

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

30° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 17 APRILE 1984

(Pomeridiana)

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE

Audizione di rappresentanti di istituti di ricovero e cura di Bologna, Milano e Pavia

PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 6 e <i>passim</i>	<i>DELLA PORTA</i>	Pag. 6, 20, 21 e <i>passim</i>
BOTTI (PCI)	11	<i>MANZOLI</i>	3, 16
CALÌ (PCI)	12, 22	<i>MAUGERI</i>	5, 20
COLOMBO SVEVO (DC)	14	<i>ROSSI BERNARDI</i>	8, 11, 18
CONDORELLI (PCI)	11, 21		
JERVOLINO RUSSO (DC)	13		
MELOTTO (DC)	20		
ONGARO BASAGLIA (Sin. Ind.)	14		
RANALLI (PCI)	11		

Audizione dei rappresentanti della Federazione nazionale pubbliche assistenze e del Movimento di volontariato italiano

PRESIDENTE	Pag. 23, 25, 31	<i>PETRUCCI</i>	Pag. 29, 30
COLOMBO SVEVO (DC)	23	<i>TAVAZZA</i>	23, 25, 28
JERVOLINO RUSSO (DC)	24		
MELOTTO (DC)	24, 28		
MERIGGI (PCI)	25		
ONGARO BASAGLIA (Sin. Ind.)	24, 30		

Audizione di rappresentanti dell'Unione sindacati professionisti del pubblico impiego

PRESIDENTE	Pag. 31, 36, 37	<i>AMATO</i>	Pag. 32, 37
BOTTI (PCI)	36		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per gli Istituti ortopedici Rizzoli di Bologna il presidente professor Francesco Antonio Manzoli e il segretario generale professor Leonello Ricci; per l'Istituto nazionale tumori di Milano, il professor Giuseppe Della Porta; per l'Istituto San Raffaele di Milano, il presidente professor Luigi Rossi Bernardi; per la Fondazione clinica del lavoro di Pavia, il presidente professor Salvatore Maugeri; per la Federazione nazionale pubbliche assistenze, il segretario nazionale dottor Patrizio Petrucci; per il Movimento di volontariato italiano, il segretario nazionale dottor Luciano Tavazza; per l'Unione sindacati professionisti del pubblico impiego, il segretario generale ingegner Osvaldo Amato, il segretario regionale ingegner Pino Scirto, il segretario provinciale architetto Gualtiero Gualtieri e il segretario per l'ISPESL, ingegner Armando Cappuccio.

I lavori hanno inizio alle ore 16,45.

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

È oggi in programma l'audizione di rappresentanti di istituti di ricovero e cura di Bologna, Milano e Pavia, del volontariato italiano e dell'Unione sindacati professionisti del pubblico impiego.

Se non si fanno osservazioni, verranno anzitutto ascoltati i rappresentanti di istituti di ricovero e cura di Bologna, Milano e Pavia, quindi i rappresentanti del Movimento di volontariato, ed infine quelli dell'Unione sindacati professionisti del pubblico impiego.

Vengono quindi introdotti il professor Francesco Antonio Manzoli, il professor Leonello Ricci, il professor Giuseppe Della Porta, il professor Luigi Rossi Bernardi e il professor Salvatore Maugeri.

Audizione di rappresentanti di istituti di ricovero e cura di Bologna, Milano e Pavia

PRESIDENTE. Do anzitutto il benvenuto ai nostri ospiti, che ringrazio per essere intervenuti alla nostra seduta.

La nostra indagine sta per concludersi; volevamo però sentire direttamente, dai rappresentanti degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i problemi più vivi che riguardano questa categoria di istituzioni operanti nel Servizio sanitario nazionale. Certo, non avremo oggi la possibilità di approfondire tutti gli aspetti. Ritengo tuttavia che, sia attraverso l'esposizione diretta, sia attraverso l'invio di memoriali e appunti, potremo formarci ugualmente un'opinione sullo stato dell'arte di questi istituti a distanza ormai di cinque anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale ed a distanza di circa quattro anni dal riconoscimento degli istituti stessi o almeno dal riconoscimento in rapporto alla nuova normativa per quelli che già erano classificati, e vedere quali problemi sono nel frattempo sorti, quali soluzioni sono state date, quali prospettive vi sono e quali suggerimenti possono essere dati per migliorare il funzionamento di queste importanti istituzioni.

Do la parola al professor Manzoli, presidente degli Istituti ortopedici Rizzoli di Bologna.

MANZOLI. Ringrazio l'onorevole presidente, professor Bompiani, e gli onorevoli senatori. Desidero anzitutto puntualizzare alcuni dati riguardanti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico dal punto di vista di chi, come me, vive al loro interno da circa quattro anni. Essi rappresentano, nell'ambito del sistema sanitario nazionale, organismi dotati di strutture autonome e di organi gestionali propri, chiamati a svolgere, nel contesto di un qualificato livello di prestazioni sanitarie, specifiche attività di ricerca scientifica biomedica.

Il dettato istituzionale ne indica chiaramente le finalità e gli scopi, che sono principalmente rivolti ad «acquisire conoscenze originali in ambiti disciplinari connessi con aspetti di salute pubblica di particolare gravità e diffusione»; a «svolgere ricerche finalizzate alla miglior strutturazione dei servizi attraverso la sperimentazione di modelli aventi come fine l'ottimizzazione del rappor-

to costi-benefici per le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche» e, inoltre, ad «assicurare la prima fase di trasferimento operativo alle strutture sanitarie nazionali dei risultati di ricerca avanzata di base ed applicata ottenuti dal sistema scientifico nazionale ed internazionale».

Queste esigenze avanzate dal paese vengono a porsi quasi spontaneamente, per le caratteristiche che presenta l'attuale medicina, la quale ha praticamente raggiunto in tutti i suoi settori livelli di specializzazione estremamente elevati, tali da richiedere, nell'ambito della specifica patologia — che in particolare per il Rizzoli riguarda soprattutto la traumatologia e le malattie dell'apparato locomotore — approcci multidisciplinari e profonda esperienza; un patrimonio di cultura umana che non può prescindere dall'impiego di sofisticati strumenti la cui reale efficacia è normalmente legata non tanto alle caratteristiche tecniche, quanto al livello operativo e culturale della struttura sanitaria.

Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico rappresentano attualmente nel paese forse le uniche strutture dotate di tali caratteristiche in quanto, avendo autonomia operativa e soprattutto radicate tradizioni ed esperienze, sia nell'assistenza sanitaria sia nella ricerca finalizzata, possono rispondere a queste precise finalità. Tali istituti offrono inoltre precise garanzie alla società in quanto sono sottoposti, come diceva il presidente Bompiani, a verifiche periodiche, quinquennali, dell'attività svolta e sono coordinati da una commissione nazionale che ne approva i programmi e formula i nuovi orientamenti, in sintonia con il Piano sanitario nazionale.

L'istituto scientifico non diviene, quindi, solo centro altamente specializzato, nell'ambito delle più qualificate strutture nazionali ed internazionali, ma la sua funzione si completa e si esalta nel raccordo sul territorio nazionale, certamente per raccogliere definite patologie, ma particolarmente per trasmettere le esperienze maturate. L'istituto è aperto, quindi, soprattutto ai sanitari come punto di riferimento e di rinnovamento culturale, come nucleo centrale per definire una

ricerca sempre più spontaneamente orientata alle esigenze e ai problemi di tutto il paese.

Infatti i cosiddetti «meccanismi privilegiati» della riforma sanitaria, quali la prevenzione, la ricerca finalizzata, la ottimizzazione del rapporto costi-benefici, devono ancora oggi trovare definiti spazi sia di genesi che di intervento. Nella realizzazione di questi processi gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico si pongono pertanto, per le caratteristiche esposte, come modelli operativi e come centri primari di coagulazione di tradizioni e di esperienze per dare avvio finalmente a quel processo di rinnovamento che dovrà obbligatoriamente caratterizzare i prossimi anni del nostro sistema sanitario nazionale.

Signor Presidente, passando all'aspetto più tecnico del problema, vorremmo sottoporle un breve *pro memoria* in cui si evidenzia la vera e propria parte operativa degli enti per la ricerca scientifica biomedica e nel quale abbiamo puntualizzato, ad esempio, il tipo di controlli che spesso determinano un rallentamento operativo dei suddetti istituti scientifici. Nel nostro caso infatti le delibere sono sottoposte al controllo del Ministero del tesoro, del Ministero della sanità, della Giunta regionale, del comitato regionale di controllo e del collegio dei revisori; ritengo che questo sistema non trovi riscontro in nessun'altra istituzione pubblica del nostro ordinamento e specificamente del Servizio sanitario nazionale, in quanto le strutture delle unità sanitarie locali hanno solo il principale controllo del comitato regionale.

In questo *pro memoria* abbiamo puntualizzato anche il tipo di finanziamenti e devo dare atto al Ministro della sanità che per la prima volta dalla loro istituzione, quest'anno gli istituti hanno visto sorgere un capitolo a loro attribuito per la ricerca corrente e un altro in conto capitale. Ci compiaciamo vivamente di ciò e ci auguriamo che questo non costituisca solo un evento saltuario, ma che possa essere definito annualmente.

Un altro grosso problema, signor Presidente, è quello relativo al personale. Siamo fortemente preoccupati perchè, soprattutto per

gli istituti di nuova istituzione, già ad alcuni anni dal riconoscimento, non sono ancora stati approvati nè i regolamenti nè la pianta organica del personale. È ovvia la preoccupazione di tutti quelli che, rimanendo nei nostri istituti scientifici, si sono visti ampiamente superare, come carriera e come riconoscimenti, da persone del loro stesso livello che, in questo stesso periodo, nelle unità sanitarie locali, hanno avuto, in alcuni casi, due e più promozioni.

Per quanto riguarda l'indagine conoscitiva, abbiamo inoltre degli schemi — che rimettiamo alla Commissione — per alcune richieste contenute nel questionario che ci è stato inviato, quali quelle previste dal punto f) e dal punto a) relative alle quote di riparto regionale, alle quote ordinarie, ai disavanzi pregressi, ai finanziamenti del CIPE. Comunque per il momento ritengo più proficua una breve pausa, rimanendo naturalmente a disposizione per eventuali domande e chiarimenti.

PRESIDENTE. In questo modo abbiamo già raccolto una prima autorevole opinione e soprattutto abbiamo esaminato il panorama generale dei problemi che riguardano gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Darei ora la parola al professor Maugeri, presidente della Fondazione clinica del lavoro di Pavia, il quale ci illustrerà altri aspetti del settore.

MAUGERI. Non mi fermo sui problemi generali di cui ha parlato il precedente interlocutore perchè sono senz'altro d'accordo con lui.

Vorrei accennare alla struttura della Fondazione clinica del lavoro di Pavia, la quale agisce prevalentemente nel campo della riabilitazione cardiaca, respiratoria e neuromotoria. Abbiamo istituito a Pavia un centro in cui esistono diverse strutture: esistono una divisione di medicina interna, una di oncologia, una di nefrologia con venti posti-letto di emodialisi. Non abbiamo mai avuto contributi nè della Regione nè dello Stato e quindi il centro si regge sulla propria attività e su eventuali contributi dei promotori e dei sostenitori della Fondazione.

La Fondazione clinica del lavoro di Pavia ha varie sedi: oltre quella di Pavia, esistono le sedi di Montescano nell'Oltre Po pavese, di Veruno nel Piemonte, di Cassano delle Murge presso Bari, di Gussago presso Brescia. Sono poi in via di organizzazione altri centri a Padova (Monte Grotto) e a Campoli in Campania.

Dal punto di vista scientifico la produzione è notevole. Ogni anno pubblichiamo un volume di circa 400 pagine in cui vengono riportati in riassunto i lavori già pubblicati e i progetti di ricerca per l'anno in corso e per quello seguente. Proprio in questi giorni sta uscendo il volume che riguarda il 1983 e il 1984. Inoltre per quanto concerne le altre attività i lavori vengono pubblicati nelle varie riviste scientifiche italiane e straniere.

Per quanto riguarda il personale, il nostro consiglio di amministrazione ha deciso di attenersi alla legislazione ospedaliera sia per le assunzioni che per l'organico e i concorsi.

Penso che sarebbe bene se dalle nostre riunioni si potesse trarre una specie di base di regolamento su cui uniformare i vari istituti in modo da avere una struttura unica.

Oltre alla struttura assistenziale, ossia oltre alla riabilitazione cardiaca, respiratoria e neuromotoria, abbiamo altre strutture di natura secondaria. Tra esse dobbiamo ricordare il servizio di igiene industriale per le varie fabbriche e stabilimenti. Penso inoltre che l'attività di assistenza vada di pari passo con la ricerca e deve essere così, perchè non ritengo utile una ricerca astratta, mentre lo è una ricerca che abbia delle ripercussioni nel campo assistenziale.

Per quanto concerne gli istituti scientifici, il nostro è un istituto scientifico di diritto privato. A questo proposito, mi pare che tutti siano orientati nel considerare gli istituti privati alla stessa stregua di quelli di diritto pubblico; infatti, la ricerca non ha limiti e quindi non vi è motivo per una differenziazione tra istituto e istituto.

Il nostro personale, inoltre, viene tutto trattato secondo la legge ospedaliera e ritengo, anche se in contrasto con l'opinione di qualcuno, che questo debba essere il criterio da seguire in quanto non si debbono creare dei comparti, l'assistenza deve essere uguale per tutti, la ricerca in se stessa comporta gli

stessi impegni in tutti gli istituti. Quindi, ritengo che l'istituto di diritto privato, sotto questo profilo, debba essere considerato alla stessa stregua di quello di diritto pubblico.

Mi preme richiamare l'attenzione su quanto è accaduto e cioè che agli istituti di diritto privato non è venuto niente del contributo — mi pare di 80 miliardi — stanziato dal Ministero della sanità per l'assistenza degli istituti a carattere scientifico.

Tengo a ribadire il concetto che, dal punto di vista generale, anche per quanto riguarda i diritti e i doveri, non vi debbono essere differenze tra istituti di diritto pubblico e di carattere privato. Ricordo che per gli istituti di diritto pubblico è stato stabilito un contributo per la ricerca corrente; ebbene vorrei precisare che questo concetto sta ad indicare che si vuole sovvenzionare una ricerca di base. Infatti, a suo tempo, si formulò il concetto di ricerca corrente perchè gli istituti di diritto pubblico non avevano una base concreta per fare ricerca. Quindi, per dare agli istituti scientifici di diritto pubblico la possibilità di costituire un organo, si è chiamato questo contributo «ricerca corrente» ma in effetti si tratta di un contributo per mantenere in organico un determinato numero di persone e consentire il proseguimento dell'attività di tali istituti. Gli istituti di diritto privato non hanno alcuna obiezione, anzi sono lieti che ciò sia accaduto, quello che lamentano è la disparità di trattamento ad essi riservata nella divisione dei fondi che il Consiglio sanitario nazionale ha stabilito per gli istituti scientifici e ribadiscono ancora una volta il concetto che gli istituti scientifici di diritto privato devono essere trattati allo stesso modo di quelli di diritto pubblico.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Maugeri, che ha messo in evidenza i problemi particolari degli istituti da lui rappresentati in questa sede, i quali possedendo lo stato giuridico di diritto privato (essendo stati riconosciuti) evidentemente hanno gli stessi diritti degli istituti scientifici di diritto pubblico.

Passiamo ora ad ascoltare l'opinione del professor Della Porta, che viene a nome anche del professor Veronesi e che ci porta

l'esperienza più diretta dell'Istituto dei tumori di Milano, ma che credo possa riferire, sia pure nelle linee generali, per tutto questo settore che certamente è molto ampio nell'ambito degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Ricordo che la Commissione nella scorsa legislatura ebbe modo di esaminare molto approfonditamente i problemi che oggi si pongono per la ricerca e la terapia dei tumori.

DELLA PORTA. Io rappresento qui, a nome anche del professor Veronesi, uno dei primi istituti a carattere scientifico. L'Istituto nazionale dei tumori di Milano, infatti, è stato fondato nel 1926 con quelle caratteristiche di istituto scientifico che sono tuttora valide e che sono state in seguito adoperate per i nuovi istituti scientifici.

Allora, si ritenne appropriato il concetto di studio clinico e di ricerca sperimentale all'interno di una stessa struttura proprio per la malattia cancro, in quanto la sua complessità dimostrava la necessità di un approccio multidisciplinare e di un attacco da più parti.

Ebbene, devo dire che in questi decenni di attività del nostro istituto, come degli altri istituti dei tumori a Napoli e a Roma e più recentemente a Genova, certamente si sono ottenuti dei notevoli risultati. In America, ad esempio, sono stati creati i cosiddetti *comprehensive cancer centers* proprio allo scopo di mettere sotto lo stesso tetto lo studio del paziente e la ricerca sperimentale. È chiaro infatti che, se vi sono dei laboratori di chemioterapia sperimentale, è più facile portare nella corsia della stessa struttura ospedaliera delle innovazioni e questo è ciò che da noi è stato fatto. La rapidità, ad esempio, con cui la daunomicina è entrata nell'attività pratica ne è un'ottima dimostrazione. Lo stesso dica si per gli anticorpi monoclonali, un'ottima arma che ha praticamente rinnovato completamente l'immunologia dei tumori.

Ebbene, certamente il successo che abbiamo avuto proprio nel nostro istituto è dovuto al fatto che abbiamo dei laboratori di immunologia estremamente attrezzati per lo studio sul topo, per cui, nel momento in cui è

stato necessario fare un'applicazione adoperando le cellule umane e creando dei reagenti che potessero essere utili sull'uomo, è stato un successo veramente notevole.

Allo stesso modo, i nuovi approcci di chirurgia limitata e conservativa derivano chiaramente da un ragionamento biologico su come avvenga la metastatizzazione da un tumore primario ed anche in questo campo il discorso è stato fruttifero.

Un altro esempio può essere quello del laser; in istituto, infatti, abbiamo un centro laser estremamente attivo, abbiamo i fisici all'interno dell'istituto stesso e quindi queste tecniche possono essere utilmente usate.

