

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

34° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 25 LUGLIO 1984

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE**Audizione dei rappresentanti della Conferenza permanente dei Presidenti delle Regioni**

PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 7 e passim	GIGLI	Pag. 3, 11
ALBERTI (<i>Sin. Ind.</i>)	8	VESTRI	15, 18
CONDORELLI (<i>DC</i>)	10		
COSTA (<i>DC</i>)	5		
IMBRIACO (<i>PCI</i>)	4		
JERVOLINO RUSSO (<i>DC</i>)	6		
MELOTTO (<i>DC</i>)	7		
MONACO (<i>MSI-DN</i>)	9		
ONGARO BASAGLIA (<i>Sin. Ind.</i>)	9		
RANALLI (<i>PCI</i>)	4		
ROSSI (<i>PRI</i>)	9		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per la Conferenza permanente dei Presidenti delle Regioni, gli Assessori alla sanità dottor Rodolfo Gigli della regione Lazio e dottor Giorgio Vestri della regione Toscana, nonché i funzionari della regione Lazio dottor Giovanni Giacomini, della regione Toscana dottor Marcello Mochi-Onori e della regione Emilia-Romagna dottor Michele Rendina.

I lavori hanno inizio alle ore 10,05.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria. È oggi in programma l'audizione, per la Conferenza permanente dei Presidenti delle Regioni, degli Assessori alla sanità dottor Rodolfo Gigli della regione Lazio e dottor Giorgio Vestri della regione Toscana, nonché dei funzionari della regione Lazio dottor Giovanni Giacomini, della regione Toscana dottor Marcello Mochi-Onori e della regione Emilia-Romagna dottor Michele Rendina.

Vorrei innanzitutto ricordare ai Commissari che questa mattina concluderemo le audizioni dell'indagine conoscitiva, che abbiamo avviato già da molti mesi, con l'incontro con i rappresentanti della Conferenza permanente dei Presidenti delle Regioni. Vari avvenimenti hanno reso difficile questa audizione ma noi siamo nell'impossibilità di rimandarla sia per gli impegni assunti per l'indagine conoscitiva sia per le attività legislative che ci attendono.

Vengono introdotti i dottori Rodolfo Gigli e Giorgio Vestri, Giovanni Giacomini, Marcello Mochi-Onori e Michele Rendina.

Audizione dei rappresentanti della Conferenza permanente dei Presidenti delle Regioni

PRESIDENTE. Nel dare il benvenuto ai nostri ospiti, desidero sottolineare il nostro interesse e il nostro desiderio di concludere

l'indagine con i rappresentanti delle Regioni in quanto spetta loro un ruolo di primissimo piano nella conduzione, organizzazione, programmazione e gestione del Servizio sanitario nazionale. Già in una precedente occasione abbiamo avuto modo di incontrare alcuni Assessori alla sanità regionale che sono intervenuti e hanno parlato anche a nome dei propri colleghi, alcuni dei quali hanno consegnato ricco materiale e documentazione, che stiamo esaminando. Oggi in questa sede vogliamo riprendere il discorso affrontato allora, certi che potremo approfondire ancora di più le tematiche di ordine politico, il rapporto tra Stato e Regioni, non solamente in termini di attivazione o gestione dei servizi (come abbiamo fatto precedentemente) ma in termini generali. Infatti considerata, l'evoluzione di questo rapporto, è interessante poter avere le idee e gli orientamenti più recenti della Conferenza dei Presidenti delle Regioni.

Ringrazio tutti coloro che sono intervenuti in questa sede e ritengo che sia opportuno innanzitutto, seguendo la prassi delle nostre indagini, dare la parola al dottor Gigli affinché faccia una breve introduzione (se lo ritiene opportuno) e quindi iniziare il dibattito.

GIGLI. La ringrazio signor Presidente. Debbo innanzitutto far presente ai Commissari che intervengo in questa sede quale rappresentante del Presidente della Giunta regionale del Lazio il quale, essendo impegnato questa mattina al consiglio regionale per affrontare argomenti di particolare rilevanza e delicatezza, mi ha incaricato di porgergli le sue scuse per la sua assenza. Per questo motivo mi trovo inaspettatamente ad essere l'unico rappresentante delle Regioni in questo importante incontro che rappresenta, come ha ricordato il Presidente, un'occasione ulteriore di verifica con la Commissione sanità del Senato su temi e argomenti che hanno formato oggetto di precedenti riunioni.

Ritengo opportuno, invece di esporre valutazioni e considerazioni che rischiano di apparire troppo generiche o troppo particolari, considerata anche l'assenza di molti altri autorevoli colleghi, pormi a disposizione de-

12^a COMMISSIONE

34° RESOCONTO STEN. (25 luglio 1984)

gli onorevoli Commissari per rispondere alle richieste che vorranno farmi.

RANALLI. La prima domanda che desidero porre all'assessore Gigli è come intendano fronteggiare la situazione di crisi, piuttosto grave, denunciata non soltanto da singoli Assessori regionali ma anche complessivamente dalla recente Conferenza permanente dei Presidenti delle Giunte regionali. La riforma sanitaria sta mostrando la sua erroneità e la sua inopportunità sotto alcuni profili. Noi in questa verifica e in questa indagine conoscitiva abbiamo cercato di mettere in risalto le correzioni positive da apportare alla legge n. 833, al fine di creare un impianto istituzionale funzionale ed operativo più efficiente. Da parte di tutti quanti, ed in primo luogo da parte dei rappresentanti delle Regioni, ci è stato uniformemente sottolineato che uno dei dati oggettivi più negativi, che hanno influito sul Servizio sanitario, è stato quello di non aver mai potuto predisporre in maniera chiara e sufficiente dei fondi sanitari, per gestire non soltanto l'esistente ma gradualmente programmare anche una crescita qualitativa nelle direzioni nuove della legge n. 833. La domanda quindi che voglio porre è come viene valutato, considerato che siamo alla fine di luglio, il fatto che il Fondo sanitario sia insufficiente, proprio nell'ambito di questa riflessione più complessiva.

PRESIDENTE. Uno degli aspetti che è più volte affiorato nell'ambito delle nostre discussioni, è la lamentata carenza di atti di indirizzo e coordinamento da parte del Governo.

A vostro giudizio, quali possono essere state le ragioni profonde di questa carenza, e qual è lo stato dei rapporti tra il Governo centrale e le Regioni? Credo che sia questo ciò che oggi dobbiamo chiedere, dato che le notizie sul funzionamento dei servizi le abbiamo già avute quando abbiamo ascoltato gli Assessori alla sanità, mentre oggi si tratta del problema del coordinamento a livello centrale.

Da che cosa, secondo voi, possono essere derivate le accuse di non aver sviluppato

questa attività di indirizzo e controllo, e quale può essere la recezione da parte delle Regioni degli eventuali atti di indirizzo e coordinamento? Lo chiedo perchè — in termini di dottrina, e voi certamente conoscete lo sviluppo della letteratura in questi cinque anni — vi sono due ipotesi. La prima sostiene che le Regioni sono state espropriate di parte delle competenze che l'articolo 117 della Costituzione assegnava loro, mentre la seconda ipotesi sostiene che quella seguita è la linea corretta e che le Regioni sono corresponsabili di tutti i momenti, dalle funzioni amministrative, a quelle derivate, a quelle programmatiche, alle normative ed anche nelle funzioni di verifica e di controllo; l'ultima legge finanziaria ed alcuni decreti hanno inoltre accresciuto questo potere delle Regioni.

Il problema sostanziale è se sia il caso di portare il Servizio verso una sempre maggiore regionalizzazione, o viceversa se coordinarlo sempre più dal centro. Connesso a questo problema, vi è quello della definizione dei compiti del Ministero della sanità e delle strutture sanitarie centrali; mi pare siano questi i problemi che vale la pena oggi di affrontare.

IMBRIACO. Alla fine della interessante esperienza che abbiamo vissuto e che è durata diversi mesi, mentre il dibattito sulla necessità di rivedere alcune parti fondamentali della legge n. 833 si fa sempre più vivace, vorrei confrontare la mia opinione con i responsabili della sanità a livello regionale, soprattutto in riferimento al tema che ha dominato le varie fasi dell'indagine e che ha anche animato il dibattito sulla stampa. Si è evidenziato con chiarezza che la legge n. 833 e la riforma sanitaria non hanno prodotto fino ad oggi tutti quei risultati che si attendevano, e dobbiamo anche ammettere che finora molte attese sono andate deluse; da qualche parte questa situazione è stata estremizzata dicendo che nella sanità pubblica italiana le cose vanno male proprio a causa della legge n. 833 e della riforma sanitaria, e voci in questo senso — pur se minoritarie — in questa indagine sono state raccolte. La maggioranza degli oratori intervenuti ai mi-

crofoni alla nostra Commissione ha invece sottolineato la necessità di andare avanti su questa linea ribadendo principi fondamentali della legge n. 833.

