

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

20° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 27 MARZO 1984

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE

Audizione del responsabile della segreteria confederale della CGIL per il settore sanitario, Ivan Cavicchi; del responsabile della segreteria confederale della CISL per il settore sanitario, Elio Corrente e del segretario generale della FISOS-CISL, Moreno Gori; del responsabile dell'ufficio di politica sanitaria della segreteria confederale della UIL, Mario Martinelli e del membro della segreteria UIL-sanità, Giuseppe Leonardi

PRESIDENTE	Pag. 3, 10, 14 e <i>passim</i>	CAVICCHI	Pag. 3, 32
ALBERTI (<i>Sin. Ind.</i>)	25	CORRENTE	10, 12
COLOMBO SVEVO (<i>DC</i>)	24	GORI	25, 27, 36
JERVOLINO RUSSO (<i>DC</i>)	20	LEONARDI	17, 18, 36 e <i>passim</i>
MELOTTO (<i>DC</i>)	22, 23, 36 e <i>passim</i>	MARTINELLI	14, 35
MERIGGI (<i>PCI</i>)	21, 23		
RANALLI (<i>PCI</i>)	12, 18, 19 e <i>passim</i>		
ROSSANDA (<i>PCI</i>)	26		

Intervengono, a norma dell'articolo 48 del Regolamento, per la CGIL, il responsabile della segreteria confederale per il settore sanitario Ivan Cavicchi; per la CISL, il responsabile della segreteria confederale per il settore sanitario Elio Corrente e il segretario generale della FISOS-CISL Moreno Gori; per la UIL, il responsabile dell'ufficio di politica sanitaria della segreteria confederale Mario Martinelli e il membro della segreteria UIL-sanità Giuseppe Leonardi.

I lavori hanno inizio alle ore 16,50.

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 rappresentati della CGIL, della CISL e della UIL.

Vengono quindi introdotti i signori Ivan Cavicchi, Elio Corrente, Moreno Gori, Mario Martinelli e Giuseppe Leonardi.

Audizione del responsabile della segreteria confederale della CGIL per il settore sanitario, Ivan Cavicchi; del responsabile della segreteria confederale della CISL per il settore sanitario, Elio Corrente e del segretario generale della FISOS-CISL, Moreno Gori; del responsabile dell'ufficio di politica sanitaria della segreteria confederale della UIL, Mario Martinelli e del membro della segreteria UIL-sanità, Giuseppe Leonardi

PRESIDENTE. Rivolgo, a nome della Commissione, un caloroso benvenuto ai rappresentanti sindacali. Sono presenti per la CGIL, il responsabile della segreteria confederale per il settore sanitario, Ivan Cavicchi; per la CISL, il responsabile della segreteria confederale per il settore sanitario, Elio Corrente e il segretario generale della FISOS-CISL Moreno Gori; per la UIL, il responsabile dell'ufficio di politica sanitaria della segreteria confederale, Mario Martinelli, e il membro della segreteria UIL-sanità, Giuseppe Leonardi.

Avrete certamente ricevuto il questionario relativo alla nostra indagine. Ci attendiamo

da voi una valutazione ampia e serena sui vari punti indicati con riferimento a quelli che possono essere problemi specifici del sindacato che rappresentate. Dopo la vostra esposizione, vi potranno essere domande da parte dei Commissari cui potrete rispondere.

CAVICCHI. Innanzitutto vorrei sottolineare il nostro apprezzamento per l'iniziativa assunta dalla Commissione sanità del Senato. Non è un apprezzamento formale, onorevoli senatori, perchè riteniamo che il metodo più giusto per mettere mano a determinate questioni, e in particolare per la riforma sanitaria, sia quello di conoscere prima esattamente i problemi esistenti. Critichiamo fermamente il sistema di affrontare le grandi questioni inerenti alla riforma senza conoscere attentamente i problemi. La critica è evidentemente rivolta al ministro Degan: intendo «partire in quarta» facendo presente che il Ministro ha in animo di modificare la legge sull'assistenza psichiatrica, travasata nella riforma sanitaria, senza attendere le conclusioni di questa Commissione come pure della Commissione sanità dell'altro ramo del Parlamento. Senza che si conoscesse la situazione dell'assistenza psichiatrica, si è aperta nel 1984 una fase all'insegna della riforma della riforma: questi sono gli *slogans* che vengono fuori dal Ministero della sanità. Il ministro Degan ci ha già formalmente consegnato un documento, il cosiddetto documento Pastori, che riguarda il discorso della revisione istituzionale della legge n. 833; facciamo affidamento, proprio perchè esistono questi problemi, su un ruolo conoscitivo autentico di questa Commissione. Il nostro è un apprezzamento sostanziale su un metodo che non è certamente politico bensì scientifico: infatti, non si può mettere mano su una realtà complessa senza conoscerla. Apprezziamo il fatto che avete sentito la necessità di consultarci, di conoscere il nostro parere anche se esprimiamo un ruolo abbastanza particolare. Il nostro, tuttavia, è un punto di osservazione di notevole importanza politica per tutte le questioni, non solo per quelle tradizionalmente sindacali. L'espressione «tradizionalmente sindacali» è stata da anni messa in discussione nella sua accezione ristretta, ma è evidente che le questioni istituzionali, fi-

nanziarie, e quelle del personale sono strettamente intrecciate ed hanno effetti di influenza reciproca.

Inizierei il mio intervento affrontando tre nuclei di problemi indicati nella vostra lettera. La CGIL ribadisce la positività dell'impianto istituzionale della legge n. 833, perchè ritiene che corrisponda al modello culturale più avanzato ed anche alla dottrina istituzionale più avanzata, a certi nuclei culturali profondi sui quali la nostra organizzazione, il sindacato unitariamente, ha combattuto da sempre: il discorso del decentramento, dell'integrazione di competenze diverse non riduttivamente sanitarie per poter centrare l'obiettivo della salute che solo parzialmente riusciamo a raggiungere attraverso il funzionamento dei servizi e che obbliga ad un raccordo col territorio, a politiche più vaste, più territoriali.

È indubbio che vi siano problemi istituzionali da affrontare che vanno però distinti: è importante infatti distinguere i problemi istituzionali che hanno natura interna alle istituzioni da quelli indotti sulle istituzioni. Ci preoccupiamo, ad esempio, quando si parla di riforma della riforma senza una analisi puntuale dei problemi istituzionali, confondendo i vari ambiti delle questioni esistenti. Voglio fare un esempio: è certo che tutta la politica finanziaria ha determinato delle ripercussioni sull'assetto istituzionale della riforma sanitaria. In un convegno organizzato dal Gruppo della Sinistra indipendente recentemente c'è stata una interessantissima relazione di Guerzoni, che ha sostenuto che solo il fatto di affrontare i problemi sanitari con un'ottica ragionieristica, recessiva, di mero contenimento, ha determinato stravolgimenti istituzionali molto forti. Abbiamo avuto ripercussioni sugli organi istituzionali, si è stravolto il ruolo descritto per la Regione dalla riforma sanitaria, il ruolo che doveva avere la Regione come soggetto di programmazione, di indirizzo e di controllo. Nella realtà non è così: abbiamo una Regione che gestisce e amministra e questo «stravolgimento istituzionale» a quel livello comporta ripercussioni nei livelli istituzionali più bassi; direi, per essere completo nell'analisi, che lo «stravolgimento istituzionale»

parte ancora più in alto: il non avere avuto finora un Piano sanitario nazionale, un indirizzo programmatico serio, ha determinato sicuramente danni, non oso dire irreparabili perchè sono ottimista e la mia organizzazione si batte per una trasformazione, ma comunque gravi, che potevamo risparmiarci, anche di carattere finanziario oltre naturalmente a danni che riguardano la salute pubblica.

La riforma sanitaria è imperniata sulla centralità dell'ente locale: poichè la Regione praticamente amministra, si è decretata l'emarginazione dell'ente locale in quasi tutte le situazioni nazionali, per cui abbiamo solo un dettato teorico all'interno della riforma dove si dice che il sindaco in materia sanitaria è un'alta autorità e che il Comune ha funzioni sanitarie importanti.

In realtà noi abbiamo constatato che per gestire dei compiti bisogna anche gestire dei soldi, cioè gestire delle quote di risorse in termini di governo del territorio. I Comuni, nella loro quasi generalità, sono stati finora nell'impossibilità di fare questo, perchè, nella situazione diffusa del paese, le Regioni componevano i bilanci indicando non solo le quote rigide, le quote inamovibili da stanziare, ma indicavano anche gli indirizzi di spesa, cioè componevano i bilanci al posto delle USL.

In un recente convegno svoltosi tra l'altro in questa sede senatoriale, qualcuno definiva, cogliendo a mio avviso una verità, le Regioni-USL. In effetti, ci troviamo di fronte a questo paradosso, a questo fenomeno di stravolgimento istituzionale e, conseguentemente, anche di grande accentramento di competenze; in tutta questa partita la USL non è stata esente da influssi negativi, anche perchè la USL contrariamente al Comune, contrariamente al livello regionale, contrariamente al livello governativo, è un livello nuovo, inedito dell'assetto giuridico-istituzionale del nostro paese e tale novità, secondo me, è stata anche pagata in termini di ambiguità istituzionale. Noi siamo favorevoli ad una definizione giuridico-istituzionale della USL più puntuale perchè vogliamo effettivamente superare tali difficoltà di definizione istituzionale e quindi di competenze. Come

organizzazione siamo abbastanza perplessi verso quelle tesi che scaricano tutta una serie di grandi responsabilità sul livello delle USL. Per mesi e mesi i *mass-media* si sono fatti carico di propagandare le USL come organismi spendaccioni, eccetera; francamente io ritengo che non ci siano a livello di USL grandi possibilità di sperpero di denaro, visto il numero e la rigidità dei controlli. Addirittura vi sono grandi difficoltà a mantenere l'esistente, la spesa corrente delle USL. Io che vengo da un'esperienza regionale — ho questo incarico solo da qualche mese — nella regione Lazio posso affermare che moltissime USL romane, per le rigidità imposte, erano costrette a tagliare su certi stanziamenti per pagare altre cose come, ad esempio, i fornitori. Il senatore Ranalli che è stato Assessore alla regione Lazio lo potrà confermare. Con ciò non neghiamo che ci siano stati dei fenomeni di malcostume, sia chiaro; ma rispetto al problema nella sua globalità sono, secondo noi, dei fenomeni marginali.

Detto questo passo ora ad illustrare le proposte che noi facciamo, ribadendo la correttezza e la giustizia dell'impianto istituzionale della riforma sanitaria. Noi riteniamo che non basta predicare la centralità del Comune, per essere chiari. La centralità di un'istituzione va organizzata e va organizzata in tanti modi. Dal punto di vista finanziario bisogna dare la possibilità al Comune, in un quadro di programmazione regionale, non in una visione autonoma ed autarchica, di gestire la quota di risorse che compete al suo territorio. Governare tale territorio significa individuare delle priorità d'intervento, indirizzare i flussi di spesa secondo una domanda connotata, non secondo una domanda generica, quindi sotto un profilo epidemiologico, un preciso profilo nosografico, la composizione del tessuto urbano, ossia la composizione di punti di lavoro, eccetera.

La centralità del Comune diventa così anche la centralità della conoscenza di un certo territorio, perchè altrimenti non si potrebbe agire nel modo dovuto. Bisogna gestire risorse finanziarie e non fare come si è fatto finora con le risorse finanziarie che volavano sopra la testa degli enti locali.

Passo ora alla seconda questione per orga-

nizzare la centralità del Comune, e qui apro una riflessione in un campo inesplorato per molti, comprese le organizzazioni sindacali. Secondo me la centralità del Comune deve essere organizzata anche come facoltà di quest'ultimo di governare il personale ed è questo un fatto importantissimo. Attualmente il personale è organizzato in ruoli nominativi regionali; in effetti gli enti locali sono nell'impossibilità di intervenire ad esempio su processi di riequilibrio, di mobilità del personale, di governo del personale. Come sindacato, nella riflessione che abbiamo aperto rispetto a tali problemi istituzionali, ci stiamo anche ponendo un'ipotesi di ripensamento di tutto il processo di governo del personale. Il governo del personale è uno strumento fondamentale per fare salute pubblica e questo non può essere sottratto alle competenze dell'ente locale, pur rimanendo fermo il discorso del ruolo nominativo regionale. Riteniamo che tutta la materia della definizione della centralità del Comune e delle sue competenze abbia un referente istituzionale ineludibile ossia la riforma delle autonomie locali. Se si va a ridefinire dei livelli istituzionali tali ridefinizioni devono, a nostro avviso, essere contenute all'interno della riforma delle autonomie locali. Se questo è vero e giusto pensiamo che non ci possano essere delle elaborazioni separate; ci devono al contrario essere dei momenti di contatto e di integrazione. Ho letto l'ultimo testo del progetto di riforma delle autonomie locali e mi è sembrato su alcune questioni ancora molto generico. Bisognerebbe porsi problematicamente la questione della definizione ulteriore o della ridefinizione dei livelli istituzionali all'interno del Servizio sanitario nazionale in rapporto alla ridefinizione delle competenze delle autonomie locali.

Altrimenti tali ripensamenti e tali ridefinizioni rischiano di non essere collocate nel giusto strumento istituzionale. C'è bisogno di agire istituzionalmente, se mi consentite l'espressione. Nella sede della riforma delle autonomie locali va affrontata anche tutta la questione, che inerisce sempre alla competenza dell'ente locale, dell'integrazione socio-sanitaria. Siamo in attesa da anni della riforma dell'assistenza, non abbiamo la fortuna

di poterla discutere e portare avanti e più i giorni passano più sorgono grossi problemi in rapporto alla riforma dell'assistenza sociale. Voglio fare un esempio: ci sono interi settori che non possono separare il loro intervento da un intervento sociale. È una forzatura, oserei dire, scientifica quella di etichettare alcuni servizi come tutti sanitari o come tutti sociali. Ad esempio, nel settore psichiatrico ci sono delle strutture non completamente sanitarie (strutture alloggiate, residenziali, con organici non sanitari, eccetera) che hanno una grande valenza sociale di reintegrazione e di reinserimento. Vi sono poi altre strutture sociali, gestite tradizionalmente dall'ente locale e sulle quali non c'è competenza di intervento, come le varie comunità di anziani. Noi siamo favorevoli, in definitiva, ad una visione di integrazione socio-sanitaria, perchè i problemi sono di integrazione e non di separazione delle competenze. La separazione appartiene ad un sistema vecchio che qualcuno definiva binario: il sistema ospedalocentrico da una parte ed il sistema ispettivo di igiene pubblica dall'altra.

Quindi noi riteniamo che la sede per accogliere tale ridefinizione della centralità del Comune sia appunto la riforma delle autonomie locali.

Per le Regioni, credo che il problema sia semplicemente quello di creare le condizioni per far sì che, poi, agiscano in termini seri e puntuali.

A proposito delle unità sanitarie locali, riteniamo che debba essere ribadita, loro tramite, la centralità del Comune. La riforma sanitaria definisce la USL come un insieme di servizi, una struttura sostanzialmente funzionale del Comune. Questo carattere, secondo noi, deve essere molto ben chiarito. La USL è una struttura sostanzialmente operativa, per cui saremmo molto favorevoli e interessati alla parte del documento Pastori che riguarda l'argomento e va a distinguere, con molta precisione, le competenze tecniche dalle competenze politiche. Siamo favorevoli a distinguere, ad evitare promiscuità e forme ibride di competenze che determinerebbero soltanto confusione. Ci poniamo anche il problema dei comitati di gestione delle USL. Se

la USL deve essere un terminale funzionale del Comune, la composizione del comitato di gestione della USL stessa deve riflettere ciò, per cui saremmo favorevoli a che la composizione sia fatta sostanzialmente da membri del consiglio comunale, che abbia una dimensione snella, non pletorica, anche per evitare forme distorsive e poco funzionali all'interno di detto comitato. Rispetto a questo ambito vi è tutta una riflessione da fare sul dimensionamento delle USL, come strutture terminali del Comune. Il dimensionamento, secondo me, deve riflettere centralmente due situazioni, una peculiarissima dell'area metropolitana, la quale ha problemi in quanto tale, l'altra coincidente con tutta la problematica esterna all'area metropolitana e ci riferiamo ai Comuni, alle comunità montane e via di seguito. I problemi sono diversi e noi possiamo adottare parametri di dimensionamento che riflettono questa diversità, senza stravolgere il senso istituzionale della USL. Faccio riferimento ad un esempio concreto: nella città di Roma è stato usato un criterio molto preciso, si sono fatte coincidere burocraticamente le venti USL con le venti circoscrizioni. Ciò determina notevoli problemi, anche perchè oggi il dimensionamento di una USL, come il dimensionamento di qualsiasi altro servizio, va fatto con criteri nuovi. Nel dimensionamento di una struttura o di un insieme di strutture non possiamo non tener conto, per esempio, del problema dei costi e benefici e del loro rapporto. Sappiamo benissimo che determinate strutture, come ad esempio il piccolo ospedale di paese, se vogliamo dare servizi qualificati, devono avere una certa organizzazione, devono essere arredati e attrezzati in un certo modo. Al di sotto di una soglia minimale di organizzazione funzionale, l'ospedale funziona male non perchè piccolo, ma perchè non è dotato delle strutture necessarie. Esiste il problema di determinare con attenzione quale sia la domanda di servizi sanitari non solo in termini di ampiezza dei bacini di utenza, ma anche ragionando in termini di costi e benefici.

Devo precisare che, come voi sapete, il Ministro ci ha consegnato formalmente le disposizioni in materia di pianificazione sa-

nitaria. Il Ministro non ha sentito il bisogno di incontrarci prima; noi, invece, sentiamo il bisogno di discutere in un incontro sul problema delle disposizioni. Colgo dai vostri gesti di assenso che anche voi sareste favorevoli a ciò, per cui, per ora, non entrerò dettagliatamente nel merito del discorso; voglio, però, accennarvi, almeno di sfuggita, per riagganciarci al problema del dimensionamento, ricordando che abbiamo molte perplessità rispetto al documento, proprio perchè riteniamo che i parametri usati — il 6 per mille, il 50 per cento, eccetera — così come sono adottati sono tecnicamente e culturalmente arretrati. Il 6 per mille corrisponde ad un sistema sanitario basato sulla centralità dell'ospedale e non corrisponde ad un sistema di servizi, quale è quello delle USL. L'esperienza dei nostri servizi territoriali dimostra che, laddove abbiamo un insieme organico e funzionale di servizi, il bisogno di posti-letto diminuisce. Se adottiamo una logica del genere, probabilmente il 6 per mille potrebbe risultare addirittura eccessivo rispetto al reale fabbisogno. Siamo disposti a fare verifiche anche per quello che riguarda l'utilizzazione al 50 per cento di una struttura, utilizzazione che può dipendere da moltissimi fattori, per cui è sbagliato assumere in maniera rigida questo dato. Esperienze fatte direttamente hanno dimostrato che in determinate USL per una stessa funzione vi sono quattro o cinque strutture, tutte duplicati della stessa struttura. È chiaro che vi è una concorrenza per dividersi la domanda di salute. Andando a vedere, poi, quattro strutture analoghe di carattere pediatrico, per esempio presso una USL del Lazio, si riscontra un'attività ridottissima. L'analisi, allora, deve essere più completa, più organica. Siamo, altresì, perplessi rispetto ad altri indirizzi che anche eludono il problema di una pianificazione nazionale seria e non danno nè parametri, nè indirizzi concreti, lasciando i problemi generali e generici. Ci auguriamo, comunque, di poter tornare a parlare di tutto ciò al più presto.