Direi che questi successi hanno creato uno spirito di ottimismo incredibile e di entusiasmo in tutta la struttura per queste nuove iniziative.

Alcune cifre: l'istituto è formato attualmente da cinque divisioni di oncologia sperimentale che si occupano essenzialmente di cancerogenesi chimica, di biologia molecolare — soprattutto per i settori degli oncogeni —, di chemioterapia sperimentale in vari settori e di immunologia, sia per quello che riguarda gli anticorpi monoclonali che l'immunologia da linfociti.

Vi sono poi otto divisioni di oncologia clinica con 505 letti, due divisioni di radiologia, vari servizi diagnostici, una divisione per la prevenzione primaria dei tumori, un ambulatorio estremamente ampio dove nel 1982 sono state effettuate 20.000 visite e 80.000 controlli. In radiologia diagnostica 68.000 esami nel 1982, 16.900 in medicina nucleare, 479.000 esami nelle analisi cliniche, 20.000 esami di istologia, 70.000 di citologia. I ricoveri su 505 letti sono stati, nel 1982, 8.650: il 60 per cento provenienti dalla Lombardia, il 10 per cento da altre regioni del Nord, l'8 per cento dal Centro, e il 22 per cento dal Sud e dalle isole. La degenza media è di venti giorni, la permanente lista di attesa è di 500-600 persone. C'è una forte selezione per eliminare i tumori benigni che possono benissimo essere curati altrove e, purtroppo, si cerca di non ricoverare chi è affetto da tumori in stato avanzato per cui non si può fare niente e il nostro intervento potrebbe essere limitato.

Vi sono stati 5.660 interventi di grossa

chirurgia, 4.200 di piccola chirurgia, 119.000 interventi di radioterapia. I reparti sono molto avanzati, l'istituto riconosce nella radioterapia una notevole capacità di progresso futuro e si constata nel paese una relativa deficienza di presidi radioterapici sufficienti per tutti.

Abbiamo un notevole gruppo per la terapia del dolore: nel 1982 ci sono stati 11.000 interventi.

L'istituto ha un direttore scientifico generale, il professor Veronesi, che coordina l'attività clinico-scientifica. C'è un ufficio di direzione formato da sei o sette persone, vi sono diversi direttori di divisione, c'è un direttore sanitario, un comitato tecnico-scientifico sia per l'organizzazione che per la ricerca. C'è una ricca biblioteca collegata con altre biblioteche degli istituti scientifici di Milano: è molto efficiente, gestisce due riviste scientifiche, «Tumori», rivista in inglese molto nota in tutto il mondo, e «Aggiornamenti in oncologia» che è una rivista che serve per un pubblico medico più ampio, con una rassegna di carattere educativo. Nel 1982 ci sono state 500 pubblicazioni dell'istituto che è sede della direzione del progetto finalizzato del CNR che prima si chiamava «controllo della crescita neoplastica», e oggi invece «oncologia», il cui direttore è il professor Veronesi.

L'istituto continua a svolgere un ruolo importante in campo nazionale con i corsi di aggiornamento, gruppi di lavoro per la preparazione di protocolli diagnostici e terapeutici con la possibilità di uno scambio continuo tra le varie strutture universitarie, ospedaliere e i vari istituti scientifici per i tumori. Ha un'attività internazionale importante, che in questo momento direi è soprattutto rivolta verso l'Europa ma diversi nostri ricercatori si recano continuamente negli Stati Uniti. In Istituto ha sede il gruppo internazionale dell'Organizzazione mondiale della sanità per lo studio dei melanomi che, come sapete, è un tumore della cute estremamente maligno ed emergente, nel senso che aumenta in modo notevole l'incidenza.

Abbiamo 1.200 dipendenti di cui 180 laureati, 50 borsisti e contrattisti a termine per progetti specifici di ricerca. Abbiamo sofferto

e soffriamo tuttora notevolmente per il congelamento delle piante organiche bloccate da diversi anni. Il bilancio del 1981 è di 45 miliardi, del 1982 di 51 miliardi, del 1983 di 60 miliardi, per un totale nel triennio di 156 miliardi. Il disavanzo è stato intorno al 5 per cento, quindi relativamente modesto, ed è stato ripianato alla fine dell'anno scorso. Per questo triennio l'aiuto diretto finanziario da parte del Ministero della sanità, come sapete, è stato estremamente modesto; solo quest'anno, con un bilancio preventivo di 80 miliardi, possiamo contare su un congruo aiuto finanziario diretto del Ministero.

Anche noi abbiamo problemi per il nuovo regolamento, ci auguriamo che si possano seguire direttive generali che sappiano anche adattarsi alle singole esigenze di questi istituti scientifici che hanno connotazioni a volte molto differenti sia come struttura che come interessi, e quindi è auspicabile che ci sia un minimo di autonomia.

È per noi essenziale che tutto il personale clinico-scientifico debba essere considerato in una categoria unica perchè il nostro punto fondamentale - credo che sia stato proprio quello che ha portato il nostro istituto ad avere il successo che ritengo abbia avuto - è stato proprio questa commistione direi totale tra la parte clinica e quella sperimentale. Non so nel gruppo che io dirigo chi sia laureato in medicina o in chimica o in biologia. Dirigo una delle divisioni di oncologia sperimentale, quindi il mio discorso può essere limitato a questo campo. La nostra convinzione però è che, se crediamo in questi istituti scientifici, dobbiamo fare in modo che agiscano nel pieno delle loro forze, nella loro autonomia, proprio portando alle estreme conseguenze i loro compiti istitutivi.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Della Porta per la sua esposizione.

Do ora la parola al professor Rossi Bernardi, presidente dell'istituto San Raffaele di Milano, che è anche coordinatore della commissione per la ricerca biomedica nell'ambito degli istituti a carattere scientifico. Ci esporrà le linee generali dei programmi di ricerca. Questa Commissione, professor Rossi Bernardi, non vuole entrare nel merito dei

singoli programmi; riceviamo già alcune pubblicazioni da parte degli istituti più forniti di mezzi, che lavorano e che si presentano con veste esterna molto dignitosa. Non è però questa l'occasione per parlarne: terremo in avvenire una seduta più approfondita sui problemi della ricerca biomedica nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. In questa sede potremmo però puntualizzare gli aspetti della «programmazione» della ricerca finalizzata al buon funzionamento di questo tipo di istituzione, che si differenzia da altri istituti di ricovero nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

ROSSI BERNARDI. Ho seguito, dall'entrata in funzione, nel 1979, del Consiglio sanitario nazionale ad oggi, spesso in qualità di relatore, i problemi connessi all'attuazione delle disposizioni dell'articolo 42 della legge n. 833, che si riferisce al riconoscimento del carattere scientifico ad istituti che svolgono funzioni di ricovero e cura.

Alla base del parere del Consiglio sanitario nazionale che anche il nostro paese dovesse disporre di una seconda rete di istituti di ricerca biomedica, oltre alla rete primaria rappresentata dagli istituti e cliniche universitarie, penso sia stata la considerazione che le attività del Servizio sanitario nazionale dovessero trovare una base di appoggio e sperimentazione adeguata. In altre parole si è riconosciuta la necessità di una rete di istituzioni scientifiche programmabili ed indirizzabili verso i grandi problemi della sanità pubblica italiana.

Come è noto la ricerca che si svolge nelle università ha un carattere essenzialmente «spontaneo» essendo la sua programmazione ed esecuzione affidata alla libera scelta del docente.

Un'altra strada scelta dal Consiglio sanitario nazionale è che se si dovesse privilegiare in gran parte un'opera di qualificazione ed indirizzo di strutture già esistenti ed operanti; ciò rispetto alla scelta alternativa di creare strutture *ex novo*.

A distanza di circa tre anni dal riconoscimento di diciassette istituti quali istituti di ricovero e cura a carattere scientifico è opportuno chiedersi quale sia lo stato di avan-

zamento del complessivo progetto di istituzione di questa rete nazionale di istituti di ricerca a carattere biomedico.

Accludo quale allegato a questo mio intervento il testo della relazione riassuntiva su questo problema da me presentata al Consiglio sanitario nazionale: «Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, dimensioni, caratteristiche, finalità, finanziamenti e controlli» ove il lettore interessato potrà trovare analiticamente riportati i dati di maggiore interesse. In questa relazione sono infatti illustrati i dati strutturali caratterizzanti ciascun istituto (bilancio, numero di laureati, numero di letti, settore di competenza) e i dati inerenti alla loro produttività scientifica, classificati in lavori scientifici su giornali internazionali (A), nazionali (B) ed altri prodotti di ricerca (C). Sono inoltre analizzati dettagliatamente molti dei problemi qui sollevati e discussi.

Occorre qui rilevare che molti problemi inerenti ad una ottimale utilizzazione degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico per i fini indicati dalla legge n. 833, dal decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 617, e dalla stessa bozza di Piano sanitario nazionale sono tuttora irrisolti.

Cercherò ora di elencare alcuni tra i problemi più urgenti che richiedono un'attenta considerazione in sede di «riforma» della riforma sanitaria.

Innanzitutto i problemi inerenti all'assetto giuridico degli istituti.

Occorre infatti considerare l'estrema complessità dei meccanismi operativi-gestionali attualmente in vigore. In pratica gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, pure essendo formalmente autonomi avendo essi un presidente e un consiglio di amministrazione, dipendono a tutti gli effetti pratici dalla Regione per quanto concerne l'assistenza e dal Ministero della sanità per l'attività di ricerca. I fondi relativi per tale attività vengono erogati dalle due amministrazioni sopra indicate determinando sfasamenti nelle erogazioni e nell'utilizzazione dei fondi stessi. Risulta inoltre estremamente difficile separare le spese per la ricerca da quelle per l'assistenza; i due

tipi di spesa sono sottoposti a controlli di merito separati da parte di amministrazioni diverse generando ritardi e notevoli difficoltà nella programmazione delle attività.

In secondo luogo, problemi gestionali.

Essi sono da riferirsi essenzialmente al presidente e ai componenti del consiglio di amministrazione (articolo 3, del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 617) per i quali non sono previsti requisiti e competenze particolari. È impossibile presiedere un organismo di ricerca o gestirne la sua attività senza avere alcuna esperienza specifica. Sia il presidente che i membri del consiglio di amministrazione dovrebbero in tale senso essere forniti delle indispensabili competenze tecniche.

La presenza di presidente e consiglieri nominati solo ed esclusivamente per meriti «politici» rappresenta certamente una delle deficienze più gravi per la vita di una istituzione scientifica, complessa quale un istituto di ricovero e cura.

Ma risulta altresì impossibile che i membri di un consiglio di amministrazione che gestisce bilanci dell'ordine di cento miliardi ed oltre, investiti quindi da pesanti responsabilità amministrative e tecniche, vengano retribuiti, come oggi avviene, con poco più di 200.000 lire mensili. Questo fatto di per se stesso non può che grandemente limitare l'impegno dei membri del consiglio di amministrazione ed indurli a perseguire azioni che minimizzano ogni situazione innovativa.

Quanto al presidente, egli è nominato per delibera del Consiglio dei ministri su proposta del Ministero della sanità, e non ha alcuna facoltà di indicare alcuno dei membri del consiglio di amministrazione. Questo organo, a sua volta, consta di dieci membri nominati da numerosi Ministeri ed enti locali, in modo non coordinato tra loro. In altre parole il presidente diventa una figura anomala in quanto non essendo espressione del consiglio di amministrazione e non indicandone egli stesso alcuni membri non può contare a priori su alcuna maggioranza nell'ambito del consiglio stesso.

Le conseguenze sono una ridotta capacità direttiva e la impossibilità di attuare i profondi cambiamenti richiesti per una raziona-

lizzazione e un potenziamento delle attività degli istituti.

In terzo luogo, i finanziamenti.

Grave a questo riguardo è la situazione attuale degli istituti. Innanzi tutto occorre rilevare che i canali di finanziamento sono molteplici.

Infatti, dalla Regione viene assegnato il bilancio per l'attività assistenziale (fondi correnti). Occorre rilevare a questo proposito la regola che vuole che per quasi tutto l'anno finanziario, in mancanza di una determinata assegnazione preventiva, gli istituti procedano con un bilancio provvisorio. Il bilancio è a consuntivo, una pratica che contrasta con l'assegnazione di fondi per giornate di degenza o indirizzata ai prodotti erogati dall'istituto. Viene così disincentivata l'attività di programmazione delle risorse e di ricerca di economie di gestione.

Dalla Regione vengono altresì assegnati fondi in conto capitale per interventi edilizi, per il rinnovo delle apparecchiature scientifiche, eccetera.

Dal Ministero della sanità sono invece assegnate le quote di finanziamento della ricerca corrente, vengono erogati ulteriori interventi finanziari a titolo di investimento da destinarsi alle apparecchiature scientifiche e vengono altresì erogati finanziamenti per la ricerca finalizzata.

Dalle altre amministrazioni statali (CNR, ENEA, Ministero del bilancio, fondi FIO, eccetera), vengono infine erogati ulteriori interventi.

Tutti questi canali di finanziamento operano in modo praticamente indipendente l'uno dall'altro non essendo stato identificato nell'ambito dell'amministrazione dello Stato un punto di osservazione e di controllo unico per una complessiva valutazione delle attività di ciascun istituto e per il coordinamento di questi molteplici finanziamenti.

Non è fuori luogo qui ricordare che gli inammissibili ritardi di erogazione di fondi per la ricerca previsti nei rispettivi bilanci annuali dello Stato ma non ancora pervenuti agli istituti hanno certamente rallentato in modo considerevole la loro attività di ricerca e il processo di riorganizzazione previsti dal già ricordato decreto del Presidente della Repubblica n. 617.

Cito ad esempio il fatto che risultano a tutt'oggi pervenuti agli istituti a carattere scientifico solamente i fondi per la ricerca finalizzata 1981, mentre i fondi per la ricerca finalizzata 1982, 1983 e 1984, quelli per la ricerca corrente 1984, e i fondi di investimento 1983 e 1984 devono ancora oggi pervenire agli istituti.

Una delle ragioni di ciò è certamente dovuta alla irrazionale formulazione di tutto il Titolo III del decreto del Presidente della Repubblica n. 617 che prevede una serie molto lunga di passaggi tecnico-burocratici per la formulazione e la concessione di finanziamenti per la ricerca.

Ritengo inoltre che gli istituti debbano riformulare i loro statuti e predisporre le piante organiche, prevedendo una netta separazione tra il personale che svolge attività assistenziale e quello adibito a ricerca scientifica, ferma restando la possibilità di trovarsi dall'uno all'altro settore.

Infine, i compiti degli istituti.

Nella relazione che ho consegnato, a titolo puramente indicativo ho ritenuto di indicare cinque obiettivi per questi istituti: ricerca scientifica e cioè acquisizione di nuove conoscenze; sperimentazione e realizzazione di modelli operativi di assistenza e di gestione dei servizi che possano costituire dei punti di riferimento per il Servizio sanitario nazionale; attività di educazione sanitaria e di trasferimento delle conoscenze verso altre strutture del Servizio sanitario nazionale; apporto in settori specifici di un contributo alla relazione sullo stato di salute del paese; attività nel campo della documentazione scientifica.

Tali punti sono stati da me dettagliatamente esaminati nella relazione sopra citata.

Infine, desidero porre l'accento su un altro problema che credo sia di estrema rilevanza, e cioè quello del coordinamento delle biblioteche biomediche e della loro costituzione in una rete su cui possa far conto la ricerca di tutto il Servizio sanitario nazionale.

Concludo dicendo che ho creduto e credo tuttora nella necessità per il nostro paese di un razionale sviluppo di queste istituzioni.

Come potranno ricordare i senatori Melotto e Ranalli che hanno operato anch'essi nella prima fase di attività del Consiglio

12^a COMMISSIONE

30° RESOCONTO STEN. (17 aprile 1984)

sanitario nazionale, i problemi da risolvere per raggiungere questi obiettivi sono numerosi e complicati.

RANALLI. Di non facile discussione.

ROSSI BERNARDI. Direi di difficile discussione. Ripeto, però, che si tratta, a mio avviso, di canali obbligati che un paese civile deve percorrere. Negli Stati Uniti ciò avviene ed avviene anche in Gran Bretagna dove c'è un'organizzazione molto simile alla nostra e dove il *Medical research council* ha una rete di oltre cinquanta istituzioni di questo tipo. Si tratta di non disperdere inutilmente le forze e vanificare gli sforzi che vengono compiuti all'interno di queste istituzioni, ma di dare ad esse direttive molto precise per metterle in grado di sviluppare la loro attività nel prossimo futuro.

PRESIDENTE. Torno a dire che ci soffermeremo maggiormente sulla ricerca biomedica in altra occasione.

Credo che ora i senatori desiderino rivolgere su questo argomento agli invitati alcune domande.

BOTTI. Innanzi tutto ringrazio i vari relatori per il contributo che hanno portato al chiarimento dei problemi che riguardano gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Volevo chiedere due cose al professor Manzoli e, di riflesso, anche al professor Della Porta. Credo che tutti abbiano coscienza dell'alto livello tecnologico e scientifico che hanno raggiunto sia l'Istituto Rizzoli di Bologna che l'Istituto per i tumori e il cancro di Milano. Tuttavia questa mattina — e la mia non vuole essere una battuta polemica — abbiamo sentito dei giudizi contrastanti da parte dei rettori delle università: e cioè che non tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico vanno così bene ed è stato fatto l'esempio dell'Istituto Rizzoli. Ora, a parte questa considerazione, chiedo: come si pongono gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nei confronti delle università? Ed in secondo luogo, come si muovono i due istituti di Bologna e di Mila-

no sui problemi della prevenzione? In sostanza quali iniziative hanno promosso a livello preventivo in campo ortopedico e in campo tumorale?