Rimane tuttavia presente nel dibattito il tema ricorrente di «riformare la riforma» e si cominciano anche a delineare proposte e soluzioni. Il Ministro della sanità Degan ha già «lanciato» un paio di disegni di legge che sono circolati sulla stampa nelle ultime settimane; abbiamo anche appreso che la Democrazia cristiana ha già presentato una sua proposta di modifica di alcune parti fondamentali della legge n. 833.

L'argomento su cui vorrei richiamare l'attenzione degli Assessori fa riferimento ad una tematica a cui siamo tutti sensibili; si sostiene, in buona sostanza, che le unità sanitarie locali hanno peccato in fatto di managerialità e di efficienza, e quindi bisogna recuperare questi principi fondamentali che attualmente si ritrovano nella conduzione delle aziende moderne. Partendo da queste premesse, il criterio aziendalistico comincia a suggestionare parecchi protagonisti della vicenda, e lo stesso progetto del Ministro — e probabilmente anche quello della Democrazia cristiana — fa riferimento espressamente all'azienda.

Il punto che vorrei portare alla vostra attenzione è questo: è proprio vero che per riuscire a recuperare efficienza e produttività all'interno delle unità sanitarie locali dobbiamo trasformarne l'impianto giuridico e in qualche misura isolare i Comuni dalle responsabilità che invece la legge n. 833 aveva affidato loro? E inoltre, la suggestione del ricorso all'azienda come un rimedio per risolvere tutti i mali non può essere una fuga in avanti, dal momento che non ritengo che sia necessario cambiare l'impianto per poterlo governare diversamente? Credo che il principio dell'azienda, se ne recuperiamo esclusivamente gli strumenti, può significare una fuga in avanti, dato che è tutta la Pubblica amministrazione, e non solo il settore della sanità, che è messa in discussione per il suo funzionamento probabilmente perché gli strumenti che la Pubblica amministrazione utilizza sono obsoleti.

Cercando di essere più chiaro chiedo: è necessario modificare l'impianto fondamentale della legge n. 833 che centrava sul Comune la titolarità del potere, mentre l'unità sanitaria locale era il suo braccio operativo? Con le modifiche proposte invece ci si avvia sulla strada dell'azienda municipalizzata che di fatto — pur prevedendo strumenti democratici — isola il Comune dalla titolarità dei poteri.

Non è viceversa possibile, correggendo dall'interno attraverso una modifica sostanziale degli uffici di direzione, attraverso l'esplicitazione del momento esecutivo dell'unità sanitaria locale, ponendo fine a questa confusione di ruoli e di compiti, rivedere il rapporto tra Unità sanitaria locale, Comune e assemblea dei Comuni, rafforzare il ruolo esecutivo del comitato di gestione, individuare forme di controllo razionali per cui ad ogni responsabilità corrisponda un controllo di legittimità e di merito all'interno della struttura, senza — per ottenere questi risultati — far *tabula rasa* di tutte le esperienze finora maturate?

Se infatti calassimo su questa struttura il modello dell'azienda, che è ancora tutto da sperimentare, probabilmente all'interno di essa riviverebbero i vizi della lottizzazione e delle spartizioni che abbiamo registrato e denunciato, e di fronte ai quali nell'arco di tre-quattro anni ci troveremmo nuovamente di fronte.

COSTA. Signor Presidente, dopo la richiesta del collega Imbriaco mi convinco che la tematica è così vasta che potremmo estenderla alle più diverse situazioni. Volevo chiedere, comunque, all'Assessore notizie su due problemi in particolare.

Il primo è quello dei medici; mi riferisco soprattutto ai giovani medici. Siccome siamo politici, siamo molto sensibili al problema della disoccupazione e vedere dei giovani medici tendere la mano alla ricerca di un posto di lavoro è una cosa che sinceramente fa male. Questo non solo come medico, ma anche appunto come uomo politico.

Noi non dimentichiamo che quando accedemmo alla facoltà medica, lo facemmo con

la certezza di uno sbocco occupazionale; anzi, una volta si diceva sbocco professionale. Dopo la laurea, non era obbligatorio, ma era prassi costante, partecipare al tirocinio ospedaliero o universitario. Il malato lo si è visto nei reparti ospedalieri ed universitari. Così, alcuni iniziavano la professione come medici generici, mentre altri seguivano i corsi di specializzazione.

Oggi tutto questo non succede. Si studia non molto bene, perchè le università sono affollate e nonostante questo alcune facoltà — non so con quanta oculatezza — laureano i propri studenti con il massimo dei voti, magari concedendo anche con facilità la lode. Dopodichè si ferma tutto.

Una volta si diceva che i giovani medici aspiravano alle tre «emme»: la macchina, la moglie e la mutua. Oggi non aspettano nessuna delle tre cose.

Siccome nel Lazio conosco la situazione di sovraffollamento in cui versano le università statale e cattolica (problema di cui si sono occupati i vari Assessori che si sono succeduti) volevo chiedere se era possibile fare qualcosa sia per migliorare la preparazione di coloro che si inseriscono nel Servizio sanitario nazionale, sia anche per distribuire meglio gli assistiti, in quanto spesso ci sono medici con un numero eccessivo di assistiti e facilmente si trovano paesi senza medici. È il fenomeno dell'urbanesimo sanitario, per cui da parte dei medici si continua con l'affollamento dei centri urbani, mentre vengono abbandonati i piccoli agglomerati umani.

Il danno derivante dal mancato inserimento del giovane medico non è solo di carattere sanitario, perchè prima o poi, quando sarà giunto a qualcosa, si sentirà che il giovane medico non ha avuto il tempo, la serenità e forse anche la capacità, di potersi preparare. Se vogliamo muoverci nell'ottica della riforma sanitaria dobbiamo preparare bene i giovani medici che potranno così consentire di diminuire l'affollamento delle corsie ospedaliere. Ciò sarà possibile solo se il giovane medico prenderà contatto con il malato al capezzale sin dal primo momento, come accadeva diversi anni fa. L'inserimento del giovane medico nel contesto sanitario è molto importante; magari lo si potrebbe attuare

attraverso delle intese, senza attendere le leggi. In altre parole, volevo sapere se a livello regionale è possibile dare modo ai giovani medici di frequentare il vecchio istituto del volontariato.

Il secondo problema riguarda il convenzionamento con i laboratori esterni. Non c'è casa di cura in cui non ci siano laboratori convenzionati. Siccome abbiamo pochi specialisti in questo settore — ricordo anche che in una conferenza tenuta dal professor Bompiani si parlava di circa 5.000 ginecologi specialisti, ma di pochi specializzati in laboratorio — ed il numero dei laboratori aumenta, vuol dire che ci sono medici che fanno da prestanome ad altri laboratori e di conseguenza il personale impegnato in questi laboratori non è qualificato. Quando sono stato al Ministero del lavoro mi sono fatto carico di vedere quanti erano i paramedici assunti regolarmente, secondo quanto prevede la legge. Con grande sorpresa ho dovuto constatare che, a fronte di centinaia di laboratori, solo alcune decine di paramedici risultano assunti secondo quanto previsto dalla legge. Le conclusioni sono facilmente intuibili.

JERVOLINO RUSSO. Vorrei fare tre domande rapidissime. La prima domanda riguarda il rapporto tra Stato e Regioni — già toccato dal Presidente — dal punto di vista della logica discendente dallo Stato alle Regioni, la mancanza dei piani di indirizzo e coordinamento e le conseguenze che ciò ha comportato. Vorrei però provare a rovesciare la domanda. Ci siamo trovati già due o tre volte, sia nel corso di questa indagine conoscitiva, sia quando si sono dovute approvare le varie leggi finanziarie, sia in sede di discussione della relazione sullo stato sanitario del paese, sia infine quando si è parlato, per esempio, delle relazioni di settore sullo stato di attuazione della legge n. 194 del 1978 sull'aborto, di fronte al problema di una carenza di informazioni dalle Regioni allo Stato. Ci è stato detto che è difficile programmare e rendere conto perchè dalle Regioni non arrivano quelle informazioni che dovrebbero pervenire.

Il primo quesito che vorrei porre è (non

riguarda alcuni fenomeni come la legge n. 194 sul quale ci è stato detto appunto che la Regione non ha risposto analiticamente) come ci si dovrebbe attrezzare per superare questa carenza; quindi che cosa potremmo fare noi, a livello nazionale, e che cosa hanno fatto le Regioni, praticamente, per sopperire a questo problema.

Il secondo quesito riguarda un problema che non è soltanto della legge n. 833 ma anche del disegno istituzionale dello Stato, cioè il problema della Provincia come ente intermedio di programmazione. Desidererei sapere cosa pensano a proposito a livello regionale; se rappresenta una sovrastruttura e un ruolo istituzionalmente inutile e se le Province hanno fatto una riflessione per comprendere che cosa è la programmazione. Pongo questa domanda collegandomi ad un mio dubbio sul piano concettuale. Personalmente ritengo difficile una programmazione, soprattutto se penso alla fase ascendente della programmazione non tanto a quella discendente attuativa, disancorata dal momento legislativo e dal momento delle disposizioni delle risorse, che è e deve rimanere di competenza regionale. Quindi mi interessa sapere il loro parere su questo aspetto.

