

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO
DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

21° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 28 MARZO 1984

(Pomeridiana)

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE

Audizione di suor Odilia D'Avella, presidente della Federazione nazionale dei collegi delle infermiere professionali, assistenti sanitarie e vigilatrici d'infanzia; del signor Natalino Bordigoni, presidente della Federazione nazionale dei tecnici sanitari di radiologia medica; e della signorina Lucia Bai, vice presidente della Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche

PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 8 e <i>passim</i>	<i>BAI</i>	Pag. 8, 13, 18
COLOMBO SVEVO (DC).....	12	<i>BORDIGONI</i>	8, 18
CONDORELLI (DC).....	9	<i>D'AVELLA</i>	3, 14, 16 e <i>passim</i>
JERVOLINO RUSSO (DC).....	11		
MELOTTO (DC).....	10, 16		
RANALLI (PCI)	11, 17		
ROSSANDA (PCI)	10, 11, 16 e <i>passim</i>		

Audizione del dottor Francesco Cannavò, presidente della Federazione nazionale degli ordini dei farmacisti e dei dottori Cesare Alvigini, Silvio Catapano e Giacomo Leopardi, componenti del comitato centrale

PRESIDENTE	Pag. 19, 23, 25 e <i>passim</i>	<i>ALVIGINI</i>	Pag. 27, 31
COLOMBO SVEVO (DC).....	25	<i>CATAPANO</i>	25, 27, 28 e <i>passim</i>
CONDORELLI (DC).....	24	<i>CANNAVÒ</i>	20, 25, 27
JERVOLINO RUSSO (DC).....	24	<i>LEOPARDI</i>	27, 28
MELOTTO (DC).....	23, 26, 27 e <i>passim</i>		
MERIGGI (PCI)	28		
RANALLI (PCI)	23, 25, 29 e <i>passim</i>		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per la Federazione nazionale dei collegi delle infermiere professionali, assistenti sanitarie e vigilatrici d'infanzia il presidente suor Odilia D'Avella, il vice presidente Maria Rita Preite, la segretaria Emilia Di Toffa, la tesoriere Antico Pasqua Rosa e il consulente legale Salvatore Carruba; per la Federazione nazionale dei tecnici sanitari di radiologia medica il presidente Natalino Bordigoni, il tesoriere Alberto Notari, il signor Pier Franco Di Pirro e il consulente legale Nicola Ferraro; per la Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche il vice presidente Lucia Bai; per la Federazione nazionale degli ordini dei farmacisti il presidente Francesco Cannavò e i componenti del comitato centrale dottor Cesare Alvigini, dottor Silvio Catapano e dottor Giacomo Leopardi.

La seduta inizia alle ore 16,35.

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

È oggi in programma l'audizione di rappresentanti della Federazione nazionale dei collegi delle infermiere professionali, assistenti sanitarie e vigilatrici d'infanzia; della Federazione nazionale dei tecnici sanitari di radiologia medica; della Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche, nonché della Federazione nazionale degli ordini dei farmacisti.

Se non si fanno osservazioni, verranno ascoltati innanzi tutto i rappresentanti delle prime tre categorie.

Vengono quindi introdotti suor Odilia D'Avella, accompagnata da Maria Rita Preite, Emilia Di Toffa, Antico Pasqua Rosa e Salvatore Carruba; Natalino Bordigoni accompagnato dai signori Alberto Notari, Pier Franco Di Pirro e Nicola Ferraro e la signorina Lucia Bai.

Audizione di suor Odilia D'Avella, presidente della Federazione nazionale dei collegi delle infermiere professionali, assistenti sanitarie e vigilatrici d'infanzia; del signor Natalino Bordigoni, presidente della Federazione nazionale dei tecnici sanitari di

radiologia medica; e della signorina Lucia Bai vice presidente della Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche.