Sul nucleo finanziario, la Federazione unitaria è stata molto chiara. Le sue affermazioni sono contenute in svariati documenti che abbiamo prodotto in occasione della discus-

sione della legge finanziaria per il 1984. Rispetto al finanziamento del Fondo sanitario nazionale diamo un giudizio molto preciso: riteniamo che i 34.000 miliardi siano un sottofinanziamento rispetto al fabbisogno reale che occorrerebbe per l'esercizio 1984. Pur essendoci stati notevoli passi avanti nella finanziaria per il 1984, di cui sottolineiamo l'importanza, come il superamento del «piè di lista», il pagamento di debiti pregressi e via di seguito, riteniamo che il passaggio dal sistema della quota storica al sistema della quota capitaria, così come è stato concepito, in maniera tanto brusca, determinerà all'interno delle Regioni ripercussioni molto forti, anche negative. Sappiamo già di intere Regioni che hanno vuoti notevoli; mi pare che il Lazio sia intorno ai 500 miliardi, l'Emilia-Romagna intorno ai 450 e così via. Si determina, dunque, una situazione molto pesante, perchè alcune Regioni si vedranno costrette a far ricorso massicciamente alla assistenza indiretta, come è già avvenuto in Liguria per l'assistenza farmaceutica. Anche altre Regioni saranno costrette, a loro volta, a mettere *tickets* ed altre saranno costrette a operare tagli sui servizi.

Se le nostre informazioni sono corrette, sembrerebbe addirittura che l'Emilia-Romagna è orientata a vendere parte del patrimonio immobiliare per realizzare i fondi necessari per portare avanti l'esercizio del 1984. Il problema del sottofinanziamento elude un problema che mi pare abbia ormai raccolto un consenso pressochè unanime — ad un recente convegno della Confindustria si diceva la stessa cosa — e cioè che il problema della qualità e quello della gestione dei flussi finanziari sostanzialmente non vengono affrontati. Senza addentrarsi nelle riflessioni rispetto alla quantità, alle comparazioni con l'Europa, mi pare che possiamo dire che il problema per quanto riguarda la dimensione finanziaria non sia *tout court* di quantità, ma sia di qualità. Vediamo sempre di più che l'approccio riduttivo dei tagli delle risorse finanziarie stravolge in realtà delle funzioni sanitarie importanti. Il tetto dei 4.000 miliardi che la legge finanziaria prescrive per il 1984 per la spesa farmaceutica, per esempio, dimostra come la preoccupazione maggiore

del ministro Degan sia quella di fare un prontuario da 4.000 miliardi; la sua preoccupazione non è quella di fare un prontuario includendovi farmaci che a parità di efficacia terapeutica costino di meno, di generalizzare un sistema di controlli all'interno delle USL per colpire gli abusi di consumo farmaceutico e di prescrizioni, ma quella di contenere la spesa entro i 4.000 miliardi, una preoccupazione finanziaria che evidenzia il primato economicistico su quello della salute. Questa impostazione è grave perchè va a colpire intere fasce deboli della popolazione, perchè la riduzione dei farmaci esenti da *ticket* da 1.400 a poco più di 200 è un passaggio brusco e notevole.

Siamo altresì preoccupati della logica finanziaria contenuta nelle disposizioni di pianificazione sanitaria in quanto abbiamo la sensazione che si sia individuato il 6 per mille come parametro di riferimento, e l'eccedenza non si supera perchè vengono inserite delle deroghe che da una parte renderanno vana la precettività della norma, e dall'altra si stabiliscono addirittura norme prioritarie per riciclare l'eccedenza per l'attività libero-professionale dei medici. Siamo d'accordo nel taglio dell'eccedenza eliminando quindi il *surplus* di servizio, risultato di una conduzione non programmata della sanità, ma siamo per farlo correttamente e fino in fondo. Non siamo d'accordo nel colpire l'eccedenza solo nella struttura pubblica; vi è qui una curiosa operazione: da una parte si calcolano gli *standards*, il 6 per mille, computando complessivamente i posti-letto pubblici e privati, si accerta l'eccedenza e quindi si colpisce solo il pubblico. È questo un problema enorme e riteniamo che la situazione vada riequilibrata intervenendo sul privato, perchè siamo favorevoli a ribadire la centralità della struttura pubblica ed il ruolo integrativo e non sostitutivo della struttura privata. Non penso che sia il caso di riesumare vecchi massimalismi tra pubblico e privato; dobbiamo però stabilire i ruoli e le funzioni. Vorrei chiudere l'argomento facendo una riflessione. Con la legge finanziaria per il 1984 si è tentati di assorbire parti delle funzioni del Piano sanitario nazionale; in seguito sono stati stralciati una serie di

articoli. Vi è però il problema che la legge finanziaria per il 1984 descrive una dimensione macro-finanziaria: abbiamo invece bisogno, per quanto riguarda la sanità, di riportare una visione macro-finanziaria ad una visione micro-finanziaria. Dato che il presunto Piano sanitario nazionale non ha questa dimensione micro-finanziaria, non abbiamo la possibilità di governare finanziariamente il Servizio sanitario nazionale e siamo schiacciati contro una dimensione macro-finanziaria. Disporre di 34.000 miliardi non basta; bisogna decidere delle priorità, degli indirizzi, riprendere i progetti-obiettivo; dobbiamo ragionare e destinare risorse su queste basi. Sono convinto che l'esercizio per il 1984, nonostante la buona volontà della legge finanziaria, registrerà situazioni analoghe a quelle degli anni precedenti.

Passando al problema della politica del personale, voglio recuperare un aspetto della politica finanziaria della sanità: la divisione in spesa corrente ed in spesa in conto capitale. Sapete che in questi anni abbiamo gestito i servizi pressochè esclusivamente in termini di spesa corrente; riteniamo che il personale, più che spesa corrente, vada considerato spesa in conto capitale: è un capitale umano, un capitale professionale che va finanziato. Non possiamo permettere un degrado in termini di quantità (blocco degli organici, blocco delle deroghe, impossibilità di realizzare determinate leggi, come la legge n. 12 del 1982 che non è mai stata finanziata e che pur stabiliva delle deroghe al blocco degli organici per quanto riguardava le leggi nn. 180 e 194 del 1978 e l'area delle tossicodipendenze). Se il personale è un capitale culturale di professionalità, ed è in sostanza una risorsa, riteniamo che bisogna invertire rotta proprio rispetto alla politica del personale, adottando una politica che valorizzi questa risorsa a tutti i livelli; è assolutamente inutile che continuiamo a prevedere nei nostri contratti l'aggiornamento, la riqualificazione, quando invece è bloccata la riforma della facoltà di medicina come se il modello medico che abbiamo ereditato — senatore Bompiani — da una certa cultura positivista dell'Ottocento sia intoccabile pur in presenza di una evoluzione dei bisogni, della domanda e di

un mutamento del quadro nosografico. Dobbiamo invece intervenire a tutti i livelli di formazione del personale per quanto riguarda la qualità culturale. Possiamo articolare il progetto di riformazione culturale in termini di aggiornamento, di riqualificazione e di ripensamento dei programmi formativi. Credo che alcune difficoltà che riscontriamo nell'applicazione della riforma, derivino proprio da questo; abbiamo interi corpi teorici bloccati a valori sanitari vecchi. Parliamo di integrazione a tutti i livelli, ma non abbiamo corpi teorici in grado di integrarsi; se analizziamo il modello sociologico, quello psicologico, quello medico — che è sostanzialmente organicistico — vediamo che tra di loro non c'è comunicazione. L'obiettivo, altamente culturale, di cogliere la globalità dell'utente, di ricostruire la continuità terapeutica è formalmente contraddetto dai moduli formativi che ancora abbiamo.

Quindi, per quanto riguarda il personale è necessaria una politica più idonea mediante una ridefinizione della formazione professionale e culturale di tutto lo *staff* che, come tutti sappiamo, è di notevoli dimensioni in quanto costituito da oltre 600.000 addetti. Occorre ripensare alla formazione professionale non solo teoricamente e in modo accademico, ma in modo da cogliere tutta una serie di nuove realtà. Adesso, inoltre, si pone il grosso problema del rapporto tra Università e territorio. Infatti l'Università presenta dei ritardi rispetto ai nuovi moduli di lavoro e alle nuove metodologie e, in definitiva, nel cogliere le grandi novità; perciò è un problema anche di integrazione nel territorio.

Un altro punto è quello che si riferisce all'organizzazione del lavoro. Noi abbiamo bisogno di parametri completamente diversi rispetto al passato, perciò dobbiamo ripensare alla formazione professionale tenendo presente anche questo aspetto. Prendiamo ad esempio il modello dipartimentale; infatti se volessimo applicarlo, ciò implicherebbe un intervento profondo sulla stessa formazione dei soggetti dipartimentali. Questo discorso riguarda la qualità del personale.

Per quanto riguarda, invece, l'aspetto quantitativo devo esprimere qualche perplessità sul disegno di legge n. 451, che domani

la Commissione comincerà ad esaminare. Vi è infatti, da tener presente che nel nostro paese vi sono 70.000 precari. La proposta di legge prevede, in realtà, una sanatoria per 40.000 precari; ciò ci lascia molto perplessi in quanto questo personale è costituito da persone che occupano posti vacanti in piante organiche sostanzialmente ospedaliere, mentre vi sono altri 30.000 precari, che in realtà sono quelli che da anni mandano avanti il servizio nel territorio, per i quali verranno seguite altre procedure che rischiano di escluderli dal processo di inserimento nei ruoli nominativi. Buona parte di questi 30.000 precari, che coincidono in buona parte con gli addetti ai servizi alternativi delle nuove aree, con i servizi psichiatrici, con i consultori e con i servizi per le tossicodipendenze, rischiano così di essere esclusi, in un modo o nell'altro, dal Servizio sanitario nazionale. A questo proposito noi, come sindacato, siamo favorevoli ad un sistema di sanatoria uguale per tutti, perchè la condizione di precario è identica per tutti. Anzi vi è da dire che questi 30.000, diversamente dai loro colleghi ospedalieri, lavorano da anni nel servizio pubblico senza usufruire di ferie, di permessi e di congedi straordinari per aggiornamenti, ossia non usufruiscono dei vantaggi di nessuna normativa e vengono pagati a quota oraria. Quindi, in tal senso, la discriminazione è duplice. Noi vorremmo che si provvedesse rapidamente all'inserimento dei precari all'interno dei ruoli nominativi regionali; rapidamente perchè questo problema rappresenta un ostacolo all'inaugurazione di una vera e propria nuova politica del personale. È necessario risolvere questo problema anche per poter ripensare i parametri per la definizione delle nuove piante organiche. Questa è la prima grande questione politica che vi sottoponiamo: la risoluzione rapida e definitiva del precariato. Devo far presente che dal momento che è incominciato a sussistere questo problema, ossia dal 1975-1976, i provvedimenti di proroga (li ho contati) sono stati circa quattordici; e mentre si continua a fare le proroghe il personale invecchia in una condizione di precariato, sta per giungere all'età pensionabile senza che si sia riusciti a risolvere tale situazione.

Una seconda questione attinente sempre al personale è quella delle piante organiche. Noi siamo favorevoli ad una politica che ne formuli di nuove. Ma come farle queste nuove piante organiche? Abbiamo una cultura e una elaborazione tali da poter attuare il progetto di pensare alle piante organiche in termini di gruppi di lavoro capaci di portare avanti il principio di integrazione che la riforma sanitaria descrive in più punti? Dobbiamo chiederci inoltre se continuare sulla strada indicata dalla riforma Mariotti del 1968, che poneva al centro delle piante organiche la malattia e quindi tanti posti-letto tante persone addette — ossia un certo numero di medici e di infermieri per un dato numero di posti-letto —, oppure dobbiamo rivedere i criteri di formazione delle piante organiche e i parametri di riferimento ponendo al centro degli obiettivi non nuovi (perchè sono scritti e dichiarati come obiettivi e principi della riforma sanitaria), ma che indubbiamente comportano poi delle innovazioni nel contesto professionale e umano. Infatti se poniamo la salute al centro di una pianta organica e non la malattia, la qualità dell'organico dovrà essere necessariamente diversa. Se, ad esempio, riapriamo i manicomi, l'organico di questi istituti dovrà essere prettamente sanitario, mentre se lasciamo tale istituto nel territorio, l'organico dovrà essere di tipo socio-sanitario. Su questo problema devo dire che ancora non abbiamo ricevuto delle indicazioni di merito; per questo motivo siamo rimasti delusi anche perchè la questione ci interessa moltissimo.

PRESIDENTE. La ringrazio, signor Cavicchi, per aver fatto una esposizione ampia e per aver toccato diversi aspetti molto interessanti.

CORRENTE. Devo dire che sono stati toccati molti argomenti. Però solo su alcuni di essi desidero soffermarmi, perchè, secondo me, necessitano di una maggiore e più completa riflessione.

Il questionario che ci avete inviato è molto dettagliato, però a molte domande in esso contenute non possiamo rispondere perchè interessano gli amministratori; noi rappresentiamo l'utenza.

Le considerazioni che intendo fare si riferiscono ad aspetti istituzionali, finanziari, di funzionamento e prestazione del servizio. Spesso dimentichiamo che, alla fine, il funzionamento di un servizio si può verificare attraverso quello che si riesce a fare ed a dare al cittadino: tante alchimie devono poi tradursi in pratica. In base all'esperienza di questi cinque anni di riforma, devo ammettere che forse qualcosa, dal punto di vista istituzionale, va rivisto. Non sono d'accordo, però, con coloro che affermano che tutto va male e che è necessario ricominciare da capo. Se prendiamo, ad esempio, lo Stato e gli stessi Comuni, vediamo che a distanza di un secolo di vita ancora non riescono ad amministrare in maniera perfetta. Quindi, un'esperienza nuova come quella delle USL necessita di un consolidamento nel tempo; mi sembra eccessivo, dunque, condannare questo nuovo sistema che è ancora tutto da sperimentare, considerando che gli anni che sono trascorsi sono serviti esclusivamente alla attribuzione dei compiti di gestione. Per cui mi sembra eccessivo pensare di poter cambiare tutto il sistema senza aver fatto alcun sforzo per attuarlo.

Fatta questa premessa fondamentale, posso ora affermare che certamente alcune cose vanno riviste. La prima incongruenza che salta all'occhio è che le USL, nonostante la loro figura nuova, risentono di quello che sono lo Stato, i Comuni, la Pubblica amministrazione, di quello che è il parastato, ad esempio l'INPS. Non c'è una gestione di efficientismo o produttivistica; non si bada al risultato (e il risultato qui è la prestazione); nello Stato vige la norma e questa deve essere applicata; nell'INPS si deve applicare la norma e questo significa *deficit*, deresponsabilizzazione di chi amministra e chi opera, significa burocrazia, mentre questo nostro servizio sanitario ha bisogno di tutt'altro per essere efficiente nei confronti del cittadino.

Rispetto a questo discorso si colloca la tematica legata alla gestione della USL. Senza stare a ricordare cose scritte sui giornali tutti i giorni (le lottizzazioni, l'incapacità gestionale, eccetera), certamente il problema di una revisione si pone perchè non esiste un rapporto diretto tra chi gestisce e il cittadino utente. Molte volte chi è preposto a gestire la

USL più che altro risponde a chi l'ha nominato, non a colui al quale è diretto il servizio. Il collega Cavicchi ha avanzato una ipotesi poc'anzi; certamente è difficile entrare in dettagli specifici, ma va scartata probabilmente l'ipotesi avanzata più volte dal CNEL della elezione diretta, strada difficilmente percorribile; però certamente bisogna trovare un modo per cui chi gestisce l'USL risponda direttamente e nei confronti dell'utente che rappresenta. Ma una corretta gestione dell'USL a mio giudizio passa anche attraverso un diverso modello organizzativo dell'USL. Non possiamo pensare di rivedere soltanto la testa, ossia la gestione della USL, se non rivediamo tutto l'apparato organizzativo e funzionale. Se va superata la concezione burocratica e amministrativa dell'USL, bisogna anche rivederne i modelli organizzativi e funzionali. È impensabile, così come è concepito oggi dalla legge n. 833, gestire alla stessa maniera una USL con 200.000 assistenti, con due o tre policlinici, con grossi poliambulatori, e una USL con 30.000 assistiti, un ospedaletto e un poliambulatorio. Se l'azienda privata ha criteri, metodologie e procedure diverse a seconda di quello che produce, a seconda di quello che gestisce, anche qui bisogna rivedere i modelli, i criteri, le procedure organizzative dell'USL. In questo senso recepisco volentieri la nota datata dal Ministro tendente a rendere efficiente quella che lui chiama azienda USL. Si può accettare favorevolmente questo concetto perchè potrebbe portare a risultati più concreti. In questa logica vanno rivisti anche gli aspetti organizzativi legati ai presidi multizonali, anche se per il momento non mi sembra il caso di scorporare dall'USL i grossi presidi multizonali o metropolitani. Proprio perchè la logica è quella di far funzionare le USL, e di creare una unicità di gestione dei servizi nel territorio, noi non possiamo riesumare altrettanti comitati di gestione, altrettante assemblee. Si determinerebbe una duplicità di gestione di servizi e ci troveremmo punto a capo come cinque anni fa, quando il discorso era sì funzionale, ma nel senso di accaparramento della gestione dell'USL. Indubbiamente ci troveremmo di fronte a grosse difficoltà di questo tipo.

Quanto ad altri aspetti istituzionali che non sono legati esclusivamente all'USL (oggi parliamo molto di USL, ma il Servizio sanitario non è soltanto USL), occorre rilevare che abbiamo un Servizio sanitario che ha un corpo (le Regioni, i Comuni, le USL), una grossa base (l'utenza), ma non ha una testa: il Ministro della sanità infatti è inesistente. Non possiamo pensare di gestire e di riformare l'USL se non riformiamo il Ministero, e in questo senso non mi spingo molto oltre: basta assegnargli i compiti stabiliti dalla legge n. 833. Infatti molte cose di questa legge, se attuate, potrebbero portare a un notevole passo avanti nella gestione del Servizio sanitario nazionale. Altrimenti, in assenza di una testa che dà gli indirizzi, si corre il rischio che queste USL divengano tante gestioni separate — ed è un rischio che già si sta correndo — nella ramificazione sanitaria del paese. Ma questo significa anche un'altra cosa: questa mancanza di una testa comporta la mancanza di programmazione generale. Noi parliamo tanto di programmazione regionale, di programmazione di USL, di presidi multizonali, ma se non c'è un minimo di riferimento specifico, quali parametri generali su come organizzare, come gestire un distretto di base, non possiamo dare una prospettiva certa nemmeno a coloro che devono poi operare nel settore sanitario.