Il terzo quesito concerne il problema, che non abbiamo incontrato soltanto in sede di indagine conoscitiva ma anche in altre occasioni in quanto è un vecchio problema, della integrazione del Piano sanitario. Non è certamente colpa delle Regioni se non è possibile operare una integrazione del sociale-sanitario ma è principalmente responsabilità del legislatore nazionale nel momento in cui non è riuscito a portare a termine l'approvazione della legge-quadro sui servizi sociali. Ciò che volevo sapere è come avete potuto, a livello della vostra esperienza concreta, affrontare e risolvere questo problema e se ritenete che le linee portanti della legge di riforma dei servizi sociali, così come sono presenti all'attenzione del Parlamento da alcune legislature, siano idonee ad operare questa integrazione una volta approvate.

Desidererei avere una risposta su queste tre domande.

MELOTTO. Sottolineando che non abbiamo avuto fortuna in questa audizione (del resto è il 25 luglio ed era difficile pretendere)....

PRESIDENTE. Abbiamo lasciato scegliere la data con un anticipo di oltre un mese.

MELOTTO. Purtroppo i Presidenti delle Regioni hanno il *rush* finale prima delle ferie. So infatti che in questi giorni i consigli regionali sono tutti convocati con ordini del giorno molto impegnativi e consistenti perchè quando si arriva a questo periodo, come anche da noi, bisogna chiudere i lavori rapidamente cercando di concludere ciò che non si è riusciti a fare per tanti mesi. Comunque, avendo la fortuna di avere qui vicino a me l'assessore Vestri, veterano e *leader* degli Assessori, padre della riforma, vorrei sottolineare un argomento tra quelli già affrontati dai miei colleghi, per chiedere, in particolare a lui, la «verità dell'esperienza». Volevo innanzitutto sapere come è possibile affrontare questo problema. Infatti siamo ormai arrivati al dunque; non è più possibile girargli attorno ed è decaduto per la seconda volta il decreto-legge sulle USL. Nel Parlamento e nel Governo vi è una atmosfera che taglia orizzontalmente tutte le forze politiche e tende a farle avversarie del sistema sanitario.

Sembra che la sanità sia considerata nel paese come la voragine causa di tutti i guai, che impedisce alla nazione stessa di decollare in quanto richiede continuamente ulteriori spese. Non si ha mai la certezza dei conti, non esistono più preventivi seri e questi ultimi sono diventati una mera finzione; non esiste più un binario sicuro sul quale far incamminare la sanità. Le battaglie fatte nel passato sono vanificate e pur essendo pervenuti ad un certo stadio di imbrigliamento dell'economia sanitaria si deve registrare che in questi ultimi cinque anni si è proceduto sempre attraverso sanatorie, provocando una totale incertezza. Si è assistito continuamente alle varie richieste che pervenivano a Roma affinché si operasse un'integrazione del fondo «sottostimato» e quindi a un certo

momento il pagamento a «pie' di lista» si è ripercorso sempre di più facendo degradare non soltanto i singoli servizi, ma l'intero servizio nel paese.

Ciò premesso volevo sapere quale possa essere il coinvolgimento, possibile e reale, della periferia nella politica delle entrate. Personalmente ritengo che il sistema, così come è stato configurato e come è stato gestito fino a questo momento, debba essere rivisto. Infatti a seguito di spinte e contro spinte chi deve decidere opererà dei tagli, di mille, duemila o più miliardi, a seconda che il clima sia in quel momento a favore o meno. Quindi a marzo ricominceranno le proteste fino a luglio e a ottobre con la minaccia di non erogare il servizio e di passare alla «indiretta»; continueremo così a lasciare nell'incerto ciò che dopo cinque anni dovrebbe essere dato per certo. Il sistema che a mio avviso non può che essere riconfermato, si basa sul decentramento mentre è assolutamente insufficiente che la politica dell'entrata sia soltanto centrale mentre quella della spesa sia soltanto periferica. O si opera un coinvolgimento della periferia nella politica dell'entrata o difficilmente i due centri di potere, i quali devono decidere uno per l'entrata e l'altro per la spesa, potranno concordare. Potranno concordare solo *a posteriori* e ciò rappresenta la fotografia dell'esistente dove si mette la firma magari dopo cinque anni, assommando debiti a non finire, e sfilacciando il sistema che, se lo si vuol fare diventare di nuovo efficiente, ha bisogno di essere rivisto fissandogli il binario entro il quale possa svolgere la propria attività.

Oggi giorno abbiamo superato largamente (così mi sembra dalle cifre) la situazione di squilibrio che si era verificata nel 1975-1976. Si stava arrivando sempre di più alla quota *pro capite* seppure con le compensazioni che devono essere inserite affinché ciascuno adempia al proprio compito, ma ritengo che ciò ancora non sia sufficiente se permane un centro che decide le entrate ed un altro — costituzionalmente garantito — che decide le spese. È necessario coinvolgere questi due centri di potere, nel senso letterale della parola, o altrimenti (come ho già detto) difficilmente si ritroveranno. Ciò potrà accadere

solamente *a posteriori* perchè alla fine è necessario che i debiti che si sono accumulati vengano, anche con notevole ritardo, pagati. Su questo problema desidererei avere delle indicazioni precise soprattutto con riguardo a quanto è maturato a livello regionale anche perchè mi sono reso conto, da alcuni comunicati di stampa, che è diffusa ed è notevole la preoccupazione su questo argomento.

ALBERTI. Vorrei chiedere agli Assessori regionali alcune cose circa la ripartizione del Fondo sanitario nazionale, dato che la legge finanziaria per il 1984 ha previsto un diverso riparto che, superando in parte il calcolo del fabbisogno mediante la «spesa storica», avrebbe dovuto avviare un meccanismo di riequilibrio tra le USL. Vorremmo conoscere come questo riparto sia avvenuto nel corso dell'anno 1984 nell'ambito delle Regioni e se sono stati avviati i meccanismi di riequilibrio della spesa; se ciò non fosse avvenuto, ne vorremmo conoscere i motivi, ed inoltre vorremmo sapere quali sono le linee su cui muoversi per portare a termine questo disegno.

La seconda domanda si riferisce alla definizione della spesa tra il sociale ed il sanitario; mi sembra che sia uno degli aspetti rimasti indefiniti all'interno della stessa legge n. 833. La riforma prevedeva tre momenti: un momento preventivo, uno curativo ed un altro riabilitativo. Chiaramente, il momento preventivo ed il momento riabilitativo influiscono pesantemente sul momento curativo gravandone gli oneri. Nel momento preventivo ed in quello riabilitativo gli interventi di assistenza sociale assumono una grande rilevanza, ma non sono previsti nel finanziamento del Fondo sanitario nazionale; vorremmo sapere cosa hanno fatto le Regioni a questo proposito e in che modo vedono la possibilità di definire la spesa sanitaria rispetto alla spesa sociale, distinguendo gli interventi sanitari da quelli sociali.

Vorremmo inoltre sapere quale ruolo può svolgere la Provincia e se essa — come diceva la senatrice Jervolino Russo — possa diventare un organo di programmazione per gli interventi di carattere sociale.

MONACO. Sono disorientato dall'attuale situazione e colgo l'occasione della audizione degli Assessori per fare qualche rilievo personale. Ricordo che quando ero un giovane medico, io ed i miei colleghi abbiamo per anni prestato servizio gratuito pur di imparare la professione, mentre oggi il medico appena laureato deve già possedere la macchina ed altri beni privilegiando quindi la ricerca di un notevole guadagno immediato.

Voglio chiedere: se nella Regione non funziona il settore sanitario, chi deve provvedere, il Presidente della giunta, la Giunta nel suo complesso, il Ministero? Dalla scarsa presenza degli Assessori regionali, possiamo desumere l'interesse che si porta a questi problemi.

Bisogna sapere chi deve stimolare quelle Regioni che non svolgono efficacemente la loro funzione nel settore sanitario. Si assiste infatti ad uno scaricamento di responsabilità: vi è la USL, che realizzerebbe l'autogoverno del cittadino; il medico sanitario ritiene che non sia suo compito, il medico provinciale egualmente, e questo disinteresse generale da parte dei responsabili determina una situazione per la quale le cose continuano ad andare allo sfascio. Si osserva, si discute, la nostra indagine è servita a venire a capo del perchè di questa situazione, ma non vi è nessuno che prenda l'iniziativa per porre rimedio a questo dissesto.

ROSSI. Vorrei rivolgere due domande ai rappresentanti delle Regioni presenti. La prima riguarda la questione dei ripiano dei disavanzi delle USL maturati dal 31 dicembre del 1980; il nostro Gruppo ha assunto in Aula un atteggiamento di astensione rispetto a questo provvedimento e vorrei chiarire ai rappresentanti delle Regioni che una delle ragioni di questo nostro atteggiamento è dovuta al fatto che non avremmo dovuto fare un ripiano acritico senza andare a fondo nella questione, accertando se quelle cifre rispondono alla realtà, oppure se — come qualcuno sostiene — vi è dell'altro.