PRESIDENTE. Do il benvenuto ai nostri ospiti e li ringrazio per aver accettato il nostro invito. Il nostro scopo, in vista anche del miglioramento della qualità del Servizio sanitario nazionale e di eventuali iniziative legislative che dovessimo prendere, è quello di conoscere, dalla viva voce di coloro che sono impegnati in prima persona nelle varie attività del settore sanitario, i problemi, le proposte e quanto possono suggerire anche sul piano legislativo in quanto ricordo che la nostra è un'attività finalizzata alla produzione delle leggi.

Purtroppo dobbiamo procedere sempre in tempi molto ristretti, ma ciò che conta è la vostra presenza, nonché conoscere direttamente gli elementi — a vostro avviso — più importanti che volete far presenti che poi, unitamente al materiale che lascerete e a quello che invierete successivamente — e di cui vi ringrazio fin d'ora — verranno esaminati attentamente e messi agli atti della Commissione.

Detto questo, poichè — ripeto — i tempi sono limitati, propongo di seguire l'abituale procedura: un membro per ogni Federazione espone in quindici-venti minuti le cose sostanziali, dopo di che gli onorevoli senatori rivolgeranno le loro domande ed in sede di replica chi è più esperto nel settore interessato potrà rispondere personalmente.

Per la Federazione dei collegi delle infermiere prende la parola suor Odilia D'Avella.

D'AVELLA. Innanzitutto, volevo dire che il tempo a nostra disposizione dalla convocazione ad oggi è stato molto breve per cui se essa ci fosse giunta con un certo anticipo avremmo potuto predisporre un documento più approfondito. Per tale motivo, oltre alla relazione che abbiamo portato con noi, ci riserviamo di poter fornire ulteriori documentazioni per approfondire i temi istituzionali e finanziari, dal momento che in questa sede intendiamo attenerci soprattutto agli aspetti relativi alla politica del personale con particolare riferimento alla parte formativa.

L'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione del Servizio sanitario nazionale, avviata da codesta Commissione, pone l'accento su tre momenti essenziali: 1) i profili istituzionali; 2) i profili finanziari; 3) gli aspetti relativi alla politica del personale.

Questa Federazione, ente professionale di diritto pubblico che rappresenta in termini unitari i 60.000 infermieri operanti nel Servizio sanitario nazionale iscritti per legge agli albi dei collegi provinciali, potrebbe essere interessata a far conoscere e discutere in questa sede solo gli aspetti relativi alla formazione, alla provvista del personale infermieristico e alla conseguente collocazione giuridica, economica e funzionale nel Servizio sanitario dei citati professionisti, ma chiaramente tali aspetti non possono prescindere dai profili istituzionali e finanziari del Servizio stesso in quanto intimamente legati al modello organizzativo e gestionale delle USL e alla relativa provvista finanziaria determinata con il Fondo sanitario nazionale.

Per brevità non si scende nell'analisi di tali aspetti, ma si conferma la validità di fondo sul piano istituzionale della impalcatura della legge n. 833 del 1978 che ha individuato nelle autonomie locali i centri di impostazione dei livelli di responsabilità e decisionali sulla concreta erogazione dell'assistenza sanitaria nei limiti e secondo i criteri fissati dalla legge e dal Piano sanitario nazionale, che però non è stato ancora approvato.

Ciò che merita, su tale aspetto, una revisione critica è la frantumazione eccessiva del territorio in quasi settecento USL con funzioni ulteriormente ripartite nei distretti, mentre manca una visione d'insieme, secondo modelli di riferimento unitari, dei servizi multizonali, interregionali e nazionali, con conseguente appesantimento burocratico per i necessari rapporti tra i vari centri decisionali del Servizio (distretto-USL-Comuni-Regioni-Stato e viceversa). In effetti, è proprio l'appesantimento burocratico che crea le disfunzioni maggiori a livello delle USL.