Al professor Maugeri occorre dare atto di essere stato in Italia un pioniere, il primo che abbia saputo impostare e realizzare su basi scientifiche e razionali la riabilitazione in campo cardiologico, avvalendosi di collaboratori di indubbio valore scientifico. Ebbene, non pensa lei che i centri di riabilitazione cardiologica, dopo la loro prima fase entusiastica, stiano ora ricercando un ruolo diverso, più preciso? Mi spiego meglio. I centri che il professor Maugeri ha fondato con tanto entusiasmo operano su materiale estremamente selezionato, escludendo dalla riabilitazione una grossa fetta di patologia cardiologica e respiratoria, perchè non hanno la possibilità di recepire una patologia così vasta. Per questo ritengo che questi centri non devono essere gli unici deputati alla riabilitazione, perchè non tutti i cardiopatici e non tutti coloro che sono affetti da malattie respiratorie hanno bisogno di essere riabilitati.

A mio avviso la funzione che questi centri stanno ricercando, e che dovrebbe essere la loro principale funzione, è quella della formazione e della qualificazione del personale, nei diversi quadri professionali, dal momento che tale personale è necessario per i problemi della riabilitazione. Il professor Maugeri sa, ad esempio, che la riabilitazione di chi è stato colpito da infarto del miocardio inizia al letto dell'ammalato, dalle prime ore della malattia.

Pertanto occorre preparare delle figure professionali, dal paramedico al medico, che siano in grado di riabilitare fin dall'inizio l'ammalato. Successivamente, dopo la dimissione, la riabilitazione dovrebbe essere diffusa, e quindi fatta da chi opera nel territorio, siano essi medici od infermieri. Solo così si può evitare l'errore di emarginare una larga parte della patologia cardiorespiratoria.

CONDORELLI. La presenza del professor Maugeri mi suggerisce un commento sulla sua persona. Ho avuto oggi la gradita sorpresa di incontrarlo in questa sede; forse non

tutti conoscono — lo ha comunque già detto il senatore Botti — il grande valore di quest'uomo che ha fatto delle cose eccezionali perchè, con grandissimo disinteresse e sfruttando le sue doti di grande clinico, è riuscito a raccogliere cospicui finanziamenti per devolverli ad un'attività nobilissima. Spero che molti membri di questa Commissione avranno nel futuro la possibilità di visitare i centri di riabilitazione creati dal professor Mauge-ri, che sono un esempio di grande funzionalità e una lezione per tutti perchè rappresentano un modello di quello che può fare il privato in concorrenza e in emulazione rispetto al pubblico.

Sono istituti creati non per lucro, ma con una finalità di assistenza nel campo della riabilitazione. Se ve ne sono pochi in Italia certamente non è colpa del professor Mauge-ri; direi anzi che è il Ministero della sanità, sono le Regioni che dovrebbero copiare ed emulare le istituzioni private e quindi il problema, caro senatore Botti, è semmai inverso.

Ricordiamoci che in tali centri non ci si occupa soltanto della riabilitazione cardiovascolare, ma anche — e in modo particolare — di quella dei neuromotolesi. Essa è condotta in modo veramente egregio e mi auguro che in tutte le Regioni possano essere creati istituti di questo tipo i quali, però, funzioneranno solo se vi sarà grandissima dedizione e passione. Infatti quando nascono queste fondazioni private senza fine di lucro, esse portano in sè fin dall'inizio un grande amore per la società. Ritengo che sia proprio questo il segreto della vitalità e della funzionalità di questi centri, proprio perchè sono creati con grande passione e con enorme disinteresse personale. Non va tuttavia dimenticata l'esigenza di una saggia amministrazione.

Vorrei ora fare una domanda al professor Rossi Bernardi che dirige con tanto prestigio e tanta competenza i progetti finalizzati dalla ricerca biomedica. Più volte ho partecipato a riunioni sulla materia e ho visto con quanta serietà egli si comporta senza fare complimenti con alcuno perchè se vi sono delle cose da dire egli le dice con estrema franchezza. Questo è un modo apprezzabile di agire.

Mi auguro che egli trovi la possibilità — ma mi sembra che sia già su questa via, stando alle cose che ha detto — di identificare ancora meglio il patrimonio di ricercatori che abbiamo. Infatti mi devo lamentare del fatto che il finanziamento dei progetti finalizzati sia concesso solo su domanda. Ritengo, invece, che occorra identificare meglio il patrimonio di ricercatori presenti in Italia per affidar loro, proprio con iniziativa spontanea degli organi a cui compete l'erogazione dei finanziamenti, le ricerche. Ritengo che ciò sia molto importante, in quanto sento le lamentele di ricercatori di eccezionale valore che si vedono esclusi solo perchè non hanno la possibilità di accedere a questi finanziamenti.

Penso che sia opportuno affidare ad istituti universitari o di altro tipo la compilazione di un'anagrafe di tali ricercatori. Ciò porterebbe indubbiamente ad un progresso nel campo della ricerca biomedica.

Per quanto riguarda la biblioteca, essa è un'esigenza estremamente sentita. Sappiamo quanta fatica facciamo nella raccolta dei dati bibliografici.

Ma mi domando se, anzichè fare molte biblioteche, non si possa costituire una nuova grande biblioteca biomedica collegata mediante *computers* con i vari istituti; potrebbe essere forse un sistema migliore.

CALÌ. Anch'io ringrazio i rappresentanti degli istituti a carattere scientifico soprattutto per il fatto che oggi abbiamo sentito che esistono nel nostro paese strutture che hanno raggiunto un alto livello, specialmente nell'attività di ricerca di base o finalizzata. Pertanto, il mio scetticismo sulla funzionalità delle nostre strutture sanitarie comincia a vacillare, anche se proprio questa mattina, nel nostro incontro con i rettori, ho portato alcuni di questi istituti come modello per quanto riguarda la ricerca scientifica.

Detto questo, vorrei porre alcuni quesiti su argomenti svariati. Innanzitutto, quello che mi pare estremamente interessante e importante è la denuncia che è stata fatta relativamente alla mancanza della normativa regolamentare e quindi di conseguenza della pianta organica. Così come è stata formulata la denuncia però, si ha l'impressione che la

responsabilità sia degli enti locali, mentre a me pare che il decreto del Presidente della Repubblica n. 617 stabilisse che, entro sei mesi dalla sua approvazione, il Ministero della sanità avrebbe dovuto emanare le direttive per la formulazione del regolamento, cosa che invece il Ministero non ha fatto e lo so per esperienza personale in quanto componente del consiglio d'amministrazione della Fondazione Pascale.

A tale riguardo, credo che il nostro Presidente potrebbe sollecitare il Ministro, a nome della Commissione, affinché finalmente queste direttive siano date agli istituti. La mancanza del regolamento è particolarmente grave perchè, dato che il precedente è decaduto nel momento in cui è stato attuato il decreto del Presidente della Repubblica n. 617, praticamente ogni iniziativa è totalmente bloccata e non si può mettere mano alle piante organiche che oggi credo in tutti gli istituti siano assolutamente insufficienti per le esigenze di lavoro.

Il professor Della Porta che ci ha poi fornito un quadro che peraltro già conoscevo circa l'attività, la strutturazione e la funzionalità dell'istituto dei tumori di Milano; ha detto ad un certo punto che, per lo meno nel suo reparto, non c'è assolutamente diversità di trattamento e di comportamento tra ricercatori medici e non medici. Uno dei problemi che viviamo a Napoli, invece, è proprio quello di definire qual è il tipo di rapporto giuridico dei ricercatori non medici, in particolare se a questi operatori debba essere riconosciuta la qualifica o l'indennità di tempo pieno o qualcosa di equivalente e dico di equivalente perchè l'accordo unico nazionale di lavoro prevede il tempo pieno soltanto per gli operatori medici e questo è un motivo di grave conflitto per lo meno a Napoli.

Ma la cosa veramente interessante, a mio parere, sarebbe conoscere l'opinione dei nostri ospiti, soprattutto quella del professor Della Porta, per quanto riguarda l'esigenza di un coordinamento tra gli istituti dei tumori esistenti sul nostro territorio. Ciascuno di essi infatti si muove con piena autonomia e quindi purtroppo si hanno dei doppioni, mentre, d'altra parte, mancano alcune specializzazioni per cui si assiste al viaggio

della speranza verso i paesi stranieri. Ad esempio, non mi risulta che si faccia per i tumori della neurochirurgia a Milano, così come non si fa a Napoli, a Genova e negli altri istituti dei tumori. Un coordinamento dunque servirebbe a qualificare tutte le strutture e a dare ai cittadini la possibilità di sapere dove devono indirizzarsi in caso di particolari esigenze.

Riprendo poi un'osservazione del senatore Botti a proposito della prevenzione e credo che questo sia un aspetto sfuggito al professor Della Porta, perchè so che l'istituto dei tumori di Milano, perlomeno a livello di educazione sanitaria, fa moltissimo per la prevenzione. La mia domanda però è specifica, cioè, vorrei sapere se l'istituto dei tumori di Milano concorre con altre istituzioni alla realizzazione di strutture territoriali per la prevenzione, soprattutto a livello degli ambienti di lavoro. Ciò naturalmente sarebbe anche nell'ottica della legge n. 833 che pone l'accento sulla prevenzione primaria e secondaria.

Vorrei rivolgere un'altra domanda sempre al professor Della Porta in merito al registro dei tumori. Se non sbaglio, soltanto a Varese esiste un registro dei tumori per cui vorrei sapere che cosa ha fatto e che cosa si propone di fare l'istituto dei tumori di Milano per quanto riguarda questo argomento.

Un'ultima domanda vorrei rivolgerla al professor Rossi Bernardi — l'ho già posta ad altri esperti ma non mi ha convinto molto la risposta — e cioè vorrei sapere quali sono i criteri seguiti per operare il riconoscimento di un istituto a carattere scientifico.

JERVOLINO RUSSO. Innanzitutto chiedo scusa ai nostri ospiti se, per motivi di lavoro, ho potuto ascoltare solo l'intervento del professor Rossi Bernardi; avrei ascoltato con molto interesse e molto piacere anche tutti gli altri perchè, pur non essendo un cultore di cose mediche, i loro nomi o quelli degli istituti che rappresentano suscitano ammirazione e senza dubbio interesse. Pertanto, rivolgerò solo una piccola domanda al professor Rossi Bernardi, unico ospite da me ascoltato.

Il professore, nel delineare i compiti degli

istituti di ricerca scientifica, ha fatto riferimento all'attività di educazione sanitaria e ciò mi ha fatto un'enorme impressione positiva da due punti di vista, cioè, non soltanto perchè il problema dell'educazione sanitaria, essenziale ai fini della prevenzione, che a sua volta è uno degli assi portanti della legge n. 833, noi finiamo col trovarla sempre dinanzi alla nostra attenzione e non sempre riusciamo ad individuare gli sbocchi operativi, ma anche perchè, almeno nell'accezione di una persona che si accosta ai problemi sanitari non da tecnico, quale sono io, quando si parla di educazione sanitaria si pensa forse più alla divulgazione che non ad un collegamento tra l'attività di educazione sanitaria e il livello più alto della ricerca scientifica. È proprio questo collegamento che a me ha fatto impressione anche perchè rovescia il modo corrente di intendere il concetto.

Pertanto, vorrei che il professor Rossi Bernardi si soffermasse ancora un momento su questo collegamento per vedere come lui pensa possano estrinsecarsi i compiti degli istituti di ricerca scientifica in termini di educazione sanitaria. Le sarei grata, professore, se andasse avanti nell'indicarci quali terminali operativi immagina a questo collegamento.

COLOMBO SVEVO. Ringrazio anch'io gli intervenuti e vorrei rivolgere una prima domanda al professor Manzoli. Premetto che le mie, non essendo medico, sono soprattutto domande riguardanti i livelli istituzionali e l'organizzazione degli istituti.

Al professor Manzoli, che ha fatto riferimento alle difficoltà esistenti a causa delle complessità del controllo e dei rapporti tra i vari livelli che intervengono sugli istituti, vorrei porre una domanda di fondo che potrebbe interessare anche noi nel momento in cui stiamo ripensando tutta l'organizzazione della riforma sanitaria e cioè vorrei sapere come semplificherebbe i rapporti con i vari livelli (USL, Regione, Ministero della sanità).

Vorrei poi chiedere al professor Maugeri: quando si aprono questi nuovi centri che riguardano la riabilitazione, qual è il criterio che determina tale apertura in un luogo o in

un altro? È interesse specifico per la ricerca oppure è interesse legato ad un bisogno della popolazione in un certo territorio?

Al professor Della Porta vorrei chiedere questo: poichè siete sotto un certo punto di vista un'organizzazione che naturalmente influisce anche sulla situazione della Lombardia - la vostra influenza per l'assistenza è predominante in questo settore -, quale rapporto può suggerire tra questi istituti e l'organizzazione delle divisioni oncologiche ospedaliere?

Vorrei ringraziare poi il professor Rossi Bernardi per aver chiarito quelli che potrebbero essere in futuro i compiti degli istituti di ricovero e cura. Rispetto a tali compiti così bene delineati, ritiene che gli attuali istituti siano già pronti adesso? O comunque questi compiti sono stati tenuti presenti nel momento in cui li avete individuati e classificati per gli istituti di carattere scientifico?

È stato fatto giustamente presente come molte volte esistono dispersioni di finanziamenti, non conoscenze sul problema della ricerca. La rilevanza data a livello regionale su questo tema della ricerca influisce sulle dispersioni di cui si è detto? Come si potrebbe ottenere la massima azione non dei servizi ma complessivamente della ricerca? Quale ruolo potrebbe avere l'indirizzo statale rispetto a tale ricerca?

ONGARO BASAGLIA. Sono stata preceduta dalla senatrice Jervolino Russo nella richiesta di precisazioni sull'educazione sanitaria; vorrei però fare un'integrazione. È evidente la carenza della prevenzione su cui la riforma sanitaria vorrebbe incentrarsi. A proposito della formazione medica universitaria, vorrei chiedere se esiste un'attività di educazione sanitaria rivolta ai medici in questo senso.

PRESIDENTE. Farò anch'io qualche domanda. Anzitutto credo che si debba rilevare, è emerso anche dalle parole della senatrice Colombo, il polimorfismo di questa area degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Nel 1979 furono sanati in una prima parte e messi almeno giuridicamente in condizioni di tentare la loro sorte, di

12^a COMMISSIONE

30° RESOCONTO STEN (17 aprile 1984)

giocare le loro carte. È avvenuto in questi anni oppure no? Vorrei sapere fino a che punto non è avvenuto per ignavia da parte degli operatori o fino a che punto non è accaduto per difficoltà oggettive, perchè non sono stati finanziati a sufficienza. C'è un'enorme responsabilità da accertare se è mancato il finanziamento oppure se questi istituti, messi in condizioni di funzionare, non abbiano portato a termine il nuovo statuto, la nomina del consiglio d'amministrazione e il rinnovo della struttura.

Vorrei altresì chiedere se avete elaborato *standards* più precisi di quelli che avevamo immaginato noi allora al fine di ottenere un equilibrio tra gli spazi e le attività di clinica e di laboratorio per evitare sbilanciamenti nella gestione degli istituti. Vorrei sapere se il «modello» di istituto di ricovero e cura a carattere scientifico corrisponde a quello che deve essere sulla base della caratterizzazione internazionale: cioè quello di un istituto di cura ma a prevalente carattere scientifico, che ha come scopo il raggiungimento di risultati scientifici, in modo da non diventare un ospedale che magari si dedica a tutto (sia pure nel campo delle neoplasie) ma che non ha un sufficiente supporto di strutture laboratoristiche. Conoscere questo è fondamentale per una discussione di ordine generale.

C'è poi il problema del coordinamento delle risorse nell'ambito degli stanziamenti per la ricerca, problema che affiora di continuo di cui ho già parlato e che riesamineremo. Sta di fatto, però, che dobbiamo chiederci anche in questa sede come abbia funzionato questa commissione per il coordinamento dei programmi degli istituti e fino a che punto vi siano collegamenti con altre istituzioni. Non dobbiamo immaginare, come mi è sembrato sia emerso da qualche intervento, questi istituti a carattere scientifico come unico presidio scientifico di cui può disporre il Servizio sanitario nazionale, quasi si operasse nel deserto. Il problema è quello di trovare giusti collegamenti con altre istituzioni di ricerca, di verificare attraverso un opportuno coordinamento i campi di azione specifici per ottenere il minimo possibile di invadenze e sovrapposizioni. È

piuttosto un lavoro di gruppo, sia pure allargato alla collettività, che deve pervenire a certi risultati. Bisogna precisare tutto questo meglio nei nostri futuri programmi.

Per quanto riguarda il personale, è stato ricordato soprattutto dal professor Maugeri che, praticamente, vengono seguiti i criteri validi per gli ospedali nell'assunzione e nella gestione del personale. Il che va bene in linea di principio; questa equiparazione fu fatta dal decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, ma fu fatta con la riserva che la normativa equiparata fosse compatibile con l'attività dell'istituto, perchè non vorrei che anche in questo caso perdessimo una specificità degli istituti stessi e cioè la selezione al momento del concorso di quelle persone che sono più idonee a esplicare certe funzioni per le caratteristiche proprie degli istituti. Quindi, non si tratta di «ospedalieri», soggetti alla mobilità territoriale, al trasferimento, eccetera. Una cosa è che si possa organizzare in parallelo un'attività di scambio con ospedali e università, riservando alcuni posti a personale esterno che potrebbe compiere un'autoeducazione sulle tematiche proprie dell'istituzione per poi trasmettere al di fuori quanto ha acquisito: ciò fa parte di quell'educazione permanente del personale di cui tanto si parla. Diverso invece è il costituire un nucleo stabile di ricercatori che si dedichino realmente ai tumori, alle malattie del sistema nervoso centrale, eccetera, se tali campi di attività specifica sono presi in oggetto dagli istituti di ricovero e cura, che come tali sono stati riconosciuti. Questo è il modello internazionale! Se vogliamo arrivare al massimo del regime di utilità dell'istituzione, dobbiamo operare secondo questo modello: altrimenti non si tratta più di un'istituzione specifica. Di conseguenza, bisogna studiare un regolamento che sia differenziato, che tenga conto di queste esigenze: anche i meccanismi di assunzione e di trasferimento debbono essere differenziati, non vi deve essere un puro e semplice concorso ospedaliero in base al già ricordato decreto n. 761 del 1979. Occorrono caratteristiche specifiche di professionalità perchè questi istituti sono «parauniversitari», nel senso che hanno la stessa dignità che

può avere l'università e dunque devono possedere precise caratteristiche di individuazione.