La domanda si riferisce pertanto all'articolo 28 della legge finanziaria per il 1984 che prevede un intervento delle Regioni là dove la situazione precaria dal punto di vista del

bilancio sia dovuta ad una gestione non del tutto rigorosa da parte della USL. È prevista in questo caso la possibilità di ricorrere alla nomina di un commissario; non mi risulta che ci sia una sola Regione in Italia che abbia nominato il commissario, nonostante che non si possa sostenere che vi sia dovunque una gestione rigorosa.

Riteniamo che se non si dà qualche esempio del genere, soprattutto nei casi più evidenti di disamministrazione, si rischia di scoraggiare quegli amministratori — che sono tanti — che gestiscono correttamente il denaro pubblico, ed il denaro della sanità è denaro sacro.

La seconda domanda si riferisce alla questione della Provincia.

Il Gruppo a cui ho l'onore di appartenere è da anni contrario alla Provincia, e ne chiede l'abolizione. Rassegnato alla volontà della maggioranza, ha votato un ordine del giorno che dovrà essere di guida per la riforma delle autonomie locali. Questo ordine del giorno prevede un ruolo per la Provincia in prospettiva quasi esclusivamente di programmazione. La domanda che pongo è questa: a fronte di un orientamento — che non è quello che noi avremmo voluto — teso comunque ad evitare la duplicazione di compiti, di servizi, come si giustifica la continua richiesta di istituire nuove Province?

Se diamo alle Province compiti di programmazione in materie come l'ecologia, l'ambiente, più restringiamo il territorio attraverso l'istituzione di nuove Province meno è possibile programmare. Avendo la possibilità di ricevere risposta direttamente da amministratori che operano a livello regionale, al di là delle impostazioni personali, ritengo opportuno sottolineare questo elemento di connotazione, di cui è utile tener conto.

ONGARO BASAGLIA. Dall'indagine svolta è emersa la necessità di mettere in moto meccanismi di controllo sull'efficacia dell'intervento medico, per quanto riguarda sia la prescrizione dei farmaci e l'educazione necessaria soprattutto per i medici, sia per le prestazioni sanitarie generali e le ospedalizzazioni. Si è anche avvertita l'assenza di un controllo che funzioni a diretta tutela degli

utenti, che sarebbero i primi soggetti per i quali esiste l'organizzazione sanitaria. Pare di avvertire, infatti, dai vari interventi, la tendenza sia ad un necessario maggior coinvolgimento dei medici, sia ad un maggiore potere da parte di questi. Risulta però sempre assente il peso degli utenti. Come vedono gli Assessori la possibilità di avviare un tale strumento di controllo?

CONDORELLI. Intendo riferirmi soprattutto agli interventi del senatore Melotto e della senatrice Jervolino Russo, perchè mi sembra abbiano toccato i punti più importanti della questione. Oggi saremmo tentati di fare agli Assessori alla sanità moltissime domande, ma per mancanza di tempo mi riferirò al delicato rapporto tra Stato e Regioni, relativamente alla gestione sanità.

Indubbiamente la Costituzione decentra quasi del tutto la gestione della sanità alle Regioni. Si potrà essere regionalisti o meno, ma resta il fatto che dobbiamo osservare scrupolosamente la Costituzione. Mi rendo conto che le Regioni stanno diventando quasi dei mostri, delle enormi piovre con una grandissima testa, rappresentata dall'apparato burocratico e con tanti tentacoli, perchè nella gestione si trovano sempre in contrasto con lo Stato. Il conflitto tra le Regioni e lo Stato ha un motivo di fondo: le prime chiedono, il secondo lesina sulle spese.

Riferendomi a quanto diceva poc'anzi il senatore Melotto, non sarebbe opportuno definire meglio i rapporti tra Stato e Regioni in materia sanitaria?

Dalle parole del senatore Melotto mi è parso di capire che proponesse che sia lo Stato di volta in volta a stabilire la spesa sanitaria in rapporto al prodotto interno lordo e la spesa per la quota *pro capite*. Le Regioni invece avrebbero la piena responsabilità dell'erogazione della spesa, indipendentemente da qualsiasi controllo, al fine di eliminare i conflitti per la richiesta del supplemento di spesa «a pie' di lista». Questo rappresenterebbe un fatto importantissimo, come anche stabilire la quota che dovrebbe spettare al pubblico e quella che dovrebbe spettare al privato, per definire in modo chiaro il rapporto tra Stato e Regioni e per

dare a queste ultime una vera e propria autonomia gestionale. È evidente che in questo modo risulterà chiaramente la distinzione tra chi sa amministrare e chi no.

Un altro problema riguarda la spesa ospedaliera. Ho un ricordo di quando ero giovane studente; ricordo che per gli operatori sanitari ospedalieri c'era un incentivo per il ricovero e quindi c'erano chirurghi che lavoravano anche la notte per smaltire il lavoro enorme. E allora non c'era questo grande *deficit*; sono problemi sorti dopo.

Non sarebbe il caso, visto che facciamo la politica del tempo pieno, di introdurre questi incentivi?

L'ultimo problema riguarda la spesa per la medicina generica, giustamente legata alla politica del farmaco. Abbiamo dibattuto molto il problema del *ticket* che consideriamo come un fatto provvisorio, in attesa di un miglioramento della politica del farmaco, ma strettamente legato sia alla formazione del medico, sia al numero di assistiti presso uno stesso medico. Bisogna restituire al medico la sua dignità professionale, la libertà di prescrivere i farmaci che ritiene opportuni, senza ricevere pressioni dall'esterno e magari con il timore di perdere dei clienti.

PRESIDENTE. Desidero integrare la precedente domanda, posta subito all'inizio del dibattito per dar modo ai colleghi della Commissione di pensare a ciò che avrebbero voluto sapere dai nostri ospiti, ponendo sul tappeto altri due quesiti, in maniera da completare il quadro dei problemi affrontati questa mattina.

La mia prima domanda riguarda il problema dei controlli a livello regionale. Tutti sappiamo che annualmente ogni presidente di USL deve trasmettere al Presidente della Giunta regionale un resoconto dell'attività svolta dalla USL. Volevo sapere se questa attività viene adempiuta, che fine fanno questi dattiloscritti, se vengono analizzati, se viene svolta una discussione politica di verifica. Inoltre vorremmo sapere direttamente dalla fonte regionale (in quanto cerchiamo di confrontare anche le diverse ed incrociate opinioni che ci sono pervenute da diverse fonti) come funziona il Comitato regionale di

controllo (Coreco), nonchè il collegio dei revisori dei conti, del quale già abbiamo avuto qualche notizia durante l'espletamento della nostra indagine conoscitiva.

Il secondo quesito concerne la questione della pianificazione e della programmazione regionale. Il nostro prossimo appuntamento sotto il profilo legislativo, a settembre, è la ripresa della discussione del Piano sanitario nazionale e la nuova legge finanziaria. In relazione a questi due provvedimenti sarebbe interessante stabilire tutti insieme se vi sono delle linee di programmazione regionale già avanzata (regione per regione) che possano essere confrontate tra di loro per costituire uno schema utile alla programmazione nazionale. Non voglio rovesciare il processo di programmazione però so che di fatto, a distanza di parecchi anni dall'entrata in vigore della legge n. 833, si è diffusa in ogni regione una certa tradizione ed esperienza locale, per cui la conoscenza di questo processo di programmazione, più avanzato in alcune regioni e meno in altre, che si è sviluppato ed è stato approvato o sta per essere completato, può essere interessante ed utile. Anche se sarà complicato verificare in un insieme di tabelle sinottiche i vari criteri di programmazione, queste informazioni ci potrebbero essere utili. Sono venuto a conoscenza dell'indizione di una conferenza su questo argomento, sospesa per motivi contingenti; mi farebbe piacere sapere che questa iniziativa è stata ripresentata in quanto la ritengo proficua per il nostro lavoro legislativo futuro.

Per quanto riguarda una considerazione di ordine più generale, in questa sede (la Commissione sanità del Senato) abbiamo rivisto tutta la legislazione prodotta dalla legge n. 833 fino ad oggi, ed in parte anche quella regionale. Dobbiamo riconoscere che sia in sede nazionale, parlamentare e governativa, sia in sede regionale si sono verificati degli enormi ritardi sulla tabella di marcia predisposta dalla legge n. 833. Su ciò non vi è alcun dubbio, anche se potremmo domandarci se questa tabella di marcia fosse effettiva e vincolante o viceversa se contenesse delle semplici indicazioni, che potevano anche non essere rispettate. Comunque il pro-

blema non è questo, ma l'aspetto fondamentale da accertare è quanto rimane ancora da realizzare nella legislazione regionale di base, cioè in applicazione della legge n. 833. Non c'è dubbio che tutta la legislazione sulla istituzione delle USL esiste e che essa — come abbiamo potuto accertare — è entrata in funzione, anche se l'ultima Regione ha chiuso il problema lo scorso anno, quindi con un ritardo enorme rispetto alla tabella di marcia. Vorrei sapere, di fatto, quanta parte delle funzioni delegate si è realizzata, cioè quanta parte delle funzioni delegate dalla legge n. 833 di fatto è diventata una funzione di controllo amministrata a livello regionale. Queste sono notizie che ci interesserebbe avere ai fini del nostro lavoro legislativo.