La correlata vischiosità di rapporti amministrativi rende lenta l'azione sanitaria rispetto ai bisogni reali degli infermi e spesso

gli infermieri diventano cassa di compensazione dei ritardi, discrasie e inerzie a monte delle loro funzioni, subendo in prima persona la logica reazione, spesso giustamente protestataria, degli utenti che vedono ritardata, inefficace e inutilmente costosa, la prestazione sanitaria comunque erogata.

Per evitare soltanto una sommatoria delle lamentele cerchiamo quindi di dare alcuni enunciati sui problemi di fondo.

L'enunciazione che occorre invertire in termini numerici il rapporto fra medici e infermieri, affidando a questi ultimi la gestione reale delle strutture, in analogia a quanto avviene nei paesi anglosassoni, postula una nuova e diversa figura di infermiere da formare ed addestrare alla gestione manageriale dei servizi sanitari allocati nelle USL.

Ciò comporta che il modello attuale di formazione degli infermieri, che ha esaurito la sua positività alla fine degli anni Sessanta, vada rivisto nella promessa — e mai presentata al Parlamento da parte del Governo — legge-quadro sulla formazione del personale sanitario infermieristico e tecnico.

Le richieste degli infermieri, dibattute nei congressi e nei convegni promossi e realizzati dalla Federazione, fanno perno su alcuni punti.

In primo luogo, sulla gestione delle scuole infermieristiche, come espressione di un sistema formativo didattico, dotato di autonomia in ordine alla collocazione e provvista dei docenti, alla selezione iniziale e intermedia degli allievi, alla provvista del materiale didattico e audiovisivo, nonché ai rapporti funzionali e produttori con le strutture sanitarie deputate all'insegnamento teorico-pratico.

In secondo luogo, non è ammissibile che di tali scuole si occupi il comitato di gestione delle USL alla stregua della gestione degli altri servizi assistenziali, anche perchè c'è da notare che tali comitati in genere se ne occupano soltanto a fini di potere clientelare e non per migliorare la formazione e la qualità degli infermieri e quindi del servizio prestato.

La funzione didattica per sua natura postula un'organizzazione che veda sia negli organi decisionali che in quelli di direzione

didattica e nei docenti una spiccata e specifica professionalità.

Si può certamente pensare ad un sistema che, pur cooptando nella presidenza e organo collegiale decisionale i rappresentanti delle autonomie locali, individui soggetti, funzioni e compiti in maniera snella, flessibile, didatticamente valida.

A tal riguardo occorre approfondire gli aspetti relativi al corpo docente. Le soluzioni proposte al Parlamento e in elaborazione da parte del Governo, vedono la formazione infermieristica allocata in due posizioni diverse: all'attuale livello di gestione da parte delle USL (quale compito complementare ed eventuale), o ripartita in parte alla competenza delle USL (e quindi delle Regioni) per il personale infermieristico tipico, in parte alle scuole universitarie (terapisti della riabilitazione, dietisti, tecnici di laboratorio, fisiopatologia e radiologia, ostetriche).

Tale ripartizione trova la sua giustificazione nell'assurda differenziazione del titolo di studio richiesto per l'accesso ai rispettivi corsi di formazione (titolo di licenza secondaria superiore, ovvero sommatoria di formazione scolastica inferiore).

Se è vero che l'evoluzione scientifica manageriale, assistenziale e di *nursing* richiede nel personale infermieristico una cultura di base adeguata, gli infermieri non possono tollerare e accettare criteri discriminanti non validi sul piano logico, etico e sociale.

Se nel 1929 ai futuri infermieri professionali si chiedeva la licenza di scuola media, a distanza di oltre cinquant'anni è necessario che la formazione di base da richiedere non possa che basarsi sul titolo di scuola secondaria superiore. L'ideale sarebbe l'uniforme formazione di base; la riforma della scuola secondaria superiore però non sembra prossima alla realizzazione. Quindi, l'uniforme punto di partenza porterà ad una più facile ed omogenea formazione dei futuri infermieri adeguata anche per la gestione reale delle strutture sanitarie, almeno le più semplici.

