

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

18° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 6 MARZO 1984

**Presidenza del Presidente BOMPIANI
indi del Vice Presidente ROSSANDA**

INDICE

Audizione del dottor Carlo Monti, segretario nazionale dell'Associazione nazionale aiuti ed assistenti ospedalieri (ANAAO) e del dottor Federico Curcio; del professor Gian Giacomo Ferri, presidente dell'Associazione nazionale primari ospedalieri (ANPO), del dottor Giorgio Bertolizio e del professor Giuseppe Uguccioni; del professor Umberto Marini, presidente della Confederazione italiana medici ospedalieri (CIMO) e del dottor Paolo Borsellino; e del dottor Mario Boni, segretario nazionale della Federazione italiana medici di medicina generale

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|-------------------------|------------|
| PRESIDENTE | | <i>BONI</i> | Pag. 8, 30 |
| — Bompiani (DC) | Pag. 3, 4, 8 e <i>passim</i> | <i>BERTOLIZIO</i> | 34 |
| — Rossanda (PCI) | 22, 24, 27 e <i>passim</i> | <i>CURCIO</i> | 4, 34 |
| BOTTI (PCI) | 18, 27 | <i>FERRI</i> | 4, 27 |
| COLOMBO SVEVO (DC) | 19 | <i>MARINI</i> | 11, 14, 32 |
| RANALLI (PCI) | 21, 24 | <i>MONTI</i> | 4, 22, 24 |
| ROSSANDA (PCI) | 19 | <i>UGUCCIONI</i> | 35 |
| TROTTA (PSI) | 20 | | |

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per l'Associazione nazionale aiuti ed assistenti ospedalieri il segretario nazionale dottor Carlo Monti ed il dottor Federico Curcio; per l'Associazione nazionale primari ospedalieri il presidente professor Gian Giacomo Ferri, il dottor Giorgio Bertolizio ed il professor Giuseppe Uguccioni; per la Confederazione italiana medici ospedalieri il presidente professor Umberto Marini ed il dottor Paolo Borsellino; per la Federazione italiana medici di medicina generale il segretario nazionale dottor Mario Boni.

I lavori hanno inizio alle ore 16,35.

**Presidenza
del Presidente BOMPIANI**

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

Vengono quindi introdotti il dottor Carlo Monti, il dottor Federico Curcio, il professor Gian Giacomo Ferri, il dottor Giorgio Bertolizio, il professor Giuseppe Uguccione, il professor Umberto Marini, il dottor Paolo Borsellino e il dottor Mario Boni.

Audizione del dottor Carlo Monti, segretario nazionale dell'Associazione nazionale aiuti ed assistenti ospedalieri (ANAAO) e del dottor Federico Curcio; del professor Gian Giacomo Ferri, presidente dell'Associazione nazionale primari ospedalieri (ANPO), del dottor Giorgio Bertolizio e del professor Giuseppe Uguccioni; del professor Umberto Marini, presidente della Confederazione italiana medici ospedalieri (CIMO) e del dottor Paolo Borsellino; e del dottor Mario Boni, segretario nazionale della Fe-

derazione italiana medici di medicina generale

PRESIDENTE. Vorrei introdurre molto brevemente questa parte delle nostre audizioni, che entra nel vivo dei problemi del personale. Siete i primi rappresentanti di associazioni, sindacati o federazioni mediche ad essere invitati. Seguiranno poi le audizioni dei delegati di organismi rappresentativi delle altre categorie di personale, che lavorano come voi a pieno titolo nel Sistema sanitario nazionale. È una occasione — questa — per ricordare come i problemi del personale siano particolarmente sentiti in un sistema che è largamente fondato sulle risorse umane che offre previdenze e servizi destinati agli uomini. È un capitolo quindi di primaria importanza.

Debbo anche rilevare, a titolo personale, che mi sono trovato davanti un elenco di ben quarantasei tra associazioni, federazioni ed altre organizzazioni di sindacalismo medico: ciò evidenzia, da un lato, la possibilità di esprimersi liberamente, come previsto dalla Costituzione; ma dall'altro, fa sorgere in tutti noi la domanda su quanto sia utile un frazionamento del genere nella rappresentanza della categoria. Capisco che, in materia, gli interessi possono essere composti e diversificati, e che ciascuno cerchi d'essere presente a difenderli; ma il frazionamento mi sembra comunque rilevante e faremo bene a tenere presenti le difficoltà che esso arreca al prosieguo dei nostri lavori.

Detto questo, mi scuso per la ridotta presenza che i membri della Commissione avranno oggi a causa dei lavori dell'Assemblea. Cercheremo di assicurare una presenza simbolica, nella considerazione che ciò che conta è quanto ci potrete dire, con la massima libertà, sia pure in sintesi, e quanto potrete lasciarci sotto forma di testi scritti, che rimarranno agli atti della Commissione. Ci ripromettiamo, infatti, non solo di ascoltarvi, ma anche di pubblicare — se possibile in maniera integrale — quanto ci lascerete. Vi prego quindi di esporre i contenuti sostanziali che vorrete proporre alla nostra attenzione in termini di tempo ristretti; se-

guirà una serie di domande da parte dei senatori e poi avrete pieno diritto di replica.

Iniziamo con il dottor Carlo Monti, segretario nazionale dell'Associazione nazionale aiuti ed assistenti ospedalieri.

MONTI. Devo ringraziare il Presidente e la Commissione tutta dell'invito rivolto. In relazione ad eventi interni all'associazione che hanno visto un rinnovo recente, abbiamo preso atto di questo invito da pochissimi giorni e pertanto non siamo in grado oggi di produrre un documento scritto. Seguendo le indicazioni del Presidente, ci riserviamo di dare successivamente un contributo, nella massima libertà possibile.

Per questi motivi, il mio intervento sarà molto breve. Vorrei sintetizzarlo, accentrando l'attenzione sulla procedura prevista dal progetto allegato all'invito. Potrei fare l'osservazione che a nostro avviso sarebbe utile avere un censimento anche delle strutture ospedaliere pubbliche, suddivise per potenzialità operative e capacità di livelli di prestazione, con dati analitici, in relazione all'occupazione di posti-letto, alle dotazioni di sale operatorie e di servizi diagnostici. Questi dati disaggregati, inseriti in una mappa territoriale che preveda anche l'analisi della situazione della viabilità e dei servizi pubblici di trasporto, potrebbero dare alcune indicazioni per eventuali provvedimenti di riordino del sistema sanitario italiano.

Detto questo, per ciò che riguarda la politica del personale, non posso non rilevare dallo schema di progetto predisposto dalla Commissione che, come Associazione, potremmo dare un contributo nell'individuare la composizione e l'entità del personale precario delle unità sanitarie locali e, soprattutto sul punto e) di tale schema, in relazione all'attuazione e agli effetti del contratto unico nazionale. A questo proposito, loro sanno che il contratto, trasformato in decreto del Presidente della Repubblica nell'estate scorsa, trova tuttora una sua non applicazione e, verosimilmente, anche una sua inapplicabilità complessiva a distanza di nove mesi.

Anche per l'argomento successivo, indicato ai punti f) e g) del suddetto schema sull'attività di aggiornamento, credo che, come Asso-

ciatione presente su tutto il territorio nazionale, potremmo dare delle utili indicazioni sulle esperienze vissute. A questo proposito, devo dire che sarebbe estremamente interessante e produttivo per noi poter assicurare, in tempi successivi ma rapidi, un'ulteriore presenza per commentare in senso critico-costruttivo i dati che potrebbero emergere da un impegno associativo nel rilievo dei dati citati.

PRESIDENTE. La ringrazio per questa enunciazione che prelude all'invio di un ricco materiale documentario. Le domande che vi poniamo sono domande che abbiamo rivolto anche alla componente pubblica del settore e, dalla comparazione degli elementi fornitici, cercheremo di trarre una visione più chiara del Sistema sanitario nazionale per le parti che lei ha citato.

Se non deve essere aggiunto qualcos'altro, può intervenire ora il dottor Federico Curcio della medesima Associazione.

CURCIO. Volevo soltanto aggiungere a quanto detto dal collega Monti che probabilmente un contributo oggettivo può essere dato, nel documento che ci accingiamo a redigere, anche su determinati indicatori di efficienza estrapolabili per lo meno in alcuni tra i principali servizi. Vorremmo anche dare un contributo sul rapporto generale nelle USL tra il personale addetto ai servizi amministrativi e quello addetto ai servizi di assistenza.

PRESIDENTE. Do la parola ora al professor Gian Giacomo Ferri, presidente dell'Associazione nazionale primari ospedalieri.

FERRI. Ringrazio anzitutto la Commissione sanità del Senato per il gentile invito.

Il tempo concessoci non permetterà certo di esprimere compiutamente l'impostazione e le organiche proposte che l'Associazione nazionale primari ospedalieri ha maturato nel corso di questi ultimi anni. Ci limiteremo pertanto in questa sede ad alcune considerazioni generali, riservandoci di inviare una memoria sul tema e dichiarando sin d'ora la nostra completa disponibilità ad una colla-

borazione che, per essere proficua, non può certo esaurirsi in questa sola, e per giunta breve, tornata.

Le nostre considerazioni si svilupperanno su quattro direttrici: in primo luogo, la riforma sanitaria non ha raggiunto uno degli obiettivi fondamentali che si era proposta — e che tuttavia permane irrinunciabile — cioè il riconoscimento dell'uguaglianza del cittadino rispetto al Servizio sanitario nazionale; in secondo luogo, da molte parti si intende «riformare la riforma» spesso proponendo misure discutibili, prima ancora che siano stati attuati fondamentali principi direttivi in essa contenuti; inoltre, appare dubbia per contro la volontà politica di portare alcune semplici, ma indispensabili, integrazioni alla riforma; infine, si ha la sensazione che la crisi in cui versa il Servizio sanitario nazionale venga strumentalizzata in più settori (politico, burocratico e associativo), con un comune indirizzo strategico di tipo repressivo, in quanto occasione per realizzare un aumento del potere economico o politico. In fin dei conti la sanità è pur sempre un «affare» di circa 40.000 miliardi all'anno!

La mancata volontà di realizzare gli obiettivi previsti dalla riforma integrando più che controriformando gli stessi e l'intento di approfittare di questo diffuso stato di disagio e di confusione per fini di potere potrebbero determinare conseguenze ancor peggiori dei mali che si intende curare.

A ciò deve prestare la massima attenzione il legislatore che si accinge a por mano alle modifiche della legislazione vigente.

Per quanto concerne il primo dei punti accennati e cioè il fine di garantire l'uguaglianza dei cittadini rispetto ai servizi sanitari, crediamo che in concreto esso si realizzi tramite: l'omogeneità qualitativa degli *standards* assistenziali; la loro equivalenza distributiva; l'equità sociale del loro finanziamento. Si deve pertanto cominciare ad invertire l'attuale tendenza protesa a realizzare una netta separazione degli ospedali multizonali dalle rimanenti strutture nell'ambito di una complessiva recessione dell'istituzione ospedaliera che porterà gli ospedali periferici in posizione di particolare debolezza e quindi

di scarsa efficienza se non di dubbia affidabilità.

Di fatto le scelte prospettate nel disegno di legge d'iniziativa governativa n. 195-*quater* — derivante dallo stralcio di alcuni articoli del disegno di legge finanziaria per il 1984 — e quelle attuate, in assenza di ogni programmazione, alla periferia, con il cosiddetto «accorpamento» degli ospedali definiti minori, le scelte cioè di renderli complementari tramite la abolizione di alcuni reparti o divisioni, appaiono incongrue dal punto di vista operativo e scarsamente proficue dal punto di vista economico. Infatti, poichè i costi in un ospedale sono rappresentati essenzialmente dagli stipendi per il personale, dalle spese per la pulizia, il riscaldamento, l'elettricità, la manutenzione degli edifici e degli impianti, eccetera, la riduzione del numero dei posti-letto a «manto di leopardo» può incidere solo marginalmente sulle spese correnti. Complessivamente, in sintesi, si sta generando non una riduzione, ma un trasferimento dei costi, non una integrazione, ma una separazione operativa, non una semplificazione, ma una complicazione organizzativa.

Ragionevole sarebbe invece porre le premesse legislative per avviare — peraltro in un lasso di tempo ragionevole, tale cioè da consentire modificazioni sicure ma non traumatiche per l'utenza e per il personale — una riforma dell'assetto strutturale degli ospedali, prospettando la creazione, nel settore del ricovero, di due soli livelli specialistici, sotto il profilo tecnico-strutturale e di indirizzare, con la stessa gradualità, una parte dell'esistente verso i settori poliambulatoriali e del ricovero diurno che, come diremo appresso, vanno peraltro organizzativamente ristrutturati, nell'ambito dei dipartimenti ospedale-territorio dotati di una certa autonomia tecnico-gestionale.

Questo progetto di ampio respiro contribuirebbe senza dubbio ad eliminare quelle difformità tecnico-strutturali di ordine qualitativo che contraddicono palesemente, più di quelle di ordine distributivo, il principio dell'uguaglianza dei cittadini nel diritto all'omogeneità degli *standards* assistenziali.

Ci veniamo così a collegare con il secondo dei punti ricordati in premessa e cioè che prima di controriformare è necessario attuare alcune direttive date dalla riforma e rimaste finora inesplicitamente disattese.

Disatteso è rimasto, ad esempio, il collegamento tra i servizi ospedalieri e quelli situati nel territorio, previsto dal secondo comma dell'articolo 17 della legge n. 833 del 1978. Ciò ha comportato e continua a comportare non solo una disuguaglianza degli *standards*, ma anche una gestione antieconomica, dispersiva perchè ripetitiva. In questi ultimi anni cioè si è assistito al patologico svilupparsi di una sempre più soffocante burocrazia assistenziale la quale peraltro non è riuscita, nè mai riuscirà a porre un freno alle ospedalizzazioni ingiustificate, tramite filtri diagnostici ed interventi terapeutici ambulatoriali e domiciliari, stante la separazione operativa che esiste, anche a livello dei servizi specialistici, tra ospedale e territorio e che il sistema delle unità sanitarie locali non ha rimosso.

È pertanto importante raccordare i servizi afferenti all'assistenza di base con quelli di assistenza specialistica, ma non meno essenziale è attuare l'integrazione operativa dei settori d'intervento (domiciliare, ambulatoriale, ospedaliero) nei quali si articola l'assistenza specialistica. Tale integrazione, protesa a realizzare un'equivalente qualità ed affidabilità dei servizi specialistici su tutto il territorio nazionale e a determinare la continuità assistenziale nell'ambito di una stessa specialità, può avvenire solo in una visione unitaria del binomio ospedale-territorio.

L'obiettivo di pervenire all'aggregazione delle competenze specialistiche *intra* ed *extra* ospedaliere ed all'intimo inserimento dell'ospedale nel territorio richiede uno strumento organizzativo che, secondo la nostra proposta, può essere rappresentato dal già accennato dipartimento ospedale-territorio specialistico.

In tal senso il dipartimento ospedale-territorio, per la realtà esistente, deve essere considerato un dipartimento preferenzialmente monospecialistico, sia esso di assistenza (dotato cioè di posti-letto) oppure di servizio (senza posti-letto). Nel dipartimento

ospedale-territorio devono confluire tutte le prestazioni specialistiche dei vari settori d'intervento (domiciliare, ambulatoriale, di *day hospital*, di ricovero ospedaliero) attraverso un continuo interscambio di lavoro che deve attuarsi secondo i criteri organizzativi tali da garantire fasi di assistenza, di studio e di ricerca qualitativamente idonee ed economicamente convenienti in ogni settore. Con ciò si creerebbero anche condizioni ottimali per la formazione professionale e l'aggiornamento continuo del medico specialista — operante ai vari livelli — nonché la indispensabile formazione, tuttora alquanto carente, dei quadri sanitari intermedi.

Non è possibile in questa sede diffonderci nei dettagli, accuratamente studiati, di questa nostra proposta. Ci limiteremo a ricordare come sia necessario prefigurarsi l'autonomia tecnica e gestionale delle unità operative ospedaliere secondo questo modello che incide sull'assetto organizzativo esterno determinando una integrazione funzionale delle attività specialistiche nell'ambito delle USL. E come sia altresì indispensabile non modificare assolutamente l'articolo 63 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, quello che definisce le attribuzioni del personale medico: è necessario invece dare corpo ai principi in esso contenuti e finora praticamente disattesi con conseguente emarginazione dei medici e segnatamente dei primari.

In ogni caso è da tenere presente che un ruolo funzionale eminentemente manageriale del primario ospedaliero rischia di restare una formula sostanzialmente vuota se non verranno almeno rimossi i fattori (comuni nella Pubblica amministrazione) che nell'attuale organizzazione ospedaliera limitano fortemente le possibilità di instaurare una certa efficienza nel sistema tramite le leve della responsabilità e della motivazione professionale. Certo l'argomento meriterebbe una accurata disamina che qui non è possibile esporre anche se le nostre idee sono estremamente chiare sui fattori che ostacolano una conduzione manageriale del sistema sanitario pubblico e che riguardano la formazione degli obiettivi politici, la formazione del bilancio e l'amministrazione delle risorse.

se, la gestione del personale, la cosiddetta «autarchia economica» e la valutazione dei risultati. Su questi temi, come detto, siamo disposti a fornire il nostro contributo nei modi che saranno ritenuti più opportuni e praticabili.