Ringraziando coloro che sono intervenuti e che hanno inviato le loro memorie, li vorrei pregare di sollecitare i loro colleghi — che sono intervenuti in precedenti audizioni — di inviarci anch'essi i contributi e gli elaborati che avevano promesso, rammaricandomi comunque che non vi sia stata una tale sollecitudine da parte di costoro. Pregherei inoltre i nostri ospiti, in quanto rappresentanti della Conferenza permanente dei Presidenti delle Regioni, di trasmetterci gli atti delle loro precedenti riunioni che riguardavano i problemi della sanità. Per i nostri lavori sarebbe utile non soltanto un'acquisizione formale di questa documentazione ma anche un riassunto generale (se lo riterrete opportuno) delle vostre posizioni, che vada al di là dello stenografico e quindi del sistema di domande e risposte che abbiamo attivato in questa sede, affinché venga messa in luce, con maggiore completezza, la tematica del rapporto Regioni-Servizio sanitario nazionale.

GIGLI. Signor Presidente, onorevoli Commissari, il numero e la complessità delle domande che ci sono state rivolte ci pone qualche problema (questa è almeno la mia sensazione non so se condivisa anche dal mio collega dottor Vestri) in quanto rischiamo di farci carico di risposte parziali, influenzate dalla nostra particolare visione e dalla nostra particolare esperienza.

Debbo innanzitutto sottolineare che tutte le Regioni, sui problemi della sanità, hanno trovato posizioni sostanzialmente convergenti e concordanti. Se non temessi di essere frainteso o di apparire irrispettoso, direi che molte delle domande che ci sono state poste sarei tentato di rivolgerle a mia volta alla Commissione sanità del Senato e al Parlamento nel suo complesso, in quanto riguardano problemi che indubbiamente angosciano tutti e richiedono delle risposte che non soltanto non sono facili da trovare ma che necessitano di un approfondito confronto e coinvolgimento di vari livelli istituzionali.

A parte questa osservazione ritengo che vadano fatte alcune considerazioni di fondo. Tutti concordiamo, operatori, politici e cittadini che la sanità non funziona bene, per responsabilità delle istituzioni, delle forze sociali che in qualche modo sono coinvolte, e per tutta una serie di responsabilità. È certo comunque che una parte di queste responsabilità spetta alle Regioni e una parte agli altri livelli istituzionali. Infatti debbo dire, con molta franchezza, che una parte delle disfunzioni che siamo costretti a registrare discende direttamente dalla mancata attuazione di alcune scelte da parte del Parlamento e del Governo. La mancata approvazione del Piano sanitario nazionale, ad esempio, è una delle ragioni che di più incide sulla incertezza, sulla indeterminatezza e sulle difficoltà di carattere finanziario nelle quali oggi siamo costretti ad operare. Un Piano sanitario nazionale che non va considerato come uno strumento capace di risolvere tutti i problemi, ma che va inteso come un complesso di indicazioni e di *standards*, in base ai quali determinare che cosa si deve fare, quali sono i servizi da garantire al cittadino e commisurare le spese che sono necessarie. Ritengo che sia un elemento fondamentale in assenza del quale, rischiamo di trovarci di fronte ad una situazione difficilmente controllabile e riconducibile, in qualche modo, entro ambiti razionali.

Credo che l'approvazione del Piano sanitario nazionale assuma un carattere di assoluta urgenza. Il problema del personale precario del Servizio sanitario nazionale, di cui si sta occupando il Parlamento, è anche esso

motivo di grande disagio e vorrei ricordare che sono questi dei problemi su cui le Regioni si sono trovate concordi.

Senza soffermarmi sulla compatibilità del personale del Servizio sanitario nazionale, ricordo che questo è un altro grosso problema e credo che la mancata soluzione di esso rischia di determinare gravi conseguenze all'interno del Servizio. Vorrei infine ricordare i problemi istituzionali da risolvere con la revisione della legge n. 833 e quello del numero chiuso o programmato delle iscrizioni all'università.

Vi sono anche le responsabilità delle Regioni, ma credo che in questo momento non sia tanto importante fare un processo, quanto cercare di individuare quello che possiamo fare per risolvere il problema, pur senza aver la pretesa di escogitare soluzioni traumatiche ed immediate. In primo luogo credo che drammatico sia il problema finanziario; posso dire che le Regioni non sono in grado di fronteggiare l'insufficienza del Fondo, per cui se non vi sarà un intervento, rischiamo — almeno nella mia regione — che l'intero Servizio sanitario nazionale entri in crisi; già dai mesi di agosto e di settembre ci troveremo di fronte a situazioni drammatiche.

Il Presidente ha chiesto il nostro parere in ordine al rapporto tra il Governo e le Regioni; non è stato, in questo periodo, un rapporto caratterizzato da particolari insufficienze o conflittualità, vi sono infatti numerose occasioni di incontro con il Governo e con il Ministro della sanità, che registrano sostanziali convergenze anche sul piano delle analisi e delle soluzioni da adottare.

Non credo che la soluzione sia quella di tornare all'accentramento delle funzioni in materia sanitaria, ma se una critica va espressa è proprio quella che manca il coraggio di andare fino in fondo nel responsabilizzare le Regioni in questo settore; il processo di delega, in qualche misura, rischia di realizzarsi solo in parte. Le aspettative delle Regioni sono per una modifica della legge n. 833 che consenta di operare un ulteriore chiarimento in ordine alle responsabilità e ai compiti di carattere giuridico e finanziario che spettano ai vari livelli istituzionali. Per

esperienza personale, posso dire che vi sono molte difficoltà da parte delle Regioni nell'adottare interventi correttivi, proprio a causa della indeterminatezza che la legge n. 833 ancora presenta in ordine ai compiti che spettano alle USL, ai Comuni e alle Regioni. Per fare un solo esempio, ricordo che la stessa legge finanziaria per il 1984 affida alle Regioni la responsabilità di intervenire per ricoprire il ripiano degli eventuali disavanzi, ma non affida alle stesse gli strumenti preventivi per evitare il formarsi del disavanzo stesso. Potremmo così trovarci di fronte ad una situazione non più reversibile e recuperabile, ma con il dovere di intervenire per il ripiano. Ciò non mi sembra molto coerente e soprattutto non credo che consenta di evitare i rischi e le conseguenze negative di fronte alle quali potremmo trovarci anche a breve termine.

Completando la mia risposta al presidente Bompiani, vorrei dire che sul piano dei controlli le esperienze non sono uguali in tutte le Regioni: ci sono alcune Regioni che si trovano in una fase avanzata, ed altre che ancora stentano a realizzare un sistema di controlli adeguato. Per quanto riguarda l'esperienza della mia regione, anche se ci siamo probabilmente mossi in ritardo, stiamo realizzando — seppure con la fatica derivante dalle contraddizioni cui prima accennavo — un sistema di controlli che attraverso il servizio ispettivo regionale e il collegio dei revisori, ci consente di avere trimestralmente delle relazioni sull'andamento complessivo delle attività delle singole USL, e quindi di intervenire con sufficiente tempestività per correggere le eventuali distorsioni e deviazioni dalle norme di legge statali o regionali. Sul piano generale ritengo che tutte le Regioni siano concordi nel ritenere validi i principi fondamentali della legge n. 833 anche se credo che questi non vadano mitizzati, come non vanno mitizzate le modifiche che si intendono apportare alla legge stessa.

Tutti avvertiamo l'esigenza di dare un carattere di maggiore professionalità al lavoro all'interno delle USL, e soprattutto avvertiamo l'esigenza di distinguere meglio compiti e responsabilità tra il potere politico e i tecnici che operano all'interno delle USL.

Quella dell'azienda è una soluzione, anche se forse non la sola, per risolvere questo problema; quello che mi sembra di poter dire per l'esperienza fatta, è che si impone un intervento che riconduca gli operatori ad una maggiore responsabilità e ad una maggiore professionalità, sia quelli di estrazione politica, sia i tecnici e i medici; quindi il recupero di una maggiore efficienza è un'esigenza non più rinviabile e procrastinabile.

Il senatore Costa ha affermato che il problema risiede nella esuberanza dei medici; non credo che questo problema possa essere risolto dalle Regioni, ma credo che vada risolto con delle scelte a monte, relative cioè al numero chiuso o programmato delle iscrizioni nelle università. Le Regioni nel breve periodo possono pensare di intervenire con provvedimenti che tendano ad alleggerire una pressione che altrimenti rischia di diventare sempre più consistente e preoccupante. Per quanto riguarda la mia regione abbiamo predisposto un provvedimento, che mi auguro di portare quanto prima all'esame della Giunta, che prevede la possibilità di utilizzare, per uno o due anni, un migliaio di giovani medici disoccupati attraverso la soluzione della borsa di studio, impiegandoli quindi con funzioni strettamente collegate al Servizio sanitario nazionale.

Evidentemente sono dei palliativi, che non risolvono il problema nella sua interezza. Abbiamo infatti circa 7.000 medici disoccupati nel Lazio, la cui occupazione non è certamente possibile in via definitiva, attraverso queste iniziative.