Se nel pubblico impiego per le funzioni di segreteria si richiede la scuola secondaria superiore, non è utopistico chiedere un analogo titolo per l'accesso alla formazione specifica infermieristica.

La collocazione istituzionale delle Scuole va approfondita, trattandosi comunque di istruzione *post-scuola* secondaria superiore di livello universitario, che richiede un'attenta programmazione e una seria gestione, puntando alla qualità degli infermieri per dare una risposta adeguata e competente alla domanda di salute del cittadino.

Un tale profilo non è secondario ad altro più rilevante, decisivo ed urgente. Si tratta della individuazione e definizione dei profili professionali del personale docente. Ciò che in passato rappresentava una mèta ambita (cioè l'incarico d'insegnamento per il personale ospedaliero) oggi ha perduto credibilità, in relazione alla opzione del personale medico del Servizio sanitario nazionale per il tempo definito e il conseguente interesse a coltivare la libera attività professionale o quella convenzionata meglio remunerata dell'insegnamento e più soddisfacente sul piano professionale.

Nelle scuole infermieristiche oggi l'incarico di insegnamento viene spesso affidato a medici in formazione, a precari, ad estranei al mondo ospedaliero e didattico, con la conseguenza di una formazione sempre più carente. È vero che le scuole sono aumentate come numero, ma, a mio avviso, non si tratta di scuole, bensì di pseudoscuole che forniscono pseudoinfermieri.

La rilevanza della funzione didattica comporta oggi soluzioni adeguate con l'utilizzazione prevalente di personale docente infermieristico.

Non sembri utopistico pensare alla collocazione fuori ruolo del personale docente delle scuole infermieristiche, vuoi che sia ospedaliero che universitario per potersi dedicare in via principale ed esclusiva all'insegnamento, che non può più essere gestito dalla cattedra, ma comporta seminari, gruppi di lavoro interdisciplinari non più cogestibili con l'altra attività di diagnosi, cura e ricerca nel campo ospedaliero. La serietà e l'impegno principale ed esclusivo del corpo docente sono la prima garanzia del livello di formazione degli infermieri.

La formazione, poi, specifica teorico-pratica del *nursing* deve vedere impegnati in via esclusiva gli infermieri-docenti.

L'affidamento del cosiddetto « tirocinio » agli infermieri di reparto non è soddisfacente, vuoi perchè per la carenza di personale il tirocinio si risolve in genere nella utilizzazione degli allievi nella attività assistenziale senza alcun contenuto didattico formativo, vuoi perchè la gran parte di tali infermieri manca di attitudine all'insegnamento, anche se solo pratico.

Si pone quindi il problema della formazione di livello universitario degli infermieri-docenti.

Ciò risponde ai criteri contenuti nell'Accordo di Strasburgo recepito con legge 15 novembre 1973, n. 795.

Con tali vincolanti disposizioni si può innovare, modificando e integrando le figure infermieristiche con la emananda legge-quadro, purchè questa non recepisca a fini clientelari, per spinte demagogiche da parte dei sindacati o delle Regioni, soltanto gli aspetti deteriori e non quelli che le componenti professionali più qualificate hanno cercato di portare avanti finora.

Il numero delle scuole sembra oggi sufficiente alla provvista di infermieri per il Servizio sanitario nazionale. Ma molte di queste non danno, purtroppo, garanzie di efficienza. Le scuole andrebbero programmate e controllate.

Si deve sottolineare che finora si sono date risposte improvvisate e dequalificanti sia per la preparazione del personale che per la efficienza dei servizi.

Si deve affermare l'esigenza che le scuole vanno collocate solo dove le strutture didattico-organizzative e di apprendimento teorico-pratico offrano garanzia, anche per la qualificazione dei docenti, di dare una formazione di buon livello.

