tendessero a difendere



12ª COMMISSIONE

17° RESOCONTO STEN (1° marzo 1984)

talune posizioni di vantaggio, in questa fase, da parte di alcune Regioni che, per ragioni storiche, hanno avuto posizioni di partenza più vantaggiose. Credo che sarebbe sbagliato se il Governo nazionale non assumesse tutto il problema del Meridione, entro il quale c'è il problema della sanità, come problema nazionale, che dobbiamo tutti insieme affrontare con la convinzione che quando operiamo nel settore della sanità realizziamo un servizio per il cittadino, per un italiano, indipendentemente che sia del Nord o del Sud. La stessa migrazione che muove dal Sud verso le strutture ospedaliere del Nord può essere arrestata solo se operiamo seriamente in profondità per realizzare quel salto di qualità cui aspiriamo e che è diritto di tutti, salto di qualità del servizio sociale più importante quale quello della sanità.

*LANDI.* Signor Presidente, se me lo consente vorrei ancora sottolineare il permanere dello stato di disagio finanziario delle Regioni in rapporto alle mancate anticipazioni bancarie ed alla non ancora avvenuta erogazione dei 2.400 miliardi a saldo del bilancio 1983. Debbo, inoltre, sottolineare ancora l'urgenza di porre mano alla questione della farmaceutica, perchè il mancato riesame del prontuario comporterà il rischio, in tempi brevi, di una sospensione del servizio.

Chiedo alla Presidenza della Commissione di farsi autorevolmente carico di questo problema rappresentandolo a chi di dovere.

*PRESIDENTE.* Non mancherò, da parte mia e a nome della Commissione, di far presenti queste difficoltà anche nella prossima seduta, che si terrà mercoledì mattina, credo con la presenza del Ministro della sanità, per l'esame dei problemi che ineriscono all'articolo 4 del famoso decreto-legge n. 10 che è in discussione e che ha stretta attinenza con la materia cui lei ha accennato.

Darei ora senz'altro la parola ai senatori che intendono porre delle domande.

*RANALLI.* Signor Presidente, la volta precedente fu stabilito tra di noi che sarebbe stata utile un'ulteriore audizione delle Re-

gioni dopo che le Regioni stesse avessero effettuato un loro coordinamento su alcuni punti salienti delle tematiche che riguardano questa indagine. Pertanto, rivolgendomi agli assessori, nostri graditi interlocutori, vorrei sollevare alcune osservazioni volte ad un reale approfondimento della questione che a me interessa in maniera preminente, cioè a dire le eventuali correzioni da apportare al modello organizzativo e quindi al funzionamento delle unità sanitarie locali. Mi pare che emerga da queste nostre audizioni l'orientamento uniforme di andare alla correzione ed alla nuova distribuzione delle competenze tra assemblea, comitato di gestione e presidente, nella ricerca di un aggancio più autorevole e convincente con i Comuni, che restano il cardine della politica del decentramento. Mi pare che emerga anche la convinzione di assegnare più alte responsabilità a livelli tecnici, amministrativi e sanitari.

Noi abbiamo in piedi l'esame, in un'altra Commissione, della riforma delle autonomie, che ha diretta attinenza anche con le questioni di cui ci occupiamo qui, per quanto riguarda l'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Una Commissione bicamerale, poi, sta discutendo la riforma delle istituzioni ed è ovvio che anche lì l'attenzione si rivolga ad esempio al Titolo V ed agli articoli 117 e 118 della Costituzione repubblicana, con l'orientamento di andare ad una rielezione e ad una riscrittura dell'articolo 117 in termini aggiornati e moderni. Vi è stato il decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977, vi è stata la legge n. 833 del 1978 e bisogna riguadagnare un ruolo alle Regioni sotto il profilo preminente della programmazione.

Mi domando allora, se anzichè fissare la nostra attenzione sulle correzioni da apportare alle USL, intese come strutture operative dei Comuni, non sarebbe invece opportuno esaminare che cosa diverrebbe il Servizio sanitario nazionale senza le USL come strutture operative dei Comuni, assegnando direttamente ai singoli Comuni non solo la titolarità delle funzioni che è già chiaramente riconosciuta loro dalla legge n. 833, ma anche la gestione del Servizio sanitario nazionale. Ciò si dovrebbe realizzare ovviamente

articolando queste funzioni nei servizi di area elementare per ogni Comune, nei servizi distrettuali per più Comuni, nei servizi più complessi per molti Comuni; le USL rimarrebbero solo come zona e come complesso dei servizi. Una ipotesi di questa natura realizzerebbe quella unificazione di cui oggi lamentiamo la mancanza per la separazione che si è verificata tra struttura operativa e Comuni, ed in secondo luogo realizzerebbe la unificazione dei servizi sanitari con quelli sociali di cui pure lamentiamo la separazione. In terzo luogo questa soluzione consentirebbe di ridefinire il ruolo del Comune come effettivo organo gestore in ambiti territoriali. È ovvio che anche questa ipotesi dovrebbe prevedere il coordinamento tra Comuni per la gestione di servizi di livello infracomunale. Si potrebbe studiare attraverso quali forme realizzare questo coordinamento. Desidero porre qui tale questione per riscontrare se per caso non susciti già nei presenti qualche interesse, rinviandone tuttavia l'approfondimento al coordinamento delle Regioni.

**PRESIDENTE.** Senatore Ranalli, vorrei dirle che il calendario provvisorio delle nostre audizioni prevede, a conclusione dell'indagine, l'audizione della Conferenza dei presidenti delle Regioni che potranno fare questa sintesi conclusiva.

**MERIGGI.** Sul problema socio-sanitario, problema che aveva affrontato l'assessore Guidolin, stiamo scontando la mancanza di una riforma dell'assistenza che è un momento fondamentale per affrontare con forza un problema così delicato.

Avete voi pensato, come Regioni, delle iniziative legislative per alleviare questa carenza? La regione Lombardia per esempio, ha istituito le unità socio-sanitarie locali anche se il risultato non è stato soddisfacente dato che mancano una legge ed un riferimento nazionali. Avete realizzato iniziative in tal senso o avete assunto provvedimenti per affrontare con forza le questioni relative in particolare ai cronici, agli handicappati? Avete assunto dei provvedimenti riguardo a questi problemi così importanti, coinvolgen-

do i Comuni e le USL, o quali sono comunque le iniziative che intendete prendere?

Molti sostengono che la mancata riforma crea, al di là dei disagi, anche un danno economico; pensate che la riforma della assistenza e quindi l'assegnazione di queste competenze alle USL permetta non solo di affrontare i problemi, ma anche di realizzare un risparmio di spesa? Se vi fosse infatti un unico ente che interviene in questo settore, ci dovrebbe addirittura essere un risparmio nella spesa.

Per quel che riguarda le convenzioni con i privati, ci troviamo in mancanza di un Piano sanitario nazionale che avrebbe dovuto programmare il settore; credo che le Regioni abbiano prefigurato una esigenza regionale e quindi un riferimento delle strutture pubbliche all'interno dei bisogni regionali. Avete convenzioni limitate esclusivamente al bisogno regionale o siete andati oltre? Le convenzioni — sia per quanto riguarda le case di cura, sia per quanto riguarda i laboratori di analisi — sono di più rispetto alla programmazione che la Regione avrebbe potuto fare, prefigurando dei «tetti» come per esempio il 6 per mille per i posti-letto? Non mi scandalizzerei se in una programmazione fatta dall'ente pubblico fosse previsto anche il privato, ma solo nei casi in cui è carente l'ente pubblico e non invece per mantenere degli inutili privilegi.

Sul problema del Fondo concordo con quanto ha detto l'assessore Baiardi e cioè che nella gestione dei fondi si è privilegiato l'aspetto finanziario e non quello sanitario; al di là delle carenze finanziarie, non si ritiene che il meccanismo di spesa esistente oggi, che premia di fatto chi spende di più rispetto a chi risparmia, sia un elemento di distorsione? Vorrei sapere dall'assessore della regione Veneto se le proposte da lui avanzate a questo riguardo siano inserite in qualche relazione e se sia possibile disporre.

Inoltre, quale situazione ha creato l'articolo 26 della legge finanziaria per il 1984, che prevedeva l'emanazione di un provvedimento per permettere ai tesoriери di pagare le USL per i debiti contratti fino al 1983? Anche nelle vostre Regioni i tesoriери non paga-

no? Accade infatti in molte realtà che i tesorieri non paghino, determinando incredibili difficoltà.

All'assessore Baiardi — concordando sul taglio del suo intervento sulle capacità manageriali, e dato che ha fatto accenno ad una esperienza relativa ai farmaci — chiederei se questa esperienza è inserita nella relazione consegnata (le famose cinquanta pagine) e, se non lo è ancora, se è possibile disporre di questa proposta in un testo scritto.

CALÌ. Vorrei rivolgere alcuni quesiti all'assessore della regione Veneto. Dalla sua relazione appare evidente che questa Regione, — come del resto anche la regione Piemonte, un po' meno la Regione siciliana per le difficoltà obiettive, sollevate dallo stesso assessore, che tutti conosciamo e che sono sovrapponibili alla situazione di quasi tutte le Regioni del Sud —, si è mossa sul binario di una corretta interpretazione e attuazione dei contenuti della legge di riforma. Del resto ciò risulta anche dalle ultime due relazioni, che abbiamo avuto la possibilità di vedere, della regione Veneto. Ciò premesso, il primo fra i quesiti sui problemi sollevati è quello che riguarda la convenzione con le Università di Padova e di Verona per le scuole di specializzazione. L'iniziativa è lodevolissima perchè, fra l'altro, non fa che anticipare quanto è previsto in tutti i disegni di legge di riforma delle facoltà di medicina. Devo immaginare che le convenzioni siano state stipulate nel pieno rispetto del decreto ministeriale del 9 novembre 1982, relativo alla individuazione delle strutture che hanno i requisiti per l'attività didattica. Faccio questa domanda perchè mi risulta che in alcune Regioni e, ripeto, soprattutto in quelle del Sud, il decreto non è rispettato. Mi rivolgo in particolare all'assessore della Sicilia per chiedere se esistono convenzioni tra Regione e strutture ospedaliere finalizzate all'attività didattica. In caso affermativo, allora ribadisco che viene disatteso il decreto e questo perchè, per esempio, mi risulta, da un'indagine condotta sulla base di informazioni da parte di colleghi siciliani, che in nessuna struttura ospedaliera universitaria viene eseguito il 30 per cento, previsto dal decreto,

dei riscontri diagnostici sui deceduti. Vorrei, quindi, avere una risposta al riguardo. Inoltre vorrei sapere quali sono i termini delle convenzioni; cioè a dire, le strutture ospedaliere vengono utilizzate solo per le attività pratiche, svolte dai docenti universitari, oppure i medici ospedalieri fanno parte del corpo docente con contratti previsti dal decreto n. 382 del 1980?

Un altro quesito riguarda la politica per la tutela dell'ambiente. Che cosa significa che nelle due sedi del Veneto sono stati attivati servizi di epidemiologia e di ecologia separati, mentre in altre Regioni, come la Campania, sono stati istituiti servizi di epidemiologia, ecologia e educazione sanitaria in un coacervo di competenze che non possono essere individuate in una sola figura professionale? Nella prima ipotesi, cioè nel caso che esistano servizi di ecologia, a quali figure professionali sono stati assegnati i compiti relativi? Ad ecologi, a laureati in scienze naturali e biologiche, oppure sempre e soltanto a medici, come è accaduto altrove?

Terzo quesito. È stato affermato che la incompatibilità è collegata al tempo pieno. La domanda l'abbiamo rivolta ad altri rappresentanti di Regioni. Vorrei capire bene se ciò significa che allora i medici a tempo definito, i quali dipendono dal Servizio sanitario nazionale, possono operare in strutture convenzionate e che proprio per questo fanno parte del Servizio sanitario nazionale, oppure che sono autorizzati ad operare soltanto in strutture private non convenzionate?

Ritornando al problema della patologia dell'ambiente, l'assessore Baiardi ha detto che sono attivati o saranno attivati corsi per tecnici ambientali. Come e a che cosa esattamente sono finalizzati questi corsi? Mi riesce difficile immaginare una figura di tecnico ambientale che sia in grado di affrontare tutta la problematica dell'ambiente. Per esempio, nella regione Campania queste figure vengono individuate in laureati o specializzati in ingegneria sanitaria, in ecologi, fisici, chimici, cioè a dire in varie figure professionali che, peraltro, sono già previste nel decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979.