Tra le indispensabili «integrazioni» da apportare alla riforma, di cui s'è accennato al terzo punto della premessa, ricordiamo come il non aver definito in sede legislativa il peculiare ruolo politico del medico e non averlo opportunamente collocato nei processi d'informazione, di educazione sanitaria, di partecipazione e di programmazione, rende ragione della difficoltà di individuare il suo ruolo funzionale nell'ambito del pubblico impiego e del persistere di una generale confusione nei comportamenti e nelle idee. La varanda legge sul «ruolo medico» deve tener presente che il medico, anche se pubblico dipendente, continua ad essere l'interprete del bisogno dell'ammalato e continua, perciò, contemporaneamente ad esprimere la «domanda» e ad erogare la «prestazione». Detta legge non dovrà cioè dimenticare che nella Pubblica amministrazione il medico riveste un ruolo politico del tutto peculiare, unico, e, di conseguenza, assume un ruolo altrettanto peculiare anche l'ufficio pubblico a lui affidato.

Di ciò non si potrà non tener conto anche nel ritagliare quegli spazi di autonomia contrattuale che — valutate le nefaste conseguenze del cosiddetto «contratto unico» — si è rivelata indispensabile non solo per conservare la reale rappresentatività della categoria ma, quel che più conta, ad evitare che vengano comprese le composite «motivazioni professionali».

Dovranno infine essere fermamente respinte, come s'è detto, alcune strumentalizzazioni che stanno affiorando. Con il pretesto di aumentare l'efficienza del sistema sanitario, da alcuni settori si levano voci che chiedono di poter esercitare controlli di tipo repressivo sulla classe medica ed in particolare sulla dirigenza medica. Si propone ad esempio la cosiddetta «verifica» periodica od al momento del trasferimento. Ora, tale «verifica», che appare di dubbia costituzionalità se applica-

ta ad una sola categoria, in un paese, come il nostro, in cui da anni non si vogliono fare gli esami di concorso, ma si continua con le sanatorie, non può essere che di tipo politico. Lo scopo non è quello di poter scegliere i migliori, dal momento che non s'è voluta attuare quella selezione in base al merito da noi insistentemente richiesta, bensì quello di poter condizionare a piacere una categoria con lo spauracchio della retrocessione o, addirittura, dell'espulsione. C'è una corsa a candidarsi per tali «verifiche» o per «accreditamenti» di «aggiornamenti» da somministrare in modo forzato ai medici.

Ora tutto ciò potrebbe portare benefici personali solo a chi, in possesso di tutte queste leve, intenda accrescere ulteriormente il proprio potere, ma gli effetti complessivi sull'assistenza sanitaria si rivelerebbero assolutamente negativi. In un paese in cui continua a perpetuarsi la progressione automatica in «carriera» (si fa per dire), in cui s'è voluto appiattire demagogicamente il primario al livello del portiere, e non solo sotto il profilo economico, non servono sistemi coercitivi o repressivi che non si usano più nemmeno nelle case circondariali, ma è invece necessario ripristinare quei meccanismi che attivino l'incentivazione sotto tutti i profili, che consentano la partecipazione reale, che favoriscano la responsabilizzazione.

Non si dedica tutta la vita ad una intensa attività professionale, al diuturno studio ed al continuo perfezionamento — come dovrebbe fare ogni buon medico — per costrizione, ma spinti da impulsi interiori che vanno opportunamente incoraggiati ed incentivati sotto tutti gli aspetti.

È pertanto da respingere questa tentazione di controllo «totalitario» della categoria medica e, se si vuole veramente portare beneficio al nostro Servizio sanitario nazionale, si deve cercare invece di dare corpo a quei presupposti politici ed emanare quei provvedimenti legislativi di cui s'è fatto cenno nei primi tre punti di questa mia breve e forzatamente incompleta esposizione.

Vi ringrazio per l'attenzione gentilmente prestata.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Ferri per la relazione e do la parola al dottor Mario Boni, segretario nazionale della Federazione italiana medici di medicina generale.

BONI. Ringrazio la Commissione per l'invito che è stato rivolto alla Federazione italiana medici di medicina generale a partecipare a questa indagine conoscitiva. Avrebbe dovuto essere con me anche il presidente Poggiolini ma, facendo parte della Commissione sanità della Camera, ha ritenuto di non dover partecipare alla seduta.

I medici convenzionati in Italia col Servizio sanitario nazionale sono circa 70.000. In pratica sono distribuiti in maniera non perfettamente omogenea sul territorio nazionale: abbiamo infatti un soprannumero di medici nelle grandi città, anche se siamo riusciti attraverso certi meccanismi contrattuali a coprire tutte le zone carenti, e non vi sono più zone carenti di medici di medicina generale come si erano avute in seguito alla revisione della figura del medico condotto.

Questi medici sono coloro che assicurano a 56 milioni di cittadini, in ambulatorio e a domicilio, l'attività di primo intervento al massimo entro ventiquattro ore dalla chiamata. Sono i cosiddetti medici di famiglia, lavorano in genere dalle 8 della mattina alle 20, mentre le notti sono coperte dal servizio di guardia medica. Il loro rapporto col cittadino è di fiducia — su questo si basa la nostra professione — e tale rapporto, che può essere interrotto in qualsiasi momento da parte del cittadino, per legge, senza giustificazione, sempre per legge può essere interrotto da parte dei medici solo fornendo una giustificazione.

Tale medico visita a domicilio e in ambulatorio, prescrive accertamenti, medicinali, richiede consulenze specialistiche, ricoveri in ospedale: sono le sue funzioni tradizionali che continua ad avere. Inoltre, certifica le malattie che causano assenze dal lavoro, compila gratuitamente i certificati scolastici e per attività sportive non agonistiche. Circa il carico di assistiti, faccio presente che c'è il cosiddetto massimale di 1.500 cittadini, eccezionalmente elevato a 1.800 per i medici che

precedentemente avevano un carico superiore. Mediamente il carico di ogni medico è comunque di circa 800 pazienti.

Di questa categoria non fanno parte solo i medici che svolgono esclusivamente questo lavoro ma anche quelli impegnati in altre attività di servizio sanitario nazionale, medici ospedalieri ed universitari. A questo proposito il Governo si era impegnato con l'articolo 20 del contratto per i medici dipendenti a sistemare il problema delle cosiddette incompatibilità tra i vari settori. È argomento di estrema importanza che dovrà essere prima o poi sistemato anche per dare ad ogni figura professionale una precisa collocazione.

Ora, il medico di medicina generale, a sue spese, mette a disposizione degli assistiti il cosiddetto ambulatorio, che deve essere dichiarato idoneo, e naturalmente un mezzo di trasporto, telefoni, un'infermiera, eccetera. Praticamente mette a disposizione non solo il suo lavoro ma una piccola azienda; quindi, è convenzionato col Servizio sanitario mettendo a disposizione tutti i servizi necessari per la gestione di questa attività.

L'Organizzazione mondiale della sanità, secondo quanto si verifica in altri paesi del mondo, dove il carico di assistiti in genere è più alto che in Italia, sostiene che il medico dovrebbe avere un bacino di utenza di circa 2.500-3.000 assistiti. Questo in Italia non si verifica per la presenza di un soprannumero di medici. Ecco perchè mancano in questo settore tutti quei supporti specialmente di tipo infermieristico che sono presenti in altri paesi.

La carriera, se così possiamo chiamarla, è anomala: si parte da zero con tutte le spese a carico e alla fine dell'attività invece di guadagnare di più in genere si ha un numero di assistiti calante. Quindi, abbiamo una curva di attività anomala, difficilmente confrontabile con quella di un medico dipendente, cosa che molto spesso si vuole fare.

Ogni paziente ricorre mediamente al suo medico di fiducia dalle undici alle dodici volte l'anno, quindi vi sono circa 700 milioni di visite fatte ogni anno dal medico. Quel che dobbiamo rilevare è che di questi 700 milioni di visite non esistono tracce in nulla,

nel senso che i dati che da esse si potrebbero trarre non sono presenti in nessun rapporto di nessun genere. È stata fatta una pubblicazione che riguarda lo stato di salute degli italiani, ma in essa non esiste nulla che si riferisca a queste visite e ciò, a nostro giudizio, costituisce una grave carenza.

La legge n. 833 poneva questo medico quale figura di fondamentale importanza nelle USL e nel Sistema sanitario nazionale; egli aveva la responsabilità del paziente che doveva seguire in tutti gli aspetti assistenziali e sanitari. In realtà è mancata la necessaria correlazione tra l'assistenza di base, l'assistenza specialistica e quella ospedaliera. Questo fatto deve essere denunciato e devono essere ricercate nuove soluzioni. Il paziente che viene gestito non più solamente dal proprio medico, ma da molti atti svolti al di fuori del suo controllo, non sa più a chi dare la responsabilità della propria salute. A livello di territorio sono nati infiniti tipi di intervento, come quello dei consultori, dei centri di igiene mentale o dei centri diabetologici, nei quali il paziente accede senza alcuna correlazione col medico di famiglia. Dovremo recuperare un rapporto diretto con tutti questi istituti perchè altrimenti il paziente non solo subirà duplicazioni di intervento, ma produrrà spese inutili con una disordinata gestione della sua assistenza.

Negli ultimi atti compiuti, e in particolare nel contratto dei medici dipendenti, abbiamo visto che questa tendenza alla centralizzazione della responsabilità del paziente sulla figura del medico di famiglia è stata disdetta e portata in maniera diversa, anche in questo caso attraverso l'accesso negli ospedali che gestiscono il paziente attraverso visite che molto spesso non sono correlate con quelle del medico di famiglia; vi è un grosso disordine nell'assistenza che a nostro giudizio deve essere profondamente rivista.

Con la legge n. 833 il medico doveva occuparsi non solo della diagnosi e della cura del proprio paziente, ma anche della prevenzione e della riabilitazione. Oggi dobbiamo dire che quel po' di prevenzione che facevamo prima dell'avvento della riforma continuiamo a farlo a livello personale, nel momento

in cui prescriviamo una dieta o diamo consigli di vita. Però, tutta l'attività di prevenzione che dovrebbe essere correlata e fatta sulla massa dei pazienti è venuta meno, o meglio non è stata ancora costruita. Lo stesso discorso può essere fatto per quanto riguarda la riabilitazione.

Nel contratto dei medici di medicina generale vi sono attività che gli stessi avrebbero dovuto compiere e che invece non hanno compiuto fino a questo momento. In particolare si parla delle vaccinazioni chemioprophilassi, di visite periodiche per i lavoratori a rischio, di compilazione dei libretti di rischio, di certificazioni ai fini di indennità e di tutto quanto è previsto dai piani sanitari regionali. Questi compiti non sono mai stati attivati nè a livello di USL nè a livello di Regioni e pertanto queste attività che potevano essere un collegamento con la prevenzione, la riabilitazione e la politica del territorio, sono venute meno.

Non solo, ma alcuni messaggi che abbiamo lanciato e continuiamo a lanciare in questo momento in merito a nuove attività che dovrebbe svolgere questo medico, cadono ancora nel vuoto. Anche nell'ultimo contratto, che stiamo discutendo in questo momento, vorremmo inserire compiti di questo genere, ma sembra che non vi sia la possibilità di farlo. In particolare riteniamo che nel ridisegnare questa figura professionale dovrebbe essere affidata al medico l'assistenza programmata per i pazienti non ambulatori, cioè quelli a domicilio. Se questi pazienti non vengono seguiti in maniera opportuna prima o poi saranno ricoverati in ospedale; molto spesso si tratta di pazienti anziani e per essi o si organizza un'assistenza speciale a livello di domicilio, oppure l'alternativa sarà quella di finire in un ospedale con un enorme sovraccarico di costi: una giornata in ospedale oggi costa più o meno 200.000 lire e tanto varrebbe ospitarli in albergo.

Riteniamo inoltre necessario riattivare la pratica medica del consulto, come si svolgeva un tempo, sia a livello di specialista che a livello di ospedale. Oggi il rapporto tra il medico di medicina generale, lo specialista e l'ospedale è pressochè interrotto; in alcuni

casi esistono rapporti cartacei del tutto insufficienti, e come tali vengono denunciati da parte di entrambe le categorie. Se pensate che siamo nelle condizioni di curare i pazienti a domicilio quasi esclusivamente con il fonendoscopio, l'apparecchio per misurare la pressione ed il termometro e che non abbiamo la possibilità di ricorrere a visite specialistiche a domicilio, vi renderete conto come si potrebbe evitare di mandare tante persone in ospedale se riuscissimo ad attivare questo tipo di consulto.

Pensiamo sia opportuno fornire i dati riguardanti la nostra professione e i nostri interventi sanitari al Sistema sanitario nazionale in modo da poter avere una mappa degli interessi che devono essere approfonditi nei settori della medicina generale, così da programmare gli interventi in maniera più logica rispetto a come viene fatto oggi. Potremmo ad esempio lavorare più facilmente e fornire dati importanti per quanto riguarda la maternità: pensate alla distribuzione della pillola, sulla quale non abbiamo dati, se non quelli forniti dai consultori e dagli ospedali, mentre mancano quelli dei medici di medicina generale. Lo stesso discorso vale per i dati sulle tossicodipendenze, sulle intossicazioni voluttuarie, che sono quelle che curiamo noi e che sono dovute al fumo o all'alcolismo.

Abbiamo inoltre bisogno di utilizzare determinati apparecchi per avere la possibilità di dosare farmaci necessari: pensate all'utilità di un apparecchio che dosi la glicemia in pochi secondi. Tutti questi interventi possono essere svolti dal medico generale.

Anche per quanto riguarda l'educazione dei cittadini, riteniamo che con determinati mezzi tecnici potremmo proiettare nelle sale d'aspetto dei nostri studi cassette di educazione sanitaria che peraltro già stiamo producendo attraverso la Società italiana di medicina generale.

Questi sono alcuni dati, che ci sembrano piuttosto importanti, che permettono di ridisegnare la figura del medico di medicina generale e metterlo a disposizione del Servizio sanitario; questo è il modo più rispondente per far fronte alle esigenze dei cittadi-

ni. A nostro giudizio, le funzioni attribuite al medico dalla legge n. 833 vanno riconfermate. Dobbiamo riportare nel territorio tutta la patologia che in questo può essere affrontata, lasciando all'ospedale la patologia ospedaliera; ne guadagnerebbero sia l'ospedale che il paziente, il quale avrebbe così la possibilità di essere curato a livello territoriale ed eviterebbe quello che è lo *stress* dell'ospedale (chi vi è stato purtroppo conosce questo tipo di *stress*).

Il rapporto di questa figura medica con il Sistema sanitario nazionale (ossia con le strutture delle Regioni e delle USL) cambia da Regione a Regione e fra USL. Abbiamo previsto nei nostri contratti dei comitati consultivi rappresentati da medici e da dipendenti del Sistema sanitario nazionale, o anche da rappresentanti dell'ANCI. Laddove questi comitati hanno funzionato possiamo dire — non lo affermiamo solo noi ma anche le Regioni e le USL — che abbiamo ottenuto dei grossi benefici dal punto di vista di gestione dell'assistenza. Laddove invece ci si è rifiutati di attivare questi comitati, che, tra l'altro, erano stabiliti per legge, abbiamo avuto delle grosse difficoltà. Sarebbe necessario, dunque, ribadire il concetto di collaborazione a livello consultivo, mentre il livello direzionale e decisionale resta alle USL e alle Regioni. A livello di territorio occorre gestire in maniera migliore l'assistenza e per far questo vi deve essere quella collaborazione di cui parlavo prima onde evitare possibili scontri.

Un'altra grossa carenza che dobbiamo denunciare è quella che riguarda il mancato aggiornamento professionale di questi medici; la legge n. 833 lo prevede e in maniera obbligatoria. Oggi, come tutti sappiamo, dopo sei anni di studi il laureato deve continuamente aggiornarsi se vuole mantenere la sua potenzialità professionale. Dunque, noi siamo per quella che definiamo formazione permanente, attuata con metodiche nuove che non hanno niente delle tradizionali lezioni cattedratiche: vengono formati gruppi ristretti di studio in cui il medico svolge l'autoapprendimento attivo in collaborazione con gli altri partecipanti. Solo in questo modo — ed è quello che viene attuato in

altri paesi del mondo — vi sarà integralità nell'aggiornamento e si avranno risultati positivi, e su ciò abbiamo dei dati precisi. Naturalmente questo tipo di aggiornamento costa più degli altri, ma siamo convinti che la lezione cattedratica ormai è superata e non è utile a questo scopo.

Per quanto riguarda le spese di gestione del servizio dei medici di medicina generale e quindi la gestione dei 70.000 ambulatori che tali medici mettono a disposizione, queste si aggirano intorno al 6-7 per cento del costo globale di tutta l'assistenza sanitaria; è una spesa assai limitata. Infatti, se il Servizio sanitario nazionale dovesse gestire direttamente quei 70.000 studi medici e dovesse fornire questi ambulatori dei macchinari necessari per fare le diagnosi ai cittadini ammalati, spenderebbe almeno il 10-12 per cento anziché il 6 o il 7 per cento. Quindi con tale spesa copriamo le retribuzioni di questi medici e i costi dei servizi che vengono posti a disposizione dei cittadini.