Il modello che è stato proposto nel 1979 è un modello molto difficile ad attuarsi. Vi sono due padroni che bisogna servire contemporaneamente, il Ministero della sanità e la Regione: il Ministero per i fondi della ricerca scientifica, la Regione per i fondi della gestione ordinaria dell'assistenza. È possibile servire contemporaneamente due padroni? L'ho chiesto forse in maniera un po' provocatoria, ma vorrei sapere se l'esperienza di questi quattro anni ci consente di lavorare ancora con questo modello, per perfezionarlo, oppure lo si deve radicalmente modificare.

MANZOLI. Signor Presidente, cercherò di rispondere rapidamente alle varie domande. All'emiliano professor Botti posso rispondere che esiste, almeno da noi, al Rizzoli, un'intensa collaborazione tra le quattro cattedre universitarie e gli undici primariati esistenti e che tale cooperazione risulta estremamente stimolante per l'attività di ricerca. Debbo inoltre precisare che i risultati sono abbastanza simili nelle due realtà, universitaria e degli istituti scientifici o, secondo la vecchia maniera, ospedaliera. Quindi, ritengo che questo costituisca un esempio estremamente concreto e costruttivo di un notevole coordinamento e di una intensa attività sia di ricerca che di didattica integrata tra le varie realtà: attività didattica che si evidenzia non solo per il corso di laurea nella facoltà di medicina, ma anche per i corsi per i paramedici che vengono tenuti indifferentemente da tutte e due le realtà, sia universitaria, sia degli istituti scientifici.

Per quanto riguarda la domanda sull'attività di ricerca, è già stata pubblicata una serie di grossi volumi che riguardano gli argomenti, dagli impianti protesici alla biocompatibilità, alle tecniche chirurgiche conservative, alla terapia e cura dei sarcomi dell'apparato locomotore, alle ricerche finalizzate nella osteosintesi, alla verifica di nuove tecniche in chirurgia vertebrale, alle patologie delle cartilagini di accrescimento, ai vari tipi di dolore, agli aspetti metabolico-

nutrizionali del paziente di competenza ortopedica. Anche per quanto riguarda la prevenzione esiste una grossa attività di alcuni dei nostri medici e paramedici che agiscono sul territorio soprattutto nell'ambito della fisiochinesiterapia sia direttamente che come consulenza nelle varie USL della provincia. Abbiamo infine instaurato, sempre nell'ambito preventivo, alcuni programmi in corso di attuazione sulla traumatologia, sulla fisiochinesiterapia e sulla riabilitazione.

Per quanto riguarda le domande del senatore Calì, credo di aver detto già all'inizio quel che poi egli ha indirettamente e direttamente puntualizzato, cioè che certamente non dipende da noi la fase dei ritardi di attività di quanto previsto dal decreto n. 617. Capisco la farraginosità della normativa ed anche il fatto nuovo costituito dalla presenza di tanti nuovi istituti che hanno ottenuto contemporaneamente il riconoscimento nell'ambito degli istituti scientifici. Posso dire che, almeno per quanto riguarda l'Istituto Rizzoli, nell'ambito dei sei mesi previsti dal decreto, avevamo inviato non solo lo statuto ma anche i regolamenti e la pianta organica; se questi poi non sono stati approvati, non dipende certamente da una nostra mancanza di volontà.

Alla senatrice Colombo vorrei far presente che il rapporto tra i vari livelli è stato uno dei punti dolenti iniziali e quando, in precedenza ho valutato i rapporti culturali, scientifici e didattici, ho evidenziato come questi siano ottimi perchè vi è un interscambio, almeno per quanto riguarda l'istituto ortopedico Rizzoli, tra la Regione, le varie USL della città di Bologna ed anche il Ministero della sanità in quanto stiamo espletando proprio una funzione di guida e di raccordo per tutta una serie di iniziative inerenti non solo l'assistenza; sappiamo tutti che l'Istituto Rizzoli opera ad un livello molto alto nell'ambito dell'assistenza ortopedica, ma soprattutto nell'ambito della ricerca, per cui vi è un coordinamento tra le varie USL, la Regione e l'istituto soprattutto indirizzato su questi due grossi argomenti, la traumatologia della strada, del mondo del lavoro, dell'automobile, della motocicletta, eccetera, da un lato e dall'altro il problema della fisiochi-

nesiterapia, soprattutto per la riabilitazione dei neurolesi e motulesi ed anche tutto il complesso della riabilitazione in ambito termale.

All'onorevole Presidente, senatore Bompiani, devo dire che la nostra preoccupazione si concentra ovviamente *in primis* sul polimorfismo. Siamo uno degli istituti scientifici ultraspecializzati ed ultraspecialistici e l'unico istituto di tipo ortopedico che è stato evidenziato e scelto come istituto scientifico. Ho già detto che i primi fondi ci sono stati assegnati adesso, però posso già affermare che vi è una grossa speranza all'Istituto Rizzoli, evidenziata dai primi 450 milioni per la ricerca scientifica che abbiamo ottenuto due anni fa. Grazie a questo contributo (e ne è qui testimone anche il collega Rossi Bernardi con il quale abbiamo collaborato a lungo, anche nel Consiglio sanitario nazionale) abbiamo potuto constatare come non solo numericamente, ma anche qualitativamente, il lavoro scientifico pubblicato in Italia ed all'estero si sia immediatamente innalzato, addirittura con significative percentuali ad altissimo livello. Abbiamo aumentato di oltre il 50 per cento il numero dei lavori scientifici, ed abbiamo anche inviato, ad esempio, ventitre nostri medici negli istituti più qualificati degli Stati Uniti, del Giappone e della Russia (che sono i tre paesi in cui l'ortopedia raggiunge i massimi livelli). Questi hanno trascorso degli *stages* da uno fino a sei mesi ed i risultati si stanno verificando proprio come collaborazione internazionale nell'ambito non solo della ricerca, ma anche dell'assistenza, con tecnologie raffinate e con nuove metodologie. È ovvio che siamo agli inizi, perchè — ripeto — è solo dall'anno scorso che ci è stato assegnato formalmente, ma non ancora dato realmente, il *budget* per la ricerca corrente e per la ricerca in conto capitale, però direi che qualcosa di positivo si sta sviluppando anche tra noi.

Non solo da parte nostra, signor Presidente, ma anche tra i direttori scientifici e gli amministrativi cominciano a determinarsi legami in un certo senso di sopravvivenza per alcuni aspetti amministrativi di grossa rilevanza ed estremamente delicati come pri-

ma sottolineato ad esempio, per quanto riguarda i controlli. Infatti, senatore Bompiani, quel che richiediamo è un sistema di controlli esercitati possibilmente da un unico organo e la regolamentazione dei controlli stessi in modo che questi non possano ledere o condizionare eccessivamente l'autonomia giuridica ed istituzionale dei singoli istituti scientifici.

Anche per quanto riguarda i finanziamenti (hanno riferito prima anche i colleghi Della Porta e Rossi Bernardi), esiste questa dicotomia.

Il finanziamento assistenziale regionale è sempre di gran lunga inferiore, ovviamente non per colpa della Regione, del *budget* del Fondo sanitario nazionale. Sappiamo che il *budget* per l'assistenza è inferiore per tutti gli enti di un *quid* variabile rispetto alle necessità, e quindi anche questa dicotomia tra il *budget* per l'assistenza e il *budget* per la ricerca dovrebbe essere annullata. Dall'altro lato vorremmo che la vigilanza, soprattutto quella ministeriale, non si limitasse a controlli meramente fiscali, se non repressivi certamente passivi, ma che si estrinsecasse anche attraverso indirizzi e punti di riferimento che possano essere di stimolo per la nostra attività amministrativa e per l'attività applicativa degli istituti scientifici.

Devo, tuttavia, nel contempo dare atto al Ministro della sanità ed agli organi centrali, ai vari direttori generali, dei grossi sforzi che si stanno compiendo per cercare di superare l'*impasse*, che per noi è fondamentale, che è la *conditio sine qua non*, dei regolamenti organici e della pianta organica. Ovviamente alla questione dei regolamenti e della pianta organica si ricollega il problema, per noi fondamentale, della selezione: credo infatti in coscienza, senza voler essere assolutamente meritocratico, che la nuova figura del medico dell'istituzione scientifica, esulando da qualsiasi separazione tra medico universitario o medico ospedaliero, debba possedere delle caratteristiche e delle qualità nell'ambito della ricerca e dell'assistenza, chiare e ben definite.

A ciò si ricollega non solo il concetto dell'assunzione, ma anche quello del trasferi-

mento di questo personale, trasferimento che dovrà essere regolamentato secondo ben precise e specifiche norme.

ROSSI BERNARDI. Per quanto riguarda la domanda posta dal senatore Botti circa il ruolo dell'università, posso dire che uno dei problemi più delicati da esaminare è senz'altro quello del rapporto tra istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed università.

Il punto fondamentale è che tale rapporto deve essere utile per entrambi. Dobbiamo fare in modo di elaborare un sistema attraverso il quale l'università (che di per se stessa non sarebbe forse in grado di avere una struttura organizzativa di un certo tipo) possa godere di una sede ove certi tipi di supporto possano avvenire utilizzando l'istituto scientifico come grosso sostegno organizzativo e l'istituto scientifico possa, a sua volta, rivolgersi all'università per avere competenze ad alto livello.

Certo, vi sono istituti buoni ed istituti meno buoni; è necessario, però, considerare anche fattori di tipo geografico. Non possiamo cioè sguarnire totalmente metà del nostro paese perchè non riusciamo a far crescere delle competenze e proprio quest'ultimo è uno degli obiettivi che ci poniamo.

Al professor Condorelli rispondo che il problema dei progetti finalizzati è molto semplice e che certamente essi sono stati creati per attivare i contratti non soltanto a domanda, ma anche per opera della direzione. Per quanto riguarda le biblioteche occorre tenere conto del fatto che i collegamenti non possono essere sostitutivi di un fattore fondamentale rappresentato dall'accesso al libro da parte del ricercatore, che è il sistema migliore per rendere possibile questa interazione tra libro ed uomo. I sistemi di collegamento possono essere utili per quegli articoli non facilmente reperibili, ma nell'istituzione scientifica, secondo me, e questa è l'opinione corrente anche nelle università americane, occorrono i volumi da consultare.

Vi era poi il problema posto dal senatore Calì circa i criteri per riconoscere il carattere scientifico di un'istituzione di ricovero e cura. Conoscete la grande difficoltà di valutazione, soprattutto su base comparativa,

delle istituzioni scientifiche. Tutti sanno, ad esempio se un'istituzione scientifica funziona o no, ma è chiaro che non si può sfuggire a criteri di valutazione oggettivi. Innanzi tutto questi istituti devono svolgere specifiche attività di interesse per il sistema sanitario, quindi avere un campo di attività di peculiare interesse ed ecco la differenza rispetto alle università: questi istituti sono indirizzabili, mentre le università danno il loro apporto in clima, per così dire, libero, solo se lo vogliono dare.

In secondo luogo il riconoscimento di strutture particolari, ad esempio il rapporto del numero dei letti per ciascun medico. È chiaro che se vi è un medico ogni venti letti, egli non può svolgere anche attività di ricerca; occorre, quindi, un particolare rapporto, è necessaria l'esistenza di laboratori, di apparecchiature. Il modo in cui è organizzata l'attività clinica deve dimostrare che l'istituto opera secondo criteri di scientificità di un certo livello. Ulteriore criterio è quello dell'identificazione delle competenze. In un'istituzione scientifica, cioè, o vi è un certo numero di competenze di alto livello in massa critica, oppure l'istituzione non può decollare. È inutile illudersi che un istituto di ricerca, piccolo o grande che sia, possa avere una funzione fondamentale nell'ambito della rete degli istituti se non vi sono competenze di alto livello in massa critica. O queste vi sono, o si fanno arrivare, però se non ci sono e non si fanno arrivare, l'istituto è destinato sicuramente al fallimento.

Vi è poi il problema dei lavori scientifici che è legato a quello delle competenze. Queste ultime si estrinsecano soprattutto con l'attività di ricerca scientifica, la quale deve, tuttavia, avere una sua precisa connotazione. Sappiamo tutti che un lavoro pubblicato su *Science* su *Nature* su *Journal biological chemistry*, o su *New England journal of medicine*, testimonia il valore di una certa istituzione, di un certo ricercatore. Non è difficile, analizzando questi dati, valutare quali degli istituti scientifici possono classificarsi in un certo modo.

Circa le domande poste dalla senatrice Jervolino sul problema dell'educazione, occorre fare molta attenzione. L'istituto scien-

12^a COMMISSIONE

30° RESOCONTO STEN. (17 aprile 1984)

tifico ha, secondo me, un problema di educazione riguardante anzitutto il trasferimento dei risultati dell'attività scientifica verso se stesso e verso altre strutture. Se c'è, ad esempio, una particolare metodologia diagnostica o terapeutica (facciamo il caso della risonanza magnetico-nucleare che adesso va per la maggiore e sul quale si potrebbe discutere a lungo), certamente non possiamo sperimentare questa metodologia su tutte le strutture sanitarie, ed allora questo istituto dovrà portare avanti tale discorso.

Non dimentichiamo poi che, circa il problema dell'educazione sanitaria, uno dei punti fondamentali è l'identificazione dei modelli per i medici di base e per strutture del tipo delle USL. Il medico di base, che ha avuto questo famoso contratto in forza del quale prende in media otto milioni al mese (mentre un professore universitario, che studia da venticinque anni e che magari ha tre libere docenze e due lauree, guadagna un milione e mezzo al mese) cosa deve fare in cambio di questi soldi? Doveva, secondo il contratto, assumere un certo ruolo. Questi istituti scientifici dovrebbero, allora, avere il compito di identificare alcuni modelli attraverso i quali gli operatori e le strutture devono operare nel Servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda, infine, la domanda posta dalla senatrice Svevo circa la dispersione dei fondi a livello regionale e centrale, rispondo che si tratta di un problema che deve essere risolto, se lo si vuole risolvere. Il problema del coordinamento è, infatti, un problema che non si vuole risolvere, almeno a mio parere; nel senso che da parte di tutti vi è sempre una tendenza a rifiutare di affrontare il problema del coordinamento e questa credo sia una tendenza sbagliata. È comunque un problema per il quale possiamo ricercare diverse soluzioni.

Ad esempio, quando la Commissione per la ricerca biomedica della regione Lombardia si trova a dover erogare dei fondi (i famosi otto o nove miliardi che vengono ogni anno assegnati alle Regioni) bisogna che abbia ben chiare quali siano state le assegnazioni ai vari istituti in modo tale da poter affrontare il problema del coordinamento.

Per quanto riguarda la domanda posta dalla senatrice Ongaro Basaglia in relazione ai problemi dell'educazione, ritengo di aver già risposto.

Il presidente Bompiani ha chiesto se il meccanismo messo in moto negli ultimi anni ha cominciato a funzionare nonostante le incertezze iniziali; in pratica, se siamo sulla buona strada. Sì e no, a mio parere; infatti, non dobbiamo dimenticare che i finanziamenti per la ricerca finalizzata ad istituti scientifici relativi all'anno 1981 sono stati erogati in questi giorni, nel 1984. Non dobbiamo, inoltre, dimenticare che i primi fondi per la ricerca corrente saranno distribuiti agli istituti scientifici tra un anno. Non dobbiamo, infine, dimenticare che i fondi in conto capitale stanziati per il 1983 non sono ancora stati erogati agli istituti scientifici.

Vi sono, pertanto, blocchi del meccanismo amministrativo ed una carenza di indirizzi per le istituzioni che impediscono qualsiasi forma di coordinamento tra i vari istituti, soprattutto per quanto riguarda le piante organiche e l'organizzazione dei servizi, la cui competenza è prevalentemente a livello di istituti.

Per quanto riguarda il problema dell'equilibrio tra attività cliniche ed attività di laboratorio, è chiaro che non si può trasformare un istituto di ricovero e di cura a carattere scientifico in un ospedale con dieci letti e con una enorme attività di ricerca sperimentale o viceversa. Occorre, pertanto, elaborare degli *standards*; infatti, un istituto di ricovero e cura è un istituto di ricovero e cura, come appunto viene definito, e non un istituto di ricerca che opera e cura attraverso diverse metodologie. Ci troviamo di fronte, al riguardo, ad esempi sia dell'uno che dell'altro caso.

La commissione prevista dall'articolo 23 del decreto del Presidente della Repubblica n. 617 è stata istituita ormai da tre anni e solo ora ha iniziato veramente ad operare. Si tratta di una commissione che è presieduta dallo stesso Ministro della sanità e che deve assolutamente funzionare. È necessario che tale commissione esamini tutti i finanziamenti relativi alla ricerca corrente ed alla ricerca finalizzata; la commissione non può

avere solamente la competenza verso la ricerca finalizzata, alla quale si eroga soltanto il 10 per cento degli stanziamenti. Questo non mi sembra giusto.

Per quanto riguarda infine, il modello «Regione-sanità», devo dire che si tratta di un problema estremamente complicato. Gli istituti si trovano, effettivamente, in una strettoia; qualsiasi erogazione di fondi, infatti, viene effettuata attraverso canali burocratici di difficilissima utilizzazione per gli istituti di ricerca. Sono, pertanto, necessari una maggiore agilità amministrativa ed un modello analogo a quello dei dipartimenti universitari, che permettano, ad esempio, al presidente di un istituto di erogare una certa somma in maniera autonoma, senza che tale questione debba essere sottoposta al consiglio d'amministrazione o al comitato regionale di controllo. Bisogna, quindi, fissare dei «tetti» al di sotto dei quali gli istituti sono abilitati ad agire in piena autonomia, così come accade per i dipartimenti universitari, che godono di una certa autonomia finanziaria in base al decreto del Presidente della Repubblica n. 382 del 1980. Questo, a mio avviso, non potrebbe causare alcuno squilibrio nella macchina dello Stato. Ritengo, comunque, che si debba lavorare molto per raggiungere un tale obiettivo.