Ma c'è un'altra situazione che andrebbe rivista dal punto di vista istituzionale e che è anch'essa legata alla testa del Servizio sanitario nazionale. Abbiamo un Consiglio sanitario nazionale che esprime pareri su tutto quello che è materia sanitaria, su tutto ciò che avviene o deve avvenire nel settore sanitario, ma che valore hanno questi pareri? Da chi è composto il Consiglio sanitario? Quale apporto vero può dare al Ministro della sanità perchè possa gestire, nelle sue competenze, il Servizio sanitario? Anche questo è un problema che si pone, perchè così come è oggi, il Consiglio è una bella istituzione, dove molti Assessori regionali si incontrano per discutere soltanto ed esclusivamente di problemi finanziari, protestando nei confronti dello Stato che dà pochi mezzi, oppure si registra l'intervento di qualche accademico

che va lì e fa l'accademico soltanto. Ma in effetti non si sa quale contributo dia questo organismo al Servizio sanitario nazionale, perchè probabilmente molti componenti sono poco rappresentativi.

Dal punto di vista dell'utenza, una gestione simile del Servizio (ossia di come lo stiamo descrivendo) si traduce in un giudizio negativo sul Servizio stesso. Il cittadino in generale non ha molto interesse alla riforma del Ministero della sanità, ha interesse in un servizio efficiente, ha interesse ad avere prestazioni tempestive, di un certo livello, considerando anche il suo notevole apporto al finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Il cittadino si accorge, quindi, che da cinque anni a questa parte non è cambiato niente nell'organizzazione dei servizi nel territorio. Infatti, vi è sempre lo stesso numero di ospedali.

Si badi che non intendo rifarmi al discorso della ristrutturazione, sul quale si è già peraltro ampiamente soffermato il collega Cavicchi. Dirò solo che è molto importante, secondo noi, procedere ad una ristrutturazione e ad una redistribuzione dei presidi ospedalieri nel territorio. Tuttavia, ciò può essere fatto soltanto attraverso la creazione di servizi alternativi, che siano collegati con gli ospedali e non separati da essi.

Se non si attua, quindi, un riequilibrio globale dei servizi nel territorio si corre il rischio, a nostro giudizio, di fare della demagogia. Non si può pensare di intervenire nel settore degli ospedali se mancano, come ripeto, servizi alternativi. Occorre, pertanto, prestare maggiore attenzione al discorso della gradualità.

Quei pochi programmi «minimali» che erano originariamente previsti (come, ad esempio, la realizzazione di alcuni «progetti-obiettivo», quali la tutela della maternità, dell'infanzia, degli anziani e della salute nei luoghi di lavoro) non sono stati ancora attuati. Tali programmi esistevano, in passato, sotto forma di elenco allegato al Piano sanitario nazionale; oggi, invece, non esistono più neanche in quella veste e ciò costituisce per noi un fatto estremamente preoccupante.

Il Servizio sanitario nazionale, come è no-

to, si fonda sul concetto della prevenzione, sia all'interno che all'esterno dei luoghi di lavoro. Finora, però, si è fatto di tutto tranne che attuare forme di prevenzione.

Sia a livello di partiti politici che di talune organizzazioni sindacali, ci si sofferma oggi prevalentemente sui problemi economici e finanziari del settore sanitario. Per noi, invece, assume primaria importanza l'aspetto sociale del servizio, con particolare riguardo al rapporto con l'utenza.

Se non si attueranno forme di prevenzione, il cittadino potrà difficilmente constatare che sta veramente cambiando qualcosa ed il suo giudizio sul Servizio sanitario nazionale non potrà che essere negativo. Non si può negare del resto che vi sia già oggi una certa sfiducia del cittadino nei confronti del servizio pubblico, per cui il ricorso al sistema privato è sempre maggiore.

Vorrei ora fare un'ultima considerazione, con riferimento agli aspetti istituzionali del settore sanitario. È da notare che finora non è stato attuato pressochè nulla di quanto era previsto dalla legge n. 833 del 1978; in particolare, non ha trovato attuazione il principio della partecipazione dei cittadini, sia come singoli che come formazioni sociali che li rappresentino.

Spesso il cittadino non sa neanche a chi rivolgersi. Mentre in passato sapeva di doversi recare presso gli sportelli dell'INAM, oggi incontra difficoltà persino a trovare la sua USL; inoltre, il più delle volte non è nemmeno informato sulle prestazioni alle quali ha diritto.

RANALLI. Forse perchè di sportelli ce ne sono anche troppi.

CORRENTE. Gli sportelli però non funzionano. Infatti quando si è ottenuta l'autorizzazione per le analisi, per pagare il *ticket* si deve perdere tempo perchè gli orari di apertura degli sportelli presso i quali ci si deve recare non sono gli stessi per tutti gli uffici. Sono questi gli elementi sulla base dei quali il cittadino fa le sue valutazioni ed esprime il proprio giudizio.

Gli aspetti finanziari del problema non possono, quindi, essere disgiunti dalle consi-

derazioni che facevo prima. Vi sono già stati tagli alla spesa sanitaria ed abbiamo valutato positivamente talune novità che sono state introdotte in relazione alla contabilità, ai controlli ed al risanamento dei debiti pregressi del settore.

È necessario inoltre procedere all'attuazione di un servizio informativo e cercare in ogni modo di farlo funzionare. Non si può, infatti, pensare di risolvere, almeno in parte, i problemi del settore in assenza di un servizio informativo di «andata e ritorno» (e non di sola «andata»), nell'ambito del quale sarà di fondamentale importanza l'apporto delle varie formazioni sociali, soprattutto per quanto riguarda le questioni relative alla domanda di prestazioni.

Se non si attuerà un servizio informativo, ci si fermerà sempre ai «grandi numeri». Lo Stato continuerà a fornire i suoi dati, mentre le Regioni e le USL ne forniranno altri; per non parlare, poi, degli istituti di ricerca, come il Censis, che lavorano sui dati dell'Istat, al punto che chiunque si trovi, oggi, a consultare le statistiche sul Servizio sanitario nazionale riesce difficilmente a capire quali siano i dati a cui fare riferimento.

Un valido apporto alla realizzazione di un servizio informativo potrebbe essere dato dall'introduzione dell'informatica nel Servizio sanitario. Si potrebbe, ad esempio, pensare ad un servizio unico centralizzato che comprendesse cinque o sei unità sanitarie locali della stessa zona; attraverso tale sistema, il cittadino potrebbe essere adeguatamente informato sulla disponibilità degli ambulatori presso i quali potrebbe recarsi per determinate prestazioni mediche. Tutto ciò, a nostro avviso, contribuirebbe non poco a far funzionare meglio il Servizio sanitario nazionale.

Come rappresentanti dei lavoratori, siamo interessati al pieno funzionamento del Servizio sanitario nazionale e riteniamo necessario privilegiare il servizio pubblico rispetto a quello privato. I due terzi della spesa sanitaria sono, infatti, finanziati dai contributi; dei 34.000 miliardi previsti per l'anno in corso, 27.000 provengono dalla contribuzione (23.000 dal solo lavoro dipendente), mentre i rimanenti 7.000 miliardi provengono dal get-

tito delle imposte. È da rilevare, in proposito, che i lavoratori dipendenti sono, oltretutto, i più colpiti dal fisco.

La legge n. 833 del 1978 prevedeva, tra l'altro, il finanziamento del Servizio sanitario nazionale attraverso la fiscalizzazione degli oneri sociali. Se si vuole risolvere il problema, bisogna affrontare subito la questione della perequazione tra le aliquote contributive dei lavoratori dipendenti (si è provveduto, infatti, a livellare le prestazioni, ma non le aliquote contributive) e tra quelle dei lavoratori dipendenti e quelle dei lavoratori autonomi.

È vero che la legge finanziaria ha introdotto una seppur minima forma di perequazione; tuttavia, l'obiettivo è ancora lontano. Basterebbe, comunque, procedere in questa direzione per cominciare a risolvere alcuni dei problemi finanziari che incontra il Servizio sanitario senza dover ricorrere alla ingiusta eliminazione dell'assistenza farmaceutica gratuita. Teniamo conto, inoltre, del fatto che il cittadino non giudica positivamente il Servizio sanitario nazionale perchè esso gli dà poco come qualità di prestazioni.

Inoltre, e non so se mi sono dilungato troppo, passando a concludere questo intervento, voglio ribadire che non si è fatto niente per la prevenzione. Nel disegno di legge sulla pianificazione sanitaria si introduce il concetto dell'assistenza indiretta; sono state eliminate completamente le prestazioni integrative dal Servizio sanitario nazionale. Queste non esistono più, tranne qualche prestazione che è rimasta agli invalidi o quelle che vengono concesse ai minori di diciotto anni. Esse riguardano però cifre irrisorie, tanto che per esse non vale la pena di fare la richiesta: 3.000 lire a dente se se ne tolgono cinque, 43.000 lire per l'apparecchio acustico, per le lenti o per gli occhiali dalle 750 alle 3.500 lire a seconda della gradazione. Si tratta dei tariffari del 1977 predisposti dall'ex INAM. Non intendo fare un discorso populistico, per concedere le prestazioni integrative a tutti. Però se un cittadino è costretto per tutta la vita a portare gli occhiali, bisogna riconoscere che si tratta di una prestazione ben più importante di quella relativa alla erogazione di un qualsiasi farmaco.

12^a COMMISSIONE

20° RESOCONTO STEN (27 marzo 1984)

Si rende necessaria certamente una selezione, ma occorre rivedere il discorso delle prestazioni integrative.

Ancora ci preoccupa molto la mancata realizzazione dei servizi sociali sul territorio.

Un ultimo aspetto riguarda infine l'organizzazione del servizio e la responsabilità di chi opera nel settore sanitario. Chi opera nel Servizio sanitario nazionale va responsabilizzato ed anche professionalizzato. Occorre tener presente l'applicazione del contratto di lavoro, gli incentivi di produttività, la politica del personale e dell'organizzazione del lavoro. Vorrei fare un esempio: cinque mesi fa mi sono recato in una unità sanitaria di Roma e lì mi hanno detto che il personale, per le presenze giornaliere ha ancora a disposizione tre elenchi che riguardano rispettivamente gli *ex* dipendenti ospedalieri, gli *ex* dipendenti degli enti mutualistici e i dipendenti degli enti locali. Un servizio non può funzionare così, come non si può pretendere il pagamento del *ticket* e mandare l'assistito a pagarlo all'ufficio postale. Su tali aspetti, contrattuali, organizzativi, di funzionalità, il sindacato potrebbe sicuramente dare un contributo.

Mi riservo, signor Presidente, di intervenire successivamente nel dibattito.

PRESIDENTE. Lei ha esposto con chiarezza e buon senso determinati problemi. Questo fa ben sperare per l'avvenire della politica del sindacato.

MARTINELLI. Ci troviamo di fronte ad identità di vedute su molti problemi in quanto questi a suo tempo sono stati ampiamente trattati in sede di Federazione unitaria, anche se vi possono essere sfumature diverse che sarà compito della Commissione individuare.

Vorrei confermare la considerazione positiva per questo incontro in quanto riteniamo che questa audizione, questa acquisizione di dati, l'esposizione di così vasta gamma di punti di vista, possano consentire al Senato di affrontare con maggiore cognizione di causa i provvedimenti legislativi che dovranno essere esaminati. Infatti, nelle dichiarazioni programmatiche del Presidente del Consiglio e nelle successive comunicazioni

del ministro Degan vi è il proposito di sottoporre al Parlamento una serie di provvedimenti in materia sanitaria. È opportuno dir questo anche per sgombrare il campo da accuse che da più parti vengono mosse al Servizio sanitario nazionale, che non sempre sono motivate e che spesso non consentono, anche in sedi qualificate, di esprimere giudizi equilibrati sullo stato di attuazione della legge di riforma, di stabilire in modo preciso le effettive responsabilità ai diversi livelli istituzionali, di evidenziare le reali cause delle disfunzioni esistenti e di formulare idonei rimedi da porre in atto.

Uno degli aspetti su cui si afferma maggiormente questa esigenza è quello finanziario in quanto le difficoltà che si riscontrano nel nostro sistema economico hanno fatto prevalere spesso un dibattito politico sul sistema sanitario centrato più sugli aspetti finanziari e sulla ricerca di soluzioni che consentano una sensibile riduzione delle spese, mediante il ricorso a quote di partecipazione degli utenti del servizio e ad una contrazione del livello delle prestazioni, che sui problemi di natura sanitaria nel complesso.

In merito all'aspetto finanziario non resta che confermare quanto si evince dalle indagini sino ad ora svolte circa l'entità della spesa sanitaria. Ho letto nei resoconti delle precedenti sedute della Commissione che è stato affermato da parte di esperti qualificati che la spesa sanitaria risulta inferiore a quella degli altri paesi europei; sia come spesa totale che con riferimento alle sole spese per prestazioni sanitarie, la quota di risorse del PIL destinata all'assistenza sanitaria dal 1975 ad oggi è rimasta invariata o ha subito lievi incrementi. Se si tiene conto che con la stessa quantità di risorse dal 1980 in poi si è provveduto ad erogare le prestazioni a circa tre milioni e mezzo di cittadini che in precedenza erano a carico dell'assistenza pubblica (i cui oneri non gravavano in bilancio sulla spesa della sanità) o che non beneficiavano di alcuna assistenza, e ad altri milioni di cittadini (lavoratori autonomi, professionisti e loro familiari) che godevano solo di trattamenti parziali, si può affermare che espressa in valori *pro capite*, a parità di trattamenti assistenziali, la spesa sanitaria in Italia in

questi ultimi anni è andata diminuendo e che, comunque, la spesa sanitaria globale rispetto al 1975 è cresciuta meno del resto della spesa pubblica. Non è esatto, quindi, affermare che la spesa sanitaria è in costante aumento, che risulta incontenibile e che rappresenta una delle cause determinanti la difficile situazione economica del paese.

La verità è invece che la mancanza negli anni passati, come è stato richiamato nei precedenti interventi, di una programmazione nel settore a livello nazionale e regionale e che la prassi seguita dal Ministero del tesoro di fissare l'entità del Fondo sanitario nazionale in misura inferiore alle reali necessità ha provocato una situazione di *deficit* cronico che, anche in conseguenza dei tassi di interesse passivi che hanno gravato sui conseguenti indebitamenti, ha portato ad una pesante ed insostenibile situazione finanziaria.

Solo recentemente si è registrata una inversione di tendenza: l'assegnazione di una quota che non è lontana dalle reali esigenze prospettate dalle Regioni; l'avvio del superamento della «spesa storica» come criterio di ripartizione del Fondo sanitario e della perdurante divaricazione tra le spese di cassa e quelle di competenza; la copertura del *deficit* pregresso e la predeterminazione degli stanziamenti del Fondo sanitario nazionale, in modo da consentire alle Regioni e alle USL di predisporre la propria attività su dati certi e senza il peso di debiti accumulati. Sono fattori positivi che dobbiamo senz'altro riconoscere.

Per quanto riguarda il versante delle entrate, in attesa della fiscalizzazione dei contributi — argomento che bisognerà pur affrontare — si è provveduto sino ad ora alla sola unificazione delle aliquote dei contributi di malattia dei lavoratori dipendenti del settore privato, mentre sono rimaste immutate quelle che gravano sui dipendenti pubblici che risultano inspiegabilmente in massima parte con aliquote superiori e comunque difformi da settore a settore; ma vi è da registrare, in termini assolutamente negativi, che risultano privilegiati, anche se in misura minore che in passato, i lavoratori autonomi e i liberi professionisti, non solo per l'entità

del contributo fissato, ma perchè i contributi percentuali vengono calcolati su redditi dichiarati che risultano notevolmente inferiori a quelli reali. Si pone in termini perentori, a nostro giudizio, l'esigenza di procedere ad un esame complessivo del problema delle entrate in un'ottica di perequazione contributiva a parità di livello delle prestazioni, quale discende dalla situazione del Servizio sanitario nazionale.

Per concludere l'argomento riguardante gli aspetti finanziari si può affermare che il problema non è, a nostro giudizio, di pervenire ad una indiscriminata riduzione della spesa sanitaria ma di come realizzare un corretto rapporto tra gli impegni di spesa ed i risultati da conseguire in termini di efficienza del Servizio sanitario nazionale e di far gravare in termini equitativi sulla collettività la spesa del Servizio medesimo.

Per quanto attiene agli aspetti istituzionali, noi riteniamo che per poter realizzare una corretta gestione della spesa sanitaria occorre procedere innanzitutto ad un attento e dettagliato esame — cosa che sta facendo questa Commissione e noi gliene diamo atto — delle norme contenute nella legge n. 833 e nei successivi provvedimenti legislativi. Dall'esame organico delle disposizioni si evidenzia in modo sufficientemente chiaro ciò che non è stato attuato, le norme che sono state disattese o male applicate e quelle che, all'atto pratico, si sono dimostrate di difficile applicazione. In alcuni casi dovrebbe essere sufficiente impartire disposizioni da parte dell'Esecutivo alle strutture del Servizio sanitario nazionale per la puntuale attuazione delle norme esistenti; in altri casi sarà necessario apportare modifiche, integrative o correttive, ad alcuni punti che si sono dimostrati lacunosi della legge n. 833. Alcune norme attuative e di razionalizzazione sono state emanate con la legge n. 638 del 1983; alcune sono contenute nella legge finanziaria per il 1984, come la definizione dei capitolati generali per la fornitura di beni e servizi alle USL e di capitolati speciali e come i controlli sui comportamenti prescrittivi dei medici. Altre norme, alcune delle quali stralciate dal disegno di legge finanziaria, dovrebbero essere emanate in tempi relativamente brevi,

con l'adozione per il dibattito parlamentare della cosiddetta «corsia preferenziale».

Il Governo ha presentato in questi giorni una proposta di provvedimento legislativo riguardante «disposizioni per la pianificazione sanitaria regionale e livelli di assistenza sanitaria». Si tratta di una proposta che nella sua sinteticità contiene alcuni elementi essenziali per la redazione dei piani sanitari delle Regioni che con molta probabilità ha necessità, a nostro giudizio, di essere integrata con atti di indirizzo e di coordinamento del Ministero della sanità, su parere del Consiglio sanitario nazionale. Nel testo presentato all'esame del Parlamento mancano però alcune indicazioni per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale — che esistevano in una precedente stesura del provvedimento — con alcuni vincoli di destinazione che a nostro giudizio sono quanto mai opportuni per la realizzazione di un piano sanitario in sintonia con alcuni obiettivi della legge n. 833 che devono, a nostro parere, restare prioritari. Riteniamo anche che sarebbe utile il ripristino nel provvedimento dei parametri tendenziali di riferimento per l'organizzazione dei servizi delle USL e per la erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria. Resta comunque essenziale la rapida approvazione di questo provvedimento che rappresenta un primo segnale positivo sulla politica della programmazione sanitaria.