Infatti le scuole collegate con *ex* ospedali di zona che danno assistenza generica medica e chirurgica, senza la presenza di divisioni e servizi specialistici, precludono agli allievi di conoscere le problematiche infermieristiche collegate a prestazioni complesse (rianimazione, traumatologia, neonatologia, urologia, cardiologia eccetera). Si rischierebbe di mantenere una ingiusta sostanziale differenziazione formativa fra chi frequenta scuole collegate, ad esempio, a policlinici e

chi invece frequenta scuole collegate ad infermerie.

Inoltre per la richiesta qualificazione dei docenti non sembrano utilmente gestibili scuole con scarso numero di allievi, considerata la percentuale di « mortalità scolastica » nel corso del triennio.

L'accesso poi alle scuole, data la eterogeneità del *curriculum* scolastico di base impone una severa selezione in sede di ammissione secondo il parametro della « attitudine vocazionale » e della cultura propedeutica alla formazione specifica.

La gestione della popolazione scolastica, i relativi incentivi economici per gli allievi, la gestione delle spese devono essere di competenza esclusiva della direzione della scuola.

Ai fini della individuazione dei relativi mezzi occorre che la Regione, in sede di riparto del Fondo sanitario nazionale, vincoli una quota del Fondo alla formazione degli infermieri, in relazione alla popolazione servita, all'entità delle strutture, pubbliche e private, al tasso di collocamento a riposo del personale in servizio, alle esigenze di aggiornamento periodico del personale stesso.

Per tale ultimo aspetto molti collegi, di intesa con le Regioni, hanno realizzato e stanno realizzando corsi di aggiornamento professionale, su tematiche poste dagli stessi iscritti.

Per quanto riguarda l'esercizio della professione, pur rilevando che la gran parte degli infermieri svolge la propria attività come personale dipendente, c'è spazio per la libera attività professionale che va incoraggiata e non mortificata in relazione alla necessità di dare attuazione alla « assistenza infermieristica domiciliare e ambulatoriale » di cui all'articolo 25, secondo comma, della legge n. 833 del 1978.

I bisogni degli assistiti, specie anziani, non possono soddisfarsi con la gestione, ancorchè flessibile, di strutture istituzionali. L'assistenza domiciliare postula, come per i medici di medicina generale, l'impiego articolato di infermieri che tengano conto prevalentemente dei bisogni, orari e abitudini degli utenti non sempre suscettibili di essere soddisfatti negli orari tipici e secondo il rapporto di pubblico impiego.

Pertanto per un verso si pone, anche per gli infermieri dipendenti, l'esigenza di un rapporto a tempo definito o a tempo parziale per legittimare l'assistenza infermieristica domiciliare mediante convenzione o tramite associazioni infermieristiche di volontariato.

È questa una realizzazione innovativa di notevole impegno professionale e culturale ma non anche di grosso impegno economico.

Il tradizionale mansionario infermieristico, ha di fatto, in maniera non sporadica, declassato la funzione infermieristica in quella atipica di «segretaria sanitaria», specialmente nelle strutture ambulatoriali, con impegno temporale e finanziario improduttivo sul piano della efficienza della funzione.

Appare quindi necessario che l'infermiere possa svolgere la propria professionalità in termini deontologici sia dentro che fuori le strutture e in tal senso ha rilevanza logica e giuridica l'obbligo fissato dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 della iscrizione all'albo del relativo collegio.

Verrebbe infatti frustrata nei fatti una severa e appropriata formazione professionale se gli infermieri, in buona parte, fossero impiegati nell'espletamento di compiti burocratici estranei alla loro professionalità.

Occorre quindi, con la legge-quadro, fissare le tipologie professionali per singolo profilo, demandando poi all'organizzazione professionale (collegi) l'area di concreta espressione della professione, alla stessa stregua di quanto avviene per i medici legati al rapporto di impiego o convenzione con il Servizio sanitario nazionale. Si può pensare a protocolli infermieristici proposti dalla Federazione e resi esecutivi con provvedimenti del Governo.