CONDORELLI. Mi rivolgo soprattutto all'assessore Guidolin ma anche all'assessore Baiardi. In particolare vorrei sapere quale è il modo di procedere dell'Assessorato alla sanità della regione Veneto nei confronti delle convenzioni esterne. Che cosa vuol dire annullamento delle convenzioni? Non rinnovare le convenzioni quando scadono, oppure si tratta di un vero e proprio annullamento? A questo punto, poi, qual è il destino delle persone alle quali si toglie la convenzione? Vengono esse riassorbite nelle strutture ospedaliere, oppure restituite all'attività professionale per la quale, finora almeno, esiste il diritto di esercizio?

Un altro aspetto estremamente delicato, ricordato poc'anzi anche dal senatore Calì, riguarda il problema delle incompatibilità, in modo particolare quella che vieta ai medici che operano nelle strutture ospedaliere ad esercitare all'esterno, per esempio in case di cura sanitarie private, oppure ad esercitare l'attività professionale sul territorio. Il problema, secondo me, deve essere affrontato con estrema attenzione. Possiamo scegliere qualsiasi strada. Vogliamo stabilire una incompatibilità assoluta? Va bene, seguiamo questa strada; però, dobbiamo preoccuparci della qualità dell'assistenza nelle case di cura, perchè non possiamo consentire, a questo punto, che le case di cura assumano personale sanitario non qualificato, per esempio medici in pensione, primari in pensione o prestanome e via di seguito. Mi pare che la riforma non debba avere finalità di ordine politico-ideologico, bensì di politica sanitaria; cioè il fine della riforma è quello di fare il meglio per la salute dei cittadini. A questo aspetto molto importante si aggiunge, poi, un'altra preoccupazione. Applicando rigidamente l'incompatibilità concentriamo la migliore attività nell'ospedale depauperando il territorio dei medici migliori. Quando creiamo impedimenti ai medici ospedalieri, i quali hanno senza dubbio una qualità intrinseca estremamente superiore a quella dei medici che operano sul territorio e non svolgono attività ospedaliera, noi non facciamo altro che far scadere la qualità dei medici sul territorio.

Si deve tener presente che i medici che fin

dall'inizio, cioè subito dopo la laurea, esercitano un'attività sul territorio, sono destinati a dequalificarsi sempre di più. Ciò è inevitabile innanzitutto perchè questa università di massa non riesce più ad educare adeguatamente i medici e, soprattutto, a dare loro il «gusto» alla cultura. Il medico, il professionista che fin dall'inizio ha il «gusto» per la cultura sarà sempre sollecitato ad acculturarsi con l'andar del tempo; ma se questo «gusto» non esiste, se l'università ha fallito in questo (e ha fallito perchè le strutture sono inadeguate al numero enorme di studenti) noi immettiamo ogni anno sul territorio medici che dequalificano la medicina. Questo è un punto estremamente importante sul quale dobbiamo molto riflettere.

Quindi, se vogliamo far sì che la medicina convenzionata non esista più e che ci sia solo la medicina pubblica, dobbiamo affrontare con estrema serietà il problema dell'assistenza nelle case di cura, che deve esser fatta ad un livello professionale uguale a quello degli ospedali pubblici; altrimenti dobbiamo trovare il modo di consentire ai medici qualificati di esercitare l'attività anche nelle case di cura. Lo stesso valga per i medici che svolgono attività nel territorio.

Vorrei poi sapere se nei riguardi delle incompatibilità non si tenga conto di quanto avviene all'estero; è molto importante questo perchè siamo un paese della CEE e dobbiamo muoverci secondo le direttive da essa stabilite. Non possiamo, infatti, creare squilibri, oltretutto per la possibilità che medici stranieri vengano ad esercitare nelle case di cura e quindi a sostituire medici italiani; con l'esterofilia che esiste da noi questo è un pericolo reale e non fittizio.

Un altro punto importante riguarda il problema dei giovani medici. Ho ascoltato con molto interesse quanto ha detto l'assessore Guidolin: lo Stato ha delle responsabilità enormi in proposito perchè ha consentito, e consente tuttora, l'immissione nell'attività professionale di un numero enorme di medici ed ancora non si è fatto nulla per impedire che ciò avvenga, per cui vengono sfornati medici non qualificati. Prima di annullare qualsiasi tipo di convenzione, come dice l'assessore Baiardi, dobbiamo tener presente che

lo Stato ha dei doveri ben precisi verso queste persone che si sono laureate e verso quelle famiglie che hanno affrontato spese enormi per mantenere agli studi questi figli. Abbiamo, ripeto, delle gravissime responsabilità alle quali non ci possiamo sottrarre in alcun modo, altrimenti facciamo soltanto della demagogia. Il problema principale, quindi, è quello di inserire i neolaureati nelle scuole di specializzazione. Teniamo presente, però, che abbiamo una legge abbastanza rigida sull'immissione nelle scuole di specializzazione. Il direttore generale del Ministero della sanità, in questa sede, ci ha ricordato che esiste una minaccia da parte della CEE di denuncia dell'Italia alla Corte di giustizia dell'Aja perchè si comporta in modo non ortodosso in tema di ammissione alle scuole di specializzazione, dal momento che in Italia si ammette un numero di studenti superiore a quello indicato dalla direttiva della CEE.

Il problema più importante è dunque la riduzione del numero degli studenti che non deve però avvenire, secondo il mio parere, dopo il primo biennio convogliando gli esclusi verso le categorie dei paramedici, perchè ciò potrebbe costituire una mortificazione assolutamente ingiusta. Il passaggio al ruolo dei paramedici non lo vedo bene anche se sono convinto che dobbiamo creare un livello di paramedico di altissima professionalità perchè ciò è quello che esige la società e perchè andiamo verso un futuro di alta tecnologia. Non approvo, quindi, la denominazione di «paramedico» perchè è mortificante e perchè si avranno dei tecnici di altissimo livello con la stessa dignità dei medici ma con carriera differente.

Ho ascoltato con molto piacere quanto l'assessore Sardo Infirri, della Regione siciliana, ha detto sull'emigrazione Sud-Nord del malato, perchè ho insegnato per due anni a Messina, nell'ospedale Piemonte, e ricordo le condizioni disastrose in cui versava tale ospedale, per cui l'emigrazione Sud-Nord del malato era elevatissima.

Ora, in realtà, con il policlinico universitario (si tratta di una grande conquista per la città di Messina), questo fenomeno si è ridotto.

Credo che il problema sia quello di assicurare in tutte le Regioni (e questo è un compito degli assessori) degli *standards* ovunque uguali di efficienza nella assistenza sanitaria: una volta che si stabilisce (dopo una programmazione) che deve essere fatto un servizio, tale servizio deve essere ottimo, sia per quel che riguarda le competenze professionali, sia per quel che riguarda il personale non medico, sia per quel che riguarda le attrezzature.

Sono convintissimo, infatti, che ormai gli uomini adeguatamente preparati li abbiamo, per il fatto che in questi ultimi anni, nonostante quello che si dice, mentre vi è stato un degrado della formazione del medico, le Università hanno risolto un grande problema che è quello del miglioramento del personale docente. Vi è stato un grande salto di qualità: alcuni medici sono andati all'estero (in modo particolare negli Stati Uniti e in altre nazioni d'Europa) ed hanno acquisito un altissimo livello di preparazione. Abbiamo, oggi, competenze professionali importantissime, persone molto efficienti che possono fare una medicina ad altissimo livello.

Ma il problema che mi sta particolarmente a cuore è quello delle incompatibilità: posso accettare qualsiasi soluzione. Vogliamo fare del medico un funzionario come un magistrato? Sono d'accordo, però dobbiamo stare molto attenti a non creare una medicina convenzionata «di serie B» per mancanza di professionalità e anche per il tipo di gestione che, mantenendo il sistema della retta, induce ad un risparmio non oculato che può essere dannoso per la salute del malato.

C'è, infine, il problema della qualificazione del medico che opera sul territorio: se la riforma si propone il compito di dare un grande rilievo alla medicina sul territorio non possiamo fare una politica di mortificazione e di dequalificazione del medico che opera sul territorio, ma anzi dobbiamo provvedere al suo aggiornamento permanente.

ALBERTI. Ringrazio gli assessori qui intervenuti e vorrei rivolgere qualche domanda inizialmente all'assessore Guidolin. Vorrei chiedere innanzitutto che cosa intendeva per ruolo centrale dei medici, se cioè lo intende

come ruolo preminente di tipo professionale oppure se l'intervento dei medici dovrebbe avvenire anche a livello di gestione, dato che lui ha parlato di cogestione.

Poi vorrei parlare del riequilibrio sul territorio, che mi pare un problema estremamente importante portato avanti dall'assessore regionale alla sanità per la Sicilia. Mi viene in mente l'attuale situazione stabilita dalla legge finanziaria, che per quest'anno prevede una ripartizione del Fondo sanitario nazionale in modo diverso e quindi ci obbliga ad una programmazione sul territorio. Vorrei sapere ad esempio se i 9.500 posti — letto che il Veneto intende chiudere e i 3.000 posti — letto che intende chiudere il Piemonte si riferiscono ad una decisione che tiene conto dell'emigrazione dalle Regioni meridionali verso le due suddette Regioni, in particolare il Piemonte; ciò, considerato anche il calcolo che faceva l'assessore Baiardi che mi sembra interessante, e cioè che il 12 per cento dei ricoverati nella sua Regione vengono da altri luoghi e prevalentemente dall'Italia meridionale; infatti il Piemonte è un polo storico dell'emigrazione dalle Regioni meridionali. Allo stesso tempo l'assessore ci ha detto che, per quanto riguarda questi ricoverati, la spesa impegnata è del 16 per cento di quella complessiva.

Questo potrebbe far pensare che le regioni settentrionali (Veneto e Piemonte, ma anche Emilia-Romagna) possono in qualche modo preoccuparsi di contenere la spesa che le riguarda per il funzionamento dei servizi a disposizione della popolazione residente e invece non preoccuparsi, dato che manca un Piano sanitario, delle emigrazioni che ancora ci saranno.

A tale proposito vorrei chiedere se hanno sperimentato, ideato e pensato modelli operativi di tipo dipartimentale tra gli ospedali e il territorio e modelli che possono far superare la storica divaricazione che c'è tra la medicina ospedaliera e quella di base. Un'ipotesi dipartimentale — però prevista anche dalla legge di riforma — potrebbe mettere più a contatto i medici ospedalieri con i medici di base, creando delle strutture operative miste nel territorio che potrebbero consentire un'educazione permanente dei

medici di base e quindi un aggiornamento permanente.

In terzo luogo, vorrei sottolineare all'assessore della regione Sicilia (sono un meridionale come lui e posso permettermi di far notare certe cose) che ci viene sempre imputato il fatto di non avere un'esatta conoscenza dei dati per quanto riguarda le nostre Regioni e di non aver predisposto piani; il che in parte è vero e capita spesso di notare certe assenze, che oggi per fortuna non ci sono data la sua presenza. Vorrei sapere se per la Sicilia esiste un piano o se comunque esiste uno studio. Il problema del riequilibrio del territorio avrebbe dovuto impegnare molto di più le Regioni del Sud rispetto a quelle settentrionali e immagino quindi che la Sicilia — dove i servizi sono carenti come in quasi tutta l'Italia meridionale — abbia già un suo piano.

Vorrei quindi conoscere il numero dei posti-letto esistenti in Sicilia, il rapporto tra i posti-letto pubblici e quelli privati, i criteri seguiti per concedere le convenzioni alle case di cura private, i dati dell'emigrazione dalla Sicilia verso le Regioni settentrionali (e, se ci sono questi dati, verso quali Regioni e qual è la patologia che più spesso emigra). Per esempio, per quanto riguarda la patologia infantile esiste un dato già comunicato dal direttore generale dei servizi sociali, professor Vetere, che mette in risalto come la gran parte della patologia infantile che emigra verso Nord riguarda i motivi banali.

Vorrei conoscere inoltre il rapporto in Sicilia tra medici e paramedici e, più in particolare, il numero dei paramedici e il tipo di qualificazione esistente nelle strutture siciliane (meglio ancora sarebbe il dato di tutta l'Italia meridionale). Ci sono cioè infermieri generici o infermieri professionali? In Piemonte ad esempio l'assessore Baiardi ci ha informato che hanno dovuto riquilibrare una parte del personale infermieristico generico in senso professionale. Vorrei anche sapere se è stato impostato un piano per il personale.

Concluderei infine con un'ultima considerazione e con un'ultima domanda, relative al problema della ristrutturazione e del riequilibrio.