Per quanto riguarda alcune modifiche alla legge n. 833 non mi risulta che vi siano preclusioni nè da parte delle maggiori forze politiche, nè di quelle sociali; è certo questo un aspetto che richiede una particolare attenzione in quanto le modifiche devono scaturire da un'ottica di miglioramento della legislazione vigente e non certo di stravolgimento. Nel mentre sembra opportuno confermare la scelta del decentramento istituzionale dell'assistenza sanitaria, che potrà trovare una migliore e più puntuale collocazione nel quadro della riforma delle autonomie locali e dell'assistenza; alcune riflessioni vanno però fatte sia per quanto riguarda l'eccessivo carico di compiti trasferiti all'ente locale, che sovente si manifesta inidoneo a gestire materie che riguardano ambiti territoriali più vasti, sia per quanto attiene l'esi-

genza di trovare idonei strumenti per l'adozione di gestioni manageriali in alcuni particolari settori quali, ad esempio, quelli delle attività rivolte all'igiene ambientale ed alla sicurezza degli impianti industriali, nonché ai presidi ospedalieri di interesse metropolitano e di rilevanza nazionale o interregionale.

Sul dibattito tema della figura giuridica che dovrebbero assumere le USL, nonché sulla organizzazione amministrativa e gestionale dei servizi, varie soluzioni vengono da più parti prospettate; in ciascuna di esse è possibile individuare pregi e difetti che vanno senz'altro approfonditi. Non vi è dubbio però che occorre partire dal presupposto che la USL deve essere un ente strumentale che eroga servizi e non un ente di governo; occorre ridimensionare i fenomeni di eccessivo assemblearismo nella direzione politica e nelle scelte operative degli organi di gestione, occorre esaltare la professionalità e le competenze, individuando precise responsabilità ai diversi livelli gestionali. Alcune competenze relative alla programmazione annuale e specifiche dell'attività gestionale potrebbero essere svolte, ad esempio, anziché dall'assemblea, più opportunamente dal comitato di gestione, mentre competenze su atti predeterminati potrebbero essere assegnate all'ufficio di direzione che dovrebbe però mantenere una sua collegialità, pur prevedendo momenti di coordinamento generale nelle attività sanitarie e amministrative.

Nel momento in cui si affrontano gli aspetti istituzionali del Servizio sanitario nazionale non si può non richiamare l'esigenza di provvedere con tempestività al riordinamento del Ministero della sanità, che in questo senso il Governo sta predisponendo con un proprio disegno di legge. Il Ministero della sanità, allo stato attuale, non è in grado di svolgere un ruolo propulsivo e di orientamento del processo di riforma; occorre trasformarlo da struttura di intervento a Ministero di coordinamento, programmazione e controllo. In questa ottica occorre rivedere, sulla base dell'esperienza acquisita in questi anni, il ruolo e la composizione del Consiglio sanitario nazionale che solo in parte ha as-

solo i compiti che la legge n. 833 gli ha affidato ed ha risposto alle esigenze di una corretta politica sanitaria.

Da ultimo riteniamo che in una fase di approfondimento dello stato di attuazione della riforma sanitaria non si possa sottacere lo scarso interesse che è stato dedicato all'intero settore della prevenzione, sia per quanto riguarda le attività a livello di territorio, che per quanto attiene a quelle dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro che, con il decreto del Presidente della Repubblica n. 619 del 1980 e con successivi provvedimenti legislativi non è stato posto in grado di svolgere in modo adeguato anche i compiti di ricerca, di studio, di elaborazioni tecniche per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e le attività relative all'omologazione di macchine, di impianti, e di mezzi personali di protezione.

Su questo punto penso che sia necessario un momento di attenta riflessione per quelle modifiche di natura istituzionale che riteniamo opportune onde consentire allo strumento del Servizio sanitario nazionale di adempiere ai propri compiti.

Concludo il mio breve intervento, lasciando al collega Leonardi la parte riguardante i problemi del personale, affinché siano trattati in modo più puntuale, non avendo io una competenza specifica.

LEONARDI. Vado subito al concreto, facendo un'analisi per punti, per capitoli e per problemi sulle questioni che il mio collega ha tralasciato rinviandole a me. L'analisi che intendo fare si riferisce a qualche problema sanitario di ordine organizzativo, funzionale ed anche a qualche residuo problema istituzionale. Nelle anomalie che elencherò vi è implicitamente la proposta di rimedi, per non trattare solamente in negativo gli argomenti.

Per quanto riguarda il personale, le anomalie di oggi si rintracciano in vari punti. Il contratto di lavoro a tutt'oggi è quasi totalmente inapplicato. Rinvio ai discorsi precedenti per ciò che concerne il peso ed il valore del personale nella riforma sanitaria. Vi sono interpretazioni difficili del contratto e vi è anche una difficile gestione. Si è ovvia-

to alle difficoltà molto tardivamente, con una circolare interpretativa che ha, però, rimesso in discussione accordi già presi, creando ulteriori squilibri e scompigli. La circolare interpretativa, proveniente dal Ministero per la funzione pubblica, è stata peraltro interpretata unilateralmente dal Ministero stesso, disattendendo gli impegni che aveva a suo tempo preso il Ministro della sanità, onorevole Altissimo, il quale aveva promesso che, trattandosi della interpretazione di un contratto fra parti, le parti stesse avrebbero provveduto ad una interpretazione in reciproco accordo. Certamente quello che si pone non è solo problema dell'Esecutivo, ma è anche problema del Parlamento, in quanto si tratta di un contratto inapplicato che sta deteriorando ulteriormente il clima nelle USL. Tutti sappiamo che senza il consenso sociale è difficile far decollare la riforma o la riforma della riforma. Al consenso sociale deve, soprattutto, dare forza un personale dipendente delle USL che non si veda del tutto frustrato, come lo è ancora adesso a contratto già fatto, ma inapplicato.

Per le piante organiche provvisorie vi sono termini certamente non perentori, ma che risalgono al 1982; oggi siamo già al 1984, senza che molte Regioni abbiano ottemperato. Le piante organiche provvisorie stanno a significare un momento di razionalizzazione, un punto fermo, un riferimento sicuro, ma non sono state adottate.

Vi è poi il disegno di legge sui precari, il cui iter deve necessariamente essere accelerato, prevedendo a tal proposito un'audizione dei sindacati; a tale disegno di legge è infatti opportuno apportare, senz'altro, alcune correzioni. Si chiede, inoltre, l'attivazione immediata dei concorsi, perchè è impossibile procedere ad una ulteriore assunzione di precari ed è impossibile procedere con avvisi pubblici. La storia ha dimostrato che i concorsi, dove si son voluti fare, si son potuti fare e non si vede perchè, nel momento in cui vi è una regolamentazione, col decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982, non si possa più fare un concorso su tutto il territorio nazionale.

Ci è stata concessa la possibilità di proporre modifiche al decreto del Presidente della

Repubblica n. 761 del 1979: di dette modifiche si sta trattando con il sottosegretario Romei. Vogliamo che si concretizzi l'opera iniziata e che si proceda sulla strada delle modifiche al summenzionato decreto, in molte parti risultante in conflitto con i principi della riforma sanitaria e in molte altre parti risultante arretrato anche rispetto all'ordinamento degli impiegati civili dello Stato risalente al 1957: tutto ciò con danni alla funzionalità degli enti e con frustrazione degli operatori. Vogliamo, dunque, e lo ripetiamo, un'accelerazione e una concretizzazione della discussione iniziata presso il Ministero della sanità sulla revisione del decreto del Presidente della Repubblica n. 761.

Quanto sopra rientra in un'iniziativa che non è soltanto del sindacato. L'iniziativa è sì avviata dal sindacato, ma in sintonia con molti disegni di legge già presentati alla Camera e al Senato, i quali chiedono la revisione del decreto n. 761 e delle tabelle allegate, secondo il giusto concetto che si deve cambiare tutto ciò che è necessario cambiare. Da parte nostra cercheremo di fare una sintesi dei diversi disegni di legge per presentare una proposta organica di revisione. La modifica del decreto n. 761 porta anche la conseguente richiesta di modifica dei profili professionali o meglio dell'emendamento decreto sui profili professionali e del decreto sulla normativa concorsuale.

Tratterò brevissimamente della questione della gestione delle USL, sulla quale è già stato detto molto. Non si deve chiedere ai sindacati, nè a nessun altro, come sia proceduta e stia procedendo la gestione delle USL. Basta raccogliere elementi da tutta la sagistica emersa in questi ultimi tempi, basta raccogliere tutti gli elementi giornalistici e alcuni elementi venuti fuori da indagini giudiziarie e basta raccogliere gli elementi di tutte le indagini contabili che sono state effettuate: viene fuori un quadro che, quanto meno, può dirsi incredibile. A questo quadro devono essere apportate tutte le correzioni necessarie. Il 21 dicembre 1982, il nostro segretario generale del settore della sanità, Fiordaliso, inviò una lettera al dottor Paderini, al ministro Altissimo e al Presidente della 12^a Commissione del Senato, chiedendo che

venisse integrata con la sua nota la relazione della Commissione di indagine sulla spesa a cui avevano anche partecipato i sindacati. Ebbene, tutto ciò che fu denunciato in quella lettera è stato ripreso in una recente indagine del Ministero del tesoro, pubblicata anche su «Il Sole-24 Ore»: in essa viene denunciata una serie infinita di illegittimità e di illiceità. In quella lettera, Fiordaliso affermava fra l'altro e molto sinteticamente che attraverso gravi anomalie gestionali e gravi violazioni di legge si era pervenuti all'esistenza di ben 37.776 precari. Dobbiamo prendere atto...

RANALLI. Il rappresentante della CGIL, signor Cavicchi, ha parlato di 70.000 precari. Qual è la cifra esatta? Ci vuole precisione.

LEONARDI. Preciso che sto parlando di una lettera inviata il 31 dicembre del 1982. Allora i precari risultavano essere 37.776, stando alle statistiche di un certo credito.

Il problema dei precari era accennato nel senso anche di chiedere quale norma avesse potuto consentire — ad organici bloccati — di assumere del personale, tra l'altro senza la previsione di un piano e dei relativi posti liberi in organico. In quella lettera si diceva — al contrario di quanto sostiene il collega Cavicchi — che tra i precari v'era molto personale amministrativo e molto personale operaio e che al limite si sarebbe soprasseduto al reclamo solo se si fosse trattato di personale medico o paramedico. Si diceva pure che vi è un ricorso indiscriminato ad appalti anche quando le USL hanno personale operaio sovrabbondante, che si sta abusando del lavoro straordinario, che in qualche sede si stanno sfondando i «tetti» relativi alle compartecipazioni mediche, che esiste nelle USL un disordine organizzativo al quale non si pone rimedio con la nuova organizzazione dipartimentale prevista dalla riforma. Era questo il contenuto della lettera; rimane però ancora insoluto l'ultimo problema che riguarda il controllo delle USL. C'è qualcuno, come il professor Pastori, il cui progetto è già stato ampiamente contestato dai miei colleghi, che propone controlli meno estesi. Direi che in una situazione di questo genere sono necessari controlli più

12^a COMMISSIONE

20° RESOCONTO STEN. (27 marzo 1984)

precisi, più rigidi e più estesi. I controlli devono essere di legalità e di economia, dove economia vuol dire anche controllo di efficienza. È anche necessario che i controlli non si sovrappongano, non si elidano e siano invece coordinati. Sta infatti succedendo che il controllo dei comitati regionali di controllo è in contrapposizione con quello dei revisori dei conti e con quello della Corte dei conti. È necessario trovare un *modus operandi* affinché dai controlli dei diversi controllori non venga fuori un prodotto legittimo da una parte, illegittimo dall'altra o illecito da un'altra parte ancora. Mi sembra di avere, insieme al mio collega, esaurientemente esposto la nostra posizione sul problema.

PRESIDENTE. Ringrazio sia lei che il dottor Martinelli per l'ampia ricognizione del punto di vista della UIL. Passiamo ora alle domande dei senatori.

RANALLI. Desidero in primo luogo ringraziare i dirigenti sindacali per le relazioni svolte, per le informazioni e le valutazioni che hanno espresso sullo stato di attuazione della riforma sanitaria e anche per le proposte che emergono sulla base di un'esperienza che è sicuramente tra le più ricche; abbiamo oggi di fronte come interlocutori coloro che dirigono gran parte del mondo organizzato nell'ambito della sanità e quindi dobbiamo considerare con grande attenzione il punto di vista delle tre confederazioni.

Nelle domande che farò non mi soffermerò su aspetti di ordine più generale, che mi pare tra l'altro trovino concordanti le tre confederazioni, dato che ritengo positivo. Vorrei in primo luogo chiedere ai rappresentanti sindacali di essere più precisi su un punto per il quale le organizzazioni sindacali vengono da altri caricate di ambiguità ed equivocità: mi riferisco al capitolo sulla spesa farmaceutica ed ai conseguenti provvedimenti del Governo. Cavicchi, parlando del taglio di 4.000 miliardi, affermava di non dividerlo; vorrei sapere se esiste sulla questione, non tanto in linea teorica, quanto in linea di fatto, una posizione di politica sindacale di netta contrarietà all'imposizione del *ticket*, attraverso quali documenti ciò si

possa desumere in modo chiaro e preciso, e perchè nella fase attuale così difficile il dibattito si è incentrato sull'articolo 3 del decreto-legge n. 10 del 1984 e si sente assai meno parlare dell'articolo 4 dello stesso decreto che, sconvolgendo il prontuario terapeutico nazionale, determina un prelievo dai cittadini di circa 2.600 miliardi per perequare ciò che è stato tolto dal Fondo sanitario nazionale. La riduzione a 4.000 miliardi della spesa farmaceutica non significa un consumo di farmaci miracolosamente contenuto in 4.000 miliardi, ma vuol dire che la differenza mancante verrà in larga misura fatta pagare ai cittadini e soprattutto ai lavoratori dipendenti e ai pensionati. Sulla questione dei farmaci chiedo una esposizione più precisa e chiara, in modo che risultino chiarite anche le posizioni delle tre confederazioni, uniformi o difformi che siano.

Seconda domanda. Martinelli ha fatto riferimento all'ISPESL in relazione a questioni quali l'igiene e la sicurezza, su cui i sindacati hanno storicamente svolto una funzione di grandissimo rilievo. Rispetto a questo punto vi proponete obiettivi di sollecitazioni e di promozione? Come è possibile superare il grosso ritardo che vi è stato nella attribuzione delle competenze *ex* ENPI ed *ex* ANCC alle Regioni e alle USL? Il decreto che determina l'ordinamento dell'ISPESL in cinque dipartimenti è del febbraio scorso: tutto ciò è stato discusso con le organizzazioni sindacali, siete coinvolti nelle determinazioni delle politiche che riguardano il funzionamento, la vita e i progetti dell'ISPESL? Tra questi cinque dipartimenti, ci sono igiene del lavoro, medicina del lavoro, omologazione; credo che vi sia anche un dipartimento che riguarda proprio l'impiantistica, ossia l'organizzazione del sistema produttivo, le tecnologie della sicurezza. Questi problemi sono attinenti ed afferenti alla natura del sindacato. Come si evolve questo rapporto tra ISPESL e organizzazioni sindacali? In questa sede i dirigenti dell'ISPESL ci hanno esposto le difficoltà dell'Istituto in maniera critica; vorrei sapere anche la vostra opinione in proposito.

Un'ultima domanda riguarda il personale. Ho sentito dire che vi è un grosso ritardo

nell'applicazione del contratto unico e soprattutto nelle parti innovative di questo. Vi è, giustamente, l'esigenza di rivedere i profili professionali, quindi di rivedere, almeno in parte, il decreto n. 761: su questo obiettivo siamo largamente convinti tutti. Le confederazioni confermano la loro contrarietà al ruolo del medico e, quindi, ad una eventuale separazione dei medici dal contratto? Inoltre, che ne pensate dello scorporo della dirigenza dal contratto unico del personale sanitario? Vi chiedo questo perchè da parte di molti si afferma che non si potranno mai avere nell'azienda-sanità dei veri dirigenti se non attraverso contratti a termine. Mediante questo sistema infatti si può valutare la capacità degli stessi ed eventualmente sostituirli. Tale metodo, basato sulla meritocrazia, viene sollecitato come l'unico in grado di pagare in maniera giusta l'alta professionalità, ed avere alla testa delle USL persone che si sentano, per effetto del contratto a termine, stimolate e, se del caso, anche rimosse dall'incarico. Voi cosa ne pensate di un'ipotesi di questo genere?

JERVOLINO RUSSO. Desidero fare una breve premessa e porre quattro domande. Per quanto riguarda la premessa devo dire che quando questa Commissione ha deciso di svolgere questa indagine sull'attuazione della legge n. 833, indubbiamente si è posta di fronte due compiti ben precisi. Il primo è quello di verificare, sulla base della funzione di controllo politico che riveste il Parlamento, il metodo e il grado di attuazione del quadro normativo stabilito con tale legge e sue successive integrazioni. Tale impegno, collegato al potere istituzionale di questa Commissione in quanto dotata di poteri legislativi, è stato assunto per stabilire se, sul piano istituzionale, il meccanismo, così come è stato disegnato, è rispondente alle esigenze dell'utenza o se, a cinque, sei o sette anni dall'entrata in vigore della legge, sia necessario rivederne qualche punto.

Fatta questa premessa, passo alle domande che saranno più strettamente riferite alle possibili modifiche di carattere istituzionale prescindendo da tutte le eventuali considerazioni che sono state fatte attinenti alla politi-

ca sanitaria, anche se alcune di esse, come la integrazione del sociale col sanitario e la necessità di approvare il Piano sanitario nazionale, sono delle considerazioni ben presenti alla attenzione di questa Commissione.

Nelle parole del rappresentante della CGIL ho colto un punto che riveste estremo interesse e che, secondo me, dovrebbe essere maggiormente approfondito. È vero che esiste la difficoltà non solo di portare avanti, ma eventualmente anche di perfezionare il disegno della legge n. 833, però è anche vero che, perchè questo avvenga, sono necessari due referenti essenziali: la legge sulle autonomie locali e la legge di riforma dei servizi sociali. Lei, signor Cavicchi, ha affermato — e secondo me giustamente — che la centralità del Comune deve essere non soltanto proclamata a livello di principio, ma anche realizzata. Sulla possibilità di realizzare questo lei ha portato due esempi: la gestione di risorse economiche da parte del Comune ed una certa corresponsabilizzazione dello stesso nel governo del personale. Quest'ultimo aspetto, in particolare, a me sembra molto importante, per cui desidero maggiormente approfondirlo; infatti, in quali termini si può concepire la centralità del Comune, per quanto riguarda il governo del personale, nei casi in cui una USL abbracci più Comuni?