La collocazione degli infermieri nei parametri economici dell'accordo di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 348 del 1983 non rende giustizia, secondo i principi costituzionali, alla qualità e quantità del lavoro prestato. Se è vero che equilibri sindacali hanno portato a dare maggiore ascolto a chi ha una maggiore forza contrattuale, si deve rilevare che la Federazione ha evitato e frenato spinte selvagge in sede contrattuale. Tale azione di freno non potrà per il futuro

avere carattere persuasivo se si continuerà a mortificare una professionalità di primaria importanza per l'assistenza agli infermi e per la gestione totale dei servizi.

Ultimo aspetto, ma non certo meno importante, è quello della cosiddetta «riqualificazione» del personale infermieristico (infermieri generici e psichiatrici). A parte il dissenso di fondo sulla scelta di non più qualificare il personale ospedaliero con minori mansioni sanitarie, vorrei rilevare che spesso, comunque, non si tratta di una riqualificazione, ma di una spinta addirittura dequalificante. Gli infermieri che si sono «riqualificati» in verità non hanno acquisito alcuna qualifica, anche perchè il termine stesso «riqualificazione» presuppone che questi infermieri avessero già una qualificazione professionale, mentre sappiamo tutti come in realtà non fossero preparati. Quindi il salto di qualità non c'è stato e tanto meno c'è stata la qualità delle prestazioni da erogare ai cittadini bisognosi dei servizi. L'esperienza insegna che i corsi hanno dato effetti molto negativi perchè il grado di recettività tipico della formazione infermieristica è molto modesto. Avremo sempre infermieri di due livelli: quelli ordinari e quelli «riqualificati», con intuibili danni sull'assistenza, vuoi sul piano delle prestazioni che su quello dell'organizzazione del lavoro.

Alla relazione sono allegate delle tabelle che danno conto di come già attualmente vi sono molti allievi che accedono ai corsi con il titolo di scuola media superiore, a dimostrazione del fatto che richiedere una maggiore cultura di base non è utopistico ma in fondo è già realizzato nelle scuole infermieristiche.

Dati i limiti di tempo, questa Federazione si riserva di prospettare ulteriormente gli approfondimenti e le proposte per i tre aspetti oggetto dell'indagine da parte di codesta Commissione.

PRESIDENTE. La ringrazio, suor D'Avella, per la relazione molto precisa, puntuale e ricchissima di spunti.

Adesso, sempre nella ristrettezza del tempo ma con l'affinità dell'argomento invito Lucia Bai, vice presidente della Federazione

nazionale dei collegi delle ostetriche, a prendere la parola.

BAI. Signor Presidente, non ho avuto il tempo di preparare una relazione ma mi riservo di fare acquisire alla Commissione una memoria scritta. Intanto risponderò eventualmente alle domande che verranno poste.

PRESIDENTE. Do quindi la parola al signor Natalino Bordigoni, presidente della Federazione nazionale dei tecnici sanitari di radiologia medica.

BORDIGONI. Vorrei innanzitutto ringraziare il Presidente e i componenti della Commissione sanità del Senato per averci convocato. Neanche io sono in grado di presentare una relazione perchè soltanto ieri pomeriggio abbiamo avuto notizia di questa riunione, ma se lei, signor Presidente, lo consente, vorrei sinteticamente esporre la situazione della categoria dei tecnici sanitari di radiologia medica, che rappresento. Noi siamo esattamente 14.082 tecnici che operano in tutto il territorio nazionale, di cui circa 12.000 nei reparti di radiodiagnostica, 1.300 nei reparti di medicina nucleare e 780 nei reparti di radioterapia oncologica; di questi, 1.200 nell'ultimo quinquennio sono stati allontanati dalle fonti radianti per aver contratto malattie professionali. Quindi in realtà gli operatori del Servizio sanitario nazionale quali i tecnici sono meno di 14.000. Questi i dati statistici che abbiamo appurato al 31 dicembre 1983.