Vi sono pessime informazioni per quel che riguarda il guadagno di questi medici. Desidero chiarire brevemente questo aspetto prima di concludere, dato che spesso vi sono state discussioni — anche in questa sede — a questo proposito. Si confonde infatti quello che è l'introito che serve a coprire le spese di gestione del servizio ambulatoriale con quello che è il guadagno reale del medico. Vi è una copertura parziale — secondo una voce particolare del contratto — che copre il rischio, come per ogni professionista, di perdere da un momento all'altro la clientela. In definitiva dunque, questo medico viene retribuito, per il suo lavoro — in un mese e per assistito — con una cifra che va dalle 1.447 lire alle 1.879 lire, e in più gli vengono date 570 lire per l'indennità di rischio e 570 per le spese generali. Queste sono le retribuzioni che corrispondono al 6 per cento del costo globale per la sanità.

Noi riteniamo che sia possibile mantenere e accrescere il valore di questa figura, che ha sempre risposto positivamente, fino ad oggi, ai suoi obblighi nei confronti del Servizio sanitario nazionale. Secondo recenti indagini si è notato che, i cittadini, dovendo dare un giudizio sulla gestione della sanità, dichiara-

no di essere soddisfatti solo del loro medico di famiglia. Tali indagini sono state svolte dai sindacati dei lavoratori e se lo desiderate possiamo fornirvene i dati.

Affermo, inoltre, che noi faremo in modo che la figura del medico di medicina generale continui ad esistere e a svolgere le sue funzioni, e poichè siamo convinti che questo potrebbe fare molto di più e meglio, ci occuperemo in questo senso.

MARINI. Desidero ringraziare i membri della Commissione e il presidente Bompiani, e scusarmi se mi dilungherò oltre il tempo previsto, ma d'altra parte questo è giustificato dalla situazione in cui ci troviamo in questo momento e dal desiderio di risolvere almeno alcuni dei molti problemi che sono presenti.

Secondo noi la premessa essenziale è la regolamentazione dell'accesso alla facoltà di medicina e chirurgia. Il mancato accoglimento di questa premessa rende vano qualsiasi ulteriore discorso. Essendo quella del medico la figura portante di un qualsiasi Servizio sanitario, la pleora medica ne rappresenta l'elemento distruttore senza appello.

I provvedimenti di regolamentazione debbono essere efficaci e quindi coraggiosi. A nostro giudizio si dovrebbe attuare la temporanea chiusura degli atenei, o quanto meno giungere ad un ridottissimo numero chiuso per un congruo numero di anni, semmai impiegando il personale docente universitario per correggere l'analfabetismo di ritorno che va assumendo proporzioni difficilmente valutabili. Solo a situazione sanata potrà adottarsi il cosiddetto «numero programmato», in base alle esigenze emergenti e verificate secondo parametri obiettivi.

Passando ora agli aspetti istituzionali, vi è da dire che la prima incongruenza, e quindi il primo nodo da sciogliere, concerne gli organi delle USL. Infatti, da una parte vi è l'assemblea generale, che nella realtà dei fatti appartiene o addirittura s'identifica nell'ente di riferimento e dall'altra vi è il comitato di gestione che appartiene all'USL la quale, a fronte del disposto legislativo del-

l'articolo 15, primo comma, della legge n. 833, viene definita «struttura operativa dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane». In base allo stesso disposto, però, si precisa che si ritengono indissolubilmente legati gli organi dell'USL: l'assemblea generale, il comitato di gestione e il suo presidente.

Ne è derivata e si constata una nefasta confusione tra responsabilità ed amministrazione e quindi fra indirizzo di programmazione e gestione. Infatti oggi si constata (leggo sommariamente la relazione e poi la consegnerò per intero alla segreteria della Commissione) che l'assemblea e per essa il Comune o l'associazione dei Comuni non sono in grado, di fatto, di esercitare il corretto «indirizzo politico».

In secondo luogo tale «indirizzo politico» è stato assunto dal comitato di gestione. Ma quest'ultimo per la sua composizione riflette il dibattito politico locale, donde si è instaurata la completa politicizzazione della gestione del servizio sanità. Inoltre a tale completa politicizzazione non può nemmeno opporsi un contropotere «aziendale» che obbedisca alla logica del servizio da erogare.

Infatti sono stati aboliti i centri del contropotere «aziendale» (i direttori amministrativi e sanitari), sacrificando la gerarchia sull'altare della collegialità e del coordinamento, tanto più che la scelta dei coordinatori è, di fatto, attuata non su criteri selettivi, ma per volontà dell'organo politico.

Ne discende che non si è attuato uno dei fondamentali disegni della riforma: attuare per il pubblico servizio sanitario una gestione imprenditoriale alla dipendenza dei pubblici poteri. La conseguenza più rilevante, sotto gli occhi di tutti, verificabile dalle pagine dei quotidiani da qualche anno a questa parte, è che, alla mortificazione e riduzione dello spazio destinato al potere tecnico-gestionale, corrisponde la dilatazione di quello delle procure e dei carabinieri.

Occorre quindi ridisegnare e precisare gli organi della USL. A tale proposito, riteniamo doverosi alcuni rilievi essenziali. Come primo punto, l'USL non ha personalità giuridica, ma in realtà opera come tale in virtù

della cogenza degli interessi, della complessità dei servizi, della importanza degli obiettivi (così da aver assunto la fisionomia di un vero centro di potere locale). In questa situazione — è stato affermato — «la mancanza di personalità giuridica diviene per le USL uno snobismo giuridico» e rappresenta la consacrazione della autonomia dell'USL. Riteniamo quindi necessario il riconoscimento giuridico delle USL, convinti che dalla chiarezza istituzionale deriva l'efficienza funzionale.

Secondariamente, l'assemblea, stante l'attuale sua connotazione, dovrebbe risolutivamente essere soppressa, restituendo così all'ente di riferimento l'indirizzo politico programmatico (e di controllo di merito).

In terzo luogo, il comitato di gestione (ed il presidente) dovrebbe costituire il vero organo di indirizzo e di responsabilità politica, la cosiddetta USL istituzionale, tanto più chiaro ed incontrovertibile nell'auspicata ipotesi della soppressione dell'assemblea. È difficile pensare che non possa essere elettivo ed espressione sostanziale del quadro politico locale dell'ente di appartenenza. Cionondimeno dovrebbero attuarsi almeno due condizioni: quella (del resto già contenuta nella legge n. 833 e nel decreto del Presidente della Repubblica n. 761) che i componenti siano scelti secondo criteri di competenza in materia di sanità e che in parte possano essere elementi «esterni» all'ente di appartenenza.

Inoltre, elemento aggiuntivo sostanziale, il comitato di gestione nel suo potere decisionale di merito dovrebbe obbligatoriamente avvalersi del parere del comitato sanitario consultivo permanente, come specificato nella mia relazione al punto *b*). Solo in tal guisa la valenza politica, soprattutto dell'eventuale esasperazione partitica, può trovare il suo correttivo e la sua limitazione nella valenza aziendalistica, tecnico-professionale.

Per quanto riguarda la figura del presidente, questa trova la sua collocazione istituzionale e «fisiologica» nel comitato di gestione. La sua ipotizzata presenza, sia a capo del comitato di gestione, sia dell'ufficio di direzione, a raccordo tra indirizzo politico e momento organizzativo, suscita infatti gran-

di perplessità ed introdurrebbe un nuovo elemento di confusione.

Quarto punto: l'Ufficio di direzione costituisce l'autentico nodo centrale, il cuore operativo della USL (la cosiddetta USL-organizzazione) e ad esso va posta la massima attenzione. Si ritiene esso debba essere strutturato secondo la logica del *management* privatistico aziendale con due direttori, rispettivamente amministrativo e sanitario.

È ovvio inoltre che tale ufficio debba essere integrato nello svolgimento operativo dai responsabili dei singoli servizi, ridotti all'essenziale, senza esclusione di quello ospedaliero come precisato più avanti. Del pari sostanziale è la necessità del parere del comitato sanitario consultivo per le materie di merito.

La ipotizzata istituzione di un unico direttore *supermanager* a contratto privatistico a termine, di estrazione sia amministrativa, sia sanitaria, suscita perplessità. Non per l'eventuale validità della soluzione, quanto per le sue difficoltà di realizzazione, con particolare riguardo alla vastità numerica delle USL da ricoprire e all'attuale eseguità di un «mercato mobile» del *manager* nel nostro paese. Inoltre, non solo a questo proposito, ma con estensione ai problemi del personale, corre l'obbligo di porre in guardia contro la pericolosa tentazione, rilevante anche sul piano psicologico, di esorcizzare le difficoltà immanenti con il ricorso ai *supermen*.

Nulla da rilevare invece al mantenimento dei revisori dei conti ed alla loro opportuna enfaticizzazione nelle recenti leggi finanziarie.

Un altro nodo cruciale da sciogliere è quello dell'istituzione di organi tecnici, a funzione propositiva in tema di programmazione, di scelte operative, di modalità gestionali ed anche di controlli. A questo proposito, la CIMO ha sempre lamentato l'assenza ed ora chiede l'istituzionalizzazione di comitati sanitari consultivi permanenti di medici, veterinari e farmacisti. La partecipazione consultiva dell'organo tecnico può poi articolarsi in maniera differenziata a seconda dei livelli in cui si esprime, se di assemblea, di comitato di gestione, di ufficio di direzione o di presidio ospedaliero multizonale (oppure a livello

di servizio ospedaliero nell'ambito della USL).

Accettato il principio, sarà poi compito ulteriore quello di precisarne la composizione, avendo cura da un lato di garantire la presenza dei responsabili dei diversi servizi e dall'altro di assicurare continuità e snellezza di funzionamento, sempre nel rigoroso rispetto della necessaria sintesi decisionale riservata ai responsabili istituzionali dei vari livelli.

C'è inoltre il problema dell'autonomia gestionale degli ospedali. Corre l'obbligo di ricordare che la CIMO, interpellata al Senato il 2 agosto 1978 durante l'*iter* legislativo della legge n. 833, prospettò la necessità di emendamenti agli articoli 17 e 18 di detta legge volti a garantire l'autonomia gestionale degli ospedali. Gli effetti del mancato accoglimento delle richieste sono fin troppo noti a tutti e leggibili sulle cronache, anche nere, dei quotidiani. Se non è corretto ospedalizzare la sanità, è del pari destrutturante territorializzare l'ospedale; innanzitutto è un assurdo teorico ed organizzativo, istituzionale e funzionale che la gestione complessa dei grandi ospedali venga trattata e quindi annegata nell'anonimato assistenziale dell'USL alla stregua dei piccoli ospedali.

La CIMO chiede pertanto che si attui quanto previsto dall'articolo 18 della legge n. 833 per gli ospedali multizonali: cioè la designazione di un'amministrazione delegata che, pur facente parte del comitato di gestione della USL-madre, sia dotata di finanziamento e contabilità proprie e debba valersi delle forme tipiche della gestione privatistica, vale a dire nella fattispecie del direttore sanitario e di quello amministrativo. La CIMO sostiene che comunque, anche per tutti gli altri ospedali, che per ora multizonali non sono, debba essere previsto, fra gli altri della USL, un servizio ospedaliero distinto cui affidare la gestione diretta del presidio stesso.

In prospettiva dovrà finalmente essere risolto, anche nel nostro paese, il quesito delle dimensioni ottimali, in termini di costi-benefici ed in rapporto all'evoluzione tecnologica, che si dovranno dare agli ospedali.

È facile prevedere che il modulo struttura-

le ed organizzativo della stragrande maggioranza degli ospedali sarà quello di quanti oggi rispondono alla definizione di multizionale, fatte salve le eccezioni per quelli ove particolari ubicazioni e difficoltà di collegamenti consigliano il mantenimento di presidi ospedalieri con divisioni e servizi «di base». È un argomento molto importante che naturalmente ho appena sfiorato, ma che merita di essere approfondito.

La CIMO sostiene che il nuovo modello istituzionale deve con estrema chiarezza porre limiti ben netti alla determinazione politica degli obiettivi (sulla cui formulazione dovranno influire le proposte dell'elemento tecnico), prevedendo il controllo di merito sull'erogazione dei servizi da affidare all'organo politico-amministrativo e la funzione gestionale da riservare ad una struttura tecnica-imprenditoriale professionalizzata, depolitizzata o meglio departitizzata.

In altre parole è necessario chiaramente distinguere fra USL-istituzione e USL-organizzazione.

La CIMO ritiene che alla luce dell'esperienza non certamente positiva del primo lustro di attuazione della riforma, le modifiche indicate concorrano al recupero di un principio fondamentale della riforma: la gestione imprenditoriale dell'azienda sanità alle dipendenze dei pubblici poteri per l'efficienza e l'economicità di un servizio di primario rilievo per il cittadino.

In conclusione la CIMO ritiene che l'indispensabile riassetto del primo settore esaminato debba passare attraverso la chiarificazione e la precisa definizione della USL-istituzione e della USL-organizzazione; attraverso l'istituzionalizzazione di organismi tecnici di consultazione permanente, così da realizzare appieno il modulo imprenditoriale per l'erogazione del pubblico servizio sanitario; infine, attraverso la definizione della gestione autonoma degli ospedali.

PRESIDENTE. Mi scusi se la interrompo, professor Marini, ma per impegni di Aula sarò costretto a sospendere la seduta.

I lavori, sospesi alle ore 17,50, vengono ripresi alle ore 18,15.

PRESIDENTE. La prego di riprendere il suo intervento, professor Marini, scusandomi ancora per la forzata interruzione.

MARINI. Passo a trattare ora gli aspetti relativi alla politica del personale.

Va innanzitutto premesso che l'adozione del più corretto e funzionale assetto istituzionale sarà del tutto vana, ai fini della qualità ed economicità del Servizio sanitario, se non si risolvono gli aspetti negativi della attuale politica del personale. Limitandoci al settore di competenza accenneremo ai principali problemi del personale medico dipendente.

Il primo aspetto riguarda il ruolo medico.

Il mancato riconoscimento del ruolo medico nella legge n. 833 ha coinciso con la progressiva perdita dell'autonomia professionale del medico dipendente e, parallelamente, con lo scadere dell'efficienza e di quella «carica morale», che, pur indefinibile, deve sostanziarne l'operato. A noi preme rilevare, al di sopra dell'aneddotica pur emblematica, la situazione concreta attuale che vede il personale medico impegnato in logoranti (e a volte risibili) diatribe contro il potere politico, amministrativo e sindacale, in sede centrale o locale, invece di perseguire l'eccellenza della propria realizzazione professionale. Eppure, il riconoscimento della peculiarità della funzione medica, in riferimento al carattere diretto del rapporto medico-paziente ed alla responsabilità personale ed immediata del medico nelle decisioni da adottarsi di volta in volta, è sancito dalla scienza e dalla società, dagli albori della storia della medicina ad oggi. Anzi, oggi più che ieri, l'accelerazione vertiginosa dei progressi scientifici e tecnologici pone in primo piano la centralità della funzione del medico, poiché, senza la consapevole valutazione e la sintesi, conoscenze e mezzi di osservazione, anche i più sofisticati e costosi, non possono essere di utilità per i soggetti. È impensabile che il riconoscimento della peculiare funzione del medico non debba venire anche dallo Stato italiano, analogamente a ciò che avviene negli ordinamenti degli Stati moderni, anche di quelli con modelli di servizio sanitario nazionale arieggianti il nostro. Tanto più ciò è cogente per uno Stato, come quello italia-

no, che si è dato principi costituzionali che tendono ad assicurare il «pieno sviluppo della persona umana» (articolo 3 della Costituzione), che certamente non può verificarsi senza una adeguata tutela della salute (articolo 32 della Costituzione). Infine lo Stato democratico italiano riconosce (né potrebbe altrimenti) settori vitali, per la insostituibile ed altamente differenziata peculiarità di funzione, quali la magistratura, la diplomazia, le Forze armate, l'alta dirigenza dello Stato. A questi spetta, a norma della Costituzione, l'autonomia ed l'autogoverno. È incontrovertibile che anche quella del medico sia funzione peculiare altamente differenziata, finalizzata ad un bene specifico — «la tutela della salute» — sancito dalla Costituzione (appunto all'articolo 32). Per questo la CIMO chiede, oggi come e più di ieri, il riconoscimento legislativo del ruolo medico e scopo della richiesta non è retorica corporativa, ma la profonda necessità di autogestione della professionalità medica come unica garanzia della sua qualificazione e di responsabilizzazione nella corretta gestione del Servizio sanitario.

Sappiamo che un disegno di legge governativo, composto da un unico articolo che istituisce il ruolo nominativo dei medici, è all'esame del Senato. Diciamo con tutta franchezza ai senatori presenti che all'approvazione del disegno di legge nella stesura attuale sarebbe preferibile la bocciatura. Si eviterebbe l'irrisione della categoria. La CIMO invece chiede con tutta la forza della razionale persuasione l'approvazione di un ruolo medico che sancisca con propria riserva di legge gli ordinamenti caratteristici dell'autonomia professionale e quindi gestionale, quali gli istituti normativi ed economici specifici o di particolare interesse, anche se non esclusivo, del personale medico; la sua partecipazione obbligatoria all'organizzazione del servizio, alle funzioni ed ai compiti propri dei medici, nonché ai provvedimenti disciplinari. Di tale formulazione la CIMO è pronta, se ritenuto utile, a fornire l'ipotesi dell'articolato legislativo.