La mia seconda domanda vuol far riferimento ad una sottolineatura che è stata fatta sia dal rappresentante della CISL, sia dal primo dei due rappresentanti della UIL. Infatti, è stato detto che sarebbe necessario procurare una testa alla riforma sanitaria. Secondo il rappresentante della CISL questa testa potrebbe identificarsi con il Ministero della sanità e in particolare con il Consiglio sanitario nazionale. Questa ipotesi è già stata fatta, ossia si è detto di affidare al Ministero le competenze indicate nella legge n. 833. D'altra parte questo è un problema generale che investe un po' tutti i ministeri che, da quando hanno avuto il trasferimento di alcune competenze di gestione attiva nelle Regioni, si sono dovuti trasformare da organismi di governo in organismi di indirizzo e coordinamento. Per quanto riguarda poi il Consiglio sanitario nazionale l'indicazione è stata meno precisa in quanto è stata sottoli-

neata solo la necessità di rivederne la composizione ed il ruolo. Quindi, proprio per quella precisione che deve caratterizzare il nostro lavoro, quali rappresentanti della Commissione sanità, se intendiamo uscire dall'ambito delle sole proclamazioni politiche giungendo ad incidere in concreto sulle istituzioni, desidero chiedervi in che termini si intende rivedere la composizione del Consiglio sanitario nazionale.

Le ultime due domande vorrei porle al rappresentante della UIL in relazione ai problemi del personale. La prima riguarda la revisione del decreto del Presidente della Repubblica n. 761. Giustamente è stato fatto riferimento a questo problema come ad un problema antico; noi, infatti, già nella VIII legislatura — e lo sanno bene i colleghi della Commissione pubblica istruzione — ci siamo impegnati su questo punto, ma con scarsa fortuna. Ciò per due ordini di fattori: un impegno non molto entusiasta da parte del Governo e la difficoltà di definire, in concreto, quegli aspetti del decreto n. 761 che andavano riformati e modificati. Ora, onde evitare che si verifichi la stessa situazione anche nella IX legislatura vorrei avere qualche indicazione più precisa per giungere a cogliere i nodi essenziali del decreto n. 761.

Un'ultima domanda vorrei fare per quanto riguarda il controllo delle USL; noi di questo tema abbiamo parlato altre volte, anche quando sono venuti qui i rappresentanti della Corte dei conti e la mia domanda si articola su due livelli. Il primo è che ad un certo punto dobbiamo stare attenti a coniugare la serietà e l'incisività del controllo con la salvaguardia dell'autonomia delle USL; quindi, a che punto deve arrivare una revisione del controllo, a vostro parere, senza intaccare un principio che finirebbe con l'inficiare la riforma sanitaria, perchè se la USL diventa semplicemente il terminale di eterodecisioni, a questo punto penso che perda di valore la filosofia dell'impianto istituzionale della legge n. 833? Il secondo è che vorrei sapere qualcosa di più su quel coordinamento dei controlli al quale lei, signor Leonardi, ha fatto riferimento da ultimo.

MERIGGI. Vi ringrazio, per quanto ci avete detto oggi. Desidero porre due brevissime

domande sui farmaci; la prima l'ha già fatta il senatore Ranalli e quindi evito di ripeterla, ma ne farei una seconda, partendo da un convegno fatto dalla Farminindustria, che senz'altro conoscerete, dove, molto sinteticamente, sono state proposte due strategie per questo settore. La prima dovrebbe essere quella di puntare esclusivamente sul mercato «interno» e quindi renderci concorrenti con le multinazionali che operano in questo settore, il che significa puntare molto sulla ricerca, con conseguente aumento dei prezzi.

Una seconda strategia dovrebbe essere quella di puntare sui paesi in via di sviluppo e con questa, stando almeno agli studi fatti, vi sarebbe la possibilità di un ampio sviluppo del settore e anche di un aumento dell'occupazione (addirittura 30.000 occupati in più nel settore); senza voler fare opere di imperialismo di bassa lega, ma rispettando i programmi di quei paesi, si ritiene che vi sia questa ampia possibilità di sviluppo nel settore. Ambedue le strategie hanno dei *pro* e dei *contro*. Il sindacato, di fronte a queste proposte, ha una sua linea oppure sta tentando di elaborarla?

Un'altra considerazione, più che una domanda, è la seguente: anche oggi è emerso un problema che secondo me è sempre stato affrontato in modo confuso e che ha sempre avuto alla base un equivoco di fondo; mi riferisco alla grossa questione della partecipazione. Per quanto ne so io, le Regioni, un po' tutte, quando hanno disegnato i confini delle USL lo hanno fatto avendo alla base quell'equivoco di fondo che consiste nell'aver disegnato tali confini pensando ai distretti di base; quindi ogni consigliere regionale, ogni Regione ha mirato a fare delle USL piccole, pensando di portare più vicino alla gente i servizi e gli uffici. Così facendo, sono incorsi in quell'errore, grave secondo me, che doveva invece essere evitato affrontando il discorso in modo completamente opposto: USL grosse, perchè i livelli funzionali fra USL e distretti sono totalmente diversi; quindi USL grosse perchè lì si deve fare il governo della politica sanitaria, la programmazione, e quindi dev'essere un livello politico organizzativo, mentre invece la partecipazione, il contatto con la gente, dovrebbe avvenire a livello di distretto di base e non a livello di

USL. Si è confusa cioè l'USL col distretto, con una serie di errori incredibili (la Lombardia non ne è esente); magari ci sono USL di 30.000 abitanti senza un ospedale, oppure ci sono state impostazioni più corrette (parlo della mia zona) con una USL di 150.000 abitanti (secondo me ottimale) dove però chi la gestisce ha pensato addirittura — ma poi non ce l'ha fatta per fortuna — di portare tutti gli uffici a Voghera, nel centro capozona della USL, come se l'abitante dell'ultimo dei paesi dovesse andare sempre nel Comune capozona per avere qualsiasi servizio da parte della USL. A mio giudizio la soluzione della partecipazione, o comunque dei servizi efficienti, dovrebbe essere fatta a livello di distretto di base, che dovrebbe aggirarsi intorno ai 10-15.000 abitanti creando, quindi, a quel livello, anche la partecipazione; diversamente, diventa una cosa impossibile. Io credo che se non si corregge il tiro e se non c'è un indirizzo diverso e, fra l'altro, se non si realizza veramente il distretto di base, non si riesce, probabilmente, a rimediare anche questo discorso della partecipazione, dove al di là della partecipazione stessa, che deve avere come base l'informazione, ci deve essere l'organizzazione della medicina di base dove forse si riesce a realizzare la sintesi fra i due momenti che dicevo prima.

Su questo discorso magari un po' confuso, ma credo di essere stato capito ugualmente, il sindacato ha proposte, ha livelli organizzativi da avanzare, ha elaborato qualcosa anche per quanto riguarda la distribuzione del personale, oppure anche voi incontrate delle difficoltà? Perché dirlo a parole è semplice, ma al momento in cui si deve spostare un mare di gente, al momento in cui si deve riorganizzare e quindi muovere i dipendenti, può darsi che ci siano reazioni. Più che una domanda la mia è una considerazione, ma voi, su questo terreno, a che livello siete arrivati? Siete a buon punto, oppure avete delle difficoltà?

MELOTTO. Mi inserisco nelle domande poste dai colleghi, che in parte condivido, mentre altre meritano di essere integrate, dal mio punto di vista. Quindi chiederei, se

possibile, di arrivare al nocciolo delle questioni perchè credo che l'indagine abbia questo significato: capire esattamente, dai vari interlocutori che qui sono venuti, fino in fondo il loro personale punto di vista, al di là, se possibile, di prese di posizione ufficiali. È vero che le audizioni sono stenografate, ma penso che a questo tavolo qualcosa di più si possa raschiare. Allora ecco la mia premessa: credo che scopo dell'indagine, come è stato da voi sottolineato, sia quello di approfondire le conoscenze, prima di porre mano a qualche riassetto o a qualche aggiustamento. Ma la considerazione opposta è che se le cose funzionassero bene, forse non ci sarebbe stata necessità di perdere tutte queste sedute per fare l'indagine conoscitiva. Quindi qualche aggiustamento va compiuto. In che senso? Io mi pongo nell'ottica di dire che il disegno va portato avanti e quindi parlo di necessari aggiustamenti, anche perchè lasciarlo degradare è non fare il servizio per i più deboli, dal momento che ovviamente i più forti troveranno risposta altrove, soprattutto in strutture private.

È vero che anche in gran parte dei Comuni — come è stato rilevato — le cose non funzionano. Essi, pur avendo secoli di storia alle spalle, possono attuare o non attuare forme di sviluppo; possono quindi rilasciare certificati, producendo alcuni altri ritardi. Anche questa, comunque, può essere una soluzione (rinviando, ovviamente, quei problemi che è possibile rinviare), tanto più che in un ambito del genere il tempo può essere di grande aiuto.

Ma, nel settore della sanità, se la risposta alle richieste del cittadino non è data da un servizio pubblico — perchè il Servizio sanitario nazionale è largamente pubblico — efficace ed efficiente, credo che questi abbia il dovere — e non soltanto il diritto — verso se stesso e la propria famiglia di andare a cercare le risposte altrove.

Si è parlato della centralità del Comune, dei problemi della domanda, delle questioni relative ai nodi istituzionali ed al ruolo dei consiglieri comunali, di trasferire dalle assemblee ai comitati di gestione alcune competenze. È stato anche detto, però, che la

centralità del Comune non esiste e che non esiste nemmeno laddove il Comune è esso stesso assemblea.

Infatti, quando parliamo di unità sanitarie locali, dobbiamo anche tener presente che la mediazione politica è già stata attuata nel comitato di gestione, per cui l'assemblea diviene, in pratica, un organo ratificante o comunque di scarso rilievo ed interesse.

Credo, allora, che il problema non sia quello di cambiare le persone. Infatti, dopo aver nominato i consiglieri comunali o dopo aver «scremato» il consiglio comunale o i Gruppi di maggioranza per dare vita alla giunta, chi rimane ad occuparsi delle USL?

Vorrei chiedere, quindi, se — trattandosi di un servizio da erogare ai cittadini e tenendo presente che già il nostro paese conosce forme di elasticità nell'erogazione di servizi — sia possibile ed eventualmente in quali termini ipotizzare un momento di efficacia ed efficienza del servizio stesso.

È chiaro che si deve tener conto degli aspetti relativi alla normativa, tuttavia, bisogna anche insistere sui miglioramenti qualitativi del servizio stesso. Si ha, infatti, l'impressione che ci si limiti a riordinare pezzi di carta, indipendentemente da quella che è poi la funzionalità del servizio, e che i 34.000 miliardi previsti per l'anno in corso servano, in realtà, soltanto a fare ordine nelle carte. È naturale, quindi, che il cittadino vada — come ripeto — a cercare risposte altrove. Questo, a mio avviso, è un problema che merita un ulteriore approfondimento.

Convengo sul fatto che la spesa relativa al personale non possa essere definita in senso tecnico una spesa in conto capitale, ma si tratta — tuttavia — di una spesa che, pur facendo parte della spesa corrente, costituisce un rilevante investimento. Infatti, investendo nel settore del personale, si può ottenere un miglioramento qualitativo del servizio.

Se il personale è, per così dire, raccogli-ticcio, dequalificato, demotivato, è difficile ottenere un buon funzionamento dei servizi. Negli ultimi anni il personale è aumentato. Quando, infatti, fu stipulato il contratto del 1978 esso ammontava a circa 440.000 unità, mentre oggi ammonta a circa 650.000 addet-

ti. I dipendenti comunali raggiungevano allora le 40.000 unità.

MERIGGI. Si trattava di 60.000 addetti provenienti dalle sole mutue.

MELOTTO. Essi, però, si ridussero poi a 21.000 unità. Non si tratta, quindi, di grandi cifre. La maggior parte di loro, infatti, una volta liquidate le mutue ha preferito indirizzarsi verso altri enti.

Ovviamente, la politica del personale non deve limitarsi ad un suo allargamento, per così dire, a fisarmonica, ma deve comportare, accanto ai costi, anche i benefici. Mi è sembrato di cogliere tra le righe una sottolineatura della necessità di incentivare la produttività. Non vi sembra, pertanto, che — in ragione della sommatoria di diritti acquisiti — si tenda nei rapporti di pubblico impiego a privilegiare in assoluto il momento dell'assunzione rispetto alla professionalità, e al dover essere motivati per erogare un servizio? Che cosa pensate di suggerire (se condividete queste mie considerazioni), per ricercare momenti di elasticità che vadano dalla dirigenza (e concordo, a questo proposito, con le osservazioni del senatore Ranalli) al funzionamento dell'intero comparto, trattandosi di un servizio pubblico?

È stato giustamente detto dal signor Cavicchi che il passaggio dalla «spesa storica» alla quota capitolaria, qualora sia troppo brusco, può creare notevoli difficoltà specialmente in alcune Regioni, come quella dalla quale provengo. Ritengo che in proposito si debba elaborare ed attuare un programma (se ne discute fin dal 1976) e che lo si debba poi portare a termine, altrimenti si corre il rischio di dare vita a quelle «geremiadi» che causano il ricorso al sistema del pie' di lista.

Cifre come quelle, ad esempio, del Lazio (500 miliardi) o dell'Emilia-Romagna (450 miliardi), di disavanzo previsto per il 1984 di cui si è già parlato in audizioni precedenti, se rapportate alle varie Regioni possono anch'esse generare, a mio avviso, il ricorso al sistema del pie' di lista.

Allora, o il pie' di lista è sempre pagato dallo Stato con tutte le degenerazioni che ne conseguono, oppure il Piano nazionale opera

una scelta chiara e cogente in direzione della medicina specialistica, altrimenti non si vede a cosa esso possa servire.

Per evitare il sistema del pie' di lista si potrebbe eventualmente pensare a percentuali sul prodotto interno lordo differenti dall'attuale 5,73 per cento; ma non è questo il problema. Il problema risiede, invece, nella necessità di realizzare la compartecipazione alle responsabilità degli amministratori locali.

Il Ministero (come da tempo chiediamo a gran voce) dovrebbe senz'altro essere ristrutturato, ma dovrebbe esserlo come momento di indirizzo e non come momento gestionale, altrimenti si tornerebbe certamente indietro di qualche decennio.

Quali ritenete che siano, quindi, i mezzi più adeguati per realizzare la compartecipazione alle responsabilità degli amministratori locali? Come può essere definita, secondo voi, tale compartecipazione?

L'alternativa (stante quanto previsto dalla legge finanziaria) è il ricorso a forme di assistenza indiretta, che costituiscono uno dei mezzi per poter governare la spesa. In Liguria (dove, per così dire, si provvede alla «lira» la sera rimandando la «filosofia» al mattino dopo) vi è già un precedente in questo senso. La recente delibera, già vista, è divenuta esecutiva. Quindi, se si dispone di una determinata percentuale, è soltanto in quella certa percentuale che si deve distribuire.

Se questa è la strada che si intende seguire, credo che ogni Regione, invece di contribuire a formare un servizio sanitario nazionale, accentuerà sempre più il servizio sanitario regionale. Diventerà poi locale e, ovviamente, le Regioni che più hanno saranno certamente più dotate mentre quelle che meno hanno saranno sicuramente meno dotate.

COLOMBO SVEVO. Mi associo al ringraziamento per il vostro intervento e vorrei iniziare con la richiesta di una valutazione generale rispetto al ruolo del sindacato al momento dell'attuazione della riforma: abbiamo notato che mentre al momento di formazione della legge di riforma vi è stato

un grosso sostegno sia da parte dei partiti che dei sindacati, quando si è trattato della sua applicazione, chiedo naturalmente a voi una conferma di questa impressione, c'è stata una caduta di interesse sia da parte delle forze politiche che delle organizzazioni sindacali. Quali sono, secondo voi, le motivazioni di questo atteggiamento che non possono certamente derivare soltanto da difficoltà applicative?

Desidero riferirmi ora al discorso istituzionale, anche se questo è stato più volte fatto all'interno della Commissione. Personalmente ritengo che non usciremo dal discorso della modifica istituzionale della riforma sanitaria, se questo non sarà collegato a quello sull'ordinamento locale. Ogni cambiamento istituzionale se non è preceduto da quel discorso arriverà a forme di tipo transitorio, negativo.

Mi pare che ci sia comune accordo sul fatto che è necessario definire la natura dell'unità sanitaria locale e individuare il referente politico. Vi possono al riguardo essere valutazioni diverse. C'è però, mi rivolgo ai rappresentanti della CISL, una proposta che mi sembra abbastanza nuova e che condivido: vorrei conoscere come è nata perchè nel momento in cui si devono fare delle modifiche è bene capire le motivazioni che stanno dietro le proposte. Si suggerisce un comitato di gestione più snello, e su questo siamo d'accordo, però lo si prevede misto, composto da politici e «laici», cioè tecnici. Vorrei capire come nasce questa proposta, se è valida tutt'ora e se, secondo voi, questo davvero potrebbe portare ad una semplificazione dei problemi nel rapporto tra ruolo politico e tecnico o se invece, porterebbe ad una maggiore confusione.

Un'altra domanda riguarda il personale. Vorrei conoscere la vostra opinione sul problema del personale e della formazione dei paramedici, nonchè circa le modifiche introdotte con le cosiddette figure equipollenti: ad esempio, quella dell'educatore professionale e quella dell'operatore sociosanitario, lasciate così indeterminate aiutano l'integrazione del servizio anche a livello di base o complicano una situazione già abbastanza complessa?

Avete fatto riferimento alle sperequazioni che esistono in materia di posti-letto ed anche al rapporto che esiste tra personale e servizi. Vorrei sapere se i sindacati sono pronti su questo tema a configurare *standards* non ottimali ma tendenziali per unità di servizio.

Esiste altresì il problema dell'utilizzo a pieno delle strutture, dei laboratori; vorrei sapere se c'è da parte del sindacato la possibilità di proposte per orari flessibili, per turni diversi, per una organizzazione migliore dell'ospedale, dei laboratori che ridimensionerebbe il ruolo del privato e lo farebbe assurgere ad un rapporto più corretto di quello attuale.

GORI. Vorrei far presente, signor Presidente, l'esigenza di una ulteriore audizione dei rappresentanti sindacali di categoria.