Lei, assessore, ha detto bene affermando che, se avessimo più soldi per la spesa corrente, non potremmo dare ugualmente servizi migliori. Questo probabilmente è dovuto alla differenziazione dei posti-letto tra medicina generale e medicina specialistica. Ciò di cui siamo carenti nelle Regioni meridionali sono i posti-letto per la medicina specialistica e questo ci costringe allo spostamento verso Nord. Si tratta di un problema estremamente importante e non so quanto sia superabile nel breve periodo, perchè non è questione di attrezzature e strutture, quindi nemmeno di soldi, ma è questione di una politica diversa del personale sanitario.

Forse l'ipotesi presentata qui dall'assessore Guidolin, a proposito delle agevolazioni per creare nuovi specialisti mediante borse di studio oppure certi vantaggi economici a chi accede alla specializzazione, dovrebbe essere il compito principale delle Regioni meridionali. Tutto ciò dovrebbe essere fatto con un piano preciso, conoscendo la carenza dei posti-letto specialistici, la domanda sanitaria che viene ricercata in altre Regioni non meridionali ed avendo un programma preciso sul numero di specialisti che ci dovrebbero essere nell'Italia del Sud per riequilibrare il rapporto con il Settentrione.

Il piano di ristrutturazione è importante in quanto nell'Italia del Sud vi sono degli ospedali molto vecchi, ma vi è da dire che ve ne sono anche di nuovissimi chiusi da cinque-sei anni; ad esempio in Calabria ve ne sono quattordici per un totale di oltre 3.000 posti-letto e sappiamo che non vi sarà mai la possibilità di aprirli e renderli funzionanti, perchè nel frattempo la domanda ed il comportamento delle persone saranno notevolmente modificati. Quindi più che preoccuparsi delle strutture, anche se lo ritengo, come ho già detto, un dato importante anche ai fini della spesa corrente e della spesa in conto capitale, la cosa più importante è la qualificazione medica e in questo credo che le Regioni meridionali dovrebbero intervenire in modo incisivo e concreto.

MELOTTO. Desidero porre qualche domanda prima di entrare nel merito, proprio per chiarire alcuni aspetti. Ho sentito dire

che fino ad oggi non vi è ancora giunta la quota del primo trimestre 1984.

BAIARDI. No, non è stato completato il pagamento della quota dell'ultimo trimestre 1983, ossia il saldo 1983.

MELOTTO. E la prima *tranche* del primo trimestre 1984 vi è giunta?

BAIARDI. L'assegnazione è stata fatta in questi giorni e noi abbiamo fatto il riparto, però è sorta ancora una complicazione: la differenza tra l'assegnazione di cassa e la disponibilità effettiva della Banca d'Italia (che non registriamo mai). Tale quota non viene versata puntualmente e quando le USL vanno a fare il prelievo la distribuzione non è stata ancora fatta.

MELOTTO. Dunque, in genere, per quale motivo vi è ritardo nella materiale erogazione dallo Stato alle USL?

BAIARDI. Sulla quota 1984 sono in ritardo di almeno quindici giorni; il criterio che si segue è quello del finanziamento a metà trimestre per compensare interessi attivi e passivi. La quota del primo trimestre del 1984 doveva essere versata a metà febbraio, ma questo non è avvenuto, tanto è vero che la maggior parte delle USL si sono avvalse delle anticipazioni, però le anticipazioni assumono come parametro di riferimento il corrispondente trimestre dell'anno precedente, quindi la anticipazione del 50 per cento è sempre inferiore al reale fabbisogno del momento e dopo quindici giorni di ritardo ci si trova nei guai.

MELOTTO. La mia seconda domanda riguarda il disavanzo pregresso, di cui l'assessore Baiardi parlava stamattina a proposito della sua Regione, che si aggira intorno ai 420 miliardi. Qual è il motivo per cui si ritiene che vi siano sfondamenti laterali in alcune regioni?

Infine, per queste premesse, il problema dei prodotti farmaceutici è legato ad una manovra finanziaria e se questa slitterà, anche tutti i benefici che dalla stessa derivano,

slitteranno. Qual è la realtà secondo il vostro punto di vista?

Ho in serbo altre quattro domande da porre ai nostri interlocutori. Sento di dover sottolineare che rispetto alla volta scorsa, abbiamo adesso maggiori elementi di valutazione per registrare che, con tutti gli sforzi del caso, la riforma si sta attuando. Quindi lo sforzo che si sta facendo premia in qualche modo la qualità dei servizi.

La prima domanda riguarda la natura delle USL. Avete insistito perchè si desse il via a questo dibattito e si sta tendendo sempre più ad individuare l'USL come l'azienda speciale, mentre per il referente politico è un discorso ancora aperto. Secondo l'assessore Baiardi si tende a dare maggiore rilievo al comitato di gestione piuttosto che all'assemblea generale. Quest'ultima, tra l'altro, in Piemonte è stata contenuta, per quel che concerne il numero, con il sistema di elezione di secondo livello. Tutto ciò, a vostro giudizio può dare dei risultati? In questa sede è stato detto che spesso l'assemblea è vanificata perchè, essendo tutte le forze politiche largamente rappresentate nel comitato di gestione, tutte le mediazioni avvengono in quella sede, per cui il secondo livello (l'assemblea) va dequalificandosi, tanto che si fatica addirittura a riunirlo e ad avere il numero legale perchè questo possa decidere. In base alla vostra esperienza in materia, desidero che ci chiariate il perchè si è giunti a questo punto.

So che avete allo studio anche il problema della ristrutturazione delle USL di Torino; questo ci interessa per risolvere il problema delle aree urbane. La ristrutturazione prevede analogie con il rito ambrosiano di separazione della gestione delle strutture multizonali e, in particolare, per l'ospedale si prevede l'unità della gestione? Voi avete scelto, per Torino, che le USL si trovino esclusivamente entro i confini comunali e che abbiano un unico referente politico, il consiglio comunale. Questo per tutte le ventitre USL attuali, e, domani, per quelle sette-otto a cui si ridurranno? Il sindaco Novelli ci diceva che dal momento che il consiglio comunale siede in assemblea USL, al momento in cui invece si riunisce per deliberare circa le

proprie competenze cambiano l'impegno, la qualità, gli interventi e l'atmosfera. Perchè vi è questa differenziazione nelle due funzioni?

Secondo problema. Mi pare vi sia il desiderio, da parte di tutti, di veder fissati alcuni parametri precisi per quanto riguarda l'ammontare del Fondo sanitario nazionale, parametri che vengano accertati e stabiliti per tutti, in modo che si evitino le incertezze che possono derivare dal dibattito annuale sulla legge finanziaria. È possibile, secondo voi, attuare questo anche in previsione del Piano sanitario nazionale e tenendo presente che bisognerà fissare dei parametri standardizzati e i livelli dei servizi? È possibile fissare i parametri di entrata e di uscita una volta per tutte? E dopo avere determinato questi, è possibile che l'eventuale integrazione (come è stato fatto con la legge finanziaria per il 1984) sia attribuibile più che ai Comuni, alle Regioni con la istituzione di una capacità impositiva? E quando dico capacità impositiva aggiungo che essa è di due ordini: può essere sul reddito e può essere una tassa sui servizi (non sul singolo servizio ma sulla generalità dei cittadini per il servizio sanitario).

La terza questione riguarda il personale. Per la sanatoria è già stato chiesto di far presto e credo che ciò rappresenti un problema; tuttavia ritengo che occorra ricercare le cause che hanno prodotto tale sanatoria altrimenti ogni anno dovremo ricorrere ad essa. Pertanto, rivolgo le seguenti domande: il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 è sufficientemente valido in questo impatto, nel portare ad assemblaggio questo coacervo di qualifiche e di provenienze? Laddove è stato applicato questo primo passaggio, lo si ritiene valido? Anche alla luce dell'ultima decisione che avete preso in sede di Consiglio sanitario nazionale il 16 dicembre sulle figure atipiche, queste sono *in itinere* e che quindi completano la manovra?

Inoltre, è sufficiente il trasferimento con delega delle competenze dalla Regione alle unità sanitarie locali? Tale trasferimento deve riguardare tutte le competenze, parte di esse, oppure fare un'eccezione per le funzioni apicali? Questo rimettere in moto i concorsi,



con delega alle unità sanitarie locali, potrebbe essere un elemento sufficiente, la cui mancanza in passato abbia rappresentato una causa o una concausa della sanatoria, e trovare spazio per esempio nel decreto stesso di sanatoria?

Su questo argomento la dirigenza e la sua partecipazione al rischio gestionale — perchè senza rischio gestionale credo che non vi sia dirigenza, e a questo proposito l'assessore Guidolin parlava addirittura di cogestione — come potrebbero configurarsi? Con quale rapporto di incarico e con quale temporalità?

L'ultima domanda riguarda il sistema informativo. Credo che vi sia la necessità di conoscere che cosa vogliamo sapere, per determinarlo univocamente, oltre a quanto affermato dall'assessore Baiardi. Il sistema informativo è la premessa per il resto. Sfogliavo ieri sera la relazione riguardante il Friuli, così come quelle relative al Veneto e al Piemonte, e mi soveniva la relazione del Consiglio sanitario nazionale sullo stato del paese dalla quale si può rilevare che in periferia, riguardo il sistema informativo, si è molto più avanti e si ha un quadro da cui si capisce quali obiettivi si intendono perseguire.

Come è possibile e quali sono i suggerimenti per rendere pregnante ed obbligatorio il sistema informativo senza il quale, a questo livello e con tutte le conseguenze del caso, esiste il buio nell'informazione o l'intuizione a spanne? Credo, però, che in questa situazione sia difficile gestire un servizio di questa natura.

ONGARO BASAGLIA. Vorrei chiedere agli assessori un giudizio complessivo, ciascuno per la propria Regione, sull'andamento dell'attuazione degli articoli della legge n. 833 del 1978 relativi all'assistenza psichiatrica.

Al presidente Landi vorrei chiedere se è possibile, a livello di coordinamento regionale, ottenere al proposito una documentazione aggiornata sulla situazione nazionale, anche se divisa per Regioni, perchè si ha l'impressione che, dopo i disastri dei primi anni, in questi ultimi due anni le cose comincino a muoversi anche nelle Regioni che finora non

hanno fatto nulla. Varrebbe la pena di saperne di più, dato che vi sono pochissime notizie al riguardo.

ROSSANDA. Vorrei porre tre domande altrettanto sintetiche di quelle della senatrice Ongaro Basaglia. A tutti i rappresentanti regionali vorrei chiedere se esistono ed eventualmente quali sono stati i rapporti tra le loro Regioni e le sedi decentrate delle ex ENPI e ANCC, oggi diventate sedi decentrate dell'ISPESL, e quelli con lo stesso istituto.

La seconda domanda è simile a quella formulata dal senatore Melotto circa la dirigenza. Vorrei però estenderla per capire, quando si parla di responsabilità e rischio relativo, quale forma giuridica debba assumere questo rapporto di responsabilizzazione, quali debbano essere le eventuali sanzioni per chi a questo affidamento di responsabilità non risponde e quali siano le garanzie affinché questa persona non sia soggetta a giudizi dell'amministratore eccessivamente arbitrari.

Tuttavia, nei servizi sanitari, specialmente se consideriamo i servizi di prevenzione e di igiene, abbiamo parecchie altre professionalità oltre ai medici. Non penso che la sola dirigenza medica possa coprire tutte le responsabilità; vi è ovviamente anche la dirigenza amministrativa.

La mia domanda, quindi, è estesa all'ipotesi di formulare diverse situazioni di dirigenza e per tutti questi trovare un meccanismo simile di responsabilizzazione. Chiedo dunque quale meccanismo possiamo adottare. Dico ciò perchè mi pare che la domanda del senatore Melotto sulla validità del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 sia retorica. In realtà sappiamo tutti, per mille testimonianze, che dobbiamo d'urgenza rimettere mano alla legislazione vigente anche al fine di snellire la gestione del personale e di uscire da questa situazione di blocco prodotto dal Governo attraverso diverse vie: blocco degli organici, paralisi dei concorsi, blocco delle assunzioni e sistema relativo di deroghe.

La terza domanda è relativa alla delicata questione dei rapporti tra Università e Regioni, che mi sembra abbia letture diverse

nelle diverse Regioni. Chiederei agli assessori, o addirittura al presidente Landi, se egli può come coordinatore agire in questo senso, di raccogliere tra la documentazione di questo comitato le convenzioni attuate in conseguenza degli schemi-tipo nazionali approvati o, dove queste non fossero state realizzate, i documenti convenzionali sui quali agiscono nella realtà gli enti universitari e regionali per i problemi quotidiani che devono affrontare.