Circa il problema sollevato dalla senatrice Jervolino Russo, non c'è dubbio che c'è carenza di informazioni; i canali tra Stato e Regioni spesso non sono molto scorrevoli e — vorrei aggiungere — neanche quelli tra le Regioni e le USL. Spesso non siamo in grado di fornire tempestivamente al Governo o al Parlamento le notizie che ci vengono richieste, perchè abbiamo difficoltà ad avere queste notizie dalle USL, per ragioni spesso diverse da un'unità sanitaria ad un'altra.

Certamente, qualcosa va fatto attraverso iniziative regionali o attraverso iniziative legislative nazionali. È chiaro che se nel campo della sanità non si riescono ad acqui-

sire tempestivamente le informazioni, è difficile programmare e senza programmazione continueremo a parlare degli stessi problemi anche per i prossimi anni, senza possibilità di risolverli.

Ritengo che anche le Province potrebbero utilmente svolgere una funzione programmatica nel settore della sanità; l'argomento merita però ulteriore approfondimento perchè avverto pure la preoccupazione che una eccessiva frantumazione dell'azione programmatica a diversi livelli rischia non di facilitare, ma di complicare la stessa programmazione.

Un problema fondamentale, che si avverte in modo particolare nel Lazio, è quello dell'integrazione e al tempo stesso della distinzione tra il settore sanitario e quello sociale. Ritengo sia questo un problema sul quale il Parlamento in modo particolare debba soffermarsi ed anche con grande tempestività.

Nella regione Lazio assistiamo ad un fenomeno che rischia di stravolgere la stessa possibilità di garantire livelli di assistenza minimi: si tende a scaricare sul settore sanitario problemi ed oneri di carattere essenzialmente socio-assistenziale. La mancanza di strutture socio-assistenziali di ricovero ha fatto sì che le strutture di lungo-degenza (che sono strutture ospedaliere a tutti gli effetti) siano diventate dei veri e propri cronici, con conseguenze facilmente intuibili sul piano sanitario, sociale e finanziario. Tra l'altro paghiamo una retta di degenza ospedaliera per una prestazione socio-assistenziale chiaramente molto meno costosa.

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che tutti conosciamo; se non si interviene rapidamente per regolamentare questa materia, rischiamo anche qui di vanificare ogni sforzo teso a ricondurre la spesa sanitaria entro limiti compatibili con la realtà economica e finanziaria del paese. Il Consiglio sanitario nazionale recentemente ha approvato un documento, che mi auguro possa essere tempestivamente recepito dal Governo e trasformato in decreto-legge, con il quale si tenta di fare una distinzione tra il sociale ed il sanitario, facendo anche delle proposte per integrare il sanitario con il sociale.

Per quanto riguarda i problemi finanziari, sollevati dal senatore Melotto, meglio di me potrà rispondere il collega Vestri. Vorrei dire soltanto una cosa: non mi sembra sia proprio esatto dire che non si conosce al momento qual è il debito al 31 dicembre 1983 del Sistema sanitario nazionale. Questo debito le Regioni lo hanno quantificato da tempo, come è confermato dagli ultimi accertamenti. Il decreto-legge sul ripiano del disavanzo non risolve interamente il problema, così come per le esigenze di integrazione del Fondo sanitario nazionale per il 1984, risultano disattese da molto tempo (ed il passare dei mesi non ha fatto registrare novità) la previsione e le richieste. Siamo attorno ai 4.500 miliardi; se non riusciamo a coprire questo *deficit*, rischiamo di trovarci, anche a breve scadenza, in una situazione difficilmente controllabile.

Per non togliere la possibilità al collega Vestri di esprimere le proprie opinioni in merito, concludo dicendo un'ultima cosa. L'impegno delle Regioni — lo abbiamo detto con chiarezza in molte occasioni, a diversi livelli, e anche recentemente nell'incontro avuto con la Presidenza del Consiglio — è quello di evitare che si continui con il sistema delle spese a «pie' di lista».

Siamo consapevoli dell'esigenza di modificare questo sistema; siamo pronti ad assumerci la nostra parte di responsabilità e gli impegni che ne conseguono, per evitare il perdurare di questo sistema. Però, perchè questo possa realizzarsi, è necessario avere a disposizione, almeno nell'immediato, un complesso di risorse, tale da garantirci il soddisfacimento delle esigenze ormai consolidate.

Siamo pronti, a fronte di un impegno del Governo e del Parlamento, a quantificare realisticamente le esigenze finanziarie, ad assumerci la responsabilità di non sfondare questo «tetto» e, qualora il «tetto» fosse sfondato, ad assumerci l'impegno di trovare il modo di ripianare il *deficit*, senza che questo debba nuovamente scaricarsi sulle finanze dello Stato.

PRESIDENTE. La ringrazio, assessore Gigli, per la sua replica molto ampia. Ho rece-

pito con molto piacere queste ultime dichiarazioni, ma bisogna tener presente che il Ragioniere generale dello Stato ha dichiarato esplicitamente in questa Commissione che non avrebbe considerato nè opportuno, nè possibile, fare un *mix* dei vari fondi destinati alle Regioni. Pertanto ogni fondo (quello per l'agricoltura, per la sanità, eccetera) dovrebbe restare distinto.

Inevitabilmente, il problema del ripiano dell'eventuale sfondamento delle quote affidate alle Regioni dovrebbe avvenire non attraverso imposizioni fiscali dirette (perchè lo Stato non lo consente), ma attraverso un metodo di «ticketizzazione» non so di quali servizi; a meno che non indichiate un'altra strada, che, qualora esista, saremmo lieti di conoscere.

VESTRI. Vorrei partire dalla questione — che mi pare particolarmente emergente — della condizione finanziaria.

Sono profondamente d'accordo su quanto ha sostenuto il collega Gigli e non è per ripeterci ma per sottolineare l'importanza decisiva dell'argomento che intendo ritornarci sopra.

Il senatore Melotto mi ha chiesto quali riflessioni abbiamo fatto in ordine ad un coinvolgimento della periferia nella politica delle entrate. In sostanza, mi è sembrato di capire che vi è un certa disponibilità da parte delle Regioni ad intervenire con una normativa aggiuntiva a quella statale nella determinazione di nuove fonti di entrate, a cui il presidente Bompiani si richiamava chiarendo la natura di questo intervento. Il motivo di questa scelta è che altrimenti si verificherebbe una situazione di dissociazione tra il centro nazionale, responsabile delle entrate, e i centri periferici, responsabili invece della spesa, con esigenze diverse tra di loro che si riarmonizzerebbero solamente *a posteriori* attraverso il «pie' di lista». Ritengo che il problema in realtà non sia questo in quanto mi sembra che la legge di riforma sanitaria contenesse in sé delle indicazioni estremamente corrette dal punto di vista della gestione. Dissento da coloro che sostengono che la riforma ha smobilitato le competenze centrali e ha fatto rifluire tutto quanto

in periferia. Tutto ciò non è vero; la riforma ha inserito un meccanismo che ha un suo valore d'insieme, all'interno del quale vi sono responsabilità ed adempimenti di carattere nazionale, regionale e locale, a livello di USL. Non considero la dissociazione tra politica delle entrate e politica delle spese nei termini in cui la pongono una serie di denunce, polemiche e discussioni, perchè se la pianificazione nazionale avesse proceduto come avrebbe dovuto (e non è stato) questa dissociazione non si sarebbe verificata in quanto è in sede nazionale, attraverso il Piano, che sarebbero stati stabiliti gli *standards* e i parametri di prestazione; è in sede nazionale che si potrebbero effettuare i calcoli relativi alle risorse necessarie per conseguire gli obiettivi che ci siamo dati ed è in sede nazionale quindi che si potrebbe garantire la corrispondenza dell'una voce nei confronti dell'altra.

Se questa impostazione dà luogo a decisioni coerenti tra di loro in sede nazionale, noi abbiamo veramente degli sfondamenti che sono solamente il frutto di una cattiva amministrazione locale. Se gli sfondamenti sono il frutto di una cattiva amministrazione locale, allora la legge n. 833 è stata bene impostata: chi ha la responsabilità della gestione provvede al ripiano del bilancio. È giusto trasferire tutto ciò a livello regionale? Se un domani una cattiva gestione ad Arezzo crea uno scompenso finanziario nella gestione della USL di Arezzo, per quale motivo dovrebbe essere pagata dai cittadini di Massafrà? È un problema esclusivamente del cittadino di Arezzo. Questo comunque sarebbe un discorso ragionevole se il rapporto tra centro e periferia venisse impostato realmente. Infatti se noi ci comportiamo come in questi ultimi anni, in cui abbiamo calcolato la spesa necessaria e poi per questioni che non attenevano alla sanità (ma ad esigenze innegabili di altra natura sul piano generale) abbiamo fatto dei sottodimensionamenti delle risorse messe a disposizione, senza provvedere responsabilmente alle modifiche degli elementi a cui con quelle risorse occorreva far fronte (cioè gli *standards* di prestazioni) e si diffonde l'idea che noi saremmo in grado di fornire tutto quanto solo se la sanità fosse

amministrata meglio a livello di USL (come se i livelli di spesa derivassero soltanto da una cattiva gestione e da una cattiva impostazione e non avessero invece un loro dimensionamento anche oggettivo), si vengono a creare delle situazioni di caos. Infatti chi gestisce non è più in grado di comprimere i livelli di spesa oltre un certo limite e anzi il fatto di dover correre continuamente dietro a situazioni al limite del fallimento impedisce una coerente e continua azione di razionalizzazione degli interventi, in quanto siamo sempre in presenza di situazioni di emergenza.