PRESIDENTE. In genere le sedute pomeridiane terminano entro le 20,30; penso pertanto che — dopo gli interventi del senatore Alberti e della senatrice Rossanda ed un mio commento finale — avremo un'ora di tempo per dare a voi modo di replicare. Elementi aggiuntivi di valutazione ci possono essere inviati sotto forma di memorie scritte, qualora non ci sia tempo per dare questa sera risposte esaurienti; questi documenti verranno inseriti nella nostra documentazione. Abbiamo necessità di procedere in tempi ristretti alle rimanenti audizioni in quanto dobbiamo proseguire nel normale lavoro legislativo della Commissione: queste audizioni ci forniscono preziosi elementi di valutazione, ma — ad un certo punto — dovremo entrare in azione. Io non credo dunque che sia la possibilità di un'ulteriore audizione dei rappresentanti sindacali. Alcune Federazioni e rappresentanze di categoria, anche di non poco prestigio verranno consultate sotto forma di richiesta di invio di memorie scritte. Intendo dire che dobbiamo e vogliamo ascoltare e comunque raccogliere il massimo possibile delle opinioni, finalizzate ai nostri compiti, ma nei limiti del tempo fra noi concordato. Circa la possibilità di un vostro intervento su problemi specifici, considerati da altre proposte di legge, facciamo il caso

del Piano sanitario nazionale, oppure del problema del precariato, nulla vieta che in via informale la Sottocommissione (che si forma quasi sempre per studiare determinate questioni) possa ascoltarvi e ricevere anche memorie scritte.

Vi posso garantire che siamo sensibili a tutto ciò che ci perviene: i documenti non vengono cestinati, tutto viene valutato, e il relatore se ne dà carico per ogni provvedimento. Non c'è possibilità di perdere nulla degli apporti positivi.

ALBERTI. Nel corso della presente audizione è stato trattato il discorso relativo alla centralità del Comune, in base al quale le USL avrebbero dovuto esserne uno strumento. Vorrei che mi si chiarisse se nel discorso pronunciato dal signor Cavicchi c'era un'ipotesi di trasformazione, o comunque di modificazione della composizione delle assemblee, nel senso ad esempio di farvi intervenire direttamente le figure istituzionali, cioè il sindaco o un delegato di giunta da parte del sindaco. Un'ipotesi di questo tipo farebbe però sorgere il problema delle città in cui vi è un'unica USL; mi pare di aver capito che, in questo caso, si potrebbe introdurre una differenziazione tra USL che operano sul territorio e USL che operano nelle aree metropolitane.

Come seconda cosa volevo chiedere quali modifiche apportare al decreto del Presidente della Repubblica n. 761 per quello che riguarda il sistema concorsuale, perchè pare che il sistema concorsuale ivi disegnato sia irrealizzabile. Tuttavia mi pare di aver capito che alcune Regioni hanno svolto dei concorsi in base a quel sistema concorsuale e volevo perciò sapere quali sono queste Regioni e con che modalità essi si erano svolti.

Volevo poi sapere se il dipartimento, di cui si è molto parlato, sia stato previsto come dipartimento territoriale — immagino che sia così — e se in tale dipartimento territoriale sia previsto il coinvolgimento dei medici di base, quindi dei medici convenzionati; se l'ipotesi di abbassare ulteriormente i previsti sei posti-letto per mille abitanti viene avanzata proprio nell'ambito di una visione di tipo dipartimentale (che consente una

riduzione del servizio e quindi dei posti-letto); e se nel vostro progetto di dipartimento, che io non conosco, è prevista la possibilità di qualificazione e di riqualificazione professionale, perchè bisogna anche tener conto dei giovani laureati che restano purtroppo disoccupati e senza nessuna possibilità di lavoro per molto tempo, neppure quella del volontariato che oggi non esiste.

A mio avviso, è necessario tenere nel debito conto il problema della qualificazione e riqualificazione del medico di base, in modo che si possa determinare una riduzione della spesa farmaceutica, o almeno un suo maggiore controllo, come pure un controllo della convenzionalità specialistica.

Volevo infine fare un'osservazione per quanto riguarda i *tickets* che sono stati via via introdotti ed estesi; non mi sembra che i sindacati abbiano sufficientemente sostenuto che, mentre la partecipazione al Fondo sanitario nazionale avviene per mezzo dei contributi di assistenza che sono di diversa entità e più gravosi per i lavoratori dipendenti rispetto ai lavoratori autonomi o ai liberi professionisti, il *ticket* colpisce in pari modo tutti. Mi sembra che i sindacati non abbiano sufficientemente approfondito questa tematica che è riemersa — come notava il collega Ranalli poco fa — anche nel corso della discussione sul recente decreto cosiddetto antinflazione in cui si nota la grossa contraddizione presente all'articolo 4, che fa slittare ulteriormente il nuovo prontuario. A mio giudizio, con questo decreto, da una parte non si riesce ad avviare quella riduzione della spesa che era stata prevista come momento centrale della manovra, e dall'altra si ripropone un prontuario che non rispetta nè i criteri di economicità nè i criteri di efficacia, in quanto deve fare i conti con il problema dell'industria farmaceutica. Vorrei sapere quale sarà per l'immediato futuro la posizione del sindacato rispetto al problema della perequazione, che comporta da una parte una compressione del Fondo sanitario nazionale, dall'altra una sua integrazione mediante i *tickets* che rappresentano, a mio avviso, una forma di partecipazione alla spesa farmaceutica che diventerà sempre più larga.

ROSSANDA. Vorrei ringraziare gli ospiti convenuti all'audizione della nostra Commissione rilevando come essi siano qui presenti in tre vesti simultanee: rappresentanti di utenti-lavoratori, rappresentanti di operatori e rappresentanti di produttori (ossia produttori di beni e servizi). Volevo per questo chiarire in che veste vi rivolgo le mie domande. Ai rappresentanti dei produttori non rivolgo alcuna domanda perchè quelle essenziali sono già state espresse. Ai rappresentanti degli utenti vorrei rivolgere due domande. La prima: voi, nella vostra qualità di rappresentanti di popolazioni, dichiarate soddisfazione o no per il funzionamento della medicina convenzionata nelle diverse zone del paese? Questa domanda, a mio avviso, merita di essere fatta perchè, nell'ultimo progetto di Piano sanitario nazionale presentatoci dal Governo vi è una forte delega alla medicina convenzionata, non solo per la componente di medicina generica, ma anche per attività di tipo specialistico per quanto riguarda le prestazioni. Ad esempio c'è una tendenza ad identificare la medicina del lavoro in attività di tipo «ambulatoriale convenzionato». La seconda domanda ai rappresentanti degli utenti: negli ultimi anni si è venuta a sostituire alla formula «fruizione generalizzata dei servizi e contribuzione alla spesa sanitaria in termini progressivi rispetto al reddito da trasformare gradualmente in sistema di fiscalizzazione», un'ipotesi di tariffazione sempre più estesa dei servizi, cioè di pagamento delle prestazioni di cui si ha fruito, con l'esenzione delle fasce più deboli, «bisognose», per usare un termine della Presidenza del Consiglio.

Vorrei chiedere per quali di queste due linee voi siete. Siete per la linea originaria di prestazioni libere e di progressività della contribuzione, per una politica tendenzialmente tariffaria con esenzioni a fasce o per una miscela delle due linee?

Faccio poi due domande veloci ai rappresentanti degli operatori. Vi è una legge-quadro per il pubblico impiego, per la quale il sindacato si è molto impegnato. Vi sono contraddizioni, come sappiamo, tra il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del

12^a COMMISSIONE

20° RESOCONTO STEN. (27 marzo 1984)

1979 e il dettaglio della legge-quadro del pubblico impiego. Ritenete meritevole uno sforzo di avvicinamento fra i due provvedimenti oppure siete per una riaffermazione della impostazione di contratto sottesa al decreto del Presidente della Repubblica n. 761? Cosa pensate, per esempio, della previsione di una semplificazione dei meccanismi di assunzione attraverso corsi selettivi e formativi che potrebbero essere applicati largamente alle categorie diplomate? E degli undici livelli contro le dieci qualifiche funzionali della legge-quadro; della diversa composizione della delegazione di parte pubblica nella contrattazione e via di seguito?

Vorrei anche sapere dove sono stati fatti i concorsi sulla base non di leggi regionali deroganti ma del decreto n. 761 letteralmente applicato.

PRESIDENTE. Poichè non vi sono altre domande, passiamo ad ascoltare le risposte, che mi auguro saranno il più possibile contenute.

GORI. Cercando di rientrare nei tempi brevi concessi, farò due premesse. La prima è che sulle materie riguardanti il personale occorrerà tornarvi sopra, perchè alcuni argomenti non possono esaurirsi troppo in fretta. La seconda attiene alla politica del farmaco, problema sollevato dal senatore Ranalli, per ribadire un concetto di cui, come sindacato, siamo molto convinti e cioè che nel settore manca una vera e propria politica sanitaria. Dal momento programmatico della legge istitutiva ad oggi è mancata, sostanzialmente, una organica politica sanitaria nel paese. Abbiamo avuto provvedimenti ed interventi con caratteristiche di frammentarietà e di episodicità; le iniziative prese dal Governo in materia di *tickets* sono congiunturali ed anche la legge finanziaria non ha rappresentato un momento di sintesi del complesso dei problemi e degli aspetti sanitari e, quindi, sotto certi profili, è anche essa congiunturale, così come è senz'altro episodico quello che deriva dalla legge finanziaria in materia di prontuario, pur se si potrebbe dissertare sul fatto che escludere alcuni farmaci fa già parte di un progetto riformatore. Se mi è

consentito, posso dire che lo stesso Parlamento non è immune da questi rischi di episodicità, in quanto anche l'avvio di iniziative legislative, in mancanza di obiettivi finalistici di riferimento, può assumere questa caratteristica.

Un'altra caratteristica che giudichiamo fortemente negativa è quella per cui si sta instaurando un rapporto molto equivoco, molto dannoso e pericoloso tra pubblico e privato. L'attuale gestione del Servizio sanitario, in linea generale, ha portato in questa direzione grandi inquinamenti. Noi siamo per la permanenza di una condizione pluristica, negli assetti di tutela della salute, ma ribadiamo che il servizio pubblico deve corrispondere appieno agli obiettivi che gli sono propri.

Un terzo aspetto, che sta a rimarcare ciò che giudico come politica episodica e frammentaria, è quello che sta avvenendo per le convenzioni. Rispondo ad una parte della domanda rivolta dalla senatrice Rossanda e mi riferisco in linea generale alla intesa del 14 gennaio, travalicando il momento dialettico esistente in questo momento tra le forze sindacali. In questo momento, alle condizioni attuali, fare il rinnovo delle convenzioni vorrebbe dire inserire elementi di instabilità ulteriori nel Servizio sanitario e ritornare ad un clima di rincorse e fughe, cioè procedere ancora su binari di ingovernabilità, come se già non ve ne fosse abbastanza nel settore. Sempre sulla base dell'intesa del 14 gennaio, noi restiamo dentro la logica dell'articolo 20 del contratto nazionale di categoria, che sancisce la contestualità nei momenti di convenzione e di contrattazione ed obiettivi unitari di perequazione retributiva. Credo che questi siano i segni distintivi entro i quali noi dobbiamo lavorare.

Nell'arco di questi aspetti negativi, dipendenti dalla mancanza di una politica sanitaria, rientra anche il discorso della politica dei farmaci, nel senso che anche in questo caso non vi è stato mai in Italia un preciso indirizzo di gestione nemmeno prima del Servizio sanitario nazionale. Come sindacato, anche se non abbiamo trovato finora nè ascolto nè incidenza adeguati, saremmo invece molto interessati ad affrontare il pro-

blema in maniera organica, agendo sui meccanismi della domanda e dell'offerta e avendo come obiettivo primario e essenziale quello della qualità della produzione e dell'uso del farmaco. Dal lato della offerta i problemi prevalenti riguardano il settore della produzione e della ricerca. Siamo interessati a programmi e ad interventi organici in questo settore, collegati, cioè, agli indirizzi terapeutici, e secondo criteri di partecipazione anche della mano pubblica a livello di ricerca per raggiungere quelle che sono le finalità scientifiche e qualitative della produzione del farmaco. Un criterio di considerazione può essere anche quello, che è stato evocato, dei paesi in via di sviluppo. Non voglio non considerare un'opportunità che viene indicata dalla industria farmaceutica; non ho pregiudiziali di carattere ideologico in questo senso, voglio però dire, portando un esempio tra parentesi, che è di questi giorni una iniziativa parlamentare di vasta portata, dalla quale è escluso per ora soltanto il Partito comunista, presentata dall'onorevole Piccoli ed altri, sui tipi di aiuto ai paesi sottosviluppati, sulla fame nel mondo e via di seguito. Non voglio pronunciarmi in proposito perchè è giusto non dissertare su tutto; però come cittadino sono anche portato a considerare alcuni rischi che provengono da situazioni di questo tipo, perchè al di là di questioni di sensibilità e di giustizia, si può vedere che in alcuni casi dove i paesi nordici e sviluppati sono intervenuti per risolvere alcuni problemi del Terzo mondo, l'intervento, in realtà, si è trasformato in un certo tipo di commercializzazione. Non vorrei che anche sul piano del farmaco divenisse prevalente l'aspetto della commercializzazione e che una forma surrettizia e rinnovata di neo-colonialismo possa, in qualche modo, subentrare attraverso questi processi di intervento internazionale.

Non voglio con questo dire che l'iniziativa presa in Parlamento da quasi tutte le forze politiche avvalorò questo significato, ma piuttosto ribadire che i criteri di indirizzo sulla produzione del farmaco devono garantire obiettivi certi e non distorti.

Gli altri problemi riguardano la revisione delle procedure in vigore per i brevetti, per

la registrazione e la commercializzazione del farmaco; la composizione del prontuario, che non va fatta nei termini e con i criteri con i quali è stata finora fatta e neanche come sembra venga progettata.

Per quel che riguarda i criteri per la formazione dei prezzi, è a tutti noto che il prezzo medio del prodotto commerciabile viene aumentato del 30 per cento e quello del prodotto non commerciabile viene aumentato del 2 per cento, raggiungendo così un valore medio di aumento; questo sistema va rivisto ed anche i criteri che presiedono all'informazione medico-scientifica vanno profondamente innovati; questo per quel che riguarda il lato dell'offerta.

Dal lato della domanda i problemi prevalenti sono quelli che presiedono agli ordinativi ed alle prescrizioni mediche; un tema che, sicuramente per colpa nostra, viene trascurato dal dibattito, è quello della posizione del medico per quanto attiene l'andamento della prestazione, della spesa farmaceutica e dei relativi controlli. Vi è poi il problema delle confezioni che ora sono fatte ad uso esclusivo della vendita del prodotto e non finalizzate ad esigenze terapeutiche; i bollini e i fustellati devono essere fatti per consentire una lettura automatica; è necessaria la rilevazione computerizzata delle prescrizioni farmaceutiche; è necessario realizzare contratti con le industrie farmaceutiche per acquisto di grandi *stocks* in modo che si possa incidere anche da questo lato sul versante della spesa. Indico con questo una serie di interventi da attuare sul piano tecnico, non con la pretesa di essere esaustivo, ma per ribadire che è necessario iniziare l'attuazione di provvedimenti idonei a risolvere le anomalie e le disfunzioni in questo settore.

Rispetto alla questione della limitazione a 4.000 miliardi della spesa farmaceutica — Cavicchi lo ha già anticipato —, va sottolineato che non è il risultato di una politica sanitaria e neanche di una politica farmaceutica, ma che è un modo distorto di fare ragioneria. Non ci rifiutiamo di valutare i problemi esistenti sul piano delle spese, ma occorre però avere un preliminare indirizzo di intervento nella produzione e nell'uso del farmaco, che prima di tutto eviti gli abusi e

gli sprechi e poi agisca seriamente nella politica del farmaco; anche in questo settore siamo andati avanti episodicamente, con indirizzi enunciati e mai attuati. I progetti attualmente proposti dal Governo in materia di prestazioni farmaceutiche distorcono secondo noi l'insieme della politica farmaceutica e stravolgono il prontuario: avremo duecento-trecento farmaci gratuiti e il resto, o passa a regime di *ticket*, o viene addirittura escluso dal prontuario. Come sindacato — e l'abbiamo ripetuto duemila volte — siamo contrari a questa impostazione e soluzione. L'accordo del 22 gennaio è un accordo politico più vasto, dove lo scambio politico ha portato il sindacato — dal mio punto di vista dovrei dire con non troppa cautela, ma in un rapporto politico negoziale non si deve vedere solo quello che manca, ma bisogna anche vedere quello che si conquista — ad accettare soluzioni di quadro generale, nel quale rientravano anche impegni che poi magari non sono stati mantenuti, come, per esempio, una politica del farmaco che non è stata condotta nonostante l'intesa concordata. Di questo accordo si vogliono fare emergere solo gli aspetti negativi e non quelli positivi. Imputare al sindacato questa caduta di interesse per i problemi su cui oggi si discute, non è secondo me obiettivo ed è ingeneroso.

Siamo sempre stati contrari alla imposizione dei *tickets* e su questo potremmo sviluppare un discorso più ampio per vedere quale sia la reale incidenza del *ticket* sull'uso dei farmaci, ma il discorso si farebbe in questa sede troppo lungo.

Passando ad altra domanda, riprendo le osservazioni svolte dal collega Leonardi, per dire che siamo per il contratto unico e non per contratti diversificati; rispetto alle esplosioni corporative, alla rincorsa della professionalità esasperata, riteniamo che debba essere mantenuta l'unicità del contratto, trovando un accordo sulle quote di retribuzione che devono essere destinate alla professionalità, nonché sul salario di produttività che vogliamo introdurre. Siamo contrari — senatore Ranalli — a mettere fuori la dirigenza dalla disciplina contrattuale; i problemi e le soluzioni per la dirigenza vanno contrattati e vorrei rivolgere un accorato appello alla

Commissione affinché il Parlamento escluda l'ipotesi di una disciplina legislativa: andrebbero in questo modo all'aria l'unicità e la valenza del rapporto contrattuale. Non posso pensare che il Parlamento mentre prepara una legge per il pubblico impiego che dovrebbe essere di aiuto alla contrattazione, faccia come Penelope e si metta a disfare le cose. Operando in questo senso non solo non si aiuta il sindacato, ma non si aiuta il paese, tornando ad un regime di privilegi e ad un sistema di steccati. La legge per il pubblico impiego prevede grandi comparti ed uno di questi sarà quello della sanità; si tratta di portare dentro questo comparto alcune flessibilità e adeguamenti rispetto ad esigenze di contrattazione unitaria.

Rispondendo alla senatrice Colombo Svevo vorrei dire che sul comitato di gestione siamo partiti dal fatto che la prevista partecipazione non c'è stata, ed i comitati di gestione non sono andati generalmente bene. Sono d'accordo col senatore Melotto che non è una mera questione di struttura: con i consiglieri comunali nei comitati andrebbe tutto bene, con quelli di risulta, o quelli di prima scelta, invece no.