**PRESIDENTE.** Mi permetto di interrompere la serie delle domande per salutare il presidente Landi che è costretto ad allontanarsi, per ringraziarlo della sua presenza e per dire che necessariamente dobbiamo dividere l'audizione dei rappresentanti delle Regioni in due parti, per necessità di programmazione generale dell'indagine che deve rimanere nei termini fissati.

Abbiamo anche da ascoltare parecchi altri enti e categorie, tuttavia vorrei far presente che mentre alcune Regioni, pur non essendo materialmente qui rappresentate, hanno inviato documentazioni — le ho già citate prima: tra le altre, la Liguria, la Calabria, l'Umbria e l'Emilia-Romagna — altre Regioni non hanno fino a questo momento inviato documentazioni e saremmo lieti se ciò potesse avvenire entro il 31 marzo seguendo lo schema che hanno già adottato le Regioni che ho precedentemente citato; di una lettura, cioè, dei tre capitoli dell'indagine conoscitiva fornendo una risposta quasi a questionario delle domande che sono state presentate nello «schema».

Cioè, precisamente la Lombardia, l'Abruzzo, la Campania, la Puglia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano, non hanno fino a questo momento trasmesso alcun dato. Sarebbe per noi non simpatico non avere una verifica diretta dei problemi che si manifestano in quelle determinate Regioni.

**MONACO.** I colleghi della Commissione certamente troveranno monotono il mio discorso che insiste sempre e soltanto su un argomento. Stiamo facendo da mesi una indagine conoscitiva per orientarci quando ci troveremo a discutere sulle questioni della

riforma riformata, riforma sì, riforma no, eccetera. Mi sarebbe pertanto gradito conoscere il parere anche degli illustri interlocutori odierni circa l'esistenza stessa delle unità sanitarie locali. Sull'argomento infatti è chiara una sola cosa — nella assoluta mancanza di pareri —: la necessità di definirne la posizione giuridica è evidente cioè la necessità di definizione della efficienza e della responsabilizzazione di questo ente nuovo, l'USL, ed è chiaro che si ha una confusa idea di quelli che dovrebbero essere i rapporti tra Regione e unità sanitaria locale, tra Regioni e Comuni. Allora pongo la mia domanda: qualcuno di loro ritiene, così come ritengo io, che si potrebbe annullare questa struttura pleonastica, anonima, amorfa e populista, e piuttosto attribuire direttamente alle Regioni ed ai Comuni le funzioni e le responsabilità tecniche e finanziarie? Si tratta di un ingranaggio non ben definito tra gli enti locali esistenti e questo nuovo carrozzone non so da chi e non so perchè deciso. In altri termini, troverei assurdo che si istituissero unità locali di nettezza urbana o unità locali di edilizia: esistono le Regioni, esistono i Comuni per amministrare i cittadini; se il Ministero non può direttamente arrivare in periferia e ritiene necessario decentrare, può farlo attraverso questi ultimi. Perchè non fare convergere gli ammalati direttamente presso i Comuni o presso le Regioni? Perchè non far definire alle Regioni i rapporti con le Università e gli ospedali? Non vedo la necessità di questa spesa enorme: perchè questa esistenza di unità sanitarie locali finisce per pesare non poco sulla spesa totale con l'aggravante che non sempre l'amministrazione viene gestita da gente preparata all'uopo, anche dal punto di vista sanitario. Infatti in questa riforma si parla di molte cose, ma poco dei medici e degli ammalati o anche del cittadino assistito dal punto di vista della prevenzione, eccetera. Desidero dunque sapere se qualcuno di loro è d'accordo con me circa il pleonasma di questo nuovo carrozzone.

**PRESIDENTE.** Prima di dare ai nostri ospiti la possibilità di replicare vorrei fare anch'io qualche domanda e qualche com-

mento. Le domande dovrebbero essere rivolte anche a tutti gli assessori alla sanità meridionali non presenti, ma in questo momento mi rivolgo all'ingegner Sardo Infirri che in qualche modo li rappresenta.

Potete eventualmente prevedere un vero e proprio piano «stralcio» del Piano sanitario regionale — ancora in gestazione —, per gli investimenti e lo sviluppo sanitario più urgente? Avete già elaborato delle documentazioni, una rilevazione precisa delle necessità, un piano di investimenti complessivo? Infatti il problema potrebbe anche essere enucleato nell'ambito di una politica generale sanitaria, per mettervi proprio in condizione di portare ad un grado di efficienza maggiore le vostre Regioni, paragonabile per quanto riguarda le attrezzature pubbliche a quello delle Regioni che hanno una storia diversa e quindi situazioni locali differenti. Ciò si può evidentemente proporre, anche in sede parlamentare e legislativa, solo se esistono documentazioni delle necessità e rilevazioni molto precise, formulando un vero e proprio piano di sviluppo della sanità nelle zone più depresse.

Vorrei poi svolgere alcuni commenti circa gli altri aspetti. Ritengo che siano emersi due profili molto importanti sul piano generale. In un sistema sanitario nazionale, che offre a tutti i cittadini l'assistenza, a determinate condizioni, praticamente va scomparendo — in prospettiva — la possibilità di una vera libera professione medica. Allora mi sembra molto difficile poter proporre un contingentamento del «convenzionato» e del «privato», a meno che non si restituiscano dei criteri di libera determinazione del cittadino anche nell'accesso a queste coperture dei suoi bisogni, offerti dallo stato assicurativo e dal Servizio sanitario nazionale. Infatti da un lato abbiamo in questi anni osservato l'esproprio progressivo — chiamiamolo così —, sia pure con l'intenzione di creare uguaglianza e giustizia, dello Stato nei confronti di ogni iniziativa privata nell'ambito della sanità, e lo ripeto, nella ricerca della possibilità di concedere a tutti un soddisfacente livello di assistenza; dall'altro tuttavia vi è stata — e non certo per responsabilità nostra — la politica di lasciar libera l'immissione di

nuovi sanitari e di nuovi medici nella libera professione medica, che ancora «giuridicamente» esiste, ma di fatto è scomparsa, se non per livelli molto ristretti di censo.

Non si può, ad un cento punto contingentare le quote di coloro che possono adire al servizio sanitario, in mancanza di una libera professione per gli altri: solo ove gli altri potessero svolgere una libera professione questo si potrebbe ancora concepire. Quindi siamo in una fase di passaggio molto delicata. Non abbiamo ancora interrogato le categorie dei medici interessati (l'ultima parte dell'indagine ci porterà a discutere anche con loro di tali questioni), ma io vedo con grossa preoccupazione l'aggravarsi di un problema come questo.

Secondo commento: fissare in via empirica al 10 per cento le possibilità del convenzionamento è una decisione estremamente delicata. In tanto perchè in alcune Regioni potrebbe verificarsi che il 10 per cento coprisse le situazioni storiche attuali, e lasciasse dunque spazio di libera scelta ai cittadini circa ad esempio l'accesso laboratoristico; ma potrebbe verificarsi probabilmente, in altre Regioni, che il contingentamento al 10 per cento fosse del tutto insufficiente in rapporto alla carenza di strutture pubbliche: non consentirebbe neppure ai cittadini di avere quel livello di assistenza che hanno tuttora. Credo inoltre che si potrebbe anche parlare di dubbia costituzionalità di un provvedimento di questo tipo, perchè l'iniziativa privata è libera in Italia, anche se essa deve essere finalizzata ai compiti generali di armonia della società ed al bene comune. Fissare per legge una aliquota regionale predeterminata, credo che sollevarebbe un grosso problema che necessariamente dovrebbe essere affrontato in sede di verifica di costituzionalità.

Ho voluto sottoporre queste osservazioni alla vostra attenzione, affinchè possiate tenerle presenti nella vostra replica.

*SARDO INFIRRI.* Rispondo alla sua domanda, signor Presidente, che peraltro si ricollega a quelle di altri senatori. La regione Sicilia è fortemente impegnata ad elaborare il piano regionale, attivando tutti i meccanismi che appartengono alla Regione, co-

minciando dall'osservatorio epidemiologico, al rilevamento attento dei dati nosologici: abbiamo già gettato le basi per un piano regionale. La puntualizzazione che ho voluto fare circa l'esigenza assolutamente prioritaria di intervenire a livello di strutture nasce dalle prime risultanze di questo piano.

Noi avremmo bisogno, accettando il dato di sei malati per mille abitanti, di circa 30.000 posti-letto, e invece attualmente ne abbiamo a disposizione solo 26.500. Il discorso che interessa di più è però che si tratta di posti-letto, in media, di 12 metri quadrati, quindi molto al di sotto degli *standards*. Certo, è una media, e come tutte le medie va interpretata con l'integrazione di dati differenziati. Infatti vi sono strutture, come qui è stato rilevato, nella nostra Sicilia, che possono anche essere considerate d'avanguardia, con 35-40 metri quadrati per posto-letto, ma vi sono anche situazioni inaccettabili, per cui la media, lo ripeto, è di 12 metri quadrati per posto-letto.

Questa presenza di strutture adeguate, qualche volta di avanguardia — cito per tutte il caso del policlinico di Messina — accanto a strutture invece assolutamente inadeguate, mette in movimento anche fenomeni psicologici di riacquiescenza delle strutture in sé, talché abbiamo indici occupazionali decisamente al di sotto del 50 per cento, anche laddove l'esigenza di ricovero esiste per il dato demografico del bacino. L'esodo del malato verso altre Regioni è dovuto quindi anche a motivi psicologici.

Vorrei rilevare — così rispondendo, sia pur brevemente, alla domanda posta dal senatore Alberti, quasi mio conterraneo, in quanto calabrese — che, come è noto, una norma mette a carico della Regione l'accesso alle strutture sanitarie in tutto il mondo. Quindi, oltre ai cardiopatici che per esempio vanno a Bergamo o a Torino, i talassemici e gli afflitti da mucoviscidosi che cercano assistenza al Nord, vi sono anche cardiopatici che ad esempio vanno a Houston o a Londra, e l'elenco potrebbe continuare.

Qui si è fatto un discorso articolato tra esigenza di riqualificazione delle strutture e di riqualificazione del personale. Mi rendo

conto che il personale è fondamentale e forse ancora più importante delle strutture, ma devo rilevare che nella nostra Sicilia — e quanto dico trova conferma anche nelle informazioni forniteci dal senatore, professor Condorelli, che peraltro porta un nome a noi familiare nella provincia di Messina — c'è personale di alta qualificazione, per un fenomeno di osmosi, di integrazione culturale a livello di università, di tirocinio ospedaliero maturato fuori con scambi culturali. C'è anche una qualificazione notevole sul piano del personale paramedico o non medico, cioè degli infermieri professionali; non esistono più, o quasi, gli infermieri generici, e questa riqualificazione è avvenuta anche a livello dei tecnici di laboratorio e dei fisioterapisti. In tre anni abbiamo assicurato la formazione professionale a 10.000 unità nel settore, ma rimane sempre questa riacquiescenza — che, lo ripeto ancora una volta, è pure di natura psicologica — della struttura anche se vi è personale preparato. La struttura infatti è fondamentale per sostenere adeguatamente il servizio sanitario.

Noi abbiamo quantificato, attraverso dati precisi, il costo per la conversione, l'adeguamento e il conferimento di maggiore stabilità alle strutture ospedaliere. Vi sono infatti alcune strutture che vanno riconvertite, che devono diventare poliambulatori, *day-hospitals*, o strutture alternative per servizi di psichiatria. In proposito vorrei sottolineare che la regione Sicilia è stata fra le prime a farsi carico della riforma psichiatrica, e Messina ne è un esempio. Abbiamo tentato e stiamo tentando seriamente di spostare l'asse della psichiatria sul territorio e ci siamo impegnati anche con fondi della Regione, spendendo i 50 miliardi del bilancio regionale per creare le strutture alternative.

Certamente saremo più precisi in seguito in una documentazione dettagliata — ed è utilissimo in proposito il suggerimento venuto dal Presidente —, ma sin d'ora possiamo fornirvi un dato preciso: questa creazione di posti nuovi, e soprattutto queste opere di conversione, adeguamento e conferimento di maggiore stabilità relative alle strutture ospedaliere — credo che sarete tutti a cono-

scienza, attraverso la stampa nazionale, dei crolli di tetti e soffitti che recentemente si sono verificati — costano, con i prezzi 1984, esattamente 960 miliardi.