Ritengo quindi che sia necessario un Piano sanitario nazionale ben congegnato che contenga degli *standards* di queste azioni, essenziali per l'organizzazione dei servizi, e che preveda l'assegnazione della responsabilità a chi conduce la gestione, chiamandolo a pagare per gli effetti eventualmente negativi delle sue azioni e non per quelli determinati da altri e su cui l'amministratore non ha alcuna possibilità d'intervento.

In questa sede mi è stato domandato come abbiamo fatto il riparto tra le USL nel 1980. Sulla base del ragionamento fatto con il Governo sulla spesa tendenziale del 1984, che fissava la spesa nazionale in 38.500 miliardi, abbiamo corrispondentemente calcolato la spesa tendenziale delle USL. In un secondo tempo, sulla base della spesa tendenziale che era ripetitiva dei calcoli fatti insieme al Governo, abbiamo apportato gli elementi di detrazione conseguenti agli abbattimenti effettuati nella legge finanziaria, suggerendo anche alle USL di concentrare questi abbattimenti sulle spese-voci che risultavano dalle tabelle del servizio centrale della programmazione, cioè i farmaci, il personale, l'assistenza integrativa, i beni e ai servizi e così via. Nel fare questa operazione noi sapevamo benissimo che ogni tipo di controllo ispettivo o repressivo sulle USL sarebbe stato inutile, in quanto avendo trasferito alle USL i dati, ognuna di esse, dalla prima all'ultima, amministrata da socialisti, da comunisti, da democristiani, da repubblicani, da qualsiasi altra forza politica, era condannata in partenza a un bilancio deficitario e agli sfondamenti. Non c'è niente da

fare. Per quanto riguarda la questione farmaceutica, che fosse una velleità lo dimostra il fatto che il Ministro della sanità ha dichiarato che in relazione al meccanismo dei *tickets* (che noi contestiamo anche concettualmente) il taglio di 2.560 miliardi avrebbe procurato una maggiore entrata di 90 miliardi. Quale raccordo esiste tra queste cose? Noi in Toscana abbiamo preso una decisione che è andata incontro alle richieste delle categorie dei farmacisti in quanto l'anno scorso si erano profilate, per delle cifre molto meno consistenti, delle situazioni allucinanti: in alcune zone veniva data l'assistenza farmaceutica in forma diretta, in altre zone in forma indiretta, in altre ancora in forme spurie, distruggendo così in Italia l'impostazione del vero Servizio. Quest'anno abbiamo deciso di accentrare i pagamenti; non siamo orgogliosi di tutto ciò e non l'abbiamo neppure presentato di fronte alle categorie interessate perchè lo consideriamo una resa di fronte ad uno stato di necessità al fine di assicurare uno *standard* uniforme di flussi finanziari verso i convenzionati e quindi una condizione di svolgimento unitario in tutto il territorio regionale dell'assistenza farmaceutica.

Abbiamo già pagato per il mese di aprile utilizzando tutti i fondi fino a giugno e pagheremo per settembre utilizzando i fondi di tutto l'anno; è inevitabile che l'ultimo trimestre dell'assistenza farmaceutica non abbia copertura perchè a fronte di 6.500 miliardi, il bilancio è di 4.000, e quindi è fatale che si verifichi questa mancata copertura. E così per altre cose: anche i meccanismi di riequilibrio della spesa, che pure sono necessari fra USL e USL, li abbiamo ipotizzati individuandoli anche nella loro quantificazione e nella loro natura, però sono molto velleitari perchè quando alle USL, anche a quelle storicamente maggiormente dotate, siamo costretti a dare una assegnazione di fondi che certamente non le porterà oltre le spese di settembre o di ottobre, che tipo di riequilibrio possiamo fare? Togliereemo loro al massimo un altro mese a favore di altri e questo non fa che aumentare e far esplodere la conflittualità all'interno del Servizio sanitario. Il problema è urgente: potremmo anche

arrivare a fare un aggiustamento del bilancio dello Stato in autunno e trovarci egualmente in gravi difficoltà in quanto se le unità sanitarie locali non adeguano subito i propri bilanci ad una nuova dimensione finanziaria, anche la disponibilità eventualmente dichiarata non darà luogo a regolarizzazione nelle gestioni in quanto mancherà il documento contabile cui far riferimento per il normale svolgimento dell'attività amministrativa.

Vi è l'urgenza di modificare i bilanci per renderli credibili: vi sono Regioni, come l'Emilia-Romagna, che con delibera consiliare hanno deciso di indicare alle USL la necessità di modificare i bilanci nell'ottica dei 38.500 miliardi. Stiamo considerando questa cosa e credo che anche altre Regioni lo stiano facendo e del resto si tratta della decisione che tutti insieme prendemmo l'anno scorso in direzione della revisione dei bilanci. Ripeto, la questione è urgente e voglio anche dire che la delibera della regione Emilia-Romagna fa divieto alle USL di impegnare i fondi aggiuntivi e le autorizza a predisporre i bilanci per sfuggire a quella morsa, con la speranza che nel frattempo sopraggiungano le decisioni nazionali: se poi queste decisioni non verranno, si deve sapere in sede di Governo e di Parlamento che alla fine dell'estate i servizi sanitari si bloccheranno sicuramente. Stiamo facendo una battaglia di retroguardia e vi sono state alcune USL, fra le quali quelle del Comune di Firenze, che hanno fatto un'operazione sul bilancio forse un po' furbastra. Cioè, di fronte ad una assegnazione assolutamente insufficiente, hanno preso la posizione più antagonista nei confronti delle direttive governative: hanno mantenuto alte alcune voci che erano quelle su cui erano stati esercitati a livello nazionale i tagli del Governo e della legge finanziaria e hanno invece abbassato voci obbligatorie quali quella degli stipendi per il personale. È chiaro che gli amministratori sono costretti a fare operazioni del genere, comunque dietro a questa in particolare c'è la convinzione che, siccome nel nostro paese gli stipendi sono stati sempre pagati, quando si arriverà a settembre o ad ottobre senza i soldi per pagare gli stipendi qualche santo provvede-

rà. Però, questa è anche la via per non tentare neppure la razionalizzazione della spesa.

Si tratta quindi di metter gli amministratori su una linea di comportamento diversa. Il controllo viene esercitato, il comitato regionale di controllo ha bloccato questo bilancio e ha prescritto che venissero predisposte indicazioni per gli stipendi più adeguate. Ricordo però che tra i tagli della legge finanziaria ci sono anche quelli per lo stipendio con 975 miliardi previsti e questo nell'anno in cui c'è da applicare il contratto. Al di fuori di questo, in generale non onoriamo in sede centrale i calcoli che insieme ragionevolmente facciamo e non si può poi chiedere che vi sia un'azione di supplenza della periferia. Facendo appello a che cosa? Voglio dire che, laddove vi sono amministrazioni allegre, l'intervento vi deve essere e la responsabilità degli amministratori di quelle zone deve essere sempre presente e in generale è necessaria la percezione di un rapporto serio e consapevole tra le varie esigenze obiettive, altrimenti, si abbia il coraggio di fare un discorso più generale sui livelli di prestazione. Però, tenendo presente che, siccome la maggior parte delle spese sono di tipo incompressibile, il rischio che corriamo, quando interveniamo sulla parte variabile con il *ticket* o con la riduzione dei programmi di prestazioni, è quello di trasformare il Servizio sanitario nazionale in un baraccone che vive per se stesso e non per i cittadini in quanto le cose che tagliamo si risolvono in mancate prestazioni alla gente.

Mi sono soffermato a lungo su questi aspetti in quanto mi sembrano importanti e di sopravvivenza per il Servizio; non abbiamo seconde linee di ritirata su cui attestarci.