La nostra proposta — discutibile e integrabile — è quella di tentare di coinvolgere tutte le forze attive maggiormente interessate, perchè è anche nel loro interesse che tutto il sistema funzioni. Noi saremmo per una sola soluzione di questo genere, comunque non credo che in proposito sarà necessario fare una guerra di frontiera per dirimere la questione. Un'ultima cosa vorrei far notare, che riveste carattere generale: la caduta di interesse da parte del sindacato sui problemi in esame. Forse in parte è vero, per quanto ci siamo sempre impegnati, trovandoci al fianco delle forze politiche; oggi ci sembra comunque doveroso riconquistare appieno quel ruolo che ci spetta anche nell'ambito della nuova preoccupante realtà che si è venuta a creare in questo importante settore della vita sociale del paese. Forse per un insieme di motivi, abbiamo lasciato ad altri anche quei compiti che erano affidati a noi; pensavamo fosse la cosa più giusta da fare al momento. Ora, senza alcun velleitarismo e consapevoli dei nostri limiti e dei

nostri mezzi, desideriamo giocare tutta la nostra partita e recuperare il nostro ruolo sulla intera problematica sanitaria. Anche per quanto riguarda la questione cui aveva accennato il senatore Melotto e che si riferisce al rapporto tra personale e produttività, devo dire che, anche sotto questo profilo, nessuno di noi è senza peccato, e sottolineo che non desidero rilanciare il gioco. Noi abbiamo tentato di inserire nel contratto unico nazionale alcuni indirizzi per facilitare un nuovo metodo di gestione del Servizio sanitario. Debbo dire però che ho constatato con rincrescimento e con amarezza, ma anche con rabbia, che la controparte è stata poco attenta. Le forze governative, ma anche quelle regionali, non hanno usufruito dei 1.500 miliardi delle *ex* compartecipazioni per avviare un sistema di incisiva produttività. Le possibilità di andare avanti ci sono state, ma vi sono state anche notevoli disattenzioni e pigrizie. Nel contratto abbiamo inserito delle condizioni che agiscono direttamente sull'organizzazione del lavoro e sul piano della qualificazione del personale; ma la formazione e l'addestramento vanno attuati in maniera diversa da come vengono svolti attualmente, non solo perchè vi è la tecnologia che avanza, ma perchè da questo punto di vista vi sono esigenze effettive da soddisfare. Desidero affermare che siamo disponibili a intervenire anche sul piano della flessibilità degli orari e dei turni. Certo, in un rapporto contrattuale non si può sempre pretendere che il sindacato si occupi solo della parte che riguarda il recupero di situazioni anomale, ci vuole un gioco contrattuale molto aperto da parte di tutti gli agenti contrattuali. Il sistema di produttività intendiamo inserirlo perchè miriamo all'efficienza del servizio; se questo non funziona cadono anche l'interesse ed il consenso dei cittadini e la stessa spesa pubblica naviga senza controllo. Insomma vi è tutto un insieme di situazioni nelle quali ci sentiamo coinvolti e desideriamo essere presenti. Noi faremo la nostra parte per migliorare la produttività e dare quindi efficienza ed efficacia al Servizio; però è necessario anche che sia corrisposto un salario adeguato ai livelli di produttività raggiunti. Siamo disponibili a discutere seriamente su questo

punto per trovare soluzioni idonee. Credo che dalle indicazioni che ho avanzato, anche se in modo frammentario e disorganico si possano individuare alcune linee e qualche strumento per progettare una seria politica in campo sanitario. È un compito cui cercheremo di dare contributi specifici per gli interessi che rappresentiamo, ma che potrà essere attuato soprattutto attraverso voi che siete in rapporto costante con tutti i cittadini interessati, oltre che con le loro rappresentanze sociali ed istituzionali e quindi avete come base e come potenziale riferimento la solidarietà e l'interesse di tutto il paese.

CAVICCHI. Ho tentato di raggruppare tutte le varie domande che mi sono state poste e spero che ciascun senatore riconoscerà le proprie dalle risposte che darò.

Per quanto riguarda i farmaci, la Federazione sindacale unitaria al Consiglio sanitario nazionale ha dichiarato la sua totale contrarietà alla proposta Degan ed ha chiesto al Ministro di ripresentare una revisione del prontuario, soprattutto per la parte riguardante la fascia di farmaci gratuiti, perchè riteniamo inaccettabile che tale proposta, in sostanza, ponga a carico dell'utente oltre due mila miliardi. Non nascondo che vi sono delle difficoltà all'interno delle nostre stesse organizzazioni, come ad esempio quella di tutelare 20.000 posti di lavoro per il personale del settore chimico-farmaceutico e di ripulire il prontuario affinché questo diventi un vero strumento di salute pubblica. Ciononostante ribadiamo che il prontuario va ripulito, e siamo d'accordo che è necessario eliminare quei 2.400 farmaci, cosa questa contenuta anche nella proposta Degan. Però, vorremmo che questo fosse fatto non intervenendo con la scure o la clava di Ercole, ma attraverso una politica di programmata gradualità.

Al convegno al quale faceva riferimento il senatore Meriggi vi ero anch'io e in questo si sono tratte le conclusioni che l'industria farmaceutica italiana godrà di un certo benessere ancora per pochissimo tempo. Tale industria è stata definita la quarta a livello nazionale, però in questo settore vi sono dei livelli di competitività tali che vengono bru-

12^a COMMISSIONE

20° RESOCONTO STEN (27 marzo 1984)

ciate totalmente le potenzialità produttive del nostro paese. Inoltre, la soluzione di esportare i farmaci eccedenti nei paesi del terzo mondo non mi sembra la più idonea. E ciò a prescindere dal fatto che noi siamo contrari ad ammannire farmaci «inutili» o «dannosi» — con tutta la genericità di questi termini — sia agli italiani che ai cileni o agli africani, perchè, secondo noi, se un farmaco non va per il cittadino italiano, non va neanche per gli abitanti di altre nazioni, siano pure del terzo mondo. Vorrei fare notare che negli Stati Uniti l'industria farmaceutica è finanziata, per quanto riguarda la ricerca, al 50 per cento dallo Stato. Nel nostro paese invece non vi è una seria programmazione per quel che riguarda la ricerca e il suo finanziamento.

Secondo le ultime tendenze sul versante industriale, alle quali siamo contrari, si vuole superare il sistema dei prezzi amministrati, liberalizzare i farmaci e, in sostanza, superare il prontuario in quanto strumento previsto dalla riforma sanitaria, ossia creare una sorta di libera farmacoepa. Tutto questo, per noi, è fonte di grande preoccupazione.

Per quanto riguarda la centralità del Comune devo dire che non condivido l'analisi fatta in proposito dal senatore Melotto, perchè secondo me il Comune non ha funzionato per dei motivi ben precisi; non si tratta infatti di una cattiva istituzione — nessuna istituzione che faccia parte di uno stato democratico è cattiva in sè —, semplicemente non ha funzionato perchè è stata adottata una politica tale che ha impedito il buon funzionamento del sistema. Per la centralità del Comune è necessario adottare una politica diversa, che operi in modo da garantirgli una piena titolarità, in un quadro programmatico naturalmente, per quanto riguarda la redistribuzione del personale. Perchè riteniamo che il Comune debba avere una certa titolarità sul personale? Perchè abbiamo in mente gli stessi obiettivi che hanno tanti altri: contenimento dei costi, riqualificazione, maggiore efficacia, maggiore efficienza e riteniamo che, al di là delle strutture, il personale sia un punto centrale, nevralgico e pensiamo che il Comune possa svolgere un ruolo rispetto alla redistribuzione del perso-

nale. Noi abbiamo, lo diceva qualcuno, degli squilibri molto forti a livello locale, territoriale e a livello nazionale; è necessario un riequilibrio in un contesto di riequilibrio delle strutture, una mobilità funzionale. Il sindacato è favorevole alla mobilità dei lavoratori su questo piano, mobilità funzionale permanente come nuovo sistema di lavoro, anche all'interno dei vari servizi. Il rapporto Comune-operatori è molto importante, perchè la partecipazione non va esaurita solo in una dimensione di consulta, ma va organizzata su grandi questioni di programmazione, perchè programmazione significa individuare priorità d'intervento, individuare risorse, tempi e verifiche. Questo va fatto insieme a coloro che poi usufruiscono degli esiti di questa programmazione: utenti e operatori.

Sul contratto vorrei fare una riflessione che però meriterebbe un discorso più ampio. Noi abbiamo fatto un grande salto nel modello contrattuale; il contratto unico della sanità prevede una cosa che storicamente, nella contrattualità del settore, non c'è mai stata: la facoltà di contrattare salario decentrato, a condizione di maggiore produttività e via di seguito. Non nascondiamo che abbiamo un'enorme difficoltà a fare questo, perchè ancora manca, secondo me, una cultura della produttività, ancora mancano strumenti reali per misurare la produttività e abbiamo anche dei nemici rispetto alla produttività e dico nemici tra virgolette. Faccio soltanto un esempio: noi abbiamo un modello contabile che è quello dello Stato. Ebbene, questo modello non funziona più; se vado a fare una conferenza di servizio o di divisione in un ospedale, io non so quanto costa quella divisione, perchè non ho una disaggregazione per centri di costo. Quando avrò una revisione della contabilità, probabilmente i flussi di risorse potrò controllarli meglio, gestirli meglio e mirare meglio la riqualificazione della spesa, quindi gestire meglio gli istituti degli incentivi e della produttività. Però ci sono altre difficoltà. Dobbiamo, secondo me, ripensare nel prossimo contratto al problema degli incentivi e alla loro cultura; qui occorre toccare l'aspetto dei medici.

Ho l'impressione che questo contratto unico della sanità accanto alle sue grandi novità, che sono novità che procedono parallelamente ad altre grandi novità (la senatrice Rossanda ricordava la legge quadro sul pubblico impiego, che non è altro che il tentativo di certamente omogeneizzare, perequare, allineare, eccetera, ma è la perfezione del rapporto di pubblica dipendenza, in sostanza ed è veramente importante da questo punto di vista). Noi, rispetto a questo rapporto di pubblica dipendenza sempre più perfezionato abbiamo delle contraddizioni anche contrattuali, concordo con la senatrice Rossanda. Abbiamo per esempio dei rapporti di lavoro ibridi; il rapporto libero-professionale del medico e il rapporto di pubblica dipendenza fanno a pugni e poi ne discuteremo.

RANALLI. Anche il doppio rapporto!

CAVICCHI. Certamente! Noi abbiamo delle grandi contraddizioni costitutive, strutturali, che dobbiamo recuperare. Io credo, senatrice Rossanda, che il senso debba essere l'assimilazione alla filosofia della legge n. 93 del 1983 sul pubblico impiego anche perchè storicamente abbiamo sempre questa sequenza: prima viene la legge e poi viene il contratto riformato. Prima abbiamo avuto la legge di riforma ospedaliera, poi il contratto unico degli ospedalieri; prima abbiamo avuto la riforma sanitaria, poi il contratto unico della sanità: lo sforzo deve essere in questo senso. Questo crea un grande impaccio perchè — dobbiamo essere franchi nelle analisi, specie in questa sede — c'è stato un grande sforzo a recuperare gli istituti degli incentivi in chiave di riforma sanitaria, ma sono una *ex* compartecipazione, stanno all'interno di tutta una cultura ospedaliera. Il *plus* orario vale per le strutture ospedaliere, per gli ambulatori, è difficile travasare quegli stessi istituti contrattuali in un servizio di prevenzione. Come si fa a calcolare la maggiore produttività? Come si fa a calcolare la maggiore efficacia di un servizio quando abbiamo tutta una cultura parametrica sull'efficienza che misura quest'ultima in termini di numero di visite? E guardate, che la questione è delicata, perchè con questo contratto — que-

sto è il rischio che io vedo e di qui la necessità di ripensarlo — in realtà con questi istituti incentivanti di vecchia marca ospedaliera rischiamo di squilibrare le tre funzioni: prevenzione, cura e riabilitazione, perchè accentuiamo solo la cura, mentre invece dovremmo incentivare la prevenzione e anche la riabilitazione in questo contesto.

Brevemente sui medici: sono d'accordo con Gori quando diceva che siamo contrari al ruolo medico e al contratto separato, ma voglio spiegare bene; non siamo pregiudizialmente contrari, anzi diciamo che ci troviamo di fronte ad una grave, seria crisi di identità del medico; ci troviamo di fronte a un tentativo — che giudico esageratamente disperato — di questa categoria nevralgica di trovare delle soluzioni. Personalmente ho partecipato al congresso dell'ANAAO e l'ho seguito attentamente perchè avevo necessità di capire le tendenze. Perchè siamo contrari al ruolo medico e al contratto separato? Perchè secondo noi non sono risolutivi, innanzitutto, rispetto agli interessi dei medici; abbiamo la crisi di identità del medico che è causata da tantissimi fattori; la crisi del *welfare-state* non è estranea perchè pone dei problemi di redistribuzione del reddito; nell'ultimo contratto, lo sapete bene, ci siamo dovuti inventare un mucchio di indennità per raggiungere quel livello parametrico, contraddicendo ad un principio di onnicomprensività che è presente nella legge-quadro del pubblico impiego. Ma abbiamo anche quello che qualcuno chiama aumento delle malattie antropogene, che pongono il problema di una integrazione sempre più forte fra competenze mediche, tra modello medico e altre competenze, per cui c'è tutta la cultura del gruppo di lavoro, di questo nuovo soggetto di lavoro, c'è tutto un ripensamento sulla cultura in quanto tale, come sottolineavo nella mia relazione. Allora secondo me bisogna lavorare non in termini di ulteriore separatezza; stavo rilevando che il primo accordo di lavoro ufficiale dei medici è del 1970, un accordo separato che è stato travasato pari pari nell'accordo del 1974 (i ruoli speciali erano i laureati non medici). Adesso sono i medici a chiedere un ruolo speciale, con il ruolo separato, perchè il ruolo era fatto da medici e da

farmacisti. Ora la realtà della riforma sanitaria ha introdotto nuove professionalità; gli ingegneri sono delle professionalità che hanno un ruolo importante nel gioco della prevenzione, per cui c'è un problema di ripensamento del decreto n. 761 sul quale io sono totalmente di accordo. Il decreto n. 761 descrive uno stato giuridico anacronistico rispetto all'impianto della riforma sanitaria. La mia convinzione è che non si tratta di emendare, di aggiustare, di mettere delle pezze, ma di abrogarlo e di rifarlo proprio; sono infatti molto più radicale di coloro che vogliono aggiustare questo provvedimento, e non solo perchè la cultura dei ruoli, dei profili e dei livelli funzionali cozza contro la filosofia della mobilità e dell'integrazione. La qualifica funzionale è una qualifica apparente, dobbiamo essere schietti in questa valutazione, perchè impedisce integrazioni reali, per non parlare della peculiarità medica che è descritta in termini apicali, intermedi e iniziali alla vecchia maniera introducendo l'elemento del lavoro di gruppo, ma non sviluppando coerentemente tutto l'assetto e i rapporti, le relazioni di lavoro professionali intorno a questo nuovo soggetto. Per cui ritengo che questa ansia della classe medica deve essere compresa da parte nostra, non deve essere liquidata in termini pregiudiziali e questa è la nostra intenzione: aprire un confronto con la categoria medica, perchè siamo convinti che se andiamo a tradurre tutte le loro rivendicazioni (il congresso dell'ANAAO diceva proprio questo: rivediamo il decreto n. 761, rivediamo la struttura retributiva, che sono cose che diciamo anche noi), credo che ci siano più terreni comuni che terreni diversificati.

Siamo ben coscienti, comunque, che nella classe medica (tale, almeno, si è autodefinita nel recente congresso dell'ANAAO) esistono gruppi che hanno interessi diversi dai nostri e che procedono in direzioni diverse, con i quali non abbiamo altro problema se non quello della chiarezza.

Per quanto riguarda il distretto di USL, devo rifarmi ad alcune considerazioni fatte dal senatore Alberti. Esiste un problema relativo all'esigenza di prevedere dimensioni ottimali sia per le USL che per qualsiasi altro servizio. Non si può impiantare un

ospedale ovunque (il senatore Alberti proviene dalla Calabria, dove la situazione, da questo punto di vista, è quasi inverosimile), ma si devono, invece, fissare criteri ottimali che non mettano in discussione la definizione giuridica della USL, che è la medesima sia per la grande città che per la comunità montana.

La definizione giuridica della USL la si può far discendere dalla centralità del Comune; non cambia nulla se la USL è un terminale operativo di quest'ultimo. Credo anch'io che non sia un fatto risolutivo rivedere la composizione (o la non composizione) del comitato di gestione, perchè il problema è un altro. Se vi comprendiamo i consiglieri comunali — che rappresentano il Comune — non si tratta più di comitato di gestione: si tratta di altro.

La gestione di carattere tecnico può essere affidata ai coordinatori, ai direttori generali (che qualcuno parla di ripristinare) e così via; di questo si tratta. Pertanto, come ripeto, la natura giuridica della USL la si può ricavare dalla centralità del Comune.

Rispetto a tale problema si devono fare, come giustamente diceva il senatore Alberti, alcune considerazioni in relazione alla differenziazione tra area metropolitana e piccolo Comune.

Riteniamo che il Comune abbia una rilevante importanza. Basti pensare, infatti, a tutti quei paesini di montagna che non dispongono dell'intera gamma dei servizi e che devono, quindi, fare capo a nuclei distrettuali che non dovrebbero funzionare otto ore al giorno, bensì, ad esempio, dieci ore la settimana, in base alla valutazione del giusto fabbisogno.

Il problema è, secondo noi, quello di rapportarsi all'entità reale della domanda evitando di sperperare denaro sulla base di una domanda presunta o della «massimalizzazione» delle prestazioni.

In questo quadro, assume grande importanza anche il discorso sulla medicina di base. Intendo, inoltre, soffermarmi anche sui problemi relativi al distretto ed al dipartimento.

Per quanto riguarda la domanda della senatrice Rossanda, devo dire che non siamo per nulla soddisfatti del modo nel quale

funziona oggi la medicina di base, in quanto essa, nonostante i processi di integrazione che si vogliono portare avanti, resta pur sempre un corpo separato nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Il problema è, pertanto, quello di evitare che permanga tale separazione.

Cosa significa tutto ciò? Qual è l'interlocutore del distretto? Devo dirle, senatore Bompiani, che abbiamo fatto esperienze molto interessanti che voglio qui riferire. Abbiamo avuto una serie di contatti con alcuni medici di base delle USL, con i quali abbiamo discusso non su interventi generici, ma su interventi che avevano per oggetto la tutela della salute mentale, dell'età evolutiva ed i problemi relativi alla tutela della salute della donna e tutto ciò ci fa ritenere di dover insistere sulla sensibilizzazione dei «corpi separati» per poterli poi cooptare in un processo di integrazione.

Tuttavia, dobbiamo riconoscere che laddove siamo riusciti a portare avanti un processo di integrazione abbiamo ottenuto risultati soddisfacenti; basti pensare, infatti, che la spesa farmaceutica si è ridotta del 25 per cento in tre mesi. Riteniamo, pertanto, che l'unica soluzione valida sia costituita proprio dall'integrazione sempre maggiore con il distretto sanitario di base, che è poi una struttura tecnico-operativa della USL.