Noi riteniamo — e concludo — che tutte queste opere debbano essere realizzate attraverso un piano che impegni un arco temporale di tre, massimo quattro anni, se vogliamo recuperare e se vogliamo spendere bene — lo voglio sottolineare ancora una volta — i nostri soldi.

Rispondendo al senatore Ranalli, vorrei rilevare che l'ipotesi di affidare ai Comuni la gestione dei servizi può essere suggestiva, perchè è ancora sulla linea del decentramento. Credo però che sia necessario riflettere molto prima di mettere da parte un modello di organizzazione sanitaria senza prove di appello, senza un serio tentativo di riorganizzazione e senza gli stimoli necessari sul piano dell'efficienza. Al riguardo, sono molte le proposte che si possono avanzare; tutti avvertiamo la necessità di legare di più i Comuni alle unità sanitarie locali e di operare in parallelo quella riforma che riguarda i Comuni e le Province, e in un certo senso, come Regione siciliana, abbiamo una possibilità in più rispetto alle altre Regioni avendo potestà primaria sull'attività e sull'organizzazione degli enti locali.

Sarebbe suggestivo dare ai Comuni una maggiore possibilità di unificare il momento sanitario con il momento assistenziale. Credo però che questo problema possa essere risolto anche attraverso l'ipotesi di una organizzazione regionale, una organizzazione dipartimentale degli Assessorati regionali, per i quali attualmente c'è separatezza: al vertice c'è infatti un Assessorato alla sanità che ha delle competenze fino ad un certo punto, vi è poi un Assessorato per gli enti locali che si occupa di altre questioni — tra cui quella dell'assistenza tradizionale —, e poi vi è l'Assessorato al territorio che si occupa della prevenzione primaria, se è vero che la prevenzione primaria si fa nel momento in cui si elabora il piano di risanamento delle acque, o quando si elabora il piano delle reti fognarie. Manca una visione unitaria e manca certamente l'impegno a carattere dipartimentale.

*GUIDOLIN.* Siccome le domande sono state molte, cercherò di essere rapido. In primo luogo, sull'ipotesi manifestata dal senatore Ranalli — che va attentamente meditata —, do un giudizio a caldo: mi sembra che questa proposta non sia, allo stato dei fatti, realizzabile perchè credo che potrebbe creare ulteriore confusione, ma soprattutto minaccerebbe di rompere l'unità di governo del servizio sanitario. Concordo sulla scelta del Comune come titolare dei servizi socio-sanitari; sarebbe più facile scegliere la Provincia o la Regione e le soluzioni pratiche sarebbero più facili. Il nostro piano, per esempio, prevede una direttiva molto precisa sul coinvolgimento diretto dei Comuni nella gestione. Questo, tradotto in termini concreti, se potessimo ipotizzare un comitato di gestione professionalmente dotato, ed un'assemblea fatta dai sindaci dei Comuni, potrebbe far risolvere la situazione senza modificare sostanzialmente la struttura attuale. Mi riservo comunque di rimeditare la questione perchè è troppo complessa per darne un giudizio a caldo.

Il senatore Meriggi ha posto il problema del socio-sanitario e di quello che abbiamo fatto in materia. Noi abbiamo una legge regionale del 1982 che ha cambiato denominazione alle unità sanitarie locali, chiamandole unità locali socio-sanitarie; quella stessa legge ha infatti distinto le funzioni socio-assistenziali dei Comuni e quelle che invece devono essere gestite dalle unità sanitarie locali, dando la facoltà ai Comuni di delegare anche le proprie funzioni alle USL ed è stata una scelta di fondo anche dal punto di vista politico. Sul problema del finanziamento vorrei dire che la legge finanziaria per il 1984 stabilisce che bisogna definire la quantità dell'intervento del fondo sanitario nel campo sociale-assistenziale. Finora il comportamento delle autorità centrali è stato severissimo verso qualunque trasferimento di somme dal fondo sanitario verso il settore sociale. Con la stessa legge in cui abbiamo denominato le unità locali socio-sanitarie, abbiamo anche deciso di stralciare un fondo che quest'anno è pari a 32 miliardi per dare un contributo giornaliero a tutti i non autosufficienti ricoverati presso case di riposo;

questo fondo è stato approvato con legge regionale.

Il piano prevede sei progetti-obiettivo che sostanzialmente si riconducono al socio-sanitario: il progetto degli anziani, quello dei tossicodipendenti, quello degli handicappati. Siccome il nostro piano fa delle scelte operative e le collega strettamente al supporto finanziario, è un piano fattibile; abbiamo stanziato per questi settori una parte del fondo sanitario che dovrà essere completato dal fondo sociale, perchè presso il consiglio regionale è in discussione anche un piano socio-assistenziale. Questi sei progetti che uniscono il sociale con il sanitario verranno completamente assorbiti ed ospitati anche nel piano socio-assistenziale e quindi dotati di fondi in modo che sia utilizzato un unico fondo per le finalità di questi progetti; sarebbe molto più facile risolvere il problema se avessimo la riforma assistenziale che indubbiamente comporterebbe un risparmio di spesa se solo si unificassero le varie competenze, tra cui anche quella dei Comuni di cui faticiamo a superare l'autonomia per alcune attività di tipo assistenziale.

Un'altra domanda riguardava le convenzioni dei privati ed in particolare se queste rispondano al bisogno regionale. Nel Veneto abbiamo una tradizione e non abbiamo alcuna intenzione di uccidere il privato ed anzi se possiamo creare le condizioni perchè sopravviva, e sopravviva bene, lo faremo, perchè così rispondiamo ad un principio di pluralismo ed al dovere di creare le condizioni per una libera scelta del cittadino. Il nostro principio si potrebbe definire come coesistenza competitiva sul terreno della qualità; vi sono diciassette case di cura private che in questa coesistenza competitiva hanno chiuso. Non apriamo nuove convenzioni ed il privato deve giocare la sua esistenza su questa coesistenza competitiva; possiamo intervenire anche con interventi in conto capitale solo nel pubblico e più si potenzia la struttura pubblica in termini di efficienza, più diminuisce la necessità della presenza del privato.

L'articolo 26 della legge finanziaria per il 1984, che riguarda i fondi, ha causato una situazione difficilissima, perchè ha creato un *break* secco tra il 1983 ed il 1984. Le sette

tesorerie della Regione mi hanno detto con molta chiarezza che sono disposte a concedere anticipazioni soltanto nel momento in cui il Governo dichiarerà le condizioni ed anche il tasso; non gradiscono certamente titoli di portafoglio e questa è una delle condizioni che hanno posto. Il fatto più grave è che queste anticipazioni vengono date solo per quattro destinazioni: per le forniture, per le convenzioni con i privati, per i medici e per le spese farmaceutiche, mentre non vengono date per il personale che è stato messo in coda anche per quella parte debitoria che va a scadenza dopo il 31 dicembre 1983 e che deve essere pagata con i residui attivi delle USL. Abbiamo calcolato che con i diritti del contratto ed altri diritti accessori del personale abbiamo 78 miliardi del 1983 che non riusciamo a pagare; abbiamo già presentato ai Ministri del tesoro e della sanità l'esigenza di risolvere con estrema rapidità questa situazione, pena il rischio di andare incontro al blocco del servizio ed alla reazione, non solo dei medici che si sono già mossi, ma di tutto il personale.

E intanto le banche non anticipano.

D'altra parte, sappiamo che il Ministero del tesoro sta trattando, proprio in questi giorni, per vedere di trovare una soluzione per lo sblocco della situazione.

Il senatore Cali ha poi chiesto i requisiti delle convenzioni con università e scuole di specializzazione. Vi è un decreto del Presidente della Repubblica che detta i requisiti. La nostra convenzione ha individuato alcune scuole di specializzazione da collocare in via sperimentale, intanto, presso gli *ex* ospedali regionali. Abbiamo due sedi a Padova e Verona; gli *ex* ospedali regionali sono ubicati a Vicenza, Treviso e Venezia. Quindi, il primo esperimento di svolgimento di scuole di specializzazione sul territorio presso gli ospedali, lo effettueremo a partire dal 1984, presso le tre sedi ospedaliere. Un'altra scuola *extra* ospedaliera per l'igiene pubblica la facciamo presso il presidio multizonale di prevenzione a Vicenza, per tutto il territorio; mentre una di medicina del lavoro la facciamo a Mestre, nella nuova USL, data la presenza del grande polo industriale di Porto Marghera. Naturalmente i requisiti verranno verificati nel

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

17° RESOCONTO STEN. (1° marzo 1984)

momento in cui verrà scelta la struttura ospedaliera presso cui svolgere la scuola di specializzazione. La seconda domanda è stata su chi assume la responsabilità delle scuole di specializzazione. L'accordo è il seguente: il primario che sarà incaricato di gestire la scuola di specializzazione deve avere titolo di professore a contratto, per avere un livello paritario e poter dirigere la scuola di specializzazione con una sua autonomia e non in totale dipendenza. Questo è uno dei punti da noi posti con estrema chiarezza.

Un'altra domanda ha riguardato la tutela dell'ambiente, le strutture delle USL e l'ecologia. Noi abbiamo all'esame del consiglio un piano ecologico che abbraccia tutto il sistema delle acque, della atmosfera e del suolo, come pure dei rifiuti solidi e dei rifiuti delle concerie, eccetera. Questo progetto, complesso e globale, fa parte del settore dell'ecologia. Noi, in base ad una legge regionale sulla tutela degli ambienti di lavoro, abbiamo organizzato un servizio presso ogni unità sanitaria locale e in più sette servizi, uno per capoluogo di provincia, multizonali di prevenzione. Questi sette servizi sono dotati di quattro sezioni e assolvono anche le competenze dell'ENPI e della ANCC. Ogni sezione, biotossicologica, fisica, chimica e impiantistica ha un proprio rappresentante, uno dei quali, generalmente non medico, assumerà la responsabilità del presidio multizonale di prevenzione. Quindi, il responsabile potrà essere un ingegnere, un chimico o altro. Ciò è scritto con chiarezza nella nostra legge regionale sulla tutela della salute negli ambienti di lavoro. Inoltre, poichè i presidi multizonali di prevenzione devono anche affrontare l'importante discorso delle aree di inquinamento, sono stati dotati di apparecchiature più idonee, sono state ampliate le sedi, e gli organici sono stati portati a 517 unità, secondo le varie professionalità occorrenti. Il discorso va affrontato naturalmente anche in collegamento con il piano ecologico regionale.

Riguardo alle incompatibilità, mi rendo conto che si tratta di un punto estremamente delicato. Durante la trattativa contrattuale avevamo ipotizzato varie soluzioni che poi abbiamo abbandonato, perchè ogni soluzione

comportava implicazioni negative. Quando prima ho parlato di incompatibilità, ho indicato un traguardo. Noi vogliamo privilegiare il tempo pieno e per fare questo dobbiamo creare le condizioni perchè il medico sia portato al tempo pieno. La prima condizione, allora, è quella del trattamento economico, che non deve essere inferiore al trattamento globale economico che può percepire un medico a tempo determinato con in più le prestazioni svolte nel convenzionato. La seconda condizione è quella di fare in modo che il medico che sceglie il tempo pieno sviluppi in continuità il proprio livello professionale avendo, quindi, margini di possibilità di aggiornamento, di partecipazione a convegni scientifici, cioè possibilità di sviluppare la qualificazione della propria professionalità, altrimenti ci troveremo di fronte ad una dequalificazione del medico. L'obiettivo finale ideale dovrebbe essere quello di stabilire che i medici dovrebbero scegliere tra il Servizio sanitario nazionale a tempo pieno e la prestazione convenzionata o la libera professione. Mi rendo conto che per questo sono necessari passaggi pratici che comportano implicazioni...

**PRESIDENTE.** Sono due le possibilità di scelta; di fatto manca l'ipotesi della libera professione.

**GUIDOLIN.** Alla domanda del senatore Condorelli sulle convenzioni mutualistiche esterne e sul significato del loro annullamento, rispondo che noi ci troviamo di fronte a convenzioni ereditate e per legge non le possiamo annullare. Porto il caso della mia Regione. Abbiamo novantatre laboratori di analisi e presidi radio diagnostici, in più abbiamo circa 300 specialisti esterni convenzionati. Faccio due esempi: il 70 per cento delle prestazioni nella città di Padova è fatto dai privati, il 30 per cento dalla struttura pubblica; lo stesso avviene a Venezia. Nel resto del territorio, invece, abbiamo una non presenza, anche dove sarebbe necessario, di questi presidi. Ora, il nostro discorso è il seguente: così come abbiamo programmato le case di cura private, vorremmo programmare questi presidi, distribuendoli sul terri-

torio, là dove ci sono zone carenti o lontane dagli ospedali. Per fare questo, però, dobbiamo avere la facoltà di annullare l'esistente e di programmare il nuovo. Questo è quanto noi chiediamo. In due convegni gli stessi interessati si sono trovati d'accordo con la nostra proposta, pur sapendo che una parte di loro finirà per sparire. Infatti, la quantità delle loro prestazioni è superiore a quello che è il bisogno.