PRESIDENTE. La ringrazio, professor Rossi Bernardi. Ho voluto provarla per «stancare» certe risposte che altrimenti non sarebbero state date.

Vorrei pregarla di farsi parte diligente presso tutti quegli istituti di cui non si hanno notizie affinché ci trasmettano dati.

MELOTTO. Si tratta di tutti quegli istituti che non sono passati attraverso il filtro del Consiglio sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Non dico che debbano farci pervenire pregevolissimi volumi, ma nemmeno un «foglietto» volante: almeno qualche pagina molto precisa sulla loro consistenza ed attività.

MAUGERI. Devo, innanzitutto, ringraziare il senatore Condorelli per le sue parole lusinghiere.

La senatrice Colombo Svevo mi ha rivolto una domanda sui motivi e le modalità di organizzazione delle strutture riabilitative. Ritengo utile e necessario che in ogni regione vi sia almeno un centro di riabilitazione. Per parte mia, credo che per poter istituire tali centri occorra, innanzitutto, l'assenso della Regione; bisogna, in pratica, che la Giunta della regione stessa sia nell'ordine di idee di creare una struttura di questo tipo. Una volta ottenuto il benessere della Regione, ci si deve organizzare in modo tale da recepire mezzi e personale che possano far funzionare in maniera adeguata una struttura del genere.

A tale proposito, ritengo molto utile la collaborazione con le università. Abbiamo sempre instaurato, in ogni regione, un rapporto valido con le università, in particolare a Pavia ed a Bari. Il centro di Bari, ad esempio (che è situato a Cassano Murge), ospita la sede dell'Istituto di medicina del lavoro e della Scuola di specializzazione in cardiologia. Questo dimostra che vi è una stretta collaborazione con gli organi universitari. A Brescia vi è un istituto che collabora con universitari provenienti da Parma e da Milano. A Campoli si sta instaurando un rapporto di collaborazione con l'Università di Napoli.

Ho voluto citare questi esempi per sottolineare l'importanza che assume per i nostri centri la collaborazione con le sedi universitarie.

DELLA PORTA. Cercherò di essere molto breve e sintetico.

Il senatore Botti ha chiesto quali siano i rapporti tra le università ed il nostro Istituto. Devo dire che tali rapporti sono ottimi e molto stretti. Collaboriamo, infatti, con l'Istituto di radiologia, con l'Istituto di biometria, con la cattedra di immunologia, con la cattedra di oncologia sperimentale e con la Scuola di specializzazione in oncologia.

Ma c'è di più. Di recente — tanto per citare un esempio — si doveva procedere alla costituzione di una sezione speciale per il trapianto di midollo. Sapevamo che vi era disponibilità da parte universitaria; è stato, quindi, mandato in missione presso il nostro Istituto un professore associato di clinica

medica particolarmente competente nel settore. I rapporti, pertanto, sono molto buoni; non c'è corso di aggiornamento che non si faccia insieme con le università.

Per quanto riguarda la prevenzione, bisogna innanzitutto distinguere la prevenzione primaria da quella secondaria. Prevenzione primaria significa identificare le cause del cancro; per fare ciò sono necessarie conoscenze di base, sperimentatori ed un *know how* particolare. Il nostro Istituto dispone di tali strumenti e si è sempre occupato di cancerogenesi chimica.

Le attività del nostro Istituto mi hanno permesso di far parte della commissione di cancerogenesi, mutagenesi e teratogenesi dell'Istituto superiore di sanità e delle varie commissioni del Ministero della sanità che devono pronunziarsi sulla tossicità e sulla cancerogenicità dei prodotti immessi nell'ambiente.

Tutte queste attività mi hanno altresì permesso di intrattenere buoni rapporti con vari organismi e di partecipare ai lavori dell'Istituto di ricerca sul cancro IARC di Lione, con uno scambio di conoscenze reciproche molto importanti.

Vi è poi l'epidemiologia, la quale deve aiutare ad identificare le cause dei tumori.

Abbiamo, come ho detto, una apposita divisione di epidemiologia e qui sorge il problema del registro dei tumori di Varese, che è gestito dall'Istituto. Varese è stata scelta perchè è una provincia piccola, con una popolazione abbastanza stabile; una provincia dove ha un senso avere un registro dei tumori, mentre non lo avrebbe Milano, ad esempio. Probabilmente ora si aggiungeranno altri due registri, uno nella provincia di Cremona e l'altro nella provincia di Sondrio, in quanto anche queste hanno delle caratteristiche che possono fornire dei dati utili all'identificazione delle cause dei tumori, scopo precipuo di queste rilevazioni.

Poi abbiamo la prevenzione secondaria, cioè la diagnosi precoce. Esiste una catena di ambulatori al di fuori dell'Istituto che prestano la loro opera in questo campo. Importantissima è al riguardo la ricerca, in quanto la diagnosi precoce, la prevenzione secondaria saranno possibili solo nel momento in cui

avremo i mezzi per arrivarvi; purtroppo al momento i mezzi a nostra disposizione sono ancora estremamente scarsi. Per questo motivo siamo impegnati nella ricerca per quanto riguarda gli anticorpi monoclonali, che riteniamo possano essere utili proprio per andare a scoprire i piccoli gruppi di cellule neoplastiche al loro sorgere.

Per quanto riguarda la domanda del senatore Condorelli sulla biblioteca centrale, devo dichiararmi d'accordo con il professor Rossi Bernardi.

CONDORELLI. Nessuno mette in discussione la necessità delle biblioteche, ma qui si parlava di miliardi. Fare dappertutto biblioteche da trecento milioni mi sembra un po' esagerato.

DELLA PORTA. Giusto. Infatti a Milano abbiamo un collegamento, che funziona benissimo, tra la biblioteca dei tumori di Milano, il «Besta», il «San Raffaele» ed il «Mario Negri»: abbiamo un catalogo comune e ci scambiamo le notizie e le informazioni.

Il senatore Calì parlava di ricercatori medici e non medici. Abbiamo una normativa assolutamente uguale, per i concorsi, per gli stipendi, per le indennità di tempo pieno e così via. Sono ormai dieci anni che questa normativa è uguale per le due categorie: è stata una grossa battaglia che in prima persona ho fatto perchè non è possibile avere al banco di laboratorio o in una qualsiasi struttura dell'Istituto due laureati trattati in modo diverso, pur collaborando tra di loro.

Ritengo che il coordinamento tra i vari istituti, in particolare in materia di tumori, sia estremamente importante ed utile. Abbiamo dei buoni collegamenti, soprattutto a livello operativo: ad esempio, le famose «*task forces*» nazionali, sempre organizzate in collaborazione tra i quattro istituti per i tumori, danno un ottimo risultato.

Certamente il collegamento dovrebbe essere più stretto, coordinato ed obbligatorio. Un problema che sorge a questo proposito è che bisogna creare altri istituti per i tumori: non credo che gli attuali siano sufficienti e bisognerebbe attrezzarne altri con una adeguata distribuzione geografica.

Una domanda della senatrice Colombo Svevo riguardava le divisioni oncologiche ospedaliere. Se lei riesce ad ottenere una copia del programma di piano nazionale oncologico, predisposto dalla commissione presieduta dal professor Veronesi, di cui ho avuto il piacere di fare parte, potrà verificare come vi fosse indicato perchè e dove dovessero essere predisposti dei registri dei tumori, perchè e dove dovessero essere organizzati dei centri oncologici, le differenze tra un istituto scientifico dei tumori e un reparto specifico per l'oncologia, che è necessario in qualsiasi ospedale di una certa dimensione. Purtroppo il tumore è una malattia particolare, che deve essere trattata con una competenza particolare. Naturalmente è sempre necessaria una collaborazione tra i vari specialisti, visto che non è reale la visione tautologica dell'oncologo.

I quattro istituti dei tumori coprono una percentuale minima di quella che è la popolazione colpita da cancro: la maggior parte va logicamente negli ospedali generali e quindi questi devono essere competenti in materia e devono essere attrezzati con strutture particolari.

Il nostro Istituto non ha la neurochirurgia per il semplice fatto che l'Istituto Besta, che è vecchio quanto il nostro e che ha sede a cinquecento metri da noi, ha sempre operato nel campo della chirurgia tumorale — e molto bene —. Per questo motivo noi non abbiamo mai voluto organizzarci in questo campo, proprio per non creare un doppione perfettamente inutile. D'altra parte, la neurochirurgia esige una competenza così vasta e così precisa nello stesso tempo che non ritenevamo di doverla coprire.

CALÌ. Manca anche negli altri istituti, però.

DELLA PORTA. Credo di sì; noi abbiamo la fortuna di avere il «Besta» a due passi.

Per quanto riguarda il problema degli ambienti di lavoro, abbiamo proposto che a livello della Regione lombarda — come di qualsiasi altra regione, del resto — venga istituito un ufficio, un centro epidemiologico di osservazione specifico per i tumori. Per

parte nostra, siamo a disposizione per fornire le conoscenze. Come Istituto non possiamo ricevere la telefonata dalla singola industria che ci esponga una particolare situazione e ci chieda di intervenire. È necessaria invece una organizzazione a livello regionale o multiregionale, adoperando le competenze degli istituti.

Rispondendo alla domanda del presidente Bompiani circa il rapporto laboratori-letti, ricordo che noi abbiamo deciso un numero di 500 letti, cioè che abbiamo deciso che le dimensioni di un istituto dei tumori non devono superare i 500 letti, altrimenti l'istituto assume dimensioni per le quali non si riesce più a gestirlo per la ricerca. Una volta stabilito questo «tetto», ne derivano le dimensioni ottimali dei laboratori annessi alla clinica e dei laboratori sperimentali. Lei sa meglio di me che porre un «tetto» al ricercatore è estremamente difficile, perchè possono presentarsi sempre nuove occasioni di studio e quindi la necessità di un allargamento. In ogni caso, però, esistono delle dimensioni ottimali per qualsiasi istituto e si tratta di riuscire, in un modo o in un altro, ad arrivarvi.

Per quanto riguarda la selezione e i concorsi, non posso che affermare che i concorsi per gli istituti scientifici devono essere molto più severi degli altri. Il problema del trasferimento dagli istituti scientifici alle altre strutture è per me un falso problema: si deve fare in modo che i primi siano ad un livello talmente più alto, come *standard* e come prove di ammissione, da rendere assolutamente naturale il trasferimento nelle altre strutture ospedaliere. E questo tanto più vale nel campo dei tumori, qualora in queste strutture esistano delle divisioni oncologiche specifiche. È necessario pertanto un regolamento differenziato; anzi, raccomando che vengano sì date le direttive — come, peraltro, non è accaduto finora — anche per i regolamenti degli istituti scientifici, ma che si consenta di adattare i singoli regolamenti alle dimensioni e alle strutture di organismi che sono caratterizzati dal polimorfismo. Infatti, non potete paragonare un istituto che ha una struttura singola con uno che ha venti sedi sparse per tutta Italia.

Quello dei due padroni è certamente un grosso problema. Direi che nella Regione lombarda noi abbiamo avuto anche un padrone regionale molto benevolo ed attento alle nostre necessità. A mio avviso, occorre stare molto attenti quando si parla di *budget* assistenziale e quando si fa il paragone del *budget* assistenziale di un istituto scientifico rispetto a quello di un ospedale. Quando facciamo uno studio clinico controllato, il paziente ha un numero di esami sicuramente in eccesso anche rispetto alle sue specifiche necessità, ma ciò occorre per poter trarre da un tale studio controllato delle informazioni sufficienti a migliorare lo *standard* della terapia riferito a tutto il Servizio sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Ringrazio i gentili ospiti per il contributo da loro offerto alla nostra indagine, dichiaro conclusa l'audizione e propongo di sospendere brevemente la seduta.

Poichè non si fanno osservazioni, la seduta è sospesa.

Il professor Francesco Antonio Manzoli, il professor Leonello Ricci, il professor Giuseppe Della Porta, il Professor Luigi Rossi Bernardi e il professor Salvatore Maugeri vengono congedati.

I lavori vengono sospesi alle ore 18,57 e sono ripresi alle ore 18,59.

Vengono quindi introdotti il dottor Luciano Tavazza e il dottor Patrizio Petrucci.

Audizione dei rappresentanti della Federazione nazionale pubbliche assistenze e del Movimento di volontariato italiano

PRESIDENTE. Saluto i rappresentanti del volontariato italiano, il dottor Luciano Tavazza, segretario nazionale del Movimento di volontariato italiano, e il dottor Patrizio Petrucci, segretario nazionale della Federazione nazionale pubbliche assistenze.

Ci è stato telefonato che il dottor Giannelli della Confederazione nazionale misericordie

d'Italia ha avuto un incidente d'auto. Ci auguriamo che sia solo un lieve incidente, senza conseguenze; ma gli facciamo ugualmente molti auguri.

Do ora la parola al dottor Tavazza, pregandolo di contenere la sua esposizione al minimo indispensabile, in modo che si possa sviluppare più a fondo il dibattito successivo.

TAVAZZA. Signor Presidente, le sarei grato se si potessero focalizzare alcune domande centrali a cui rispondere sinteticamente insieme al mio collega. In tal modo rinunceremmo a una panoramica introduttiva che può non interessare tutti i presenti. Ciò ci consentirebbe degli interventi alternati e un dibattito più vivace.

PRESIDENTE. Il Regolamento non lo esclude e quindi possiamo procedere in questo modo.

Invito pertanto i colleghi a porre i loro quesiti ai nostri ospiti.

COLOMBO SVEVO. Nella riforma sanitaria abbiamo avuto per la prima volta in modo abbastanza significativo l'introduzione a pieno titolo del volontariato per raggiungere i fini istituzionali che la riforma stessa intende perseguire.

Vorrei sapere, innanzi tutto, come è stata accolta e come è stata riportata questa iniziativa legislativa statale a livello regionale e, in secondo luogo, se tale iniziativa ha, secondo voi, favorito le associazioni di volontariato. Che cosa è cambiato tra tali associazioni e il mondo sanitario?

La terza domanda concerne il rapporto tra le associazioni di volontariato e le unità sanitarie locali. Tali associazioni non sono locali; pertanto chiederei se la «zonizzazione» della sanità ha comportato una diversità organizzativa per queste istituzioni e un certo «fiorire» del volontariato, non solo all'interno di questi servizi tradizionali — quali sono quelli ospedalieri e delle «croci» — ma anche nell'ambito di altri servizi di prevenzione e di integrazione.

Vorrei inoltre avere un giudizio su come tale articolazione si è sviluppata nel territorio nazionale; infatti ognuno di noi ha pre-

sente una situazione locale, ma sarebbe opportuno avere una panoramica del settore, perchè se si deve stabilire un rapporto corretto tra volontariato ed organizzazioni sanitarie si deve sapere anche su quante forze si può contare.

JERVOLINO RUSSO. Non ho ascoltato la prima domanda della senatrice Colombo Svevo e quindi non so se ripeterò lo stesso quesito.

Si è abbastanza discusso della necessità di una regolamentazione giuridica del volontariato e, senza dubbio, si è alla ricerca di una sistemazione equilibrata che, da un certo punto di vista, lasci la libertà di espressione necessaria e insostituibile per i gruppi di volontariato e, da un altro punto di vista, determini alcune garanzie giuridiche. Vorrei pertanto sapere dal dottor Tavazza come, in base alla sua esperienza, vede questo problema e quali sono gli snodi che avrebbero secondo lui bisogno di una regolamentazione giuridica.

In secondo luogo è evidente che il volontariato esige innanzi tutto una motivazione interiore. Ma ritengo, soprattutto quando si parla di volontariato nel settore sanitario, che occorra anche un minimo di preparazione «professionale» (non considero il volontario un professionista), di conoscenza della materia rispetto alla quale ci si pone in posizione di servizio. Come ritiene, dottor Tavazza, che possa essere fornito ai lavoratori questo tipo di competenza «professionale»?

MELOTTO. Parliamo del volontariato nel Servizio sanitario nazionale. Sottolineo tale concetto perchè parlare del volontariato nel sociale è un momento sostanzialmente diverso. Infatti ritengo che al riguardo dobbiamo partire dal presupposto che il volontariato previsto dalla legge n. 833 svolga un determinato servizio, sulla cui base sono state, tra l'altro, riconosciute le «croci». Ma mentre in base alla mia esperienza — riferita alle città di Padova e di Verona — le «Crocì verdi» per il trasporto degli ammalati erano ormai sufficientemente qualificate da decenni e tendevano ad essere assorbite dal Servizio sanita-

rio nazionale per perdere di fatto e di diritto la qualifica di associazioni di volontariato, è sorta invece una «Croce bianca», dove l'animazione è veramente momento di umanizzazione del servizio; proprio stamattina, con i rappresentanti del Tribunale dei diritti del malato, si è parlato anche di aspetti di disumanizzazione del servizio stesso, o quantomeno di notevole anonimato. Ebbene, volevo sapere qual è l'esperienza di carattere nazionale nel settore, se cioè questo tende a diffondersi, a diventare un modello dove attraverso la convenzione si possa far svolgere un servizio di carattere continuativo perchè abbiamo visto nascere tanti servizi spontanei, ma proprio perchè tali, esserci oggi e domani sparire.

Seconda domanda: nei servizi a «scavalco», soprattutto tossicodipendenza e psichiatria, dove vi sono aspetti del sociale, ma anche parecchi aspetti del sanitario, l'esperienza esige anche in questo campo, dopo la fase dell'entusiasmo iniziale, qualcosa che dia maggiore stabilità a queste attività, oppure le lasciamo ancora sperimentali, in attesa e nella ricerca di un loro spazio? Io credo che, anche in questo settore, oggi o si integrano le strutture o difficilmente si risponde alle esigenze.