In tema di stato giuridico del personale medico corre l'obbligo di affermare la sostanziale validità del decreto del Presidente

della Repubblica n. 761 del 20 dicembre 1979. Se ne lamentano tuttavia le inadempienze applicative, quali, ad esempio, quelle relative all'articolo 17, riguardanti sia la figura dell'assistente medico in formazione (perfettibile realizzazione di un periodo di preparazione teorico-pratica, prima dell'assunzione di responsabilità dirette verso i malati), sia la parità della dotazione organica fra medici assistenti ed aiuti corresponsabili (allargamento di responsabilità gestionali ad incentivo di una qualificazione professionale). Si ribadisce, peraltro ed in particolare, la validità e la necessità del mantenimento dell'articolo 63 del citato decreto. Infatti l'essenza dell'attività del medico, che si sostanzia nel rapporto diretto medico-paziente, cui, nel settore della dipendenza, si aggiungono ricerca applicata e didattica da un lato e «conduzione manageriale» dall'altro, esige libertà ed autonomia per la sua estrinsecazione. A norma della Costituzione quanto riguarda l'autogoverno dell'autonomia è riservato alla legge. È dunque con le stesse motivazioni con cui chiediamo il riconoscimento del concreto ruolo medico, che si chiede che l'iscrizione dei profili professionali alle qualifiche funzionali e attribuzioni del personale medico restino, come sono, riserva di legge.

Infine, anche per quanto attiene alle posizioni funzionali, l'attuale assetto, che deve ancora essere compiutamente realizzato secondo quanto disposto dal decreto delegato, consente, nell'ambito della attività medica, da un lato lo svolgimento, l'aggiornamento ed il perfezionamento della professionalità del singolo medico e dall'altro la conduzione di indirizzo, di verifica e di sintesi decisionale con delega alla funzione superiore, secondo un orientamento che s'adegua, se correttamente eseguito, alle esigenze di una società *post-industriale*.

Il primo contratto unico dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale ha dimostrato a tutte lettere il fallimento dei principi stessi che lo hanno ispirato. La lunga gestazione, punteggiata da lotte irrefrenabili sino alla precettazione dei medici ospedalieri, che hanno fatto esplodere la propria rabbia non solo e non tanto causata dalle frustrazioni

monetarie quanto dall'avvilimento professionale e poi, la conclusione sofferta, hanno portato ad un contratto da noi giudicato, ed ora nella realtà dei fatti dimostratosi, inapplicabile. Infatti a quasi un anno dalla sua stipula ed a nove mesi dal suo rinnovo è inapplicato. Ovunque regna la conflittualità permanente. E' di questi giorni la circolare interpretativa, unilaterale e restrittiva del Ministero della funzione pubblica che dal Palazzo, con un sol colpo di spugna, ha cancellato anche i pochi vantaggi ottenuti dopo giorni ed interminabili nottate di discussioni. È di questi giorni la circolare n.10 a firma del ministro Gorla e controfirma del ministro Degan, che ha fatto purtroppo dire a qualcuno di noi: «anche babbo ci trascura». Essa pone in coda, all'ultimo posto il ripiano per il 1983 a carico dei medici dipendenti e degli ospedalieri in particolare.

Dal primo contratto unico del comparto sanitario non è uscito alcun vincitore, ma gli sconfitti più segnati sono la parte pubblica e la sanità pubblica del paese.

Tutto questo è avvenuto perchè la dinamica stessa del contratto unico non consente discussione e soluzioni serene, ragionate e razionali dei problemi che differiscono fra loro nei così disparati settori del mondo sanitario.

Un conto è la contrattazione collettiva che consente la necessaria visione d'insieme delle risorse disponibili, del personale da impiegare e dei servizi da erogare, e tutt'altro conto è il contratto unico.

La CIMO, coerentemente, da sempre sostiene e mai come oggi afferma che il contratto unico è impercorribile.

Ammonisce inoltre che il proseguimento su tale strada conduce all'affossamento della residua professionalità ed alla cancellazione di quel pilastro della sanità che, lo si voglia o no, si identifica con il medico. Gli istituti normativi ed economici del medico a rapporto di dipendenza hanno tali peculiarità che non possono essere affrontati, discussi e regolamentati se non da quanti in prima persona sono poi chiamati ad attuarli.

La CIMO chiede la contrattazione separata, nel prossimo rinnovo contrattuale, per i

medici dipendenti, semmai nell'ambito di quella ormai etichettata «area medica» ove, vista l'ormai decretata contestualità del rinnovo degli accordi di lavoro e delle convenzioni, dovrebbero accomunarsi medici a rapporto d'impiego e medici a convenzione.

A tale proposito l'opportunità della contestualità non è tanto dovuta ad una aritmetica omogeneizzazione, ove con un orribile neologismo si vorrebbero uguagliare fattori non comparativi o comparabili solo attraverso parametri arbitrari, quanto ad un confronto in vista di un accettabile equilibrio fra le risorse disponibili e la quantità e la qualità dei servizi che ciascuno responsabilmente è chiamato ad erogare.

Siamo infine convinti che ai fini di una sana politica del personale, che è un prerequisito della efficienza del Servizio, vada tenuta distinta la contrattazione per la dirigenza amministrativa che va recuperata e valorizzata tanto quanto lo deve essere il personale medico. Sarebbe infine a nostro avviso assai opportuno distinguere fra il restante personale quanti hanno responsabilità diretta con il paziente da quanti tale responsabilità non hanno, proprio in considerazione della diversità delle professionalità che l'efficienza e l'umanizzazione del Servizio richiedono.

Quello del personale medico precario dei presidi ospedalieri è poi problema che assume proporzioni quantitative sempre più preoccupanti. La CIMO è contraria a qualsiasi tipo di sanatoria. Ciononostante, allo stato attuale, non esiste altra possibile soluzione che quella di immettere in ruolo, seppure con criteri differenziati, i medici precari occupanti tutte le posizioni funzionali, purchè in possesso dei necessari requisiti.

Di fatto da molti anni non si svolgono i pubblici concorsi per assunzione ai diversi livelli funzionali, senza contare i termini fuori tempo massimo dell'espletamento delle idoneità nazionali. Donde per molti la posizione di incaricato o di supplente è stata esercitata per anni senza possibilità di entrare in ruolo, a fronte di necessità di servizio indifferibili, indipendentemente dalla propria volontà (o meglio, non per propria colpa) svolgendo una delicata funzione pubblica

12^a COMMISSIONE

18° RESOCONTO STEN. (6 marzo 1984)

con la presunzione di non demeritare, nel qual caso sarebbe imputabile il pubblico potere che non ne ha disposto la rimozione.

Conosciamo l'obiezione garantista secondo la quale i medici hanno eluso i concorsi attendendo la comoda sanatoria, nella logica del *todos caballeros*. È facile obiettare che l'umana condiscendenza a questo tipo d'atteggiamento nasce e si rafforza proprio nelle stesse inadempienze alle norme concorsuali da parte del pubblico potere. D'altronde nei fatti concreti è impensabile un serio avvio della riforma sanitaria con gran parte del personale che ne deve attuare i programmi senza certezza giuridica perchè in condizione di precariato. Nè è pensabile che tale necessario «azzeramento» del personale possa avvenire con i normali concorsi i cui tempi di attuazione ed oneri finanziari sono praticamente incalcolabili, e comunque tali da rendere la soluzione ineffettuabile.

Sappiamo che un disegno di legge governativo sul precariato nelle USL è attualmente all'esame del Senato della Repubblica. La CIMO giudica tale disegno di legge inadeguato alla equa ed utile soluzione del problema ed invita i senatori ad apportarvi gli emendamenti necessari affinché i medici in precariato, ovviamente in un posto di organico vacante nelle piante organiche provvisorie delle USL, siano immessi in ruolo, seppure con criteri differenziati in rapporto alla posizione funzionale stessa, semprechè in possesso dei requisiti previsti dalle norme vigenti.

La CIMO infine è in grado, se ritenuto opportuno, di fornire una più dettagliata modalità attuativa dei concetti sopraesposti.

È doveroso aggiungere che il provvedimento legislativo soprarchiamato sarebbe vano se non accompagnato da una modifica delle norme concorsuali vigenti. Queste, a nostro avviso, sono la sicura premessa delle sanatorie future. Tali norme sono in vigore dalla loro pubblicazione sul supplemento ordinario n. 10 della Gazzetta Ufficiale n. 51 del 22 febbraio 1982. A ben due anni di distanza v'è notizia che ben poche per non dire nessuna Regione italiana le ha attuate. Non abbiamo spazio per dimostrarlo, ma ugualmente asseriamo che dette norme sono inapplicabili. In attesa di una più completa revisione, la CI-

MO propone e chiede che nell'immediato le Regioni possano delegare alle singole USL, i cui organici presentino vacanze, l'espletamento di concorsi per la copertura di specifici posti.

La vastità del tema sui problemi del personale medico non consente di affrontarne tutti gli aspetti. Desideriamo solo accennare: al problema della libera professione, da risolvere per il medico a rapporto d'impiego sia *intra* che *extra moenia*, sia in regime ambulatoriale che in regime di ricovero, tanto più in vista di un superamento della distinzione fra tempo pieno e tempo definito (tempo unico) che è più nell'ineluttabilità dei fatti che nelle modifiche di norme giuridiche; al problema della formazione continua che seppure cogente non può scaturire da imposizioni o norme rigidamente vincolanti (solo da una collocazione funzionale corretta deriva infatti al medico ospedaliero la riconquista di una sicura professionalità e solo dalla presa di coscienza di questa nasce la necessità ineluttabile dell'autentica formazione continua); alla necessità, nell'ambito dei controlli e della valutazione continua dei costi-benefici del Servizio (da noi non trattato), che quanto meno a chi ha responsabilità manageriali siano posti a disposizione i sistemi dell'informatica moderna, così da poter, in concreto, verificare e modificare i comportamenti per l'efficiente economicità del Servizio. Un grossissimo argomento anche questo, solo accennato.

In conclusione la CIMO ritiene che l'indispensabile riassetto del secondo settore esaminato, quello del personale medico, debba passare attraverso: il riconoscimento legislativo del ruolo medico in una con gli ordinamenti peculiari dell'autonomia professionale; la corretta, tempestiva e completa applicazione del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 per quanto attiene le diverse posizioni funzionali del personale medico, ben ferme restando, quali indispensabili riserve di legge, l'iscrizione dei profili professionali alle qualifiche funzionali ed attribuzioni del personale medico; la contrattazione separata per i medici dipendenti del Servizio sanitario, semmai collocata nell'ambito dell'«area medica» ove contratto medico

e convenzioni mediche troverebbero il loro contemporaneo rinnovo; l'immissione in ruolo dei medici di tutte le posizioni precarie e di tutti i profili professionali, seppur con criteri differenziati a seconda dei rispettivi profili e semprechè in possesso dei requisiti necessari. Alla sanatoria del precariato si abbinano le modifiche delle attuali norme concorsuali, premesse certe alle sanatorie future.

Per quanto attiene al finanziamento non v'è dubbio che l'aspetto finanziario è, comunque ed indipendentemente dal periodo di crisi economica che travaglia il paese, fondamentale. La spesa può essere contenuta, razionalizzata, comunque preventivata con un ragionevole margine di veridicità a patto che l'assetto costituzionale funzioni e che il personale fornisca il necessario grado di efficienza.

Nonostante l'ovvia importanza e l'interdipendenza di questo aspetto con quelli prima trattati non abbiamo competenze sufficienti per trattarlo anche solo sommariamente.

Solo alcune riflessioni da cittadini qualunque.

L'attuale sistema «a cascata» dal Fondo nazionale alle Regioni non ha funzionato, probabilmente non funzionerà mai, quasi certamente va modificato. Le Regioni hanno per la nostra Costituzione potestà pressochè sovrana in tema di sanità, donde nessuna imposizione nella qualità e nella quantità dei servizi erogati od erogabili è possibile. Se ai programmi sanitari regionali i fondi nazionali non bastano, come è la regola, del pari è regola l'indebitamento, da cui scaturisce il ripiano e così via fino alla dilatazione insopportabile della spesa. *Tickets*, limitazioni e tagli sono espedienti transeunti. Il cuore del problema è probabilmente quello di poter individuare la quantità e la qualità nonchè i destinatari delle prestazioni sanitarie che il servizio pubblico è correttamente e con un sufficiente grado di efficienza in grado di fornire con le risorse che il paese responsabilmente assegna a questo suo pubblico servizio.

Quanto non compreso è riservato al grado di previdenza del singolo cittadino attraverso forme assicurative a carattere integrativo

come avviene in molti paesi ad elevato tono civile, costituendo un sistema di responsabilizzazione in solido del singolo che è poi la più sicura forma di educazione sanitaria.

Ed infine anche il problema non trascurabile della coesistenza fra sanità pubblica e privata è difficilmente risolvibile se non si sana quello dei finanziamenti.

Spiace non poter aggiungere contributi tecnicamente più dettagliati, perchè su questo argomento il Legislativo e poi l'Esecutivo giocheranno le sorti vitali del Servizio sanitario nazionale in Italia.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola ai Commissari per eventuali quesiti da porre ai rappresentanti sindacali intervenuti, vorrei far presente che il disegno di legge di sanatoria per il personale precario delle USL è stato presentato in Senato ma non è stato ancora assegnato ad alcuna Commissione.

BOTTI. Non si può prescindere dal malcontento che esiste tra gli operatori della sanità ed in particolare tra i medici, malcontento consistente, dal quale è necessario partire per dare piena attuazione alla riforma sanitaria. Le ragioni di questo malessere e delle insoddisfazioni abbracciano un arco di fattori che non analizzerò, perchè sono stati abbondantemente ricordati dai presidenti delle varie associazioni sindacali.

Ciò premesso, desidererei fare alcune domande al dottor Monti che ha assunto da poco la direzione dell'ANAAO. Vorrei chiedere su quali nuove linee politiche generali intende far muovere l'Associazione e conoscere il suo pensiero sulla sanatoria (poco fa abbiamo sentito il parere del presidente del CIMO), nonchè, più in generale, sui concorsi per il personale ospedaliero. Vorrei anche sapere se intende a livello di associazione rivalorizzare il tempo pieno, che ritengo sia l'unico e fondamentale modo di lavorare seriamente in ospedale, e non invece il *part-time*.

Il professor Ferri ha accennato al problema dei dipartimenti. Anche io sono convinto che questa sia la strada maestra per tentare di ricomporre i ruoli e dare una nuova dimensione alla professionalità degli operatori.

Ha parlato giustamente anche di dipartimenti di integrazione tra ospedali e servizi territoriali, sui quali concordo, ma vorrei conoscere il suo pensiero, professore, sui dipartimenti ospedalieri e sulla fattibilità dei dipartimenti misti (ospedalieri ed universitari). Desidererei conoscere, inoltre, il suo pensiero, dal momento che non se ne è parlato, sulla riforma degli studi di medicina. Ancora, desidererei conoscere l'orientamento dell'ANPO sulla verifica della professionalità dei medici, dagli assistenti ai primari, verifica che esiste in tutti gli stati progrediti e che è condizione indispensabile per un Servizio sanitario nazionale qualificato ed efficiente. Infine, gradirei un chiarimento sulla affermazione che la ristrutturazione degli ospedali è più dispendiosa del costo che comporta la continuazione dell'attività. Io non credo sia così ed a questo proposito vorrei sapere che cosa intende fare il professor Ferri degli ospedali che hanno medie di occupazione inferiori al 50 per cento.

Al professor Marini vorrei da ultimo chiedere come concilia la posizione della CIMO, che considera destrutturante la territorializzazione degli ospedali, con quella del professor Ferri che è a favore della integrazione tra ospedale e servizi territoriali.

ROSSANDA. Al dottor Monti vorrei chiedere, poichè non ho capito bene, se pensa di poterci fornire dati disaggregati sugli ospedali o se proponeva che noi li chiedessimo: nel secondo caso si tratterebbe di una domanda molto accettabile ma con scarse speranze di risposta.

Vorrei poi sapere perchè ritiene il contratto collettivo di lavoro inapplicabile. Sappiamo che la sua inapplicazione ha cause di ordine finanziario, non ci sono soldi, non sono stati inventati per ora strumenti finanziari per anticiparli. Se c'è però un motivo di inapplicabilità diverso, mi piacerebbe conoscerlo.

Al professor Ferri e a tutti coloro che hanno parlato della questione della responsabilità del dirigente medico, di colui che dirige il servizio, vorrei chiedere quale ritengono sia la caratteristica dello stato giuridico che sta alla base della responsabilità di tipo dirigen-

ziale. La responsabilità è un onore ma anche un onere: cioè, si deve rispondere a qualcuno. Vorrei che si chiarisse quale normativa sarebbe compatibile con l'esplicazione piena di questa responsabilità.

Si è parlato parecchio in questa sede anche con altri interlocutori del fatto che si debba riconoscere un livello di responsabilità agli organismi tecnici, non solo ai medici, a chi abbia funzioni di carattere dirigenziale. Quindi, vorrei capire esattamente che cosa volete dire quando parlate di nuova responsabilità in termini di dare e avere.

Al dottor Boni vorrei chiedere qual è il numero dei medici di medicina generale che hanno altri incarichi in attività rilevanti. Vorrei inoltre capire meglio la questione delle dodici visite per assistito. Da un breve calcolo da me fatto risulterebbe che un medico con 1.000 mutuati, ipotizzando che impieghi dieci minuti per visita, lavorerebbe 2.000 ore l'anno, con 1.500 assistiti 3.000 ore l'anno. Non mi è molto chiaro se «visita» vuol dire ricette ripetute, in tal caso non ci intendiamo più. Avete dati sulle visite reali che non siano formalità ripetitiva di prescrizione?