Il senatore Condorelli raccomanda, poi, una estrema attenzione perchè altrimenti corriamo il rischio di creare dei medici «di serie B». Sono d'accordo su questo, ma prima avevo detto che quando si parla di medici a tempo pieno non si intende che un medico si debba chiudere dentro un ospedale e debba fare soltanto assistenza. Bisogna creare tutte le condizioni affinché possano accrescere il livello qualitativo della loro professione. Quindi anche il discorso dell'aggiornamento e della ricerca deve essere affidato a medici che operino questa scelta di fondo.

I medici sul territorio, poi, andranno incontro ad una dequalificazione se non organizziamo corsi di aggiornamento per i medici di base, per i pediatri di base, per i medici di guardia medica. Abbiamo dovuto esonerare parte del personale dal prestare servizio il sabato affinché potesse partecipare a questi corsi che sono tenuti o da primari, o da docenti universitari.

Quanto al discorso dei giovani medici, mi rendo perfettamente conto che le scuole di specializzazione hanno un numero di posti piuttosto limitato. Nella Regione abbiamo sei specializzandi per la chirurgia plastica e trentacinque per la pediatria. Però, la convenzione che abbiamo stipulato con l'Università dice con molta chiarezza che «la quantità degli specializzandi viene definita d'intesa con la Regione e in rapporto agli obiettivi del piano». Noi, per esempio, registriamo nel piano una domanda di altri 900 pediatri.

È evidente, quindi, che quando attueremo le scuole di specializzazione presso gli ospedali del territorio dobbiamo tener presente il raggiungimento di questo obiettivo del piano che chiede 900 pediatri in più di quelli che attualmente sono in servizio. E così potrei

dire di qualche altra richiesta che riguarda soprattutto i medici di igiene pubblica, i medici di medicina del lavoro, gli oculisti, gli odontoiatri. Tutti questi sono settori che richiedono la presenza di specialisti. Quindi, nell'attivare le scuole di specializzazione, dobbiamo tenere presenti gli obiettivi posti dal piano.

Per quanto riguarda il passaggio al paramedico, sappiamo di avere moltissimi studenti gran parte dei quali non riuscirà mai a diventare medico. Già una parte cerca, anche oggi, di frequentare le scuole per paramedici. La nostra proposta è questa: coloro che hanno concluso tutti gli esami del primo biennio possono accedere al terzo anno di queste scuole paramediche di livello universitario. Potrebbero completare, in questo modo, un loro ciclo e potrebbero trovare una rapida occupazione, perchè questo personale è molto richiesto.

Rispondendo al senatore Alberti devo dire che il ruolo centrale dei medici lo intendo come ruolo di tipo professionale, perchè parlare di un Servizio sanitario nazionale senza che al centro vi sia la figura del medico mi sembra un po' contraddittorio.

La riforma non esalta il ruolo del medico anzi, forse, in parte lo punisce. Invece, tale ruolo deve essere visto anche sotto l'altro profilo, quello della cogestione: il medico va visto come un protagonista che deve in qualche modo cogestire e corresponsabilizzarsi nella cogestione per i motivi che ho detto prima, perchè la razionalizzazione della spesa dipende, a tutti i livelli, prevalentemente dal medico.

In questo senso, noi abbiamo esaminato alcune USL: il comitato di gestione decide e gestisce l'8 per cento dell'intera spesa sanitaria perchè tutto il resto o è determinato da centri di spesa o si tratta di spese obbligatorie. Credo che questo sia un punto fondamentale, sotto tutti gli aspetti.

C'è poi il discorso della legge finanziaria che obbliga alla programmazione. C'è stato chiesto se i 9.500 posti-letto che noi taglieremo nel giro di tre anni, unitamente a 119 strutture, tra divisioni e sezioni, tengono conto delle immigrazioni sanitarie che provengono da altre Regioni. Ora, noi abbiamo



12<sup>a</sup> COMMISSIONE

17° RESOCONTO STEN. (1° marzo 1984)

calcolato una utilizzazione del 73 per cento, lasciando uno spazio più che sufficiente per ospitare le domande esterne. A tutt'oggi ospitiamo ben 65.000 ricoveri *extra* Regione nel Veneto ma, nella saturazione dei posti letto, che nel 1986 arriverà al 73 per cento, ci sarà comunque lo spazio più che sufficiente, ripeto, per ospitare le domande provenienti da altre Regioni.

Un altro punto riguarda l'organizzazione dipartimentale. Il nostro piano prevede una organizzazione dipartimentale intraospedaliera e una organizzazione dipartimentale con il territorio. Tipico è il dipartimento d'urgenza che addirittura occupa tutta l'area di una Provincia (sono sette distribuiti nei sette capoluoghi) ma il problema principale è l'individualismo del medico. Scegliere il coordinatore, far lavorare in *équipe*, in coordinamento non è sempre facile ed ancora più difficile è creare questo coordinamento tra l'area ospedaliera e l'area *extra* ospedaliera. Comunque gli indirizzi, le scelte sono precise: si tratta anche qui di far maturare un tipo di lavoro in *équipe* anziché un tipo di lavoro strettamente individuale.

Al senatore Melotto risponderà il collega Baiardi. Preciso soltanto una cosa: per quanto riguarda il disavanzo, nel Veneto, abbiamo pareggiato il bilancio di competenza a tutto il 1982. Per il 1983, invece, non pareggeremo, ma usciremo fuori; uno dei motivi di sfondamento è stata la diffusione della voce che, in base ad una norma della legge finanziaria per il 1984, lo Stato avrebbe saldato i debiti a tutto il 31 dicembre 1983. Tutti i freni messi in essere per controllare e comprimere l'espansione, quindi, sono saltati.

Per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica, senatrice Basaglia, pubblicheremo, in questi giorni, un libro bianco che è stato deciso dal consiglio regionale nel 1982.

Abbiamo organizzato un gruppo di lavoro che ha messo insieme tutti coloro che si occupano di tossicodipendenza: Magistratura, Guardia di finanza, Carabinieri, Prefetture e perfino i nostri servizi (abbiamo dei servizi organizzati in ogni USL e abbiamo anche una legge sulla tossicodipendenza). Le posso anticipare che il censimento dei tossicodipendenti giovani nella nostra Regione

calcola dai 17.000 ai 20.000 individui. Le nostre comunità terapeutiche ne hanno contattato un numero inferiore ai 3.000. In trattamento autentico di recupero sono 226 persone. Si tratta di un problema serissimo e gravissimo, ma è certamente una battaglia che deve essere combattuta.

Innanzitutto va creata una trincea di solidarietà europea. Non possiamo bloccare singolarmente le grandi autostrade del traffico: o c'è una trincea europea che le taglia o altrimenti è difficile bloccare questo tristissimo fenomeno.

ROSSANDA. Non ho abusato nel fare domande; voglio solo osservare che il problema sollevato riguardava l'assistenza psichiatrica, non la tossicodipendenza.

ONGARO BASAGLIA. Infatti, avevo chiesto, in particolare, un giudizio complessivo sull'andamento regionale dell'applicazione della legge n. 180. Avevo poi richiesto una documentazione al presidente Landi.

GUIDOLIN. Quanto all'applicazione della legge n. 180 nel Veneto, abbiamo attivato i servizi ospedalieri, arrivando a 420 posti letto. Posso dire che le prestazioni ambulatoriali sul territorio sono decisamente aumentate in questi ultimi anni, il che vuol dire che è stata attivata l'assistenza.

Abbiamo organizzato un'*équipe* unica psichiatrica per ogni USL composta da sette medici, due psicologi, due assistenti sociali e trenta infermieri. Il nostro progetto sul piano psichiatrico prevede un investimento di 22 miliardi e 500 milioni per strutture alternative sul territorio (case di salute mentale polyvalenti).

Inoltre, dovrebbero essere inserite anche delle piccole unità protette. Abbiamo mille famiglie — secondo i dati di un censimento — che vivono il dramma di un familiare con una malattia piuttosto acuta. Quindi cerchiamo di sollevare queste famiglie, attraverso le strutture alternative, dall'enorme peso che sopportano, perchè praticamente l'onere maggiore ricade proprio sulle famiglie.

Pensiamo nel giro di due o tre anni, con l'investimento di questi 22 miliardi e 500

milioni, di dare una risposta perlomeno a quelle famiglie che accusano questo gravissimo onere.

Sul piano della legge n.180, abbiamo mandato avanti il nostro orientamento, che cioè venga rivista in due sensi. Innanzitutto, sia pure con tutte le cautele, a nostro avviso dovrebbe essere ripristinato in qualche modo il trattamento sanitario obbligatorio, perchè una legge non può cancellare una malattia, tanto meno forme acute di una malattia. Contemporaneamente bisogna però attivare le strutture alternative sul territorio, perchè questa è la mancanza che abbiamo accusato.

La legge n.180 inoltre non è stata finanziata: ha imposto delle alternative, ma non ha creato le condizioni di finanziamento.

Per quanto riguarda le domande della senatrice Rossanda e in particolare quella sulla dirigenza, la forma giuridica che indichiamo per l'alta dirigenza è il contratto a termine. La sperimentiamo già con lo statuto della nostra Regione, dove abbiamo i dieci massimi dirigenti che vengono assunti con un contratto a termine. Possono essere assunti all'interno della burocrazia o dal libero mercato.

Si è trattato di una grossissima battaglia e non è facile che passi a livello nazionale. Però lo statuto è stato approvato e debbo dire che l'esperienza è abbastanza positiva, anche perchè c'è la possibilità della revoca.

Il discorso, semmai, è quello di avere un *manager* che si prelevi dal libero mercato, il quale affronti un periodo quinquennale di lavoro ma rimanga nell'incertezza del dopo-quinquennio. Comunque noi, su dieci dirigenti, ne abbiamo recepiti sette dall'interno e tre dal libero mercato.

Per la sua ultima domanda, senatrice Rossanda, trasmetterò alla Presidenza della Commissione il testo delle convenzioni che abbiamo stipulato con le due Università, e che sono già approvate dal consiglio regionale.

Rispondendo al senatore Monaco, secondo noi la USL non è una struttura pleonastica: si tratta di renderla più funzionale per il servizio sanitario. Se è in atto un'iniziativa del Governo per apportare certe modifiche non lo so, ma in ogni caso è una scelta di

fondo, carica anche di importanza politica, che ha dato contenuti reali al decentramento.

*BAIARDI.* Più di uno di voi si è soffermato sugli aspetti istituzionali delle USL. La mia opinione è che non ci si possa spostare dalla linea della crescente responsabilità dell'ente locale, e il discorso a questo punto non è ideologico.

Nella realtà piemontese i 320 distretti, nella loro stragrande maggioranza, sono pluricomunali e mi ripropongono di nuovo lo stesso problema. Infatti il Piemonte parte da Comuni con cento abitanti e arriva alla città di Torino con 1.200.000 abitanti circa. Tra un estremo e l'altro però si hanno seicento Comuni sotto i 1.000 abitanti. Da questo punto di vista comprenderete il problema di dare a questi Comuni una responsabilità che non coincide nemmeno con la dimensione del distretto, considerando che questa dimensione nella nostra realtà arriva mediamente a 10-12.000 abitanti, anche nelle zone montane.

La Val Chiusella ha quattordici Comuni e 4.000 abitanti; l'abbiamo fatta diventare un distretto, però le conseguenze per il ruolo di ogni Comune si possono immaginare. Noi operiamo affinché attraverso il distretto, che si avvale di quelle comunità montane, si superi l'elemento di polverizzazione degli abitanti.

Senza contare che non sempre il Comune non ha *hinterland*; esiste il Comune che può essere un distretto, ma siamo costretti ad ingrandirlo per ricomprendere altri tre o quattro Comuni.

Personalmente appartengo a quella categoria di gente che ha riflettuto molto su tali questioni e ho sempre pensato che l'unità socio-sanitaria con dimensioni ragionevoli possa essere il Comune del futuro; ma questa è un'opinione molto personale.