Detto questo, vorrei riferirmi ad alcuni altri problemi. Il primo è quello della disoccupazione giovanile medica. A parte i problemi di formazione, anche qui il meccanismo che abbiamo messo in piedi sostituisce il tirocinio ospedaliero concepito come titolo all'ammissione ai concorsi ospedalieri; a questo abbiamo preferito il triennio di formazione di coloro che vengono assunti nel Servizio sanitario nazionale. Ma questo ci riporta a livello dei servizi e alla determina-

zione delle esigenze di personale in servizio; se formiamo un numero di medici enormemente superiore alle necessità, non ci sarà mai spazio in questo Servizio. Allora come si può affrontare il problema in termini reali? Qui torno ad un accenno fatto dal collega Gigli e cioè: mentre noi viviamo questa drammatica situazione, consentiamo che ci sia gente che faccia quattro, cinque mestieri. Bisogna scegliere e costringere altri a scegliere, precisando che la questione non può essere affidata alle sedi contrattuali, perchè le sedi contrattuali o quelle convenzionali non sono altro che lo specchio della mutevolezza del rapporto di forza che di volta in volta cambia, delle opportunità di mediazione e così via: occorre un atto d'imperio dello Stato, una legge dello Stato che dica quale tipo di servizio vuole, con quali caratteristiche; questo mi pare essenziale. Ho parlato delle ispezioni, ma questo vale anche per il commissariamento; dovremmo commissariare tutti, perchè dal punto di vista generale la situazione patologica non credo che sia emblematica di quello che è il servizio sanitario oggi.

Circa le questioni istituzionali ho qualche dubbio sull'azienda, soprattutto perchè il problema della definizione della natura giuridica delle USL rischia di essere un falso problema; possiamo anche arrivare a chiarire la natura giuridica dell'unità sanitaria locale, ma sul piano pratico credo che non sia molto di più di un *divertissement* al quale ci dedichiamo oggi. In realtà, se rispetto all'amministrazione tradizionale locale l'azienda speciale ha delle caratterizzazioni più efficaci, le ha perchè cambiano le norme del suo funzionamento; se definiamo questa struttura, ma poi non ne modifichiamo l'architettura, credo che non si cambierà nulla. D'altra parte, una delle questioni che viene denunciata con maggior forza è il fatto che non si esprime, attraverso l'USL, la titolarità piena che il Comune deve avere nella gestione dei servizi. Ed è un problema di non facile soluzione, perchè non lo si risolve neanche dicendo: diamo più potere al Comune; il problema è di far esercitare il potere ad un Comune, che però lo eserciti non da solo, ma in unione con altri Comuni, perchè

la casistica più generalizzata che noi abbiamo è quella di aree per la gestione sanitaria che necessariamente comprendono più Comuni; se dovessimo riportare il tutto alla dimensione delle municipalizzate italiane, sfasceremmo tutto, e allora aver cambiato tutto per lasciare tutto come prima, non mi sembra che sia un'operazione di grande valore. La questione di fondo qual è? Io la soluzione non ce l'ho, però mi sembra d'individuare il punto-chiave nel collegamento con la riforma delle autonomie, che è stato un supporto mancante della riforma sanitaria: in collegamento con la riforma delle autonomie riuscire a dare una soluzione credibile ed apprezzabile da parte degli amministratori locali a questo nuovo modo di gestire le cose insieme. È chiaro che ci sono delle contraddizioni, perchè questo significa dare rappresentanza più corposa ai Comuni, ma già oggi le assemblee delle USL e i comitati di gestione, ma segnatamente le prime, sono di una pletoricità tale da rendere difficilissima la gestione. Ci sono delibere che attendono mesi e mesi perchè non si raggiunge mai il numero legale. Quindi il problema che abbiamo di fronte è un problema di semplificazione; quindi il programma della rappresentanza di un Comune nell'ambito di tutti gli altri non è molto semplice, ma la soluzione, secondo me, si può trovare soltanto nell'ambito dei comuni associati. Trovo poi contraddittorio, ma è discussione vecchia, che da parte di chi dice che le USL sono censurabili perchè non sono sufficientemente lo specchio del Comune, poi si portano avanti delle soluzioni che escludono per principio la partecipazione dell'eletto al Comune dall'amministrazione delle USL.

PRESIDENTE. Due suoi colleghi, in quest'aula, hanno affermato che bisognerebbe semmai aumentare il collegamento più diretto con la Regione per fare delle USL tante agenzie di tipo regionale, sul modello del Servizio sanitario nazionale inglese. Mi sembra di capire che, a questo punto, ci sia una certa divergenza fra voi.

VESTRI. I programmi di riconversione del Servizio in alcuni casi presentano problemi

estremamente complessi. Penso per esempio alla situazione della Val di Chiana senese; abbiamo sei ospedali: li dobbiamo chiudere e farne uno solo. L'alta Val d'Elsa e la Versilia hanno tutte situazioni di questo genere; da altre parti abbiamo problemi diversi di ridimensionamento di strutture, eccetera. Tutto questo si scontra, fra l'altro, con resistenze di operatori in qualche caso, con resistenze di popolazioni in qualche altro, che ritengono che la difesa della propria salute debba essere fatta solo a prezzo di una battaglia di retroguardia che difende tutto quanto l'esistente e chiede soltanto la politica del più. Operazioni di questo genere, che cozzano anche con forti tensioni di tipo municipalistico non si fanno bene senza convincere, conquistare e rendere protagonisti i rappresentanti delle stesse comunità locali. La nostra esperienza ci dice che queste battaglie si vincono solo laddove i sindaci in primo luogo e le amministrazioni comunali in secondo se ne fanno portatori.

Abbiamo situazioni come quelle del basso Val d'Arno o di Fucecchio San Miniato dove le amministrazioni locali sono in prima persona protagoniste della battaglia per la semplificazione della struttura ospedaliera; lo stesso avviene in Val di Chiana ed in diverse altre situazioni, anche se non bisogna trascurare che vi sono situazioni più arretrate.

Ritengo che senza l'intervento delle comunità, i passaggi più difficili della regionalizzazione del servizio sanitario, non si potranno realizzare; sono tendenzialmente favorevole a mantenere il carattere decentrato della gestione del servizio sanitario, desidero però aggiungere che tutto ciò presuppone, a livello centrale e a livello regionale, una piena assunzione delle responsabilità; il problema secondo me è quello di fare interamente ciò che già oggi dovremmo fare. Ci sono degli spazi — non troppo grandi — che però ritengo debbano essere utilizzati e chi non ha ancora fatto tutto quello che avrebbe potuto fare per attuare la riforma sanitaria non può «salvarsi in *corner*» dicendo che avrebbe fatto molto meglio ciò che invece è stato affidato ad altri.

Sul problema delle Province, credo che sia

da evitare che esse espropriino i Comuni associati e le USL dai compiti gestionali, perchè considero la unitarietà gestionale del Servizio uno dei cardini che devono essere mantenuti; una funzione per le Province credo che possa trovarsi nella programmazione, ricavandola in un rapporto di collaborazione e di acquisizione di ruoli sul versante che è affidato alla programmazione regionale, pur senza intaccare la dimensione regionale della stessa.

Su questa linea ci siamo mossi anche con la legge di piano regionale della Toscana, cercando di individuare alcune funzioni in questo senso e ciò vuol dire, come diceva il senatore Rossi, aver preso atto dell'andamento della discussione su questo argomento. Inizialmente c'eravamo mossi partendo dal presupposto che le Province erano escluse; siccome ci siamo accorti che vengono reintrodotte, la nostra preoccupazione è che ciò avvenga in una dimensione che non scardini i valori essenziali del Servizio, e ciò vuol dire che non vadano a toccare le competenze affidate ai Comuni e alle USL, ricavando invece una funzione nell'ambito dei compiti di programmazione che erano originariamente assegnati alle Regioni.

Non avendolo fatto all'inizio, desidero scusarmi per l'assenza del Presidente della regione Toscana, che come altri ha dovuto partecipare ad una riunione del consiglio regionale per la quale la sua presenza era indispensabile.

PRESIDENTE. Abbiamo concluso questa fruttuosissima audizione e vi prego di salutare i vostri Presidenti e di trasmettere loro il nostro rincrescimento per non aver potuto incontrarli; ci rendiamo conto dei loro impegni, così come anche loro si renderanno conto che per noi è giunto il momento di chiudere questa indagine, e non avremo quindi con loro un incontro diretto.

Gradirei però che voi ci inviaste le documentazioni che abbiamo richiesto in modo da poter essere precisi nel riferire le posizioni e gli atti delle Regioni anche nei confronti dell'opinione pubblica, e particolarmente su quello che la Conferenza dei Presidenti ha

ufficialmente proposto in questi anni all'attenzione dell'opinione pubblica, del Governo e del Parlamento.

GIGLI. Visto che devo riferire al presidente Panizzi che come coordinatore della Conferenza dei Presidenti in materia di sanità dovrà poi procedere a questo sollecito, vorrei capire se la Commissione, oltre alla documentazione che non fu fornita a suo tempo, attende la raccolta di tutti i documenti elaborati nelle riunioni degli Assessori alla sanità e dei Presidenti delle Regioni in materia sanitaria in questo periodo.

PRESIDENTE. Desidereremmo ricevere almeno gli atti più significativi che i Presidenti delle Regioni hanno elaborato nelle loro riu-

nioni. Devo ricordare che il Parlamento non ne ha ricevuto un resoconto diretto e — pur se mi spiace doverlo fare — ritengo che questa carenza vada messa a verbale, sottolineando che si tratta di una mancanza piuttosto grave nei nostri confronti .

Con l'audizione testè conclusa è esaurita la fase conoscitiva dell'indagine.

Il seguito dell'indagine, in vista di una fase conclusiva e dell'approvazione di un apposito documento, è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 14,15.

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