A tutti vorrei infine fare una domanda dietro la quale non vi è altro se non un ripensare ai modelli organizzativi delle strutture ospedaliere. Poichè gli ospedali sono organismi complessi, poichè si deve ristrutturare la rete ospedaliera, chiedo il parere sia ai medici generali che a quelli ospedalieri sulla ipotesi di utilizzo di posti-letto indifferenziati — ciò che porterebbe all'accesso dei medici del territorio — a funzione più assistenziale che ospedaliera, nell'ospedale: penso agli anziani che non hanno assistenza domiciliare, a tutti coloro che potrebbero tranquillamente essere curati a casa se avessero un parente che li assistesse adeguatamente ed una situazione ambientale favorevole.

COLOMBO SVEVO. Ringrazio innanzitutto per i contributi fornitici per il lavoro che dovremo fare in merito alla attuazione della riforma. Mi pare sia non soltanto da rilevare una positiva valutazione della riforma stessa, ma sia anche necessario un richiamo a noi

stessi sul dovere di attuarla prima che di riformarla e di attuarla secondo i dettami della riforma stessa e non sotto la spinta di poteri, a volte politici e talvolta anche corporativi.

Mi interesserebbe chiarire con il professor Ferri, anche in relazione alla sua esperienza, il rapporto tra questa esperienza e l'organizzazione del Servizio sanitario soprattutto a livello di USL. Giustamente si è parlato di un collegamento tra ospedale e territorio e vorrei chiedergli se nella sua esperienza ha riflettuto sull'importanza dell'organizzazione interna delle USL ai fini di questo collegamento. Ad esempio, il fatto che in alcune regioni non sia stata attuata una scissione tra medicina specialistica e medicina ospedaliera ha comportato una facilità di collegamento tra ospedali e servizi specialistici territoriali o no?

In secondo luogo, i dipartimenti dove sono stati attuati, hanno dato un minimo di soluzione al problema dell'integrazione, oppure no?

Il secondo tipo di domanda riguarda una curiosità che non attiene all'organizzazione, ma all'andamento del rapporto tra i medici ospedalieri e il Servizio sanitario. Qual è la vostra posizione sugli aspetti finanziari e organizzativi del lavoro ospedaliero, del tempo pieno e del tempo definito?

La terza domanda riguarda la razionalizzazione del sistema ospedaliero. Converrete con noi che esiste un grande squilibrio che deriva dal fatto che questa programmazione non era possibile essendo gli enti da cui sono nati gli ospedali enti autonomi. Siamo ora arrivati ad un nodo; lo squilibrio lo vedete anche voi e mi pare abbiate dato l'indicazione di una organizzazione due livelli: un ospedale specialistico e un ospedale diurno e poliambulatoriale. La domanda è questa: per un programmatore che deve tener conto che circa il 60 per cento della spesa sanitaria è costituita da quella ospedaliera (per cui una razionalizzazione del sistema è indispensabile), quali vie proponete realisticamente di seguire, tenendo conto che dalla vostra risposta dipende quella che sarà la figura dello ospedale di domani? Può essere infatti un ospedale di tipo assistenziale o, come avevo

sempre capito, un ospedale ad alta specializzazione con una estrema riduzione del momento assistenziale.

Voglio rivolgere una domanda al rappresentante dei medici di medicina generale, dottor Boni. Ho letto che da recenti inchieste emergono giudizi positivi sul medico di famiglia, ma devo dire che le critiche non riguardano tanto il medico ospedaliero, quanto più che altro l'organizzazione ospedaliera: il malato quindi si fida ancora della classe medica. Il rapporto un medico-1.800 pazienti, oggi come oggi, in Italia è generalizzato? Cioè, nessun medico ha più di 1.800 pazienti?

In secondo luogo, in molte regioni si è fatto ricorso all'associazionismo medico e vorrei un suo giudizio su questa iniziativa, così come vorrei un giudizio sul vostro rapporto con la guardia medica. La riforma vi vede come momento di prevenzione, vi guarda con una certa preoccupazione perchè siete gli ordinatori della spesa e dipende da voi un certo tipo di economia che possiamo fare, però non ho capito che cosa vi impedisce di fare tutto questo; non capisco quali sono gli impedimenti perchè possiate fare prevenzione, perchè possiate collocarvi in modo centrale anche nei confronti del territorio.

L'ultima domanda è questa: dato che stiamo cercando tutti nuove regole di comportamento che incidano sull'efficacia del servizio, che cosa proponete voi, rispetto al ruolo che potete avere con i pazienti e rispetto al rapporto con il Sistema sanitario?

TROTTA. Il professor Marini faceva cenno alla frustrazione di molti medici ospedalieri, non tanto riferendosi all'inadeguatezza della retribuzione, ma soprattutto allo svilimento in cui operavano all'interno degli ospedali. Abbiamo compreso il carattere di questa frustrazione nei confronti della riforma e della gestione degli ospedali, però vi è all'interno degli ospedali anche una certa rivendicazione per l'inadeguatezza del trattamento economico per esempio in rapporto ai medici generici. Vorrei sapere se questa mia impressione è esatta, cioè se il medico ospedaliero si sente sottopagato rispetto al medico di medicina generale.

Non ho neanche ben capito — anche se ripetutamente ricordata — la posizione delle categorie rispetto all'incompatibilità.

Desidero in particolare conoscere la posizione della categoria medica ospedaliera sul problema delle incompatibilità. Dobbiamo riconoscere che non è eticamente concepibile che un medico dipendente di una struttura pubblica possa nel contempo essere convenzionato con la struttura stessa. Desidero sapere qual è la posizione del sindacato rispetto a questo argomento, anche in considerazione dei fenomeni gravissimi che si verificano attualmente. Mi riferisco in particolare al Meridione dove vi sono molti medici dipendenti di strutture pubbliche che lavorano anche in case di cura private che, ovviamente, brulicano di ammalati, mentre gli ospedali sono semideserti. Questa è una questione che dovremo affrontare, per cui ci è indispensabile anche la vostra opinione. A questo proposito devo far presente che gli amministratori regionali non hanno risposto alle mie domande.

Desidero inoltre sapere qual è la vostra opinione sull'utilizzazione dei posti vacanti negli ospedali con il ripristino dei posti a pagamento.

RANALLI. I cittadini si lamentano perchè la sanità non funziona, i servizi vengono deplorati e deprecati quotidianamente, si assiste a situazioni inaccettabili. Solitamente, di questa situazione, vengono incolpate le Regioni e le USL. Ma secondo voi, che avete rapporti diretti con il Servizio sanitario nazionale, è esatto questo? Ritenete, inoltre, che tutti coloro che sono pagati dal Servizio sanitario nazionale e che hanno una professionalità, realizzano al meglio il loro rapporto con il cittadino, ne sollecitano la fruizione dei diritti o non esiste anche un problema di cattivo funzionamento al vostro interno? Esiste questa verifica da parte delle organizzazioni sindacali e si tende ad un'etica sociale che sia anch'essa mirata all'ottica della riforma? Vi pongo questa domanda perchè siete i più qualificati rappresentanti del mondo degli operatori, quindi sapete meglio di altri come stanno realmente le cose, inoltre si sa che le colpe vengono sempre addossate ad altri ma mai a se stessi.

Un'ultima domanda: come valutereste una eventuale scelta del tempo pieno obbligatorio per tutti ferma restando la possibilità dell'esercizio della libera professione nelle strutture pubbliche, anche in presenza delle attuali difficoltà complessive in cui si trova il Servizio sanitario nazionale? Secondo me questa è un'ipotesi da prendere in considerazione viste le frustrazioni subite da coloro che avevano scelto il tempo pieno e non hanno trovato la corrispettiva contropartita sempre predicata e mai, in concreto, realizzata.

PRESIDENTE. Poichè abbiamo poco tempo a disposizione, dati gli impegni di noi parlamentari (soprattutto in questo periodo) e poichè nessun altro desidera porre ulteriori domande, farò qualche breve osservazione, poi pregherò la senatrice Rossanda di assumere la Presidenza per raccogliere le vostre repliche alle domande che sono state poste.

Molti dei quesiti che intendevo rivolgervi sono già stati posti dai miei colleghi, però desidero sottolineare due o tre aspetti. Uno attiene alla incompatibilità. Il problema se sussiste incompatibilità fra medicina dipendente e medicina convenzionata penso sia ormai scontato; e ci porterà a rivedere l'attuale regime che permette alla stessa persona sia l'una che l'altra. Ciò avverrà probabilmente per due fattori: la pleora medica da una parte e la necessità di moralizzazione, di razionalizzazione e di assistenza dall'altra. Sotto questo aspetto il problema quindi è destinato a scomparire gradualmente, anche attraverso qualcuno dei meccanismi riportati nell'articolo 47 della legge n. 833. Sono disponibile ad ulteriori incontri per quanto riguarda questo aspetto. Il problema è, invece, giuridicamente aperto per quella parte che può limitare la possibilità di scelta del cittadino. Infatti, secondo me, non si può «obbligare» quest'ultimo a passare attraverso il filtro del medico di base quando ritiene di ricorrere allo specialista. Al massimo lo si può stimolare ad un rapporto ottimale con il medico di base e far sì che quest'ultimo assista il cittadino nel momento in cui questo si reca dallo specialista, ma deve essere una scelta del paziente non un obbligo di

legge, perchè credo sia molto difficile accettare, anche a livello costituzionale, una tale imposizione.

Altro problema che non è stato trattato in maniera approfondita è quello della «mobilità»; non mi riferisco alla mobilità dei pazienti da una regione all'altra — perchè questo è un discorso che a voi come categoria riguarda poco, anche se potreste darci delle statistiche interessanti al riguardo — ma intendo riferirmi alla mobilità del personale. È un problema che si affaccia con maggiore risalto rispetto al passato perchè è anche in rapporto alla ristrutturazione drastica dei servizi ospedalieri che dovrà attuarsi in talune regioni: questa operazione infatti crea una sovrabbondanza di personale. Dunque bisogna trovare un meccanismo per il reimpiego e la riutilizzazione ottimale di queste persone, fermo restando il rispetto per il ruolo e per il livello funzionale conseguito. L'aspetto sostanziale è infatti questo: il personale non può essere dequalificato o inserito in un ruolo diverso, perciò si deve trovare un qualche sistema che dia la possibilità di considerare tutto quel patrimonio di preparazione e le esperienze dei concorsi vinti, che hanno caratterizzato il livello funzionale per quel personale, anche nell'esercizio delle nuove funzioni. Questo è un problema per il quale chiediamo anche l'apporto della vostra esperienza nella «politica dei servizi» — che sicuramente avrete approfondito — e la vostra opinione. Tale problema riguarda in maniera particolare il personale con funzioni apicali; vi è inoltre la necessità di stabilire fino a che punto la funzione dirigenziale è «apicale» in tutte le sedi e viceversa, ossia come si stabilisce il rapporto tra funzione apicale e funzione dirigenziale. Questo è un elemento critico; non voglio esprimermi con ipotesi di soluzione, ma vorrei, invece, conoscere il vostro punto di vista.

Desidero infine ringraziarvi per la collaborazione e, prima di passare la Presidenza alla senatrice Rossanda, vorrei pregare ciascuno di voi di inviarmi, insieme ad una memoria scritta, una pagina di allegato — questa è una preghiera che farò anche agli altri rappresentanti di associazioni di categorie che dovranno essere interpellati — in cui

sinteticamente esporrete la natura del vostro sindacato, una cronistoria brevissima in cui sarà riportato anche il numero degli iscritti, la rappresentanza reale, in modo che la Commissione abbia a disposizione un documento con dei dati precisi. Capisco che è una richiesta delicata, ma ritengo per noi importante conoscere anche l'ampiezza e la «rappresentatività» del fenomeno sindacale medico.

Presidenza del Vice Presidente ROSSANDA

PRESIDENTE. Mi scuso ancora per questa audizione così continuamente interrotta, e prego gli intervenuti di cominciare a rispondere alle domande.

MONTI. Credo che in primo luogo sia necessario rilevare che i quesiti posti abbracciano lo scibile umano; dare una risposta compiuta a queste domande significherebbe certamente sottrarre una quantità di tempo incredibile alla Commissione.

La prima domanda, in parte un po' maliziosa del senatore Botti, vuole conoscere in quale senso oggi il sindacato che rappresento tende a muoversi. Posso rispondere che abbiamo la sensazione che i medici italiani abbiano raggiunto un grado di maturazione tale per cui si pongono il problema di dare un contributo per migliorare il servizio sanitario, mettendo sul campo anche le loro capacità, non solo in senso professionale stretto (in quanto diagnostici e terapeuti), ma anche come esperti nel settore organizzativo, per affrontare problemi che sono ormai ben noti a tutti, non solo all'estero, ma anche in Italia: cioè quelli del rapporto costi-benefici, dell'efficacia degli interventi e della razionalizzazione della spesa.

In questo senso credo che il nostro sindacato abbia posto il problema di rimodellare — come ha detto il dottor Boni per quel che riguarda i medici di base — la figura del medico specialista, definendo in maniera più ampia, rispetto al passato storico dell'eserci-

zio della professione medica, i compiti per contribuire in maniera decisiva — ai vari livelli funzionali — a ridurre gli sprechi; fatti salvi i rapporti istituzionali che non si toccano e distinguendo i ruoli tra amministratori pubblici e medici.

Crede che questo sia l'elemento politico essenziale. A ciò si accoppia la coscienza che un miglioramento in questo senso può essere ottenuto attraverso un rigido controllo dell'aggiornamento professionale. Crede che loro abbiano la coscienza dello stato di disaffezione dei medici, anzi non soltanto di questi ultimi, bensì di tutto il personale, motivato da situazioni economiche, di carriera, di insoddisfazione generazionale o esistenziale.

Certo è che un elemento da tener presente per i medici si può ritrovare nella insoddisfazione culturale, nell'essersi progressivamente adattati ad essere oggetti e non soggetti nella conduzione della propria professione e nell'aver perso di vista, forse anche per loro colpa (le responsabilità non sono mai da una parte sola), il fatto che per un po' di tempo ci si è abbandonati ad un clima di sfrenata demagogia, il che ha portato anche benefici, salvo ritrovare poi il giusto equilibrio. I medici oggi hanno capito di avere anche doveri e non solo diritti; questo non l'avevano perso di vista, ma si era trascurato l'aspetto dell'aggiornamento culturale e professionale, che è l'unico strumento per dare un reale servizio ai cittadini e non dargli della carta straccia.

Ho la sensazione che ci siamo mossi per troppo tempo per dare delle medaglie di cartone a tutti, per dire che concedevamo dei servizi, avendo perso di vista completamente la qualità del servizio. Non è sufficiente avere tanti medici o tanti ambulatori dislocati sul territorio nazionale per affermare che abbiamo dato un servizio: è la qualità che conta.

In altri termini il decentramento non è sbagliato: è giusto portare l'assistenza vicino ai cittadini, ma questo concetto si è modellato in questi ultimi tempi più su un aspetto quantitativo che qualitativo. L'aspetto qualitativo comporta immediatamente una verifica, quella di cui si è parlato anche stasera;

cioè una verifica di merito. Questa non è abituale nel nostro Stato, che si fonda (se mi consentite di esprimere questo concetto a voi che siete esperti in materia di istituzioni statali) molto più sul controllo burocratico che su quello di merito: ne sono esempio i comitati regionali di controllo.

Il controllo di merito si può affidare avendo stabilito degli *standards*, avendo verificato se il grado di responsabilità affidato a ciascuno corrisponde all'esercizio di una reale responsabilità. Sono parole che possono sembrare pleonastiche e trite: ce le diciamo in tutte le sedi, ma non abbiamo ancora trovato il modo di renderle concrete. Crede che sia giunto il momento di farlo.

Riallacciandomi all'affermazione della disaffezione imperante, ritengo che per recuperare questa stessa disaffezione non siano sufficienti delle leggi o dei contratti: è necessario un processo (probabilmente anche con tempi abbastanza storici e non immediati) di recupero, attraverso il coinvolgimento di tutti nell'inseguire un certo obiettivo, che per il momento non abbiamo chiaro. Dove si vuole arrivare?

Forse è necessario approfondire i temi della riforma. Dire che la riforma deve essere attuata o riformata non è sufficiente. Vogliamo tutti sapere chi lavora nella sanità e chi indirizza l'assetto legislativo. Vogliamo sapere dove si vuole arrivare.

Per questi motivi dico che la proposta di avere dati disaggregati sugli ospedali viene come contributo da parte nostra. Crede sia indispensabile assumere questi dati per poter tenere presente l'obiettivo dell'efficienza del servizio. Non che i problemi economici o finanziari debbano prevaricare rispetto al problema della collocazione corretta della sanità in una società civile, ma certamente in questo momento devono essere tenuti presenti, per cui la questione degli ospedali che hanno indici di occupazione del 50 per cento o meno va affrontata non solo sulla base di tale percentuale, ma ci si deve occupare anche di quelli che hanno un indice di occupazione del 120 per cento e di quelli che non funzionano o che i cittadini ritengono che non funzionino. Infatti ci sono degli imbuti

— per esempio le sale operatorie — sbloccati per i quali il meccanismo potrebbe tornare a funzionare.