Il discorso di fondo è come considerare la realtà di questi piccoli Comuni, sapendo che molti Comuni piemontesi hanno al loro interno otto-dieci frazioni, per cui il numero dei Comuni non dice niente sulla agglomerazione della gente. Ad esempio il Comune di Asti ha 70.000 abitanti ed è costituito da un

capoluogo e da venti frazioni, che non hanno nulla di diverso dai Comuni contigui per numero di abitanti. L'esistenza del Comune di Asti non significa niente come unità amministrativa se gli tolgono il centro.

Semmai ci dovrebbe essere un discorso più generale, cioè che la soluzione corretta sta nella riforma del sistema delle autonomie, che ponga — sotto certi aspetti — elementi di agglomerazione funzionale.

RANALLI. Questo è un discorso contestuale!

BAIARDI. Proprio per questo. Abbiamo due realtà totalmente diverse, agli antipodi: da una parte è necessario l'accorpamento al fine di garantire efficacia ed efficienza; dall'altra, nelle grandi aree urbane è necessario scorporare per garantire ugualmente efficacia ed efficienza. Ad esempio per Torino, si è giunti ad una soluzione dopo un lungo dibattito proprio tentando di superare questi scogli; dalle attuali ventitre USL si arriverà ad un numero che si aggirerà intorno a nove o dieci. In una visione futura quindi la città di Torino, nella gestione dell'attività socio-sanitaria ad esempio, che costituisce un momento trainante, vedrà una riconversione delle attività dei quartieri che faranno capo non più a ventitre USL, ma a nove-dieci soltanto. Viceversa, nelle comunità montane vi sarà una ricomposizione di potere con un recupero di funzioni esterne. Non ho nessun imbarazzo ad affermare che quelle che mi creano meno problemi sono proprio le due comunità montane che gestiscono direttamente l'attività socio-sanitaria. Queste, tradizionalmente impegnate in attività assistenziali hanno recuperato le attività sanitarie e le hanno collocate in un contesto generale; gestiscono gli ospedali e tutto il resto senza i drammi della settorializzazione sanitaria e socio-sanitaria. Questa è la mia esperienza. Non so come abbiano reagito le comunità montane di altre regioni come ad esempio il Veneto. In base alla mia esperienza, l'agglomerazione di queste comunità — come quelle della Val Chisone, Germanasca e Val Pellice — è già una realtà ed è di fatto il futuro Comune di 30-50.000 abitanti. Teoricamente queste co-

munità non si sarebbero potute accorpare per la loro dislocazione, ma nonostante ciò il sistema funziona.

Questa esigenza di una più ampia attività la deriviamo anche da esperienze come quella del Veneto, dove già dal 1976 vi erano i consorzi socio-sanitari, a cui poi sono state aggregate le funzioni sanitarie. In questo ambito quindi vi è una tradizione di rapporto. Da questo punto di vista le nostre questioni in campo assistenziale scontano certamente tutti i problemi, ma successivamente da noi si è adottata una legge regionale che ha permesso di inglobare tutte le risorse socio-assistenziali in unico fondo regionale. Per cui alle USL viene distribuita la quota del Fondo sanitario nazionale insieme alla quota socio-assistenziale. Questo ci ha semplificato molte cose, però abbiamo dovuto introdurre altre misure come ad esempio una contabilità distinta con una rendicontazione trimestrale. Comunque, avremo tempo fino alla fine dell'anno per attuare una gestione globale della parte socio-assistenziale con quella sanitaria in funzione di questa nuova realtà.

Stiamo lavorando anche per il ruolo del personale socio-sanitario: solo in questo modo infatti si potrà cogliere la dimensione generale di tutte le problematiche del personale, ben sapendo che la distinzione in termini di soldi e di contratto crea una montagna di problemi.

Siamo riusciti a sdrammatizzare le questioni connesse all'articolo 26 della legge finanziaria per il 1984 e dal punto di vista giuridico-formale le cose non sono cambiate. Le vicende infatti sono andate in maniera tale che si è riusciti a portare a termine l'operazione senza troppi problemi; ci è stato chiesto il riparto — ed è stato concesso — dell'ultimo residuo delle risorse per il 1983 non ancora incassate ma già deliberate, e questo prima dell'assegnazione in termini di cassa. La cosa ha influenzato positivamente il rapporto con le banche tesoriere e ha permesso una anticipazione con qualche riserva (che secondo me sarà superata) sugli interessi.

Per quanto riguarda le informazioni sui farmaci devo dire che la sensibilità nelle

diverse USL è profondamente diversa, comunque, attraverso queste siamo riusciti a capire molte cose. Infatti, il medico, sapendo di dover rendere conto solo alla propria USL e non essendo a conoscenza del fatto che esiste una rendicontazione della mobilità sanitaria, spesso al paziente consiglia di spendere le ricette per i farmaci più urgenti nella propria USL, inoltre prepara una ricetta posdatata per i restanti prodotti farmaceutici, in modo che l'assistito possa prenderli anche in altre zone della Regione. Questo è un esempio di quello che accade quando vi è un problema di passaggio all'indiretta; le persone pur di non pagare sono capaci di percorrere chilometri.

Quanto ai tecnici ambientali, abbiamo preparato su varie specializzazioni trenta laureati e, in diversi rami, cento tecnici. Questi corsi di formazione, della durata di un anno, li abbiamo organizzati in quanto l'Università non li prevede. Naturalmente i cicli formativi sono stati attuati in collaborazione con l'Università e si svolgono in questa. Abbiamo anche modificato le piante organiche per inserire gli elementi che vengono preparati con questi corsi. Una parte di tale personale è già stata inserita, altri saranno inseriti nel prossimo futuro.

È stato poi messo in evidenza dal senatore Condorelli il problema della dequalificazione del personale medico operante sul territorio. La mia opinione è che gli elementi organizzativi istituzionali non sono sufficienti ad affrontare tale questione se non c'è la volontà degli interessati e se noi non cambiamo prima il clima generale, e poi anche il ruolo e l'attività organizzativa. Per quanto riguarda la specialistica sul territorio questa è mediamente meno qualificata di quella ospedaliera. Noi tendiamo ad affrontare il problema in maniera unitaria, costringendo questi due settori a lavorare insieme e a collaborare. Riconosco che la cosa non sarà semplice, ma è necessario raggiungere l'obiettivo se vogliamo una maggiore qualità ed efficienza, e se non vogliamo che il Servizio sanitario nazionale si divida in aree di monopolio. La chiave di volta è nella politica distrettuale, e allora il discorso si riferisce al rapporto tra specialisti e medici di base, in

quanto il distretto, contrariamente a quello che qualcuno afferma continuamente, è la sede nella quale potrà esservi un confronto tra attività medico generica e specialistica.

Per quel che riguarda la crescita di professionalità specialistica dei medici di base, si tratta di un filtro che è un recupero di specializzazione del medico di base. Ovviamente per qualcuno si tratta di un recupero rispetto al suo corso universitario, per altri di un recupero di nozioni lontane e dimenticate, per altri ancora di un recupero di una realtà ambientale che presuppone un certo impegno ma che, in primo luogo, presuppone il superamento del proprio impiego di medico di base ed il confronto con altri per realizzare forme di medicina di gruppo, di attività di gruppo.

Al senatore Alberti vorrei fornire alcune risposte circa il problema dell'immigrazione dei malati dal Sud. Abbiamo 32.000 posti-letto, puntiamo a ridurre tale numero e siamo già riusciti ad eliminarne una buona parte. Su 28.000 posti-letto previsti nel nostro primo piano — obiettivo che non so se riusciremo a realizzare — i posti occupati tutti i giorni in Piemonte sono 21.000, esattamente il 75 per cento, una soglia che può permettere tutto in ragione della crescita demografica e in relazione al problema Nord-Sud.

Sono pienamente d'accordo sul fatto che per la politica degli investimenti, delle strutture e della formazione debbano valere gli obiettivi della politica di piano, ma credo che per la spesa corrente debba valere il *pro capite*, sia pure corretto. Sono due criteri, due linee generali; infatti, se si realizzano gli investimenti oggi, quando si avrà la conseguenza sulla spesa corrente? Tra due anni? È inutile operare sulla spesa corrente adesso.

Un corretto sistema informativo può recuperare nel giro di sei o sette mesi tutte le notizie e apportare tutti i correttivi che ragionevolmente possono essere realizzati in questa direzione, anche quelli relativi alla multiregionalità di certe strutture.

Il senatore Melotto ha posto una serie di questioni; alla prima, quella relativa alla unità sanitaria locale, credo d'aver già risposto anche se, nella mia visione, la riduzione

del numero dei membri del comitato di gestione, da una parte consente maggiore puntualità all'interno di questo organo che deve applicare il piano che esso stesso si è dato, e dall'altra consente di affidare un ruolo più pregnante all'assemblea, non svuotata del dibattito politico in sede di realizzazione. Ciò pone il problema delle minoranze nel comitato di gestione ma credo che, più che di un problema di minoranze che si potrebbe astrattamente porre, si tratti di un problema di cultura.

Si tratta, infatti, dello stesso fenomeno che si verifica nelle aziende municipalizzate dove vi è sì un embrione di dibattito politico che però non si esprime mai in modo tale da paralizzare il ruolo del Comune. Tutte le delibere delle aziende municipalizzate, infatti, vanno rigorosamente in consiglio comunale e seguono un *iter* che purtroppo non seguono le delibere delle unità sanitarie locali. Siamo in presenza di un problema culturale che si è creato nel nostro paese — e tutto sommato la responsabilità è anche nostra, degli amministratori regionali — per cui risulta vero quanto affermava il sindaco Novelli che sostiene che quando nel consiglio comunale di Torino si passa a trattare di determinati argomenti il 50 per cento dei consiglieri se ne va e si fatica a mantenere il numero legale.

Vorrei chiedere però al sindaco Novelli quante volte nel consiglio comunale di Torino egli ha posto il problema generale del funzionamento del servizio sanitario e dei programmi di attività delle unità sanitarie locali. Non lo ha mai posto ed è chiaro che se pone il problema delle delibere i consiglieri si alzano e se ne vanno. Il problema è quello di rendere l'assemblea la sede nella quale si discutono i programmi di ordine generale.

È in questo modo che si realizza una reale valorizzazione dell'assemblea e non costringendo quest'ultima a tutta una serie di sedute defatiganti ed inutili.

RANALLI. In quel caso è il consiglio comunale, ma vediamo che cosa avviene nel rapporto tra assemblea generale ed altri consigli comunali.

BAIARDI. Mi permetto di dire che nell'esperienza piemontese, come amministratori forziamo molto nel senso del funzionamento dell'assemblea e si può costatare come sia mancato più volte il numero legale nel consiglio comunale di Torino rispetto a quanto avviene negli altri consigli comunali.

Il problema, secondo me, è quello di vedere di che cosa si discute, di chi sono le reali competenze; è fuor di dubbio che, non avendo mai avuto una quantità di risorse necessarie, quantificate in tempo, che permettessero di fare dei bilanci e dei programmi reali, facendo sempre tutto a posteriori qualsiasi assemblea non conta niente. Quest'anno, ad esempio, mi sono battuto e ho fatto approvare tutti i bilanci per il 1984 prima del 31 dicembre. Ci sono riuscito costringendo a presentare un minimo di relazione. Vedo che una maggiore responsabilità incomincia ad affermarsi, non avendo dato credito l'assemblea solo al comitato di gestione ma essendo stata chiamata ad approvare un documento più complesso.

Per quanto riguarda i problemi del fondo sanitario, sono nettamente contrario all'introduzione di *tickets* nel caso di uno sfondamento del «tetto» di spesa previsto nella legge finanziaria a livello regionale. Ciò, secondo me, sarebbe una iattura perchè ci complicherebbe ulteriormente il problema. Sono favorevole, invece, ad una tassa, ad una sovraimposizione sul reddito.

MELOTTO. Non ho proposto il *ticket* a livello regionale perchè questo, se ha senso, lo ha a livello nazionale.

ROSSANDA. Però avete votato a favore dell'introduzione dei *tickets*.

MELOTTO. A livello nazionale, ripeto.

ROSSANDA. Nella legge finanziaria si prevede la figura dei *tickets* regionali.

BAIARDI. Si tratta di un'espressione ambigua; si può intendere quello che si vuole.

MELOTTO. È un'espressione ambigua; parlo di momento impositivo a livello regionale.

RANALLI. Vi siete pentiti a questo riguardo. Sono cose che abbiamo vissuto tutti.

MELOTTO. Non c'è nessuno che si pente. Vorrei sapere se l'imposizione, lo spostamento che opera la legge finanziaria dai Comuni alle Regioni a un certo momento possa aggiungersi al reddito oppure se si tratta di una tassa sul servizio.