Vorrei capire esattamente, anche perchè qua e là si è già legiferato nelle regioni e può essere che altrettanto faccia il Parlamento — proposte di legge cominciano ad essere presentate —, che cosa suggerite per dare stabilità e continuità al momento di volontariato nel Servizio sanitario nazionale e quindi a quegli aspetti veramente umani che il servizio stesso per certi segni accentuati di burocratizzazione ha perduto lungo la strada. Comprendo infatti l'esigenza di libertà del volontariato, ma sono anche del parere che un servizio, una volta impostato, debba avere una sua continuità ed una sua caratteristica precisa.

ONGARO BASAGLIA. Vorrei integrare la domanda del senatore Melotto. Tutte le esperienze psichiatriche di apertura del manicomio prima della riforma hanno contato e puntato molto sulla presenza di un volontariato spontaneo nel manicomio. Si trattava

allora di giovani molto motivati alla lotta, al cambiamento e questa presenza risulta essersi mantenuta, anche dopo l'approvazione della legge n. 180 del 1978, in molti luoghi dove si opera in linea con la riforma.

Ebbene, vorrei sapere che rapporto c'è tra questo tipo di volontariato spontaneo in tali istituzioni ed anche nelle nuove strutture e le vostre associazioni di volontariato.

PRESIDENTE. Vorrei rivolgerle anch'io alcune domande per completare quelle già esposte dai miei colleghi e vorrei riferirmi più puntualmente alla prima domanda della senatrice Jervolino riguardante la regolamentazione giuridica.

Ebbene, regolamentazione giuridica, ma di che tipo? Non è la mia opinione, ma voglio proporla come argomento di riflessione: tra l'ipotesi di una carta del volontariato e quella di una legge-quadro per l'accesso regolamentato di gruppi di volontari nell'ambito delle attività del Servizio sanitario nazionale, qual è la vostra posizione?

Vorrei poi conoscere, se possibile, i dati relativi all'entità del fenomeno del volontariato, naturalmente sempre sotto forma di gruppi organizzati che abbiano un minimo di consistenza, di continuità, di storia, di riconoscimento.

È chiaro, infatti, che l'attività di volontariato più bella è quella di tipo personale, che è la più pura e la più motivata forse anche sul piano delle proprie esigenze spirituali: attività che per fortuna esiste e forma probabilmente il tessuto connettivo più spontaneo della solidarietà. Questa evidentemente, noi non la possiamo quantificare; mentre ciò è forse possibile per quanto riguarda l'attività dei gruppi e voi, come rappresentanti di una federazione, potete fornirci questi dati.

Terza ed ultima domanda: quali settori, in prospettiva, vedete più percorribili, nell'ambito delle attività svolte dal Servizio nazionale, per il volontariato? Noi abbiamo le nostre opinioni al riguardo, ma vogliamo conoscere le vostre. Facciamo un esempio: è chiaro che un'attività come quella di donazione del sangue, che ancora oggi si chiama attività di volontariato, può ritenersi ormai un'attività *sui generis*, in quanto è totalmente

codificata (anche se vi sono dei problemi per estendere il numero dei donatori di sangue, eccetera). Comunque non è a questa che faccio riferimento. Vi sono invece altri settori già organizzati per i quali conviene studiare se vi sono delle linee di sviluppo per il volontariato; settori che sono forse meno sanitari e più socio-sanitari, o sociali. Però, la linea di confine molte volte è difficile da stabilire (soprattutto nella società moderna ove vige un concetto di salute molto allargato). Vorrei raccogliere il vostro pensiero al riguardo.

MERIGGI. Una sola domanda e cioè: nel nostro paese si sta organizzando un servizio di protezione civile al cui interno dovrebbero organizzarsi anche dei gruppi specifici per quanto riguarda l'intervento sanitario perché anche a questo proposito, o questi interventi vengono organizzati da gente che sa come operare, o diversamente sorge poi il problema di dover aiutare il volontariato perché magari si trova allo sbando, isolato, non organizzato; l'esperienza dell'Irpinia ci dà questo risultato.

Ebbene, vorrei sapere se c'è un rapporto tra voi e questa organizzazione che ancora forse non c'è, ma che si sta realizzando, ed eventualmente di che tipo è.

TAVAZZA. Cercherò di dare un quadro sintetico, così come mi è richiesto; preferisco essere magari troppo sintetico ed avere in seguito altre domande che non debordare dai tempi consentiti.

Anzitutto, vorrei dare un quadro preciso del volontariato ricordando che questa audizione cade alla vigilia di un convegno nazionale del volontariato che si celebrerà a Lucca il 4, il 5 e il 6 maggio e a cui dovrebbero affluire alcuni dei dati richiesti.

Il panorama generale del volontariato in Italia è quello che ha rilevato, attraverso uno studio condotto nel 1983, il Ministero del lavoro e della previdenza sociale; esso ha istituito, due anni e mezzo fa, una commissione nazionale per il volontariato. A questa commissione è stato affidato in primo luogo il compito di cercare di capire lo «spessore» del fenomeno del volontariato in Italia. Da

questo censimento, a cui io credo è sfuggito certamente, per le difficoltà a voi note di individuare il volontariato, il 30 per cento del campione, risultano al momento 7.045 associazioni operanti sul territorio nazionale. Pertanto, se calcoliamo il 30 per cento in più, forse ci avviciniamo alla verità facendo la cifra di circa 10.000 associazioni, indicazione questa che già il professor Quaranta aveva dato a suo tempo con il libro «L'associazionismo invisibile». All'interno di questo universo sembra che l'istituto di ricerca che sta analizzando questi dati per conto dei Ministeri del lavoro e dell'interno abbia individuato oltre cinquanta tipi di volontariato.

Questo è un primo dato di carattere medico; il secondo è di carattere economico ed è stato fornito nel giugno scorso dall'EURISCO, una società di ricerca a carattere economico. Da esso risulta che in Italia, grosso modo, il 10,7 per cento della popolazione si occupa di volontariato con una media di presenza di sette ore alla settimana. Quindi, si tratterebbe grosso modo di 3 milioni e 200 mila persone che si occupano di volontariato nei vari campi. L'EURISCO calcolava che queste persone offrono 900 milioni di ore all'anno e che, se fossero retribuite a 12.000 lire l'ora qual è il trattamento di un operatore sociale al grado iniziale, il contributo sarebbe pari a 11.000 miliardi all'anno. Sono dati non forniti dagli interessati (volontari) e perciò abbastanza significativi. Presto sarà presentata tutta l'articolazione di questi dati; penso che la Commissione tra quindici o venti giorni potrà avere gli studi relativi affidati a due docenti dell'Università cattolica del Sacro Cuore.

È chiaro che sfugge a questa individuazione tutto il volontariato individuale «eticamente più valido», come è stato affermato da qualcuno. Come associazioni contestiamo questa dichiarazione non perchè non riconosciamo il valore etico dell'atto singolo, ma perchè — se vogliamo uscire dal criterio della «buona azione» per realizzare un volontariato che diventi soggetto politico capace di contribuire al cambiamento — l'individuo che si trova isolato rispetto all'istituzione è difficile che compia qualche cosa di innovativo; è facile piuttosto il restringersi

della sua azione al campo riparatorio, ma allora non si tratta di volontariato. Riteniamo che l'individuo da solo non possa far nulla e che solo unito ad altre forze sociali possa aggredire le cause.

Vorrei precisare, onorevole Presidente, che parlo a nome di una Federazione nazionale che non raccoglie associazioni operanti solo nel campo sanitario bensì in tutti i settori; il collega che parlerà dopo di me lavora però più specificamente nel settore sanitario e potrà fornire alla Commissione ulteriori elementi di settore.

Una domanda rivolta dalle senatrici Colombo Svevo e Jervolino Russo e dal presidente Bompiani, riguardava la regolamentazione giuridica del volontariato. La commissione nazionale per il volontariato istituita dal Ministero del lavoro è arrivata ultimamente alla elaborazione di una proposta di 14 articoli che dovrebbero essere, come è stata chiamata, la «carta del volontariato», oppure una legge-quadro. Questa esigenza è nata dopo che nell'ultimo biennio otto regioni italiane hanno approvato al riguardo leggi speciali. Occorre fare pertanto una considerazione: ci sono regioni che approvano leggi in cui inseriscono il volontariato mentre ve ne sono altre che hanno approvato leggi speciali. In questo senso ha cominciato il Friuli-Venezia Giulia, poi la Valle d'Aosta ed in seguito altre regioni.

Cosa ci si proporrebbe con la legge-quadro? La non ripetizione in Italia di ciò che è avvenuto dopo lo scioglimento degli enti nazionali di assistenza, quando abbiamo visto l'enuclearsi nelle varie regioni di leggi assistenziali e si è ripetuta la situazione per cui le regioni più ricche meglio favoriscono gli emarginati in tutti i settori mentre le regioni più povere non lo possono fare. I criteri usati nel nostro paese corrispondono qualche volta ad un vestito di Arlecchino. Visto che è già avviata una legislazione, ci è sembrata opportuna l'approvazione di una legge-quadro molto duttile, con disposizioni che segnavano alcuni orientamenti di base pilotando così l'esperienza regionale. Bisogna anche tener conto che le regioni meridionali che avevano più problematiche non sono riuscite ad enucleare una legislazione

ad hoc. Occorre inoltre considerare che sette o otto regioni hanno presentato progetti di legge e si preparano a vararli.

Riteniamo che tale legge-quadro debba garantire due caratteristiche: non sopprimere la libertà degli enti, riguardare naturalmente gli enti e le iniziative che intendono collaborare con lo Stato; deve trattarsi di un provvedimento che affronti il problema di quel volontariato, che vuole entrare in una dialettica positiva con lo Stato. Occorre una regolamentazione soprattutto perchè se si dovesse addivenire ai criteri oggi seguiti in Europa di non retribuire tanto il volontariato quanto di aiutare le associazioni con incentivazioni, questo non dovrebbe avvenire «a pioggia», ma tramite un riconoscimento che si dà in tutto il paese ed una generalità di parametri.

L'altro problema per cui ci sembrava necessaria una legge-quadro riguarda il lavoro nero, la disoccupazione, il lavoro minorile e quello sottopagato. Nel 1982, nel secondo convegno nazionale di Lucca, abbiamo chiesto ai sindacati di venirci incontro proprio in questo campo; ciò perchè il nodo cruciale è costituito dal rapporto tra lavoro a titolo gratuito e lavoro a titolo oneroso. In questo momento vi è una situazione giuridica tale per cui qualunque volontario «impazzito» potrebbe ad un certo punto della sua prestazione affermare che non intendeva offrirla a titolo gratuito, di volontariato, ma oneroso e il tribunale non potrebbe pronunciarsi che per il riconoscimento della retribuzione. Non si può sciogliere questo nodo se non si consultano i sindacati riuscendo a stabilire un parametro che distingua con chiarezza i due rapporti. Quindi, oggi siamo al punto che alcuni membri del Parlamento hanno presentato un disegno di legge (Atto Senato n. 575) di cui è primo firmatario il senatore Lipari — e che ci auguriamo venga discusso con una certa sollecitudine — in modo da consentire alle Regioni che hanno legiferato di orientarsi con parametri unitari e di correggere eventuali storture che come volontariato abbiamo già registrato.

Mi è stato chiesto quali siano i settori più percorribili per il volontariato. Ho l'impressione che nei prossimi anni, poichè esistono

due tipi di volontariato, avremo due direzioni. C'è il volontariato di massa costituito da quelle persone che, come avviene nella maggior parte dei paesi del Mediterraneo e in quelli anglosassoni, hanno il loro sostentamento con un rapporto di lavoro regolare nelle più varie professioni. Essi mettono a disposizione generosamente il tempo libero, ma non sono specialisti. Queste persone dovranno orientarsi soprattutto ad una larga opera di prevenzione primaria. Mi spiego: un conto è aggredire il problema della droga a livello di comunità terapeutica, e siamo nel riparatorio, altro è organizzare un volontariato diffuso sul territorio per affrontare il problema, prevenendo i fenomeni generali della devianza giovanile, che sia efficace pur con una scarsa specializzazione, ma con un'alta capacità di incidenza nel mondo giovanile e in vari settori.

C'è poi il volontariato per cui occorre invece — come diceva il senatore Melotto — un'alta specializzazione. Siamo in presenza di discorsi completamente diversi che richiedono non soltanto una preparazione di base indispensabile a qualunque tipo di volontariato, ma addirittura una formazione che noi riteniamo non possa essere impartita all'interno delle associazioni, ma che debba vedere collaborare i quadri delle associazioni (e quindi coloro che si sono formati all'interno), le Regioni (che hanno un compito specifico di formazione ad istruzione professionale), ma anche altri organismi nazionali, che per la loro specifica preparazione possono assicurare afflussi diversi di competenze nella preparazione del volontariato. Il fatto di non avere solo persone «disponibili» ma anche preparate, diventerà veramente il nodo di credibilità dell'autentico volontariato.

Esistono inoltre problemi previdenziali e assicurativi. In tutta Europa si chiede al volontario un intervento gratuito, ma se il volontario lavora in un ospedale occorre che sia garantita la sua salute; a questo deve pensare l'istituzione; non solo, ma nell'esercitare il suo lavoro può provocare danni agli altri, ed anche su questo devono esserci garanzie: un handicappato portato in carrozzina, ad esempio, può sfuggire di mano e può avere dei danni per una mia momentanea

distrazione. Come abbiamo dunque visto, vi sono problemi di lavoro che devono essere affrontati, come vi sono problemi giuridici previdenziali, assicurativi e di riconoscimento. Occorre anche, per chiarire il ruolo e la posizione delle associazioni, desiderose di collaborare con lo Stato, che siano stabilite alcune regole fondamentali da cui non si possa prescindere. Si tratta di quelle regole alla cui luce poi le associazioni stesse dovrebbero rivedere e sistemare interventi, metodologie, obiettivi ed i propri statuti.

Per esempio: sappiamo come occorra che il pubblico, quando tratta con un'associazione, sappia chi ne è il presidente, se vengono dati degli aiuti, chi risponde di questi aiuti giuridicamente ed amministrativamente in caso di cattiva gestione. Allora, a questo punto, nasce il problema, il nodo degli albi che non sono albi professionali, ma di associazionismo che definiscono in tutto il paese cosa deve essere nel suo «nucleo essenziale» un'associazione di volontariato.

Mi è stato chiesto un chiarimento sulle «croci»: ritengo che per quanto riguarda le «croci», le Pubbliche Assistenze abbiano una loro esperienza particolare; mi dispiace che non siano presenti i rappresentanti delle Misericordie, le quali ne hanno un'altra, ma erano comunque stati convocati.

Per quanto riguarda i servizi «a scavalco», volevo chiedere al senatore Melotto, per potere essere più preciso, se intende riferirsi a tutti i servizi che sono a scavalco tra il sociale ed il sanitario.

MELOTTO. Sì, intendevo riferirmi proprio ad essi.

TAVAZZA. E allora, le dirò che la nostra preoccupazione — come volontariato — è che in questo momento si stia accentuando l'aspetto della sanitarizzazione; mentre capiamo l'esigenza ed il fatto storico che lo Stato abbia dovuto agire in condizioni di emergenza, per cui il sanitario si è sviluppato ed il sociale molto meno, dal nostro punto di vista non riteniamo di poter fare opera di umanizzazione se non avremo moltiplicato questi servizi a scavalco, soprattutto se lo Stato trascura tale aspetto. Resta contempo-

raneamente chiaro che non crediamo al volontariato salvifico ed umanizzante. Faccio l'esempio di un ospedale in cui l'umanizzazione non sia «sposata» da medici e paramedici. Purtroppo, fin troppo spesso siamo chiamati a sanare situazioni incredibili! Come se l'introduzione di trenta persone ben motivate potesse mutare una situazione che invece dipende da un complesso di apporti! Ciò anche per non fare della mitologia del volontariato. Questo è un nuovo pericolo che si sta profilando in Italia anche per una diffusa incultura. Essa sostiene che oggi sia bene aiutarci dato che c'è la crisi delle istituzioni; occorre quindi dar spazio al volontariato. Tutta la storia europea e anglosassone dice invece che dove le istituzioni funzionano bene il volontariato può fare il suo lavoro originale e non il lavoro di supplenza o peggio, essere usato per fare dei risparmi, quando invece la presenza del volontariato porta normalmente all'allargamento della spesa, specie se lavora in collaborazione con l'amministrazione locale. Allargherà se mai le aree di intervento, qualificherà la spesa, ma non sarà mai un modo per uscire dalla crisi! È questo un errore che anche il giornalismo italiano sta diffondendo, cioè quello di pensare di dare fiato al volontariato perchè i servizi sociali sono in crisi, mentre invece l'unica nostra speranza è che i professionisti facciano fino in fondo il loro lavoro, perchè accanto alla loro professionalità noi possiamo svolgere un lavoro di integrazione; se fossimo chiamati a fare della supplenza, invece, finirebbe veramente l'apporto che noi possiamo dare.

Quanto alla domanda se l'articolo 45 della legge di riforma sanitaria ha portato allo sviluppo del volontariato sanitario, credo di poter garantire che lo sviluppo è stato anche troppo impetuoso. È stato realizzato più spesso sulla linea dell'entusiasmo che della preparazione; per cui sarebbe stato molto più utile avere un periodo di incubazione di un biennio con preparazione attenta del volontariato piuttosto che andare a stringere delle convenzioni che spesso non hanno portato i frutti che speravamo.

Mi è stato ancora chiesto qualcosa sul rapporto tra i giovani motivati già presenti

negli ospedali psichiatrici e le nostre organizzazioni: molti di quei giovani sono spariti, perchè erano disponibili ad operare in istituzioni, mentre nel momento in cui sono stati chiusi gli ospedali il vero problema è stato quello di offrire alternative, che richiedono una disponibilità maggiore.