Credo che questi dati siano indispensabili, ma vadano associati ad altri, in relazione a quanto affermato prima; credo cioè che portare l'assistenza a tutti i cittadini è giusto, ma probabilmente si potrebbe scoprire che è più giusto pagare il taxi al cittadino per andare in un ospedale lontano dieci chilometri, piuttosto che costruirgli un ambulatorio sotto la porta di casa.

Quanto al contratto, non è inapplicabile, ma di difficile applicazione. Uno dei motivi è il linguaggio equivoco, che ha determinato interpretazioni distorte o riduttive non corrispondenti a quanto pattuito in sede negoziale (come nel caso della circolare del dipartimento per la funzione pubblica).

RANALLI. L'avete scritto insieme il testo.

MONTI. Non è tanto di scriverlo insieme o no; ritengo che questo primo contratto del comparto della sanità sia l'espressione, il risultato di una sostanziale inefficienza delle parti contraenti, fra le quali ero presente anch'io, per cui non accuso degli estranei. Anche il sottoscritto è inefficiente, per la piccola parte che gli compete, peraltro. In quella sede il momento particolare che ha determinato l'evoluzione della contrattazione ha in qualche modo influito in questa equivocità di linguaggio. Anche pubblicamente ho fatto appello al Parlamento per avere un intervento autorevole per il rispetto delle norme contrattuali. Non credo che le sedi istituzionalmente preposte (ANCI, Regioni, Ministeri) oggi possano unilateralmente dettare interpretazioni che sorgono su un conflitto o su una controversia; o interviene il Parlamento, o sarà la Magistratura a dover intervenire.

RANALLI. Non sarebbe un'interferenza?

MONTI. Probabilmente sì, ma in situazioni così pericolose il Parlamento potrebbe assumere delle iniziative.

PRESIDENTE. In generale finora si è intervenuti fuori dai momenti contrattuali. Si

devono, comunque, assumere quelle decisioni sui temi, relativi allo *status* giuridico, di competenza di legge, che in modo anomalo passano nei contratti.

MONTI. Nonostante la mia giovane età, ricordo che nel 1974-1975, in una fase altrettanto delicata per l'economia italiana e per il mondo sanitario, il Parlamento intervenne sui problemi contrattuali nel settore ospedaliero.

Certamente non è questa la sede per parlare di queste cose; ho preso posizione pubblica sui giornali in questo senso, perchè vorrei evitare che, per una materia con riflessi importanti, non solo economici, sulla vita e sulla organizzazione del sistema sanitario italiano, si debba ricorrere alla Magistratura, ovvero si debba ricorrere ad altre azioni lontane dalla mia formazione culturale e professionale.

Procedo comunque rapidamente, per non togliere troppo tempo a voi ed ai colleghi presenti, anche se nella mia introduzione, per essere molto sintetico, non sono entrato nel merito dei problemi presenti oggi nella sanità.

Per quanto concerne il tempo pieno, devo richiamare l'attenzione sul fatto che per colpa di molti il tempo pieno non ha risposto pienamente alle aspettative del legislatore e dei medici del 1970. L'ipotesi di imporre in qualche modo il tempo pieno obbligatorio per tutti i medici a dipendenza, come *status* giuridico, non corrisponde ad una visione dinamica e progressiva della nostra società. Voglio spiegarmi meglio.

Sono convinto che il tempo pieno possa esistere, come totale e completa dedizione del medico per la struttura pubblica, ad una condizione ineludibile: trovare pressochè completamente le gratificazioni nell'esercizio di questa professione. Per gratificazioni — al contrario di quanto pensiate — non intendo quelle economiche, ma quelle di un ruolo culturale e professionale che oggi — se mi consentite — non è presente e temo fortemente che non lo sarà nemmeno per il prossimo futuro. Mi spiace che il senatore Bompiani non sia presente, perchè nel suo ruolo di universitario dovrebbe ascoltare quanto dico. Solo condizioni eccezionali — delle

quali non vedo le premesse — potrebbero consentire al medico ospedaliero e al medico specialista — mi riferisco in particolar modo agli ospedalieri — di trovare quelle gratificazioni culturali e professionali, che deriverebbero dall'essere posti su un piano di parità con il medico universitario. Loro hanno coscienza del fatto che l'Università, attraverso il riordino della docenza e attraverso il rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale, si pone in una posizione di netta superiorità nei confronti del medico ospedaliero, che ha visto in questi quindici anni esaltata la propria professionalità solo nel momento assistenziale, non in quello della ricerca e della didattica, nonostante che l'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica n. 382 del 1980, sul riordino della docenza universitaria, preveda che l'assistenza sia indissolubilmente legata alla ricerca e alla didattica.

Soltanto un grande sforzo potrebbe consentire queste gratificazioni di tipo culturale e professionale, che nel momento in cui si accennano minimamente, attraverso, ad esempio, lo stanziamento alle Regioni per l'aggiornamento, vengono subito messe da parte, perchè questi fondi a destinazione vincolata sono scomparsi.

Ritengo che oggi una società moderna debba tener conto di una possibilità di rapporti diversificati in relazione alle esigenze reali e alle esigenze dei singoli.

Non sono per il mantenimento dei due rapporti di lavoro (tempo pieno e tempo definito); penso che si potrebbe sperimentare, con le dovute cautele e con gli approfondimenti necessari nelle sedi politiche anche all'interno del mondo medico, la possibilità di prevedere una molteplicità di rapporti di lavoro finalizzati a degli obiettivi. Ci sono esempi di questo tipo — non per mania di esterofilia — in Francia dove esistono i *consultants*: delle forme di collaborazione da parte dei medici nei confronti della struttura pubblica, con orari più limitati, con rapporti a termine, per cui un certo settore superspecialistico si avvale della professionalità specifica del medico, che può mantenere così un alto livello di esercizio professionale. La libera professione sarà gratificante da un punto

di vista economico, ma, sotto il profilo del miglioramento delle proprie capacità professionali, non è del tutto appagante.

Sul tema della politica del personale e del rapporto di lavoro del medico, si debbono abbandonare gli schematismi, perchè l'imposizione del tempo pieno obbligatorio per tutti sarebbe accettata dalla categoria medica complessivamente in senso negativo e non sarebbe giustificata dal raggiungimento di certi obiettivi. Il problema dell'incompatibilità assume maggiore rilevanza in questo momento, non tanto per il rinnovo degli accordi nazionali di lavoro del personale a rapporto convenzionale, quanto per l'esigenza di coerenza, rispetto a quanto andiamo affermando da tempo, cioè di essere degli specialisti, di voler fare gli specialisti e di voler essere considerati da tutti degli specialisti. Sarebbe davvero contraddittorio assumere anche il ruolo di medici di base di medicina generale. L'incompatibilità è principalmente tra lo specialista ed il medico di famiglia; in questo senso ha dei presupposti giuridici e funzionali (questi ultimi sono quelli che più premono affinché il servizio venga svolto nel miglior modo possibile).

A nessuno di loro sfugge il fatto che ci troviamo in un'Italia molto «lunga» (come dicono i politici di professione) e pertanto molto diversa; i modelli di sanità sono sostanzialmente due: un modello sperimentato nel Nord, con sacche diversificate e un modello sperimentato nel Sud, con sacche di sperimentazione diversa. Per cui questi due modelli, che si basano su condizioni storicamente consolidate, devono essere avvicinati con tutte le possibili e graduali situazioni per evitare un assetto peggiorativo.

Per quanto concerne i concorsi, sono convinto che il sistema concorsuale esistente oggi, al di là del fatto che venga gestito dalle Regioni o dalle USL, non sia sufficientemente organico da evitare una prossima sanatoria. Su questo punto sarebbe di prammatica affermare che sono contro le sanatorie, ma a me non interessa farlo: mi preme soltanto rilevare che il numero dei medici e del personale amministrativo o tecnico che si trova in una situazione di precarietà da ormai parecchi anni è tale che qualsiasi sistema,

anche di tipo privatistico, non sarebbe in grado di affrontare in tempi rapidi il problema di una selezione del personale. Pertanto una sanatoria diventa un'esigenza, più che una scelta volontaria.

Si tratta ora di vedere se esistono le condizioni per ricominciare da capo, fatti salvi quegli elementi di rigore richiamati anche dal professor Marini, senza dilatare ulteriormente gli organici per ovvi motivi economici; occorrerà anche prevedere un periodo di esercizio professionale onde evitare di mettere in ruolo persone assunte da pochi giorni. Ritengo che questa sia un'esigenza inderogabile e non mi pare il caso di assumere posizioni moralistiche in quanto, per lo più, questo personale è stato assunto in base a dei pubblici concorsi che in qualche modo — sia pure molto imperfetto e parziale — hanno dato luogo ad una graduatoria corrispondente ai meriti dei candidati. Certo, è capitato — e potrebbe succedere ancora — che il primo in graduatoria, pur avendo già assunto l'incarico, sia stato allontanato, sia pure dopo un periodo di prova, per manifesta incapacità; tuttavia nella maggior parte dei casi questo non è avvenuto, anche perchè oggi i vincitori dei concorsi sono laureati come minimo da tre o quattro anni, hanno frequentato cliniche universitarie ed ospedali, spesso sono specializzati. Pertanto, salvo casi eccezionali, si tratta di persone di una certa affidabilità dal punto di vista professionale.

Il problema probabilmente riguarda alcune situazioni del personale assunto con contratti particolari, come i cosiddetti gettonati, che rivestono gli incarichi al di fuori delle leggi ospedaliere o in deroga al decreto n. 671. Ritengo perciò che la sanatoria debba essere un provvedimento sufficientemente estensivo, comprendente le varie posizioni funzionali e possibilmente collegabile, attraverso un grande sforzo di volontà, ad una revisione dei concorsi al fine di renderli più agibili e snelli. Si tenga inoltre presente che noi tutti (voi come rappresentanti del popolo italiano al Senato della Repubblica, noi come medici) abbiamo subito una serie di sanatorie per le quali sarebbe opportuno verificare quali siano stati i reali motivi che le hanno determinate. Se saremo in grado di

rimuovere gli elementi che hanno bloccato il precedente sistema concorsuale, e che probabilmente opererebbero ancora in senso negativo, troveremo la soluzione del problema. Certo le soluzioni ottimali non sono immediatamente conseguibili, ma si possono raggiungere dei risultati soddisfacenti attraverso passi successivi; indubbiamente lo spostamento dei concorsi dal livello regionale a quello delle USL costituisce uno snellimento del sistema concorsuale che, comunque, giurisco oggi imperfetto per alcuni elementi sui quali non ritengo sia il caso di soffermarmi, dato il poco tempo a disposizione.

Credo che mi resti solo il tempo per esprimere il mio parere su due questioni sulle quali il senatore Bompiani ha attirato la nostra attenzione; la prima riguarda l'accesso diretto alle prestazioni mediche specialistiche. Per l'obiettivo, che come sindacato ci poniamo, di stabilire in qualche modo dei rapporti funzionali con i colleghi della medicina di base molto più intensi rispetto al passato, ritengo che la maggior parte delle richieste per prestazioni debba essere filtrata necessariamente dal medico di medicina di base; ciò anche per evitare una sovrapposizione di prestazioni, inutili sprechi, perdita di tempo e per ottenere quella visione unitaria di cui il medico di base deve essere il depositario, sia pure dopo i dovuti recuperi di aggiornamento professionale. Peraltro bisogna riconoscere che tali recuperi si stanno attuando da vari anni. Tra l'altro vi sono alcuni tipi di prestazioni specialistiche che possono essere erogati direttamente dal medico specialista, come ad esempio la visita oculistica per la misurazione del *visus*; ma indubbiamente il senatore Bompiani, che è un esperto in materia, non intendeva sostenere che il paziente deve richiedere direttamente la prestazione, per esempio, per una radiografia del torace, in quanto questo non è certamente possibile. Ritengo che su questo aspetto, concernente il vasto rapporto tra l'area specialistica e quella della medicina di base, con le dovute conseguenze nei confronti dei cittadini utenti del Servizio sanitario, ci sia la possibilità di arrivare ad una definizione puntuale e precisa, ma soprattutto omogenea per tutto il territorio nazionale.

Per quanto riguarda la mobilità, posso

dichiarare al senatore Bompiani la piena disponibilità da parte del sindacato che rappresento ad affrontare, con la più ampia responsabilizzazione possibile, il riassetto organizzativo della rete ospedaliera italiana. Tuttavia devo anche affermare che questo problema appare maggiormente legato ad una valenza contrattuale e negoziale, piuttosto che all'aspetto legislativo o impositivo. Nel rispetto delle posizioni funzionali e delle competenze professionali specialistiche, credo che si possa intravedere la possibilità di inserire in un disegno articolato e complessivo di riorganizzazione del Servizio sanitario alcuni elementi di incentivazione alla mobilità, che possono risultare graditi anche al sindacato.

PRESIDENTE. Il dottor Monti ha occupato notevole tempo, per compensare la brevità della sua introduzione. A questo punto, è forse preferibile sentire le altre organizzazioni, con riserva per il dottor Curcio di intervenire alla fine.

FERRI. Credo di essere stato sufficientemente breve nella mia introduzione e cercherò di rimanere coerente con i principi di brevità che di solito mi contraddistinguono. Del resto è necessario rispondere telegraficamente, in quanto diffondersi su tutti gli argomenti toccati è praticamente impossibile.

Rispondendo al senatore Botti, devo ricordare che noi abbiamo proposto alcuni anni or sono e riproponiamo ora, sentendoci coinvolti nella riforma, un progetto ben preciso di ristrutturazione dei livelli ospedalieri e dei rapporti tra ospedale e territorio. Tutto ciò sarà ancora più proficuo, visto che nelle vostre mani è la possibilità di dare attuazione legislativa a tale progetto. Si tratta di un collegamento tra l'ospedale ed il territorio in un'area specialistica. Lei mi chiedeva, senatore Botti, se esiste la possibilità di collegamenti tra questi dipartimenti. I collegamenti sono sempre possibili, in dipartimenti ospedalieri plurispecialistici, in rapporto ad obiettivi precisi. Ad esempio dipartimenti plurispecialistici di settore (come quello traumatologico), d'organo o d'apparato (dipartimento cardiovascolare) o di obiettivo

(per l'epatite e la cirrosi). Questo per quanto riguarda la struttura dipartimentale.

Anche per quanto riguarda la riforma degli studi medici ci sarebbe da discutere a lungo. Anzitutto c'è un problema qualitativo di formazione del medico in vista del rapporto tra questi e la nuova società. Occorre formare il nuovo medico in rapporto alle esigenze di conoscenza e di inserimento in una società nuova. Deve essere inoltre valutata la possibilità di integrare tutto quanto è teoria con una pratica che in realtà attualmente lo studente di medicina non è in grado di avere, perchè le Università riescono ad impartire solo l'insegnamento teorico. Devono pertanto essere instaurati rapporti diversi, per lo meno per quanto riguarda la parte pratica, tra l'Università e l'ospedale.

Rimanendo sempre alle domande del senatore Botti, passo al problema delle verifiche che egli mi è sembrato caldeggiare. In Italia non si riesce a fare i concorsi, che con la legge Petragliani si svolgevano regolarmente, e che da lustri sono stati sospesi. Avete sentito i colleghi della ANAAO e della CIMO chiedere l'ennesima sanatoria per tutti, compresi i primari. Da tempo ormai sento parlare di anno «zero», ma questo momento non arriva mai perchè non si vogliono fare i concorsi. Chiedo, allora, al senatore Botti se si intende fare le verifiche prima dei concorsi.

BOTTI. Ho parlato di verifiche periodiche.

FERRI. Allora bisogna tornare a spiegare quali sono le commissioni, come funzionano le verifiche e se sono diverse dai concorsi, oppure se si tratta di commissioni di partito in cui si verificano le tessere. Lei capisce che se non si imposta bene sul piano tecnico la questione, un domani ci possono essere degli abusi.

Quindi, a nostro parere, prima devono essere fatti i concorsi, prima si deve attuare la selezione in base al merito e poi si vedrà. Infatti, se di verifica si tratta, a questo punto potremmo anche dire che la verifica deve essere fatta in tutto il settore del pubblico impiego allorquando ci si trovi di fronte a mansioni di responsabilità, come nel caso

della magistratura o della polizia, tanto per fare degli esempi. Si potrebbe sottoporre a verifica tutti i dirigenti o i funzionari di alto rango della Pubblica amministrazione, perchè non credo sia costituzionale sottoporre a verifica soltanto una categoria e comunque ciò sarebbe abbastanza discriminante.

Riguardo alla ristrutturazione degli ospedali, il senatore Botti chiedeva come si può spiegare che alcune divisioni sottonumerate non debbano essere soppresse. Ma noi non chiediamo che venga mantenuta in piedi un'intera struttura sottoutilizzata. Abbiamo ipotizzato — come avete potuto sentire, sia pure brevemente — l'esistenza di due livelli ospedalieri, e la riconversione in strutture di *day hospital* e poliambulatoriali, appunto sulla scorta di questo nostro progetto che crea il supporto culturale ed operativo dell'assorbimento di tutti gli operatori che possono essere trasferiti e possono trovare — rispondendo con questo al presidente Bompiani — una collocazione congrua rispetto alla loro qualifica.