Per quanto riguarda il dipartimento, senatore Alberti, esso non rappresenta per noi un nuovo servizio. Consiste, semmai, in un nuovo modo di lavorare, di integrare servizi che lavorano storicamente in modo separato. Ne abbiamo dato una definizione, che qualcuno ha peraltro giudicato un po' troppo acculturata; si tratta, per noi, di un sistema di relazioni socio-sanitarie e come tale deve essere applicato alla dimensione della USL ed applicato in maniera «mirata». Prevediamo, quindi, la creazione di dipartimenti per la salute mentale, per la salute nell'età evolutiva e così via, integrando i servizi ospedalieri con quelli *extra* ospedalieri, sulla base di quanto previsto dall'articolo 17 della legge n. 833 del 1978.

Trattandosi di un sistema di relazioni socio-sanitarie, il dipartimento costituisce un sistema complesso, che pone problemi relati-

vi a nuovi modelli gestionali ed a nuove forme di coordinamento. Non si può più gestire l'ospedale come si faceva in passato; è, tuttavia, da rilevare che, con l'assetto dipartimentale, i posti-letto tenderebbero a ridursi ulteriormente.

In base alle esperienze sin qui fatte, possiamo dire che laddove esistono le «comunità-alloggio» non si praticano i TSO, cioè i trattamenti sanitari obbligatori, e non si fanno ricoveri. Laddove, invece, tali «comunità-alloggio» non esistono, vi è un alto numero di TSO e di ricoveri volontari. C'è poco da fare: sono questi i referenti.

Per quanto riguarda i problemi della spesa, devo dire al senatore Melotto che sono anch'io convinto che l'anno in corso si chiuderà con una situazione, per così dire, antica. Il senatore Melotto si è richiamato al problema della corresponsabilità e concordo con le sue affermazioni in proposito. La corresponsabilità, però, implica anche che vi sia chiarezza. Bisogna che il cittadino sappia esattamente quante volte deve pagare e perché si paga più volte per una prestazione che, alla fin fine, non è mai corrisposta *gratis*.

Infatti, si può affermare che il principio della gratuità della riforma è oggi quanto mai utopistico. Si paga attraverso i *tickets*, attraverso i contributi, che sono differenziati e sperequati, attraverso i *tickets* regionali e si finirà per pagare anche per effetto della capacità impositiva locale, ma non si avrà mai nulla *gratis*, se non quelle poche prestazioni delle quali parlava prima il collega Corrente. Si tratta, quindi, anche di rivedere il sistema contributivo.

Come qualificare la spesa? Credo che il problema della qualificazione della spesa, senatore Melotto, debba essere riferito alla spesa corrente, il che significa intervenire sul sistema dei servizi «storici». Ad esempio, non si può qualificare la spesa nel Lazio senza intervenire sulle duecento cliniche esistenti dentro e fuori Roma. Ciò non significa che si sia pregiudizialmente contrari al sistema privato, anche se il contratto prevede che tutta la medicina convenzionata esterna deve essere impiegata anche per finanziare gli incentivi di produttività e per riciclare, quin-

di, le funzioni nel sistema pubblico. In questo ambito vi sono interessi molto forti e si dovranno sostenere molti scontri. Infatti, la «spesa storica» — che nasconde anche interessi clientelari — non la si vuole toccare; noi proponiamo, invece, di intervenire sulla «spesa storica» e sulla spesa corrente con coraggio e con chiarezza.

È necessario, allora, riconvertire tutte quelle spese che hanno alimentato, ad esempio, i manicomi. Occorre, inoltre, procedere ad una grande opera di deospedalizzazione e di selezione dei ricoveri, intervenendo sui più importanti centri di spesa, rappresentati dagli ospedali e dal personale. Come è ovvio, non intendiamo dire che si debba licenziare il personale già impiegato nel Servizio; intendiamo, però, dire che bisogna affrontare rapidamente ed in maniera adeguata il problema del precariato. Riteniamo che, a parità di costi, si possano ottenere rese maggiori ed alta qualità delle prestazioni corrisposte; e già questo, nell'ottica dei costi e dei benefici prima ricordata, sarebbe un buon risultato.

MARTINELLI. Intendo soffermarmi su alcune questioni che sono state qui richiamate.

La prima si riferisce al problema della spesa farmaceutica, che non vorrei tralasciare proprio per l'importanza che riveste e per smentire le accuse di ambiguità che ci sono state rivolte sia dal senatore Ranalli che da parte di alcune organizzazioni sindacali; tali accuse sono, infatti, prive di ogni fondamento.

In data 8 novembre 1983 la Federazione unitaria, nel suggerire ai Presidenti delle Commissioni sanità del Senato e della Camera alcune modifiche alla normativa in materia, proponeva, tra l'altro, la soppressione della seconda parte del primo comma dell'articolo 34 del disegno di legge finanziaria, che fissava per la spesa farmaceutica il «tetto» di 4.000 miliardi di lire.

Nella lettera inviata ai due rami del Parlamento si diceva inoltre: «È convinzione della Federazione CGIL-CISL-UIL che l'introduzione del lettore ottico previsto dal decreto-legge n. 463, l'avvio di efficaci controlli sulle prescrizioni dei medici e l'introduzione di un

tetto all'aumento del prezzo dei farmaci dovrebbero dare risultati significativi sul contenimento della spesa farmaceutica. Rimane nella facoltà del Ministro operare sul prontuario in armonia con l'articolo 10 del decreto-legge n. 463 per dare maggiore razionalità a questo strumento. Più in generale, la Federazione CGIL-CISL-UIL attende con interesse l'apertura di un confronto, per il quale è stata assicurata la disponibilità, con il Ministro della sanità, del Ministro dell'industria e del Ministro della ricerca scientifica per una revisione dell'attuale assetto della produzione e della commercializzazione dei farmaci».

Il Parlamento ha risposto a questa nostra proposta solo in parte in quanto ha mantenuto il «tetto» dei 4.000 miliardi e ha deciso che si arrivi ad un piano di settore per l'industria farmaceutica. Non ripeto considerazioni già fatte dai colleghi circa le grosse difficoltà di cui ci rendiamo conto per avviare un discorso serio sui farmaci. Nelle successive riunioni avute in sede ministeriale abbiamo ribadito la nostra posizione, abbiamo sollecitato anche un certo slittamento del provvedimento riguardante il prontuario affinché si riesca ad avere una contestualità tra discorso di revisione del settore farmaceutico nel suo complesso e quello del prontuario.

RANALLI. Mi pare di capire che non ci sono dubbi: c'è unanime contrarietà all'articolo 4.

MARTINELLI. Gli altri due punti si riferiscono ad argomenti trattati nel mio precedente intervento. Il primo si riferisce all'ISPEL: è un problema per il quale siamo estremamente preoccupati, in quanto è vero che è stato finalmente approvato l'ordinamento dei servizi da parte dei ministeri competenti, sia pure con tagli qualificanti su alcune attività dell'Istituto, ma è anche vero che l'ISPEL rimane un organo burocratico sul quale vigilano ben quattro ministeri: il Ministero della sanità, quello del lavoro, quello dell'industria e quello del tesoro. C'è un presidente che è lo stesso Ministro della sanità, quindi è una figura solo simbolica,

che a sua volta delega il sottosegretario a rappresentarlo nel comitato amministrativo, a dirigere la gestione dell'istituto. Era questo un compito assegnato al vicepresidente, ma con il discorso della delega al sottosegretario è sparito l'unico anello che doveva essere il definitivo vertice gestionale dell'Istituto. Bisogna dire che l'Istituto ha rispetto al decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 619 che lo ha istituito, un'autonomia contabile che in realtà non corrisponde ai fatti dato il modo piuttosto confuso con cui il suddetto decreto e i successivi provvedimenti legislativi hanno assegnato all'Istituto l'omologazione. L'Istituto non è in grado di svolgere quei compiti che ha negli altri Stati e che nell'ambito del nostro paese vengono svolti da enti similari, come il CNR o l'ENEA, perchè è stato configurato come un ente statale simile all'Istituto superiore della sanità, sulla carta con compiti diversi di autonomia che non ha; deve operare in un settore qual è quello della produzione industriale, a tutela dei lavoratori, competenza ben diversa da quella dell'Istituto superiore della sanità. Comunque ancora oggi manca l'assegnazione definitiva del personale proveniente dall'ENPI, e abbiamo una situazione di limbo del personale, nel regolamento di amministrazione e contabilità a distanza di tre anni non sono stati definiti i compensi per i componenti del comitato amministrativo come pure i rimborsi per le spese. Anche questo può degenerare, è ovvio, in un minore interesse di partecipazione dell'ampio comitato amministrativo formato da oltre trentacinque persone. Si tratta di una serie di motivazioni che dà la misura dello scarso interesse di ordine politico che viene dato ad un Istituto che è stato creato ma non è posto nelle condizioni di funzionare.

Ci è stato chiesto qual è la ragione per cui vogliamo modificare il Consiglio sanitario nazionale. Su questo problema non ho molto da dire; praticamente nelle «Osservazioni e proposte» del CNEL in data 20-21 maggio 1980 veniva chiarito come il ruolo del Consiglio sanitario nazionale, così come è stabilito dalla legge n. 833, di fatto non venisse svolto. Per la risposta faccio quindi riferimento a quel documento.

GORI. Vorrei sapere a quale articolo 4 il senatore Ranalli si riferiva poco fa.

RANALLI. È l'articolo 4 del decreto-legge n. 10 del 1984 che differisce al 15 aprile la revisione generale del prontuario terapeutico.

GORI. Il sindacato era contrario allo stravolgimento del sistema di formazione della spesa farmaceutica con il «tetto» di 4.000 miliardi proposto nella legge finanziaria per il 1984.

Circa l'articolo 4 del decreto-legge n. 10 del 1984, negli accordi con il Presidente del Consiglio dei ministri era stato affermato che si sarebbe predisposto apposito provvedimento entro il 15 aprile collegato ai piani di settore dell'industria farmaceutica. Si trattava di non accettare lo stravolgimento del prontuario così come era dovendosi collegare la soluzione al piano di settore. Se me lo consente, senatore Ranalli, è cosa ben diversa.

PRESIDENTE. La sua dichiarazione rimarrà come interpretazione autentica del parere su questo problema.

LEONARDI. Rispondo al senatore Alberti che mi ha chiesto informazioni sui concorsi. Se abbiamo sostenuto che i concorsi devono essere fatti, significa che la normativa concorsuale per il personale delle unità sanitarie locali consente di fare concorsi. Essi sono stati effettuati: si legge nella *Gazzetta Ufficiale* l'indizione di essi e lo si appura anche visitando le USL. Non ricordo esattamente in quali Regioni i concorsi siano stati effettuati; è informazione che può dare il Ministro della sanità perchè, dovendo partecipare nelle commissioni esaminatrici un membro del Ministero e dovendo il Ministro inviare in missione dipendenti del proprio Dicastero, egli può avere il polso della situazione. Pertanto, il Ministro può fornire dati precisi.

MELOTTO. Prendiamo atto che i concorsi non sono stati fatti.

LEONARDI. Sono stati fatti.

12^a COMMISSIONE

20° RESOCONTO STEN. (27 marzo 1984)

MELOTTO. Dove sono stati fatti?

LEONARDI. Non ricordo con esattezza, l'ho già detto.

MELOTTO. Ne prendiamo atto.

LEONARDI. Si è chiesto da parte nostra un ordinamento più snello per la composizione delle commissioni d'esame, le quali dovrebbero essere meno articolate e complesse: per esempio, è impossibile reperire sempre un membro del Ministero o un presidente della giunta regionale o un suo sostituto. Confermo che nella *Gazzetta Ufficiale* appaiono indetti i concorsi. Mi risulta che membri del Ministero della sanità abbiano preso parte a commissioni esaminatrici in alcune parti d'Italia.

Senatrice Jervolino, non so se questa centralità dei Comuni voglia significare anche una unità sanitaria sottomessa ai Comuni. Siamo su posizioni più articolate: vediamo l'unità sanitaria locale come soggetto di diritto pubblico, una soluzione praticabile, appena più oltre le disposizioni prevalenti della legge n. 833. Certamente non è respinta da parte nostra la concezione della unità sanitaria locale come ente strumentale della Regione.

La Regione potrebbe essere considerata come l'ente forte in grado di ricondurre ad unità di indirizzo soggetti come le USL sottoposti a forti spinte centrifughe, ognuna diretta e indirizzata per conto proprio e tutte assolutamente non riconducibili a unità. Per quanto riguarda la centralità dei Comuni, non ci si illuda che da parte nostra s'intenda l'USL come sottomessa ai Comuni. Per quanto riguarda la risposta alla senatrice Jervolino, noi siamo per la revisione del decreto del Presidente della Repubblica n. 761: rispetto ad essa auspichiamo soluzioni che diano una snellezza procedurale e possibilità di ovviare a carenze strutturali. Ad esempio, l'aspettativa per motivi di studio prevista nel suddetto decreto rimanda al decreto del Presidente della Repubblica n. 3 del 1957, che sarebbe lo statuto degli impiegati civili dello Stato. Ebbene, andando a leggere il decreto del Presidente della Repubblica n. 3 del 1957 non vi si trova regolata l'aspettativa per

motivi di studio. Ecco una delle carenze strutturali. Ricerchiamo anche la possibilità di ovviare a disorganicità e discriminazioni di applicazione tra le varie USL, dal momento che il decreto n. 761 offre questi lati negativi. Auspichiamo anche soluzioni che diano la possibilità di evitare disparità di trattamento tra figure professionali con uguale valore di professionalità. La senatrice Jervolino avanza l'ipotesi che un più stretto controllo sulle USL possa lederne l'autonomia; secondo me, bisogna vedere cosa vuol dire autonomia. Se autonomia vuol dire democrazia, la democrazia non può rinunciare ad un controllo costituzionale, non può rinunciare ad un controllo più efficiente, altrimenti si intenderebbe l'autonomia in modo distorto. Nel Trentino, ad esempio, l'autonomia ha apportato comitati di gestione senza minoranza, monocolori, che ledono, già nella loro composizione, i principi più elementari di una riforma economico-sociale del paese, qual è quella sanitaria.

Revisori dei conti, comitati regionali di controllo, Corte di conti: che cosa fare in rapporto a tali tre tipi di controllo? Secondo me bisogna aspettare la revisione generale dell'ordinamento e dei controlli, però un affidamento di precise competenze in via transitoria si può fare per evitare ancora che si provochino scavalcamenti e contrapposizioni. Voglio dire infine alla senatrice Jervolino che il controllo popolare è il controllo più efficace; non intendo però il controllo popolare in senso evanescente, intendo controllo popolare in senso pragmatico: la diffusione estesa delle delibere di bilancio, la diffusione delle delibere più importanti, eccetera, perchè questo è il vero controllo, in via transitoria, in attesa della revisione generale dell'ordinamento dei controlli. In talune occasioni occorre anche un controllo giudiziario, senza spaventarci, perchè talvolta anche questo è un controllo salutare.

La senatrice Rossanda ha affermato che la legge-quadro del pubblico impiego ha bisogno di essere armonizzata; siamo d'accordo, purchè ciò porti a una chiarezza legislativa, considerato che di chiarezza legislativa, nella fase *post* riforma, non se ne è vista, con leggi e leggine che si accavallano e con disposizioni all'interno della stessa legge che si con-

traddicono. Anche per questi motivi il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 deve essere revisionato per essere armonizzato con la legge-quadro del pubblico impiego.

Rispondendo alla senatrice Colombo Svevo in merito alla formazione professionale, voglio ricordare che vi sono masse enormi del personale sanitario poco o per niente qualificate. È un problema importantissimo, di grossissimo rilievo. Secondo me, però, si dovrebbe cominciare l'opera di formazione ed aggiornamento dalle fasce dirigenziali e dalle fasce mediche, per arrivare infine a tutto il personale. Ricordiamo inoltre che, rispetto alla Francia, in Italia la spesa per la formazione professionale è in un rapporto svantaggiato, per l'Italia stessa, da uno a dodici: affermo questo affinché ci rendiamo conto delle condizioni in cui ci troviamo. Il senatore Ranalli osservava che sfuggono i dirigenti e chiedeva che cosa si deve fare a questo proposito. Anch'io pongo una domanda che non ha bisogno di risposta, perchè la risposta è implicita: cosa si fa rispetto alla legge-quadro sul pubblico impiego che consente ad alcuni dirigenti pubblici di sfuggire? Si vuol forse dire che i dirigenti delle USL debbano rimaner diversi rispetto ad altri dirigenti che sfuggiranno — se come pare, sfuggiranno — da una contrattazione generale? Considerato il problema dell'alta qualificazione richiesta alla dirigenza delle USL e considerato il fatto che la legge-quadro offre la possibilità di sfuggire a grossa parte della dirigenza pubblica, sorge la questione del che cosa fare rispetto anche al ruolo medico: se deve rimanere compresso o se deve seguire la dirigenza amministrativa. Se fossi un demagogo direi: tutti dentro al contratto unico e non ne parliamo più; se fossi un tecnico, come il professor Rusciano, uno studioso dei problemi del pubblico impiego, direi che bisogna mutare le concezioni antiche. Nell'azienda il referente è il padrone, nello Stato il referente sarebbe qualcosa di evanescente se non esistesse il dirigente. Se il padrone è qualcosa di diverso dal lavoratore, il dirigente dello Stato deve essere differente da cosa? Il dirigente deve essere per forza qualcosa di diverso da tutto il resto del personale.

PRESIDENTE. Ritengo che, avendo superato abbondantemente l'orario che ci eravamo prefissi, possiamo chiudere l'interessantissima, vivacissima, ricca di spunti, audizione di questa sera. Ritengo opportuno pregarvi di inviare opinioni e memorie scritte anche in avvenire su temi, ad esempio, come la formazione del personale che mi sta particolarmente a cuore, come sta a cuore in generale a tutta la Commissione.

Sono stati avanzati anche da parte vostra richiami all'uso più ampio delle possibilità che offre il Regolamento del Parlamento, come ad esempio la «corsia preferenziale» per taluni dei provvedimenti in questa materia; io non mi tiro certamente indietro e cercherò di trovare i consensi necessari perchè alcuni provvedimenti, sui quali si era già realizzata una certa base di accordo (ad esempio quello della pianificazione sanitaria nazionale) possano essere portati su questo binario. Vorrei dire ancora che ho colto, come credo abbiano fatto anche i miei colleghi, il vostro entusiasmo a lavorare nel settore della sanità, non solo limitatamente a problemi specifici di vostra più diretta pertinenza, come quello del personale, ma allargando il campo di riflessione ai problemi più generali non solo della riforma, ma della sanità vista in rapporto alla società. Credo che anche voi abbiate colto il nostro desiderio di lavorare con approfondimento sui vari temi, con quel metodo che uno di voi ha definito scientifico, per conoscere i problemi prima di agire.

Mi auguro che vi siano ulteriori occasioni di confrontare le nostre posizioni su problemi specifici e vi ringrazio per la partecipazione ed il contributo all'indagine conoscitiva promossa dalla nostra Commissione.

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

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

I lavori terminano alle ore 20,45.