Per quanto attiene ai problemi relativi ai rapporti con le USL, le difficoltà che incontriamo in questo momento per un ulteriore sviluppo sono dovute a due fattori: da una parte il fatto che ci scontriamo spesso con dipendenti comunali o provinciali che provengono da esperienze che si riallacciano ai vecchi enti comunali di assistenza, o comunque a settori di intervento che erano sempre di beneficenza, che hanno dei pregiudizi sul volontariato nel senso di favorire un'azione che finisca con l'essere qualitativamente incapace di sorreggere i bisogni, con particolare riguardo alla continuità. Sull'altro versante, vi sono pregiudizi da parte del volontariato stesso.

Ho preso visione proprio in questi giorni di cinquanta schede-questionario riguardanti un esame compiuto da volontari a Rieti; in quaranta di esse si fa rilevare che i servizi sociali sono carenti. Si tratta, in pratica, di personale pubblico talmente impreparato che non è possibile instaurare alcun tipo di dialogo.

Credo, pertanto, che finchè non si riuscirà a creare una cultura libera da determinati pregiudizi l'andare avanti sarà piuttosto problematico.

Il senatore Meriggi ha chiesto informazioni sul servizio di protezione civile. Riterrei opportuno che la Commissione (se ne avrà il tempo) ascoltasse i rappresentanti della Fondazione Zancan, che in questo periodo funziona come punto di raccordo di tutti i movimenti di volontariato che si occupano di protezione civile e che ha anche elaborato una serie di articoli da sottoporre al Ministro competente in vista della legge-quadro di settore. Vi è un accordo «intergruppi» (una delle prime iniziative, in Italia, largamente positive) che ha dato risultati soddisfacenti.

PETRUCCI. Devo dire, innanzitutto, che concordo con molte delle osservazioni del dottor Tavazza.

Dato il clima che in questi ultimi tempi stiamo vivendo come dirigenti di associazioni di volontariato, vorrei chiarire che il volontariato non è nè un fenomeno di riflusso nè un prodotto della crisi e che, invece (lo sottolineo proprio perchè ci troviamo a trattare questi problemi con i membri della Commissione sanità del Senato), si è avuta una sua maggiore vivacità e positività proprio nel momento in cui l'azione del volontariato stesso si collegava con l'azione riformatrice.

Dopo una certa stasi del dibattito, si tende ora a rappresentare il volontariato come fenomeno che supplisce, in qualche modo, alle carenze dello Stato e alle deficienze strutturali. Dobbiamo, invece, affermare (e questa è la nostra opinione come organizzazione di volontariato che opera, storicamente, soprattutto nel settore sanitario) che il volontariato non può esistere, in Italia, come fenomeno positivo se non vi è una forte presenza istituzionale, in assenza della quale esso diventerebbe un fenomeno involutivo, di supplenza, cioè alle carenze dello Stato.

Ciò che maggiormente ci preoccupa è il fatto che generalmente il volontariato viene concepito esclusivamente in termini di servizio; cioè, come momento di raccordo con le istituzioni per dare luogo ad un servizio.

Ritengo invece che il problema debba essere inquadrato in un dibattito più generale, che riguardi l'organizzazione della società civile ed il rapporto tra cittadini organizzati e istituzioni: infatti, vi è una concezione che identifica lo Stato con le istituzioni, per cui tutto il resto è rappresentato da strutture private.

Credo, quindi, che la crescita del volontariato associato (la nostra è una organizzazione di volontariato a struttura associativa, nella quale cioè vi sono sia volontari che soci) costituisca una proposta per una diversa organizzazione della società civile e per la stessa ridefinizione del confine tra pubblico e privato. In assenza di una visione di questo tipo, le norme sul volontariato e le varie leggi regionali possono difatti essere concepite soltanto come una dilatazione dei regimi convenzionali.

Mi riferirò anche al problema delle convenzioni proprio perchè, come associazione

di volontariato che opera soprattutto nel settore sanitario, abbiamo vissuto sia il «pre-riforma» che il «post-riforma», lavorando per anni gratuitamente, assicurando i trasporti sanitari ai cittadini senza che vi fosse un intervento diretto dello Stato.

Rispetto all'articolo 45 della legge n. 833 del 1978 vi fu un dibattito molto importante, relativo all'opportunità o meno di instaurare un rapporto con le istituzioni. Sia noi che altre associazioni scegliemmo di entrare nella gestione della riforma e — ricordo, — proponemmo l'inserimento del volontariato all'articolo 1 della legge di riforma sanitaria. A mio avviso, l'articolo 45 della legge n. 833 del 1978 rappresentava quanto di più avanzato vi potesse essere al momento del varo della riforma sanitaria. Ora, alla luce del dibattito in corso su una diversa cultura dello Stato e una diversa concezione della società civile, credo che tale articolo contrasti in maniera stridente con la situazione attuale.

Infatti, l'articolo 45 della legge di riforma sanitaria, come tutti sappiamo, definisce le convenzioni. La convenzione ha instaurato un meccanismo di doppia valenza: da un lato ha indotto le associazioni di volontariato che già operavano quotidianamente (e non in maniera episodica) nel settore sanitario a far crescere le proprie strutture, a dilatare la sfera dei servizi; dall'altro lato le ha così istituzionalizzate, facendole aumentare in misura notevole. Oltretutto, i limiti dei rapporti convenzionali (che verifichiamo costantemente) sono costituiti da una regolamentazione dei servizi che non dà alcuno spazio alle associazioni di volontariato (e, quindi, alle organizzazioni dei cittadini) nel processo di programmazione.

Si è quindi creato un meccanismo tale per cui l'unità sanitaria locale, la Regione o chi per esse — in base all'articolo 45 della legge di riforma sanitaria — concludono convenzioni che si riducono semplicemente ad una serie di richieste alle associazioni, in quanto non vi si fa cenno alla partecipazione.

Abbiamo concepito il volontariato come un elemento dinamico di analisi dei bisogni della gente, anche di quei bisogni che emergono dall'avanzare della società; lo abbiamo

inoltre concepito come un elemento di sollecitazione delle varie necessità. Nel momento in cui manca il canale per riportare all'interno delle istituzioni questa analisi dei bisogni che il volontariato compie con la sua azione, tra istituzioni e volontariato si viene ad instaurare un rapporto simile a quello esistente tra le istituzioni e qualsiasi laboratorio privato. Viene cioè a mancare uno dei gangli essenziali, costituito, a mio parere, dall'inserimento delle associazioni di volontariato in una programmazione ed in una dialettica.

La sensazione complessiva (e su questo abbiamo di recente preso posizione) è invece che le Regioni e le unità sanitarie locali tendano a scaricare sul volontariato le difficoltà operative che si presentano in settori di non facile gestione. Tutto ciò snatura completamente il ruolo delle associazioni di volontariato.

D'altra parte, i canali sui quali si incide hanno un duplice aspetto. Mi riferisco all'aspetto convenzionale poichè si tratta di un problema che affrontiamo quotidianamente, in quanto operiamo in diverse Regioni ed abbiamo stipulato convenzioni trasferite poi a livello di unità sanitarie locali. Tali convenzioni, mancanti dell'aspetto partecipativo, tendono a configurare un rapporto specialistico e tecnicistico con il volontariato.

Pertanto, la domanda che ci poniamo è la seguente. Se vogliamo che il volontariato si affermi come fenomeno di massa, in quanto portatore di determinati valori e di una cultura di solidarietà, nonchè di sperimentazione di nuove forme di partecipazione, come possiamo rinchiuderlo in un tecnicismo esasperato, svuotandolo di un potenziale contenuto di rinnovamento?

ONGARO BASAGLIA. In questo modo diventa un servizio.

PETRUCCI. Diventa un servizio che, oltretutto, non ha voce in capitolo. D'altra parte, i tagli alla spesa sanitaria e le difficoltà in cui si trovano le USL stanno stringendo il volontariato in una morsa, rappresentata dal tecnicismo e dai problemi finanziari che impediscono di sostenere le associazioni volontarie, per cui sta entrando in una profonda

crisi un meccanismo che non è relativo ai servizi, ma allo stesso tessuto democratico del paese.

Si tratta di una situazione molto delicata, che può essere ribaltata esclusivamente riportando una nuova disciplina entro una legge che sia in grado di inquadrare tutta la materia nell'ambito di una diversa concezione di Stato, e quindi di un diverso rapporto tra istituzioni e società civile.

Io ancora non conosco il più recente progetto legislativo in materia di volontariato; tuttavia abbiamo già in passato preso posizione auspicando un provvedimento sull'associazionismo in grado di incentivare e favorire la crescita e la formazione dei cittadini su forme associative di qualunque genere.

Recentemente abbiamo tenuto a Bologna un seminario di studi a cui ha partecipato un funzionario del Ministero del lavoro: le indicazioni emerse a proposito del progetto di legge in preparazione presso quel Ministero hanno dato la sensazione di una regolamentazione dell'esistente — quasi una regolamentazione delle pendenze di lavoro, di lavoro nero — piuttosto che di una legge propositiva che possa aprire nel paese un dibattito sul volontariato, stimolando i cittadini e dando gli strumenti per organizzarsi intorno ad attività di tal genere.

Per quanto riguarda la protezione civile, sono d'accordo con quanto ha detto il dottor Tavazza: nel lavoro che abbiamo svolto insieme emergono elementi unitari di proposta e la richiesta di spazi di organizzazione. Vorrei onestamente sottolineare che noi abbiamo una crescita continua di associazioni; non abbiamo grossi problemi di continuità, anche perchè forse il meccanismo che ci differenzia da altre organizzazioni ci avvantaggia in questo senso, perchè il volontariato non è collegato esclusivamente al gruppo, ma ad un tessuto associativo, per cui numerosi cittadini o gruppi di cittadini ne sostengono l'esperienza. A nostro avviso, il meccanismo della continuità viene appunto assicurato da tale tessuto, più articolato e complesso che non il semplice gruppo di volontari.

Tra l'altro questo modello associativo ha permesso di fare alcune sperimentazioni interessanti, sostenute dal contributo finanzia-

rio dei cittadini; ad esempio, in numerosissime città della Toscana esistono gruppi che assicurano il servizio dell'emergenza, in gran parte svolto a livello volontario, ma con elevate punte di qualificazione in quanto vi sono stati inseriti medici di urgenza, sia rianimatori che specializzati in cardiologia. Questa esperienza, su cui sta riflettendo la stessa regione Toscana, è stata portata avanti con il denaro dei cittadini che aderiscono alle varie associazioni di volontariato. Nonostante tali sperimentazioni, troviamo ancora resistenze e difficoltà, proprio perchè secondo noi manca un riferimento generale di discussione, costituito dal livello partecipativo nel nostro paese.

PRESIDENTE. Ringrazio gli intervenuti in rappresentanza, sia pure ideale, di un mondo così ampio e articolato e li prego di manifestare i nostri sentimenti di interesse, di attenzione e di riconoscenza verso il lavoro svolto dalle associazioni di volontariato nel prossimo congresso di Lucca. Le cose che ci avete detto saranno da noi profondamente meditate e speriamo di avere altre occasioni di incontro per poter più adeguatamente ed approfonditamente sviluppare questi temi.

Poichè non si fanno osservazioni, dichiaro pertanto conclusa l'audizione.

Il dottor Luciano Tavazza e il dottor Patrizio Petrucci vengono congedati.

Viene quindi introdotto l'ingegner Osvaldo Amato, accompagnato dall'ingegner Pino Scirto, dall'architetto Gualtiero Gualtieri e dall'ingegner Armando Cappuccio.

Audizione di rappresentanti dell'Unione sindacati professionisti del pubblico impiego.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Amato per essere intervenuto presso la nostra Commissione e gli cedo la parola per esporre una sintesi dei punti di vista dell'associazione che rappresenta. Naturalmente ulteriori apporti potranno esserci inviati per iscritto e siamo disponibili a recepire ed analizzare

tutto il materiale che eventualmente vorrete inviarci.

AMATO. Intervengo presso questa Commissione in rappresentanza dell'Unione dei sindacati professionisti del pubblico impiego che conta 80.000 iscritti ed è riconosciuta dal TAR, che ci ha richiesto la lista dei nostri iscritti, mentre il Tribunale in più sentenze ha riconosciuto la nostra maggior rappresentatività per quanto riguarda i professionisti del pubblico impiego, ingegneri, avvocati, medici, architetti, chimici, biologi, cioè tutti coloro che appartengono ad un albo professionale al quale è obbligatoria l'iscrizione per svolgere la propria attività professionale in regime pubblico.

Vorrei sottoporre all'attenzione di questa Commissione il grave problema che esiste nel mondo della sanità per quanto riguarda le strutture tecniche. Anche nel campo della sanità è stato creato il ruolo professionale nel quale avrebbero dovuto confluire i professionisti ai quali è richiesta l'iscrizione all'albo per svolgere un'attività professionale per la quale viene assunta, a norma di legge, una responsabilità. Per un errore, non sappiamo come sia potuto succedere, oltre ai geometri, sono stati inclusi anche i geologi, che non hanno nulla a che fare col ruolo professionale nè con la sanità. Ciò ha fatto sì che i geometri e i periti industriali siano confluiti in un altro ruolo che non ha nulla a che vedere con la loro attività.

Il numero dei professionisti confluiti nei ruoli della sanità è di 400 ingegneri ed architetti nel settore ospedaliero e di 1.000 tra geometri e periti industriali. I tecnici della prevenzione sono 600 ingegneri e 1.000 periti industriali. Nell'ISPESL vi sono poi 370 ingegneri e 175 periti industriali, per un totale di 2.200 tecnici laureati e 2.400 diplomati.

L'attività dei tecnici ospedalieri è quella di progettare ospedali, seguirli, mantenerli e curarsi della manutenzione, oltre che delle strutture edili anche degli oltre trenta impianti che esistono negli ospedali e delle strutture biomediche. Vi è poi il nuovo settore della prevenzione, che riguarda i collaudi, i controlli e la vigilanza nel settore della sanità. La collocazione in ruolo di questo

personale è avvenuta, come ho detto, per i laureati, ingegneri, architetti ed avvocati, nel ruolo professionale. Per quanto riguarda i geometri ospedalieri nel precedente ordinamento ospedaliero vi era la possibilità di passare nella carriera direttiva indipendentemente dal titolo di studio; di conseguenza la maggioranza, essendo responsabile dell'ospedale (in oltre 1.200 ospedali italiani abbiamo a capo dell'ufficio tecnico un geometra o un perito industriale), veniva promossa alla carriera direttiva ed inquadrata al settimo, all'ottavo, al nono, al decimo e all'undicesimo livello di questa anzichè essere inquadrata al quinto livello del ruolo tecnico dove avrebbe dovuto essere inserita con la riforma sanitaria e con il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979.

Naturalmente il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 non ha tenuto conto del fatto che nel parastato avevamo due livelli per i geometri ed i periti industriali, il livello differenziato ed il livello di coordinamento, sicchè anche personale con trent'anni di servizio è stato inquadrato al quinto livello, che può essere paragonato al trattamento economico del capo operaio (il quale, essendo inquadrato al quarto livello e ricevendo, inoltre, un'indennità di oltre 700.000 lire, viene ad essere assimilato nel trattamento economico, al perito industriale ed al geometra del campo ospedaliero). Quindi la maggior parte dei periti industriali e dei geometri degli ospedali non svolge più attività professionale, essendo inquadrata nel ruolo amministrativo.

La riforma sanitaria ha cioè prodotto uno svuotamento della gestione tecnica. Anche per gli ingegneri il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 ha commesso un errore, dando un'interpretazione diversa della loro qualifica. Gli ingegneri erano, infatti, capi ripartizione a livello apicale; con la riforma, invece, sono stati chiamati direttori tecnici e, quindi, confusi con i chimici, i fisici, i biologi. Conseguentemente le Regioni non riconoscono l'ingegnere come direttore tecnico, in quanto è capo ripartizione, e quindi lo inquadrano nel ruolo amministrativo. Nel ruolo professionale, pertanto, sta per essere inquadrato solo il personale ancora

comandato dell'ex ENPI, dell'ex ANCC e così via, personale che, anziché essere inquadrato nel corretto livello, cioè il decimo livello, il livello preapicale, è stato inquadrato al nono livello cioè al livello iniziale, e ha perso circa dieci milioni di trattamento economico rispetto ai colleghi del parastato. Infatti, la carriera ed il trattamento economico del professionista parastatale sono uguali a quelli del professionista degli enti sanitari: si tratta di una carriera orizzontale, con trattamento economico che viene aumentato solo in base all'anzianità di servizio.

In seguito a ciò si sono avuti, da parte di questo personale, circa ottocento ricorsi; presso il Ministero della sanità vi sono, infatti, ben ottocento lettere di ingegneri, periti industriali e così via, che chiedono di uscire dalle USL e di entrare nel parastato, affermando che il loro stato giuridico non può essere punito o riformato *in peius*, tanto più che si tratta di funzioni, quali la prevenzione antinfortunistica, il controllo e la vigilanza sul regime dell'ambiente, eccetera, che in Italia non vengono insegnate da alcuna scuola, ma sono frutto dell'esperienza.

Per i geometri la situazione è ancor più grave; infatti il decreto del Presidente della Repubblica n. 761, avendoli inquadrati nel ruolo amministrativo, non consente loro di svolgere alcuna attività professionale. Inoltre gli organi professionali hanno inviato alle USL lettere di diffida, affermando che qualora venissero a conoscenza del fatto che il personale del ruolo amministrativo svolge anche attività professionale, lo denuncierebbero alla Procura della Repubblica per esercizio abusivo della professione. Ciò ha, quindi, ulteriormente aggravato lo stato di confusione dei tecnici ospedalieri di cui ci si ricorda solo in caso di calamità o di disastri. Basti pensare al caso del CTO, dove il giudice ha incriminato il povero geometra Erzoc, il quale, con la riforma sanitaria, è diventato un aggregato della divisione economato provveditorale (all'INAIL era geometra capo dell'ufficio tecnico) a capo della quale c'è un maestro che non gli ha assegnato neanche la funzione.