Ovviamente, tutto ciò non può avvenire dall'oggi al domani, ma deve essere formulato in un progetto ad ampio respiro. Credo infatti che l'errore maggiore che possa essere compiuto mettendo mano alla «riforma della riforma» sia di voler cambiare tutto in breve tempo. Occorre invece arrivare ad un progetto ad ampio respiro e poi seguirlo teutonicamente in modo da realizzare gli obiettivi. Esistono, infatti, problemi umani, di personale, e problemi di campanile: siete uomini politici e sapete che non è facile privare dall'oggi al domani una zona di una struttura ospedaliera e che bisogna agire gradualmente per non creare delle reazioni, non solo a livello di operatori, ma anche a livello di utenza. Si bloccherebbero i progetti, i sindacati verrebbero qui e alla fine non si creerebbero altro che favoritismi, in quanto alcune strutture rimarrebbero solo in rapporto al loro peso politico. Invece, una programmazione seria, a livello centrale e poi regionale, creerebbe i presupposti per questa attuazione. Con ciò credo di aver risposto al senatore Botti e passo alle domande della senatrice Rossanda.

Noi vogliamo maggiori responsabilità, cioè non vogliamo una modificazione dell'artico-

lo 63 del decreto n. 761, del quale abbiamo discusso a lungo quando venivo al Senato a parlare con vari senatori, alcuni dei quali sono qui presenti. Tale articolo ci sta benissimo; senonchè esso è rimasto praticamente inattuato ed i medici ospedalieri sono stati in questo frattempo completamente emarginati da ogni decisione tecnica. Questo è il problema e vorremmo risolverlo assumendo le nostre responsabilità nella gestione tecnica delle strutture sanitarie. Si tratta di una questione essenziale, visto che in certe occasioni ci sentiamo prevaricati, deresponsabilizzati e quindi demotivati professionalmente, con tutte le reazioni psicologiche connesse a questo stato.

Chiediamo un'autonomia decisionale, sia pure con un controllo politico: vengano fissati politicamente degli obiettivi, ma poi la responsabilità tecnico-gestionale in certi settori ed entro determinati limiti sia data a chi opera in questi settori. Sotto questo profilo, scusate se ritorno sul problema, il nostro dipartimento ospedale-territorio è l'*humus* sul quale poter realizzare questi aspetti di responsabilizzazione, non solo a livello primario, ma anche a livello di aiuti, di assistenti, e di figure mediche non apicali diverse. Infatti, anche loro verrebbero ad avere una reale responsabilizzazione operativa in determinati settori, che darebbe loro spazio e gratificazioni professionali. Questa è una cosa estremamente importante da tener presente.

Per quello che riguarda poi l'utilizzo dei letti, cui si riferiva la senatrice Rossanda, e per ciò che concerne i medici sul territorio, se si creassero dei modi di lavorare diversi — mi riallaccio anche al quesito posto dal presidente Bompiani — in una struttura specialistica di tipo unitario e non più disorganicamente frammentata, senza diaframmi che rendono impossibile la comunicazione culturale ed operativa tra i vari settori, verrebbe favorito un rapporto più stretto tra il medico di base e la struttura specialistica; ciò supererebbe nei fatti, praticamente, il problema di stabilire se il malato può per conto suo accedere al servizio o meno; vi sarebbe un interscambio costante e continuo ed il medico di base potrebbe essere inserito, con un nuovo rapporto collegiale, nell'attivi-

tà della struttura ospedaliera. Il settore assistenziale — questo è un aspetto molto importante — dovrebbe peraltro essere diviso da quello curativo e diagnostico perchè ha un «metabolismo» suo proprio; dovrebbe ottenere un'altra ubicazione ed un differente assetto.

La senatrice Colombo Svevo ha chiesto come il modello sia stato applicato e quali ne siano stati i risultati. Purtroppo dobbiamo dire che il modello non è stato realizzato perchè nessuna unità sanitaria locale vi è riuscita. Il progetto doveva essere elaborato dalle Regioni (articolo 17 della legge n. 833 del 1978) cui era demandata la definizione del collegamento tra l'ospedale ed il territorio. In realtà le strutture poliambulatoriali esistono in tutte le unità sanitarie locali, ma sono completamente slegate dall'ospedale. Ho visto finora solo dei progetti. Il fatto poi che il poliambulatorio sia localizzato in una ex sede INAM o in un prefabbricato dell'IRI non ha alcuna importanza: è sempre scollegato dalle altre strutture; vi sono ripetizioni di esami, poliambulatori distrettuali monchi dal punto di vista specialistico, perchè la specialità non può essere esercitata in tutte le fasi rendendosi ulteriormente necessario il ricovero in ospedale.

Dunque l'unificazione di questi settori determinerebbe una maggior compattezza, una maggiore osmosi culturale ed operativa. Tutto ciò non è stato realizzato, ma abbiamo elementi teorici e di esperienza per dire che si potrebbe così favorire sia l'economia di spesa, sia una migliore funzionalità. Penso che il meccanismo sia stato da voi compreso; tuttavia potremo soffermarci più puntualmente in seguito, quando presenteremo la nostra proposta.

Per quanto riguarda gli aspetti finanziari lascio la trattazione dell'argomento al dottor Bertolizio che è un esperto.

Per quanto attiene alla molteplicità dei rapporti di lavoro penso che il tempo pieno ed il tempo definito debbano essere mantenuti, l'uno come dedizione totale alla struttura pubblica e l'altro come scelta del medico che intende esercitare anche la libera professione.

Crediamo che la riforma in questo senso

abbia agito bene ed abbia individuato due forme di rapporto di lavoro che vanno mantenute.

Per quanto riguarda i giovani medici, crediamo che vadano costruite le strutture idonee affinché essi possano formarsi a livello specialistico; perchè ciò avvenga dobbiamo creare per costoro un settore, il più vasto possibile, che vada dalla struttura di ricovero al territorio; cioè occorre ampliare l'area operativa in modo da assorbire il maggior numero possibile di giovani e dar loro possibilità reali a livello domiciliare, a livello distrettuale, a livello poliambulatoriale, a livello di *day hospital* e a livello di ricovero.

Sempre la senatrice Colombo Svevo ha parlato di squilibrio negli ospedali, cioè di due livelli ed ha chiesto quale sia la via migliore per diminuire la spesa. Il nostro è appunto un modello che va in questa direzione e tenta di eliminare anche i doppioni. Infatti gli esami che vengono eseguiti a livello distrettuale, nel 90 per cento dei casi non vengono riconosciuti ai livelli superiori e sono quindi ripetuti nei poliambulatori e negli ospedali. In realtà dunque vi sono molti doppioni. I malati sono costretti a rivolgersi continuamente da una parte e dall'altra: questa serie di meccanismi burocratici comporta gravi disagi operativi.

Per quanto riguarda le domande poste dal senatore Ranalli devo dire che come medici abbiamo avuto occasione di maturare il nostro pensiero a lungo, anche in rapporto all'evolversi della società; a ciò hanno contribuito anche le «batoste» che ha preso la nostra categoria. Siamo disponibili ad aiutare i politici, soprattutto tecnicamente, a raggiungere l'obiettivo di un miglior Servizio sanitario nazionale. Vi prego di prendere atto di questa nostra disponibilità e buona volontà.

Per quanto concerne gli altri temi, accennati dal presidente Bompiani, ed in particolare quello dell'incompatibilità, credo che se si dovesse realizzare il dipartimento ospedale-territorio, una volta risolto il problema del convenzionamento, in un arco di tempo piuttosto lungo, non vi sarebbe più neanche il problema dell'unicità del rapporto di lavoro, perchè questa sarebbe raggiunta *ipso facto*.

Per quanto riguarda la mobilità, speriamo che essa si realizzi nell'ambito dell'integrazione in un determinato dipartimento, piuttosto che in modo assolutamente estemporaneo; altrimenti sorgerebbe il problema della sistemazione delle varie persone: se ciò dovesse verificarsi vi sarebbero tremende ingiustizie. Infatti alcuni operatori verrebbero sistemati ed altri no: vi sarebbero discriminazioni tra chi è protetto e chi non lo è.

Vi prego di prendere in esame la possibilità di soluzioni eque, obiettive e precise. Se è giusto tenere in considerazione i problemi dell'utenza, credo sia anche doveroso tener presente gli interessi degli operatori che dall'oggi al domani non possono trovarsi disoccupati o «cassaintegrati» dal punto di vista professionale.

Ringrazio la Commissione per l'attenzione.

BONI. Mi sono state fatte domande abbastanza tecniche e più semplici. Mi è stato chiesto quanti medici di medicina generale fanno anche altri lavori: dati precisi non ne abbiamo, Regioni e unità sanitarie locali non ne hanno, vi posso fornire dati calcolati da noi come sindacato, naturalmente con beneficio di inventario. Si tratta di situazioni estremamente diverse fra regione e regione, tra zone e zone, in genere si riscontra di più nei medici del Sud e meno nel Nord, come linea generale sono di più i medici che fanno un doppio mestiere nelle grandi città e meno nella periferia. Direi comunque che circa il 60 per cento dei medici di base fa solo il medico di medicina generale o attività che dichiariamo compatibili.

Circa il problema delle dodici visite all'anno, devo dire che non si tratta di dati di nostra estrazione anche se confermati da nostre indagini ma sono dati raccolti da vecchie casse mutue, in particolare dall'INAM che aveva la possibilità di controllare l'accesso allo studio dei medici. Questi accessi allo studio non sono vere e proprie visite: se si deve vedere un orzaio, non si fa spogliare il paziente; si può misurare semplicemente la pressione. Ci sono infine attività che non sono vere e proprie visite. Invece, se si diagnostica un ascesso a un dente, è una visita. Ci sono infiniti atti per cui occorre

poco tempo, invece altri sono più importanti, per casi più gravi. Ripeto comunque che i dati non sono di nostra estrazione, non è stata fatta un'indagine in questo senso neanche dalle unità sanitarie locali e dalle Regioni.

La senatrice Rossanda parlava di utilizzazione di letti di ospedale per malati che non possono essere seguiti a casa. Vorrei dire al riguardo che occorre cercare di non mischiare il sociale con il sanitario. Ci sono situazioni infatti di cittadini che non sono in grado di vivere da soli, pur non essendo malati, probabilmente sono vecchi e non hanno nessuno in casa che li pulisca, che li segua. Sono stati fatti tentativi in questo senso nell'ambito delle Regioni con cooperative per anziani, che però non funzionano perché non sono dirette da nessuno, sono iniziative non coordinate. Riteniamo che si debbano attivare questi servizi a livello di anziani, conoscendo le situazioni, esistenti ma non c'è la possibilità di farlo. Le cooperative camminano per conto loro, fanno una relazione di due pagine sull'attività svolta, che è incontrollata, di assistenza agli anziani a domicilio. Sono problemi in parte sociali e in parte sanitari, naturalmente in questo caso riteniamo che la migliore assistenza che si possa dare a queste persone è quella a domicilio in modo da non toglierle dal loro ambiente. In questo senso si potrebbe fare qualcosa organizzando l'assistenza sanitaria e collegandola con quella sociale a livello di pazienti che hanno bisogno anche di questa assistenza.

Ho detto che il cittadino riconosce nel medico di famiglia una figura positiva; ora, il medico di famiglia gestisce anche un servizio che è il suo ambulatorio, e in questo senso è giudicato positivamente, senatrice Colombo Svevo, mentre sono giudicati meno positivamente altri servizi ma con questo non si giudicano certo negativamente i medici di quei servizi. Basta pensare ai servizi specialistici sul territorio: per fare un'analisi ci si deve prenotare, pagare il *ticket*, andare più volte negli uffici per avere una risposta dopo sette o otto giorni, il paziente è naturalmente scontento del servizio così come è gestito attualmente. Ci sono quindi servizi come il nostro, legati alla persona del medi-

co, visti più positivamente ed altri invece che sono legati a determinare situazioni: non per questo si giudica positivamente il medico di famiglia e negativamente quello ospedaliero, bensì si esprime un giudizio sui servizi relativi. Questa è la realtà riscontrata nelle inchieste che sono state fatte.

Il medico di famiglia soltanto in alcuni casi ha più di 1.800 pazienti ma viene pagato solo per 1.800. Non si è voluto gestire un problema che era politico, far cambiare a circa 16 milioni di italiani e far rientrare così i medici nel massimale previsto; per evitare questi cambiamenti si è utilizzata una via dolorosa per tutti, specialmente per i medici: quella di arrivare ad un pagamento nell'ambito del massimale previsto anche se di fatto si ha un carico superiore che si continua ad assistere. C'è però il cosiddetto medico associato, questi medici hanno cioè associato un medico cui vengono attribuite le scelte. È stato positivo? Più che altro è stato un discorso necessario, certamente non ottimale e che ha limiti grandissimi. È stata una via necessaria per evitare al cittadino di dover cambiare medico, solo in questo senso è stato positivo; è stato invece dannoso sia per il medico titolare che per l'associato. È una soluzione che è stata accettata per evitare ai pazienti di dover cercare un altro medico dopo che erano stati curati per venti anni dallo stesso medico. Ripeto comunque che la retribuzione non deve superare il massimale previsto. L'unica regione non perfettamente in regola era la Campania, la quale però si è aggiornata in questi giorni.

Il servizio di guardia medica è stato creato per due esigenze: una è quella di consentire il riposo nelle ore notturne al medico di medicina generale e l'altra è quella di dare lavoro ai giovani medici. È stata comunque una scelta politica, non nostra: di fronte alla pressione della disoccupazione, è stata scelta questa soluzione. Sono preparati questi giovani medici? Hanno una laurea e in effetti per certi aspetti possono esserlo, per altri no. Noi abbiamo insistito per lo svolgimento di corsi di aggiornamento perchè effettivamente si tratta di un lavoro delicato e importante. Oggi si sostiene che il medico di medicina generale deve riassumere la guardia medica.

Purchè si mantenga il diritto al riposo, si potrebbe ritornare a fare la guardia medica notturna; cosa ne fate però dei medici che svolgono solo questo lavoro? Dove li mettete? Si licenziano in tronco? È un discorso politico che dovete affrontare.

Noi diciamo che questa è una soluzione, non delle migliori, possono esserci dei correttivi, però indubbiamente il discorso di riportare al medico di famiglia anche la guardia notturna è un discorso politico estremamente pesante e non so come potrebbe essere gestito.

Quanto ai problemi finanziari, è vero che siamo gli ordinatori di spesa, ma immaginate la posizione del cittadino sottoposto, da parte di tutti i *mass-media* (parlo della televisione, della radio, dei giornali ufficiali e meno ufficiali medici), ad una pressione continua perchè si curi sempre meglio, perchè abbia il massimo delle sue prestazioni in tutti i campi, perchè qualunque cosa abbia ricorra al medico, perchè c'è il problema della prevenzione del cancro. Questa è la politica fatta a livello di propaganda esterna e nulla si fa a rimedio di tutto questo. Nel momento in cui viene trasmesso un programma sulla TAC perchè questo permette l'identificazione di un tumore anche in presenza di un semplice mal di testa, i nostri studi si riempiono di persone con il mal di testa che vogliono fare la TAC. O i messaggi dati ai cittadini sono corretti e allora è chiaro che siamo in grado di resistere a certe pressioni, oppure non riusciremo a resistere.

Quando nel prontuario farmaceutico vi sono infiniti prodotti che riteniamo inutili, mentre secondo noi con trecento prodotti di base si possono curare i cittadini, come si può negare quel prodotto che lo Stato riconosce? Come è possibile che noi che siamo gli ordinatori di spesa non siamo rappresentati nel momento in cui si formula il prontuario?

C'è qualche passo in avanti come quello delle commissioni previste dall'articolo 24 della legge finanziaria per il 1984. Attiveremo questo tipo di iniziative e speriamo che diano risultati positivi. Anche in questo caso dipenderà dalla possibilità di collegare questa figura, prevista per i medici convenziona-

ti, anche ai medici dipendenti. In questo campo vi è una carenza legislativa che permetta una visione dei parametri.

Siano comunque grati al professor Bompiani per la revisione del citato articolo 24 che, nella prima stesura, avrebbe portato all'annullamento dell'assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale.

Per quanto riguarda le incompatibilità, come sindacato abbiamo fatto operazioni estremamente traumatiche. Sei anni fa abbiamo inserito nel nostro contratto una norma in base alla quale tutti i medici dipendenti, con l'avvento delle USL, dovevano abbandonare la medicina generale. Questa sembrava fosse la volontà politica dato che anche i politici avevano firmato quel contratto. Ebbene dopo aver dovuto gestire nei confronti dei medici un simile pesante discorso, il Parlamento sancì in un provvedimento di legge che il medico ospedaliero era compatibile con la medicina generale.

Nel nostro contratto abbiamo anche inserito una norma per cui di fatto oggi nella medicina generale non può entrare, in base ad un meccanismo di punteggi, nessun medico dipendente, però nessuna norma vieta al medico, entrato nella medicina generale, di entrare successivamente in ospedale.

Ultimo problema è quello dell'accesso alla specialistica. Tale accesso deve essere visto nella realtà delle cose. Noi prevediamo nel nostro contratto che si acceda alla specialistica solo per alcuni settori: la misurazione della vista, il dentista, l'ostetrico, il pediatra. Perché siamo contrari alla possibilità che l'assistito si rivolga direttamente allo specialista? Se facessimo un discorso egoistico, dovremmo essere favorevoli perché ogni volta che il paziente si rivolge a qualcun altro noi lavoriamo meno e siamo pagati in base al numero degli assistiti e non sulla quantità di lavoro. Però neghiamo questo diritto perché a nostro giudizio è estremamente pericoloso. Non ritorno a fare il discorso del medico centrale che deve governare tutto, ma nei fatti si verifica questo: in alcune regioni quali l'Emilia Romagna, la Toscana o il Piemonte il paziente anziano viene gestito, se diabetico, direttamente nel centro diabetico che si occupa solo di questa malattia; se è

anche iperteso va nel centro ipertensioni; poi va nel centro gerontologico in quanto tra l'altro è anche anziano e come tale deve essere gestito. Ora, chi coordina tutto questo se consentiamo l'accesso alla specialistica libero e disordinato, se lasciamo questi poli disaggregati nel territorio che impediscono il controllo del paziente nella sua globalità? Chi ne ha la responsabilità? A chi chiede garanzia della propria salute?