BAIARDI. Avendo colto il senso della domanda, mi pare molto più ragionevole la prima ipotesi perchè si ricollega allo spirito della parte finanziaria relativa al finanziamento del servizio sanitario, contenuta nella legge n. 833 del 1978 perchè questa è, infatti, la filosofia di tale legge. Il finanziamento è pagato dai cittadini in ragione del proprio reddito. Da questo punto di vista mi parrebbe più logica la prima ipotesi.

Personalmente sono contrario a quel punto della legge finanziaria che permette alle singole Regioni di migliorare le prestazioni agguagliando proprie risorse; si tratta, infatti, di un'affermazione puramente di principio perchè a questo punto il problema sarebbe quello di attingere alle proprie risorse per coprire il *deficit*. Mi parrebbe necessario affermare che i diritti del cittadino sono identici in qualsiasi angolo d'Italia e altrettanto i doveri. Semmai, vi è il problema di quando si sfonda il «tetto» di spesa previsto dalla legge finanziaria, il che vuol dire che i doveri non sono stati assolti in modo giusto; in tal caso bisogna che chi ha violato questa norma se ne assuma la responsabilità.

Per quanto riguarda il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, ripeto che sono favorevole ad una modifica e aggiungo anche che è in corso il lavoro della commissione interregionale con le proposte concrete che le Regioni formulano per tale modifica. Sono favorevole, inoltre, alla dirigenza a contratto e vorrei anche rassicurare quanti hanno delle preoccupazioni perchè questa situazione è già in atto in tutte le aziende municipalizzate.

Nell'azienda dei trasporti di Torino, ad esempio, presso la quale ho lavorato tanto tempo fa, i venti dirigenti venivano rinnovati

ogni tre anni e non si è neanche creato il dramma di coloro che perdevano il posto perchè la stragrande maggioranza di essi veniva riconfermata e tutte le volte solo uno o due dirigenti venivano rimandati a casa.

Infatti, o si rientra a livello inferiore, al più alto livello del personale e si viene declassati, o si rientra con il contratto non dei dirigenti (infatti esiste questa duplice situazione contrattuale), oppure si resta nell'azienda. Ma nel caso che si voglia restare, occorre avere i requisiti. Certo, tutto ciò presta il fianco alle vicende politiche; tuttavia, vi chiedo, quale scandalo politico si è mai verificato presso le aziende municipalizzate, rispetto a questo profilo? Non ve ne è stato alcuno!

L'importante è che questa materia sia regolamentata sul piano contrattuale in modo chiaro e netto: dopo di che voglio vedere se può essere cacciato via un dirigente che lavora bene. Che interesse possono avere gli amministratori di una azienda ad estromettere un dirigente capace solo perchè la pensa diversamente? D'altro canto è anche vero che il dirigente deve applicare le direttive del consiglio di amministrazione, deve portare avanti il programma prefissato e non un altro. Quindi, da questo punto di vista, sono d'accordo nel sostenere l'esigenza di una autonomia manageriale, ma finalizzata ad una politica che deve mantenersi all'interno di scelte definite.

Sono dunque le leggi del mercato che continuano a prevalere e che devono sgomberare il campo dalle preoccupazioni eccessivamente garantiste, anche se, nella normazione di questa materia, occorre essere puntuali, precisi, sapendo che vi possono essere, all'interno del settore della sanità, condizioni particolari che esigono cautela. Incamminarsi in direzione di questa sperimentazione è secondo me essenziale; soprattutto dico questo per la concezione che ho: una prospettiva manageriale ha un senso se ha individuato obiettivi chiari da realizzare, se ha a disposizione una certa quantità di risorse, di personale, di normative, talchè il dirigente può muoversi per raggiungere determinati obiettivi. Ove il dirigente riesca a risparmiare, le risorse sa-

ranno redistribuite in parte al personale, ed al dirigente ovviamente, ed in parte saranno allocate per la politica degli investimenti; ove invece non riesca a risparmiare, dopo tre o cinque anni, verrà il giudizio negativo nei suoi confronti. Il solo fatto che esista questo «appuntamento» costituisce un deterrente di primaria importanza.

Il senatore Melotto ha posto il problema del sistema informativo. Sono un fanatico di questo aspetto. Nei prossimi giorni inizierà a funzionare il nostro sistema di collegamento persino per la trasmissione degli «RT» sul sistema interno e sarà possibile realizzare, con il medesimo meccanismo la trasmissione a Roma. Tuttavia, quello che oggi ci unifica a livello nazionale sono soltanto le tabelle ISTAT, perchè ancora non abbiamo una documentazione del sistema informativo, che viene oggi realizzato a piacimento di ciascuno. Vi è un'assenza assoluta di coordinamento: se quattro anni fa si fosse istituita una prima tabella, sarebbe stato possibile omogeneizzare e correggere i vari sistemi informativi. Nell'attesa di un sistema informativo perfetto, invece, non abbiamo realizzato neppure le modulistiche. Sono terrorizzato all'idea che un giorno verrà fuori una modulistica nazionale che ci costringerà «a fare le capriole» e se non ne saremo messi a conoscenza almeno un anno prima perderemo la continuità dell'informazione.

Ci è stato chiesto dalla senatrice Rossanda di trasmettere le convenzioni. Se ci riferiamo alle convenzioni nuove, però, c'è solo quella del Veneto con le Università. Va considerato in questa ottica un effetto incrociato: da un lato ci orientiamo a ridurre il numero dei posti-letto, togliendo così spazio al personale del servizio sanitario; d'altro canto il personale universitario, con tutto il meccanismo degli associati, richiede grandi quantità di posti-letto. Questo ragionamento può anche essere sbagliato, ma di fatto la polemica verte su di esso.

Il problema è in verità più complesso: il destino della norma che prevede l'utilizzo del personale del Servizio sanitario nazionale per l'insegnamento ordinario e per le specializzazioni è quello di non essere attuata o di essere attuata perlomeno in misura decre-

sciente; perchè la quantità di docenti che ha l'Università di Torino a medicina e chirurgia è così grande che, per utilizzare il personale del servizio sanitario, qualcuno, che è regolarmente retribuito dalle Università, non fa niente.

È l'intreccio di tutti questi aspetti dunque che permette di dare una risposta alle domande circa l'utilizzo del personale universitario e del personale del servizio sanitario nell'insegnamento generale o specialistico.

Quando l'Università si accorda con la Regione vorrebbe che fossero già pattuiti i posti-letto nelle unità sanitarie locali, perchè vi è una esplicita e non solo latente preoccupazione, che peraltro ci induce a ragionare, che la convenzione di principio non si traduca in realtà per quanto riguarda i posti-letto. Io non so se Guidolin è riuscito a non discutere dei posti-letto — se ci è riuscito mi congratulo con lui — così come io sono costretto a fare.

*GUIDOLIN.* Non è questo il problema. Anzi, la sostanza delle convenzioni è costituita proprio dalle divisioni, dai servizi, dalle sezioni aggregate, dalle direzioni universitarie: il cosiddetto «gruppo B». Infatti vi è l'area clinica, l'area della direzione universitaria e poi c'è l'area di partecipazione diretta delle strutture ospedaliere. Il problema più rilevante lo si rinviene nella fascia B, cioè nell'area della direzione universitaria. Si tratta di una scelta politica: certamente vanno fatte le convenzioni, se ciò porta le Università a un ruolo di dimensione regionale anzichè locale; vi è in tal modo un dare e un avere di sostanza. Tutto si quantifica in posti-letto e strutture.

*BAIARDI.* Non ho dubbi su tutto questo. Nella regione Piemonte però siamo in presenza di una situazione peculiare perchè l'Università non ha alcuna struttura autonoma. Tutto è inserito all'interno del Servizio sanitario nazionale: è un fenomeno unico in Italia. I termini sono molto più accentuatamente contrattuali.

Riguardo alle due questioni che ha posto il presidente Bompiani, devo dire che nella nostra legge di piano abbiamo deciso di

12ª COMMISSIONE

17° RESOCONTO STEN. (1° marzo 1984)

contenere la percentuale del convenzionamento al 10 per cento. La decisione è passata a livello centrale, come spero che passi la decisione adottata dalla regione Veneto. Questo non significa che vengano meno i dubbi di costituzionalità: si tratta comunque di una legge operante. È sicuramente una tendenza, ma se non ignoriamo il discorso degli incentivi di produttività, che significa poi far crescere con l'impegno il servizio sanitario, è pur vero che oltre una certa soglia non c'è più il lavoro.

Oltre una certa soglia bisogna cominciare a ragionare sui parametri. Allora la soluzione può essere il consumismo sanitario, ma noi lo combattiamo con un articolo della legge finanziaria. Debbo dire che tutta la valutazione che noi facciamo sulle convenzioni, che accettiamo o respingiamo, parte da un'analisi seria e concreta di quali sono le dotazioni di una struttura, quanti esami vengono compiuti, qual è il fabbisogno, valutato non in termini medi ma in termini massimali. Quando c'è ancora uno spazio, esso viene riconosciuto, ma quando lo spazio non c'è più è inutile che stipuliamo convenzioni che poi renderanno più difficili il funzionamento del servizio. La legge n. 833 risolve già il problema del personale; c'è un meccanismo che permette di inserire nel servizio sanitario in modo prioritario fuori dei concorsi il personale delle strutture sanitarie private che chiede di volersi collocare. Tali questioni vanno comunque risolte *cum grano salis*, e in particolare mi riferisco alla libera professione.

Mi sono sempre opposto ad un'interpretazione dell'esercizio della libera professione nell'ospedale in termini riduttivi; da questo punto di vista, se noi facilitiamo lo svolgersi di un'attività di libera professione all'interno dell'ospedale evitiamo al medico ospedaliero anche la perdita di tempo di andare a prestare la propria attività in una casa di cura privata, anche se questo discorso può valere per una piccola parte, per quelli cioè che non hanno interessi di altro genere, e non dico «altri» in senso deteriore, in quanto vi possono essere i motivi più vari per operare determinate scelte.

Vorrei rilevare, per quanto riguarda l'utilizzo del personale, che, defalcando le quattro ore per la formazione professionale, le ore di differenza reale fra tempo pieno e tempo definito vengono ad essere non più di tre-quattro, con una retribuzione sostanziale a regime che è circa del doppio.

Ritengo che questa situazione, senza intervenire con atti amministrativi, per un serio privilegio del tempo pieno e per dare la possibilità dell'esercizio della libera professione, all'interno del servizio sanitario, esiga prudenza e atti concreti. Per esempio, man mano che verranno chiusi dei posti-letto da attività ordinaria si creeranno spazi per l'esercizio della libera professione, e ho costato che tale possibilità è accolta con particolare interesse dal personale medico. In questo modo, anche determinate interpretazioni o ipotesi perderebbero rilevanza polemica assumendo la loro dimensione, se si tiene conto che quello di cui il paese ha veramente bisogno è un servizio sanitario adeguato ed efficiente.

**PRESIDENTE.** Ringrazio i nostri ospiti per l'apporto che oggi hanno dato ai lavori di questa Commissione. Credo che le questioni sulle quali essi si sono soffermati verso la fine della audizione e cioè quelle relative ai problemi del convenzionamento esterno del personale, il problema delle aliquote e soprattutto quello dei rapporti con le Università, saranno riprese con la massima attenzione nelle prossime sedute perchè ciò è previsto anche dal calendario. Su tali questioni non sono intervenuto, proprio perchè ci saranno altre occasioni nelle quali potremo completare la nostra globale visione del problema; ma a proposito dei rapporti convenzionali fra Regione e Università ritengo tuttavia che sia giusta la richiesta di trasmettere intanto quanto c'è di disponibile. Gran parte delle convenzioni Università-ospedale sono anteriori al 1974; poi sono state ereditate dalla Regione, ma non c'è stato un meccanismo nuovo di convenzione Università-Regione, se non estemporaneo, e solo l'applicazione del decreto 11 novembre 1982, ex articolo 39 della legge n. 833 del 1978, può de-



12<sup>a</sup> COMMISSIONE

17° RESOCONTO STEN. (1° marzo 1984)

terminare lo sviluppo necessario in tal senso. Quindi sarà molto utile per noi, prima dell'audizione dei presidi delle facoltà mediche e dei rettori delle Università, — che è prevista, credo, per la fine di marzo o per aprile — ricevere intanto qualche notizia dalle Regioni dove questo processo è più avanzato.

Poiché non si fanno osservazioni, dichiaro conclusa l'audizione.

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

*I lavori terminano alle ore 14,05.*

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

*Il Consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici*

DOTT. ANTONIO RODINÒ DI MIGLIONE