Giustamente, quindi, il geometra ha detto al giudice di non avere alcun titolo per inter-

venire sugli ascensori e per poterne, in caso, impedire l'utilizzazione, non avendo né l'incarico né il mandato per svolgere tale funzione e, soprattutto, non potendola svolgere in quanto inquadrato nel ruolo amministrativo. Quanto ho detto vuole mostrare il caos che la riforma sanitaria ha provocato nel settore ospedaliero e tra i tremila tecnici sui quali pesa l'attività professionale della manutenzione, della conduzione e della progettazione degli ospedali nonché la prevenzione antinfortunistica.

L'architetto Gualtiero Gualtieri, progettista e direttore dei lavori dell'Ospedale Sant'Eugenio, ha rinunciato ormai da sei mesi all'incarico della direzione dei lavori poiché gli erano state date, quale compenso, quindici ore di straordinario mensili, una vera e propria offesa alla sua dignità professionale se pensiamo che un libero professionista sarebbe costato all'unità sanitaria locale in questione circa un miliardo. La direzione e la progettazione dei lavori dell'Ospedale Sant'Eugenio sono, infatti, attività assai importanti, soprattutto perché in Italia nel settore ospedaliero vi è un *gap* tecnologico di oltre vent'anni rispetto agli altri paesi.

Le nostre leggi sulla costruzione ospedaliera risalgono, infatti, al 1939 e non permettono di costruire ospedali moderni, adeguati, a misura d'uomo. È, ad esempio, vietato procedere a «corpo quintuplo», ma si deve costruire una degenza, un corridoio ed un servizio poiché sia la degenza che i servizi devono avere finestre ed aria, laddove all'estero è consentito costruire una degenza, un corridoio, un servizio, un servizio, una degenza, un corridoio, avendosi, quindi, una concentrazione dei servizi.

Questo, come ho detto, è vietato dalla legge italiana, ecco perché l'ospedale in Italia nasce già vecchio e questa condizione è aggravata ancor di più dal sistema dei finanziamenti per il quale si impiegano mediamente dai quindici ai vent'anni per costruire un ospedale che, ovviamente, alla fine dei lavori risulta sorpassato. Anche la concezione ospedaliera italiana è superata perché negli ospedali ancora si curano le malattie per specialità e tale separazione è di intralcio alla capienza dell'ospedale ed impedisce

la piena utilizzazione dei posti-letto (ad esempio nella divisione di oculistica ci sono molti posti-letto liberi ma non può andarvi un malato di medicina generale). Ecco, allora, la denuncia del pretore che ha trovato al Policlinico numerosi posti-letto liberi malgrado si dica che esso scoppi perchè gli ammalati sono costretti a stare nei corridoi.

Ciò accade perchè il sistema italiano è ancora basato sulla cura per specialità, laddove all'estero si procede con la cura per grado intensivo della malattia. I malati più gravi sono concentrati in un'area altamente specializzata, con infermieri e personale medico specializzati, e dotata di tutte le attrezzature mediche necessarie che, invece, in Italia sono sparse per l'ospedale, provocando costi eccessivi poichè ogni letto ha bisogno della propria terapia. All'estero poi l'ammalato, superato il grado più grave della malattia, torna ad essere curato nella zona normale, indi nella zona convalescenza. In Scozia questo sistema è addirittura superato in quanto il convalescente, non avendo più bisogno di cure, torna a casa dove la famiglia è stata addestrata ad assisterlo.

Il personale infermieristico viene, quindi, meglio utilizzato ed è l'ammalato a spostarsi all'interno dell'ospedale e non il medico a ruotare in esso. Questo comporta una rivoluzione nella progettazione degli ospedali all'estero che vengono costruiti al massimo con quattro piani perchè è stato dimostrato che un ospedale con oltre quattro piani diventa un dormitorio. Al contrario i nosocomi italiani sono altissimi; in ogni piano c'è una divisione, di conseguenza il personale andando da una parte all'altra ha dei tempi morti. Da ciò deriva una mancanza di controllo proprio perchè sia la dispersione del personale che la grandezza dell'ospedale stesso non consentono un'effettiva concentrazione della gestione ospedaliera.

Per quanto riguarda la gestione tecnica, abbiamo svolto un'indagine in oltre quaranta paesi in cui — come, ad esempio nel sistema inglese dell'*hospital regional board* (strutture regionali ospedaliere) — è molto importante la figura dell'ingegnere. Nel nostro paese un ingegnere nell'ospedale serve solo a correre dietro alle chiamate del medico o dell'infer-

miere perchè magari si è rotto un ascensore, ma non ha tempo per fare la sperimentazione, il controllo, il collaudo, per gestire con l'intelletto un ospedale. Per esempio, l'ospedale di Ostia — che viene definito rivoluzionario — per noi tecnici è un ospedale superato perchè è fatto sul «metro Oxford», preso e comprato a Firenze dalla Nuova Pignone dagli ingegneri ospedalieri, che sono tecnici dipendenti dell'Oxford che l'hanno studiato, realizzato e venduto. Quindi in Inghilterra riescono a gestire gli ospedali anche all'estero, ma tale metro va bene per il sistema inglese non per quello italiano.

A tale riguardo ci rivolgiamo al Senato affinché intervenga per sanare la legge sull'edilizia ospedaliera per adeguarsi ai tempi e affinché la gestione tecnica ospedaliera venga innalzata al modello estero, in quanto in quasi tutti i paesi esistono tre direzioni nell'ospedale: tecnica, sanitaria e amministrativa.

Si terrà a Melbourne l'8° Congresso internazionale degli ingegneri ospedalieri che comprende quasi quaranta paesi e di cui sono modestamente presidente internazionale. Ebbene, noi italiani siamo all'avanguardia come concetti ma non come realizzazione.

Anche la situazione dei colleghi dell'ANCC trasferiti nelle USL è molto tragica poichè, non avendo mai chiarito i concetti della prevenzione sui collaudi, abbiamo un sovrapporsi di verifiche prima da parte dell'ISPESL per il primo impianto e successivamente da parte del collega della USL che avrebbe dovuto far parte, in base alla legge n. 833, di una struttura multizonale. Invece gli ospedali hanno preso tali professionisti e li hanno dispersi e utilizzati singolarmente, sicchè ora abbiamo nei nostri nosocomi dei tecnici che sono controllati, in quanto dipendenti dell'ospedale, e controllori, in quanto devono controllare le strutture dell'ospedale. In tal caso, come controllori, dovrebbero denunciare al pretore le disfunzioni e, a tale proposito, stiamo vedendo come i giudici stanno scoprendo ciò che avevamo denunciato già da dodici anni, ossia che gli ospedali non sono in regola con le norme CEE relative agli ascensori. Solo a Roma ci sono 54.000

ascensori ancora da collaudare, ma i tecnici non sono ben trattati. Infatti mentre prima, quando facevano parte dell'ANCC, avevano il rimborso delle spese, oggi devono sostenerne il peso in proprio. Ciò determina pertanto un altro motivo di stasi, in quanto il tecnico preferisce rimanere legato alla struttura ospedaliera.

Il Piano sanitario nazionale prevede corsi di aggiornamento professionale, ma non prevede nulla per l'aggiornamento tecnico. Quindici anni fa avevamo insistito presso il Ministero della pubblica istruzione affinché in Italia venissero istituite delle scuole di ingegneria ospedaliera a livello di diplomati e di laureati per poter formare il personale necessario nel momento in cui la riforma sanitaria avesse rivoluzionato il concetto della sanità italiana. In Inghilterra esistono tali scuole: vengono smontati e rimontati interi ospedali e professionisti di tutto il mondo vanno lì per apprendere le tecniche. In Italia non abbiamo nemmeno un «ospedale pilota» su cui studiare e portare delle novità. La formazione professionale dei tecnici per noi è importante e quindi premiamo affinché venga prevista nel Piano sanitario. Addirittura nel contratto si parla di aggiornamento professionale con corsi di quattro ore per il personale medico, ma non si parla di ingegneri e, se questi non sono aggiornati secondo l'evoluzione dei tempi in base alle tecniche moderne, non si potrà mai dire che un ospedale funziona bene, salvo che si dica una falsità.

Per quanto concerne i residui passivi sarebbe interessante compiere un'indagine per sapere quanti sono gli ospedali incompiuti in Italia e quanti sono i residui passivi in base ai fondi che il Piano sanitario prevede. Il problema deriva dalla carenza dei tecnici. Non si può superare il momento tecnico; sono i tempi amministrativi e burocratici che non consentono di poter utilizzare quelle somme stanziare in base al Piano sanitario nazionale. Proponiamo (è una battaglia che stiamo conducendo già da quindici anni) la costituzione di un'agenzia regionale in cui far convergere tutte le competenze tecniche. Infatti per poter progettare un ospedale non occorrono solo ingegneri; essi operano in un

campo vastissimo. Sono anche segretario dell'Ordine degli ingegneri a Roma e posso dire che vi sono venti corsi per professioni diverse. Soprattutto gli ingegneri della prevenzione devono essere aggiornati, altrimenti l'Ordine interviene disciplinarmente in quanto riteniamo che l'utenza debba essere garantita per quanto concerne la preparazione dei nostri professionisti. Riteniamo che la costituzione di queste agenzie sotto il controllo della Regione possa servire per utilizzare a tempo pieno il personale tecnico che oggi, disperso nelle USL, non produce quanto dovrebbe per capacità intellettuale e professionale.

Anche per quanto concerne la prevenzione abbiamo fatto un esperimento di decentralizzazione nelle USL. Potrebbe funzionare la prevenzione soggettiva, cioè l'intervento medico per stabilire e curare il cittadino in modo da offrirgli un ambiente protetto, ma l'intervento oggettivo sull'ambiente non si può affidare alle USL perchè è inconcepibile, tecnicamente parlando, a tale livello, poter svolgere una prevenzione oggettiva che ha bisogno di una componente estesa di specialisti per ogni singola USL. Ciò inoltre verrebbe a costare troppo al nostro sistema e quindi sosteniamo che occorre trovare una soluzione a livello nazionale, soprattutto per correggere delle disfunzioni che variano a seconda della capacità delle Regioni. Infatti abbiamo delle Regioni avanzate ed altre che sono alla retroguardia, Regioni che, anzichè assumere personale tecnico specializzato (è recente il caso di Savona), assumono questo personale per affidargli la manutenzione ordinaria dell'ospedale, perchè manca il personale tecnico necessario, senza sapere che questi specialisti sono in grado di compiere degli interventi e dei controlli sugli impianti esterni delle imprese, ma non possono far nulla per la manutenzione ordinaria.

Inoltre, secondo noi, il Ministero della sanità dovrebbe convergere, insieme a quello del lavoro e della previdenza sociale, come accade nei paesi più avanzati, nel Ministero della sicurezza sociale. Intanto nel riordino del Ministero della sanità proponiamo l'istituzione di un dipartimento tecnico che possa gestire un controllo a livello nazionale. Il

Ministero dei lavori pubblici ha «alzato le mani» per quanto concerne gli interventi ospedalieri dicendo che ciò riguarda le Regioni; il Ministero della sanità cerca di lottare contro le Regioni in questo settore e queste ultime non consentono allo Stato di dare delle direttive.

Dopo il nostro intervento, l'allora Ministro della sanità, Altissimo, istituì una commissione di cui mi onoro di far parte, per riordinare la normativa sull'edilizia ospedaliera e per vedere entro cinque anni quali erano i difetti da eliminare nella riforma sanitaria.

Quindi, tuttora stiamo lavorando per vedere quali sono questi difetti e ritengo che questo sia l'ambiente adatto, ma noi siamo degli esperti e non possiamo che dare dei consigli al Ministro, che rimarranno sotto forma di suggerimenti. Pertanto, ripeto, la nostra proposta riguarda l'istituzione di un dipartimento tecnico articolato in quattro sezioni: programmazione; normative e sperimentazione; controllo e coordinamento a livello operativo; elettronica sanitaria e bioingegneria. A quest'ultimo riguardo, noi pensiamo che la bioingegneria in Italia sia una cosa estemporanea, che non esiste sotto una forma coordinata, tanto è vero che neanche presso le facoltà di ingegneria sono istituiti dei corsi, ma solo delle specializzazioni ulteriori per consentire a chi vuole di approfondire l'argomento.

Per quanto concerne la prevenzione infortuni, ne chiediamo la concentrazione in un'unica struttura nazionale. Nella situazione attuale, per consegnare ad esempio una cartiera, se si deve sostituire un cilindro rotante, deve intervenire prima l'ISPESL per controllare il ciclo rotante per cui il collega della USL che dovrebbe operare il controllo e collaudo dell'impianto non può farlo fintanto che non viene l'addetto dell'ISPESL e nel frattempo la macchina nel suo complesso rimane bloccata. Questo comporta pertanto un'ulteriore disfunzione causa la sovrapposizione delle strutture che operano un controllo di primo impianto e di secondo intervento, tanto è vero che recentemente è stato emesso un decreto da parte del Ministro della sanità che consente, per quanto riguar-

da gli impianti elevatori, di snellire un po' le procedure, passandole all'ISPESL.

Noi suggeriamo quindi di fare dell'ISPESL una struttura più snella, che possa utilizzarsi nel territorio usando il personale delle USL. Anche l'INAIL, che si occupa della prevenzione nei cantieri, si è detta disponibile ad utilizzare questo personale ed il personale sarebbe d'accordo perchè si tratta sempre di un impiego parastatale.

Ho voluto accennare soltanto brevemente a questo problema, la memoria che vi invieremo al riguardo sarà più approfondita, ma ritengo che questa piaga vada evidenziata ed esaminata da chirurghi (molti di voi sono medici) per poter dare all'ISPESL una struttura tecnica all'altezza dell'Italia e dell'Europa.

PRESIDENTE. Gli argomenti che lei ha sollevato, ingegner Amato, sono certamente di grande importanza; quando ricevetti la sua lettera e poi parlai con lei al telefono mi resi conto che era importante ascoltare anche la vostra voce. Il tempo che abbiamo a disposizione purtroppo non ci consente un dibattito molto ampio e approfondito, però, vi posso testimoniare che abbiamo più volte sollecitato gli Assessori regionali, nonché gli organi del Governo, a farci conoscere lo «stato di salute» della rete ospedaliera regione per regione (fatiscenza degli impianti, età degli stabilimenti, loro distribuzione sul territorio, stato di conservazione, eccetera), ma finora non abbiamo avuto ancora dei dati.

Pertanto, ci ripromettiamo di esaminare i problemi della vostra categoria nel quadro della revisione del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 che a tempo opportuno richiederà una meditazione profonda; ma questi argomenti torneranno in discussione anche nell'ambito della formulazione del Piano sanitario nazionale, essendo prevista una forte incidenza di detto piano sulla ristrutturazione della rete ospedaliera.

BOTTI. Volevo porre all'ingegner Amato due quesiti. Lei ha accennato, nell'ultima parte del suo intervento, al problema della

strutturazione di un dipartimento tecnico, prevedendo un'agenzia a livello regionale e quindi una sua articolazione in vari settori ed ha accennato al problema della bioingegneria e dell'elettronica. Vorrei chiederle allora, innanzitutto, in che considerazione tiene i servizi di fisica sanitaria.

Seconda domanda. Non ho compreso molto bene il suo discorso a proposito dell'ingegneria ospedaliera. Mi è sembrato di capire però che lei addirittura prevede, rifacendosi al concetto dell'*intensive care*, che è tutto un altro concetto, una interscambiabilità dei posti letto. A questo riguardo ricordo che anche da noi esistono dei dipartimenti di emergenza e dei settori di terapia intensiva e le apparecchiature per questo tipo di assistenza non sono disperse in tutte le aree dell'ospedale. Lei faceva l'esempio del Policlinico di Roma dove il pretore ha trovato dei letti vuoti in oculistica, quando invece l'ospedale era saturo in tutti gli altri settori di degenza. Ora, secondo il suo concetto di interscambiabilità, chiedo, il posto di oculistica potrebbe essere occupato da un malato di medicina interna o di chirurgia?

AMATO. Per quanto riguarda la fisica sanitaria, noi rispettiamo il collega che è l'operatore delle apparecchiature di cui però non capisce niente se non c'è un ingegnere che le ripara, che ne cura la manutenzione e la pulizia. Pertanto, noi non parliamo di sostituzione del tecnico, ma diciamo soltanto che, come all'estero dove nelle strutture intensive l'ingegnere interviene a fianco del medico per assicurare che gli strumenti funzionino, anche in Italia dovrebbe esservi questa garanzia per evitare che durante una fase delicata di un intervento chirurgico o sanitario un'apparecchiatura possa non funzionare e che quindi si debba aspettare la ditta per farla riparare, mentre all'estero vi sono i laboratori con i tecnici all'interno dell'ospedale. Quindi, è un intervento gestionale della struttura che auspichiamo, non un'intrusione

nel settore del fisico, del biologo, o del chimico.

Per quanto riguarda poi le cure intensive, volevo ricordare che in Italia accade spesso che un ammalato in medicina generale mangi la pastasciutta mentre al fianco c'è un sipario con un moribondo o un morto. Questo all'estero non succede, cioè non accade mai che in una stessa zona vi siano pazienti così diversi perchè l'ammalato grave sta in una struttura già organizzata per specialità. Ma premesso che in quella struttura esiste un controllo dei vari specialisti, non è che il malato di oculistica si debba spostare, o che vi sia un'invasione di posti-letto, non si tratta di arrivare come già in Inghilterra alla teoria che l'uomo e la donna possono stare in uno stesso reparto, ma solo di consentire una rivoluzione del sistema ospedaliero italiano perchè se all'estero le moderne soluzioni tecniche funzionano, non capisco perchè lo stesso non possa accadere anche in Italia. Questo comporta certamente anche una rivoluzione nella progettazione, nonché una diversa organizzazione, basta andare in Gran Bretagna per vedere che gli ospedali inglesi sono concepiti in forma quadrata e realizzano una concentrazione delle strutture intensive, normali e convalescenti completamente autonoma e separata dove però il medico conserva le sue peculiari funzioni.

PRESIDENTE. Ringrazio gli ospiti per essere intervenuti e attendiamo il materiale concernente un maggiore approfondimento dei vari punti di vista illustrati.

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

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

I lavori terminano alle ore 20,25.