La specialistica è per noi uno strumento di consultazione a tutti i livelli e in certi casi gli lasciamo il paziente completamente in gestione, come quando è necessario il ricovero in ospedale. Però anche in quel caso vorremmo avere la possibilità di seguirlo come medici di famiglia, conoscitori del soggetto; anche se questo fatto ci pesa, in definitiva dobbiamo essere i responsabili della sua salute. Quindi evitiamo l'accesso indiscriminato alla specialistica perché oggi, con la propaganda in atto, qualunque dolore toracico passa attraverso la visita del reumatologo, del cardiologo, attraverso l'ecocardiogramma eccetera. Questa è la realtà senza una opera di filtro del medico di base.

MARINI. Per rispondere brevemente al senatore Botti, il quale domandava come si concilia la posizione negativa della CIMO sulla territorializzazione dell'ospedale col parere favorevole espresso dall'ANPO in proposito, devo dire citando gli estremi di una curva gaussiana, che per quanto riguarda le due posizioni la soluzione sta nel mezzo. La sbandierata e cosiddetta apertura degli ospedali al territorio o, viceversa, l'integrazione degli ospedali con il territorio potrebbe essere risolta con una proposizione sul tipo di quella che il professor Ferri ha delineato e che costituisce materia di profonda riflessione. A questo proposito voglio riferire una parte del colloquio che ho avuto ieri mattina con un collega — che tra l'altro il presidente Bompiani conosce bene —, cattedratico milanese e presidente della più importante USL d'Italia (ha sette ospedali e quando egli li deve citare tutti se ne dimentica sempre qualcuno). La considerazione che il collega faceva era che a lui interessa solo che i suoi sette ospedali facciano, in maniera corretta

(e lo fanno) come servizio pubblico, tutti gli esami specialistici importanti, e affermava che la specialistica privata non lo interessa quindi questa può usare tutti i parametri che desidera. Questo naturalmente è un *pour parler*, comunque è un paradigma valido per tutti. Sta di fatto che ci troviamo di fronte a delle situazioni storicamente stratificate come quella della generica e dei polincarichi di una volta. Quanto si è parlato e lottato per i polincarichi dieci anni fa? Questi, come abbiamo visto, pian piano sono andati estinguendosi. Ora, ognuno difende la propria sacrosanta posizione, ma con il tempo vi sarà una evoluzione attraverso la quale giungeremo a quella che sarà — mi auguro — la soluzione ottimale. Ecco che io sottoscrivo quel che diceva il professor Ferri, ossia che in una visione e con un disegno politico a lunga scadenza perseguiremo sicuramente dei risultati validi, sia per quanto riguarda i giovani medici sia per l'integrazione territorio-ospedali.

Il problema delle incompatibilità tra la medicina ospedaliera e quella generica sembrava molto grosso se attualizzato, ma in effetti lo era meno visto in prospettiva; per fortuna ora si sta superando, è ad esaurimento, e ha visto coinvolti anche i sindacati. Quello della specialistica è, invece, un problema tuttora immanente e di grandi proporzioni che potrà trovare una soluzione solo attraverso quella integrazione che è stata prospettata e che sicuramente porterà ad una visione della sanità vicina ai modelli europei. È evidente che le altre nazioni hanno potuto affrontarla in maniera diversa fin dal principio perchè non si sono trovati di fronte a certe stratificazioni storiche di tipo mutualistico come le abbiamo avute noi e non hanno dovuto fare il nostro lungo *iter* che ci è costato sofferenze, lotte e anche non congrua assistenza.

Il senatore Ranalli ci chiedeva se noi accettiamo le analisi fatte in una sede diversa dall'ospedale. A questa domanda risponderò con un esempio: se un paziente si presenta da noi con una unica lastra fatta al tubo digerente a pieno riempimento dimostrante un reperto sostanzialmente normale mentre con un semplice doppio contrasto scopriamo

che questo paziente ha un tumore, è chiaro che è necessario integrare quella radiografia con altre che ci permettano di fare una diagnosi accurata. Credo che questo esempio sia sufficiente a rispondere alla domanda del senatore Ranalli.

Il quesito della senatrice Colombo Svevo verteva sul modello dell'ospedale; a questo, in parte, ha già risposto il professor Ferri. È vero che attualmente vi è il passaggio ai multizonali come soluzione, ma è anche vero che si devono ancora considerare alcune cose come il rapporto costi-benefici, la loro dimensione e dove localizzarli. Gli ospedali a più alta tecnologia — con reparti di neurochirurgia, cardiocirurgia, eccetera — saranno uno, due o al massimo tre per ogni regione, tutti gli altri saranno ospedali di comune utilità e saranno strutturati in base ad un criterio di razionalità. I piccoli ospedali presenti attualmente in molte regioni — in Lombardia, in particolare in Brianza, ve ne sono una accozzaglia, la senatrice Rossanda lo sa bene — verranno smobilitati. Ma questo processo di trasformazione richiederà tempi lunghi, non si può smantellare un ospedale dall'oggi al domani. Si presenta anche il problema della mobilità, che è soprattutto un problema che riguarda il medico e va risolto con estrema prudenza, perchè può dare origine a delle situazioni inammissibili. Teniamo presente che un conto è la mobilità del personale e un conto è la riconversione dei servizi. La mobilità deve essere attuata tenendo presente le qualifiche e le funzioni che, tra l'altro, sono connesse alle strutture stesse.

Un'altra cosa che sta a cuore a molti e anche a me è quella di perseguire come obiettivo la creazione, nell'ambito dell'ospedale, di una controparte ospedaliera pratica della scuola di medicina; questa sarebbe una cosa professionalmente molto gratificante. Ecco, allora, il rapporto tempo pieno-tempo definito.

Il senatore Trotta chiedeva se i medici ospedalieri ritengono adeguato il loro trattamento economico. A questo devo rispondere che no, non lo ritengono adeguato. Prima ho affermato che nei medici vi era più rabbia per le questioni di tipo normativo che per

quelle di tipo economico; non ho escluso, però, quest'ultimo aspetto. Le circolari ministeriali sono esasperanti. La scorretta e in-composta esplosione dei medici ospedalieri è nata dopo gli accordi che il ministro Aniasi ha stipulato per la medicina generica. Il senatore Trotta chiedeva anche che cosa ne pensiamo circa un eventuale ritorno dei reparti solventi nelle strutture pubbliche ospedaliere. Non abbiamo nulla in contrario al riguardo, anzi è una cosa prevista per legge. La domanda doveva essere che cosa ne pensiamo di coloro che non sono garanti dell'applicazione delle leggi dello Stato italiano.

La senatrice Rossanda aveva poi posto un quesito, a cui non ho ancora risposto, in ordine alle riserve di letti di tipo assistenziale e all'accesso dei medici generici nell'ambito dell'ospedale. Io scomporrei la questione e direi sì all'accesso del medico generico all'ospedale — per usare la vecchia frase dei francesi *la blouse à l'hôpital* —, mentre per i letti di assistenza mi manterrei sulla distinzione che ha fatto poco fa il professor Ferri: una cosa è il letto di diagnosi e cura e una cosa è il letto di tipo assistenziale, del quale fra l'altro, abbiamo uno spaventoso bisogno. L'intasamento dei nostri ospedali è dovuto essenzialmente alla mancanza di questi posti-letto.

Che poi siano all'interno dell'ospedale o fuori, è un altro discorso. La mancanza di questi posti-letto e il collo di bottiglia rappresentato dai «servizi» sono i due settori più disastriati che limitano attualmente la funzionalità dei nostri ospedali.

CURCIO. Desideravo solo dare una risposta al senatore Ranalli, che aveva posto un quesito in maniera estremamente pratica. Egli aveva detto che tutti protestano, sia medici che pazienti, e allora si chiedeva di chi fosse la colpa, cosa bisognasse veramente fare.

Vorrei specificare per cosa protestiamo noi. Ritengo che chiunque sia stato in ospedale, da un certo numero di anni, si sia sentito improvvisamente, da una riforma a cui aveva partecipato e che aveva caldeggiato, coinvolto in senso negativo.

Infatti, i medici all'esterno dell'ospedale

avevano un loro modo di operare, un loro modo di autogovernarsi per quel che era l'apporto tecnico che davano all'ospedale. Con l'avvento dei consigli di gestione delle USL si è assistito ad un fenomeno strano, ossia all'incapacità dei suddetti consigli di assumere degli amministratori e allo stesso tempo ad una voglia matta di calarsi nel ruolo di amministrativi, con una classe amministrativa che è stata largamente insufficiente alle aspettative di un governo estremamente difficile. Per cui chi ha preso il sopravvento è stata tutta la fascia degli amministrativi che non era più quella di prima, ossia non aveva più una cultura che si riferiva a determinate procedure, competenze e divisioni di competenze, per cui le stesse direzioni sanitarie sono rimaste svuotate di poteri.

L'esempio più pratico è quello che vediamo nelle grandi città, dove la Magistratura non sa più chi incolpare a questo punto; infatti tutti vengono coinvolti da uno stesso processo accusatorio in cui tutto si è miscelato. A questo punto che cosa si chiede? Si chiede se si deve porre mano a certi istituti della riforma.

È necessario si rifaccia chiarezza in questo campo, ridando ai medici il loro autogoverno per quanto li riguarda, la loro capacità di autogestirsi la parte tecnica, sia l'assistenza, sia la ricerca applicata che si fa negli ospedali, senza frapporre tutta una serie di permessi che devono venire da un'autorità amministrativa che non ha nessun tipo di competenza per potere fare ciò.

Non parliamo poi di quando, per avere un comando, bisogna adire gestioni di tipo sindacale improprio. L'Italia è tuttavia grande e ci sono molti posti dove una notevole cultura amministrativa e una capacità di gestione hanno impedito che avvenisse ciò che è invece avvenuto nella maggior parte del paese.

BERTOLIZIO. Ero stato chiamato in causa non so perchè dal professor Ferri sul problema economico, ma credo che problemi economici non siano stati sollevati, perchè la questione riguardava solo il punto di vista finanziario, che è soltanto un aspetto dell'economia. Nell'ambito finanziario esiste la

confusione delle cifre e, ciò che è più pericoloso, la confusione dei comportamenti. Per quanto riguarda quest'ultima confusione, vorrei fare due brevi *flashes*.

Il primo a proposito della guardia medica. Ho avuto sempre la sensazione — mi si corregga se sbaglio — che nel passato le unità di pronto soccorso fossero un'area di parcheggio per i neolaureati. Ho la sensazione che oggi la guardia medica sia un'area di parcheggio per i neolaureati disoccupati, il che non credo sia commendevole per una società che si propone di realizzare l'uguaglianza tra i cittadini.

Il secondo problema è quello della mobilità che ha dei limiti abbastanza evidenti. Per mobilità intendo quella orizzontale, perchè quella verticale (progressione di carriera) è scontata. La mobilità orizzontale è direttamente proporzionale alla polivalenza funzionale e inversamente proporzionale alla specializzazione.

Bisogna consentire la mobilità anche per i gradi elevati di specializzazione.

UGUCCIONI. Mi limiterò a rispondere solo a due brevi domande. La senatrice Rossanda ha parlato di letti assistenziali aperti al territorio. Certamente non sfuggirà alla senatrice Rossanda, in quanto medico, che cosa si intende per letti assistenziali.

Infatti, in ospedale (ormai sono trentotto anni che ci sto) non va mai disgiunto l'aspetto assistenziale da quello diagnostico-terapeutico. Se ci limitiamo invece al letto assistenziale, per chi praticamente vive una sua vita normale, ma non è più autonomo per carenze di vario tipo, allora questo problema non è risolvibile aprendo l'ospedale.

PRESIDENTE. Era completamente diversa la mia domanda; pensavo soltanto alla possibilità di un utilizzo in piccoli ospedali, non più classificabili come veri ospedali completi, di qualche posto-letto da usare dai medici del territorio, non per questioni lungo-degenziali di assistenza, ma per assistenze brevi di non grosso impegno, e solo per ovviare a difficoltà abitative del soggetto. Era una cosa completamente diversa dall'idea di letti assistenziali di lungo-degenti.

UGUCCIONI. Ritorniamo alle vecchie infermerie, alla condotta medica ospedalizzata?

PRESIDENTE. C'è il *cottage-hospital* in Inghilterra che rappresenta una novità.

UGUCCIONI. Lei sa, però, che ci vogliono anche delle culture diverse perchè si possano realizzare certe cose.

Non mi riferivo alla lungo-degenza, ma, come giustamente aveva detto il dottor Boni, alle cooperative, che, lasciate a sè, non hanno dato un contributo. Occorre che il medico di famiglia intervenga a dare la sua parte professionale di assistenza medica e coordini questa situazione. Allo stesso modo la questione del letto assistenziale per utilizzare i piccoli ospedali può essere affrontata dopo aver risolto il problema a livello di programmazione regionale e di ristrutturazione. Riprendendo le parole del professor Ferri, c'è bisogno non di una ristrutturazione a manto di leopardo, ma di una diversa ristrutturazione organica, funzionale, con degli obiettivi ben precisi, nell'ambito della quale sia possibile una mobilità del personale.

Non è vero che basta ridurre di due giorni la degenza per ottenere una riduzione dei costi; non basta occupare due letti in meno, se poi non si rivede l'organizzazione del personale nella struttura stessa del ricovero. È un dato che deve essere chiaro per tutti, altrimenti si va avanti a forza di *slogans*, privi di una loro consistenza e concretezza.

Il senatore Ranalli è stato per molti anni Assessore regionale alla sanità. Quando mi pone la domanda se al tempo pieno obbligatorio, compresa la libera professione, siamo favorevoli o meno, mi vien voglia di ricordargli — anche se in questo momento non è presente, ma mi ha promesso che leggerà il resoconto — la nostra opposizione, proprio durante il periodo cui ricopriva la carica di Assessore, in una sessione del pio istituto, quando proponevamo come alternativa una gestione decentrata. Eravamo contrari alla gestione separata di vari enti, convinti che in quel modo avrebbero distrutto un pio istituto per fare sei o sette «empi» istituti (come d'altronde è successo). Nonostante ciò, la

giunta regionale di allora approvò la legge regionale del Lazio n. 3 del 1978. E oggi ci venite a chiedere se siamo favorevoli al tempo pieno, compresa la libera professione *intra moenia*?! Evidentemente c'è stato un ripensamento, il che vuol dire che quella era una scelta sbagliata. Sono molto lieto di poter dire, anche come rappresentante dell'ANPO, che siamo certamente favorevoli ad un indirizzo di questo tipo. Il tempo pieno, però, non è solo un rapporto economico, basato sulla libera professione *intra moenia*, ambulatoriale in regime di ricovero, ma è costituito da altre cose quali una didattica formativa a livello ospedaliero, una qualificazione del personale dei quadri sanitari intermedi. Se si agirà in questa direzione, si avrà un tempo pieno qualificante per il medico, per l'utenza e per il Servizio sanitario. Non è la risposta semplicistica di accettare o meno il tempo pieno obbligatorio se viene compresa anche la libera professione nel senso più esteso del termine.

Il senatore Ranalli, che tra l'altro conosco molto bene, mi ha chiesto, inoltre, se i medici convenzionati o dipendenti realizzano al meglio il rapporto con il cittadino. Ebbene, mi chiedo davvero se siamo mai stati nelle condizioni di fare questo, visto che ci hanno estromesso da qualsiasi possibilità non dico decisionale, ma consultiva. Non siamo stati consultati su niente, neanche sull'organizzazione del lavoro! Oggi come oggi la nostra USL RM 19 ha emesso una sorta di *diktat*, di editto, firmato da tre persone: un coordinatore sanitario *ex mutualista* (a Roma, a differenza di altre città, c'è il problema che gli *ex*

mutualisti sono sia delle direzioni regionali e provinciali, sia delle direzioni generali) e un coordinatore amministrativo *ex mutualista* che non hanno alcuna esperienza di amministrazione ospedaliera, più un povero presidente del comitato di gestione, nominato dai vari partiti. Il risultato è che i medici sono obbligati ad entrare dalle ore 8 alle ore 14; se devono fare lo straordinario, è previsto che interrompano mezz'ora per poi riprendere, non tenendo assolutamente conto dell'urgenza e, soprattutto, dell'emergenza, elemento peculiare della vita ospedaliera. Pensate se mentre opero dovessi interrompere mezz'ora, uscire e poi riprendere.

Quindi, credo sia necessario che il medico venga messo nelle condizioni di realizzare un buon rapporto con i cittadini, rapporto che oggi non ci è possibile realizzare.

PRESIDENTE. Ringrazio, a nome di tutta la Commissione, gli intervenuti, scusandomi ancora per la breve sospensione e pregandoli di inviarmi i documenti che ci sono stati annunciati e che saranno allegati agli atti dei nostri lavori.

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

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

I lavori terminano alle ore 20,55.

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