Attualmente le scuole di formazione professionale esistenti nel territorio italiano sono sessantasette, di cui cinquantotto sono istituite dalle USL (prima erano ospedali regionali), sette sono presso istituti di radiologia universitari e una, quella di Pavia, è istituita presso la facoltà di medicina di quella Università. Il requisito di accesso alla scuola di formazione professionale, stabilito l'anno scorso dal Senato e dalla Camera, è il diploma di scuola secondaria superiore; da quest'anno tale requisito è obbligatorio per tutti coloro che si affacciano ad affrontare questa nostra attività. Considerato il progresso tecnologico che la radiologia medica italiana ha

subito in questo ultimo decennio, abbiamo modificato, d'accordo con le Commissioni ministeriali pubblica istruzione e sanità, i programmi di formazione scolastica, inserendo l'informatica, la telematica e l'elettronica, unitamente alla lingua inglese, come materie obbligatorie di insegnamento. Questi programmi sono stati già varati dal Ministero della sanità e attualmente sono in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale da parte del Ministero della pubblica istruzione.

Le nostre scuole di formazione prevedono un biennio comune; il terzo anno c'è l'orientamento specialistico sia in radiodiagnostica che in medicina nucleare o in terapia oncologica, proprio per evitare che, scegliendo tutti la radiodiagnostica, si determinasse una carenza soprattutto nei reparti di terapia oncologica, come attualmente riscontriamo. La formazione, la gestione e la programmazione regionale di queste scuole a nostro avviso è carente, soprattutto per quanto riguarda la programmazione in alcune Regioni; mi riferisco al Lazio e alla Campania, dove le scuole a nostro avviso sono in numero più che sufficiente, tanto è vero che vengono diplomati operatori che non hanno possibilità di trovare collocazione nel mercato del lavoro, ormai saturo. Riteniamo quindi che tali scuole, almeno temporaneamente, non debbano essere più istituite in queste due Regioni.

Incontriamo peraltro dei grossi problemi per quanto riguarda la mancata applicazione dell'articolo 6, lettera *g*), della legge di riforma sanitaria, perchè non abbiamo un indirizzo comune per quanto riguarda soprattutto l'istituzione delle scuole, tanto è vero che esistono ancora numerose controversie se queste debbano essere istituite dallo Stato o dalle Regioni, e cito in proposito il caso abbastanza eclatante della scuola professionale statale «Edmondo De Amicis» di Roma che ha chiuso soprattutto per applicare la nuova normativa approvata nel gennaio 1983. Questa situazione crea numerose difficoltà ed abbiamo riscontrato che nelle sedi dove le scuole sono gestite a livello universitario la formazione è più seria e completa, anche perchè esiste una forma di controllo da parte degli organi preposti, mentre invece in moltissime altre sedi non si può parlare di

12^a COMMISSIONE

21° RESOCONTO STEN. (28 marzo 1984)

scuole, ma solo di corsi accelerati, e il riscontro lo otteniamo, purtroppo, quando questi nostri colleghi neo-diplomati si presentano ad affrontare dei concorsi ed emerge una carenza di preparazione e di formazione che non permette loro di sostenere con serietà l'attività che devono svolgere soprattutto a contatto con il paziente e con tutti i problemi connessi alle radiazioni nucleari. Da qui la richiesta avanzata recentemente dal nostro comitato centrale anche nel corso dell'ultimo congresso culturale: quella di richiedere, al Parlamento in particolare, intanto di uniformare questo indirizzo di formazione scolastica, anche per stabilire se le nostre scuole devono essere gestite dallo Stato o dalla Regione. C'è infatti, a nostro avviso, un nodo da sciogliere: non si può continuare a formare professionisti che in parte hanno una sufficiente preparazione e in altra parte no, soprattutto perchè il corpo docente è abbastanza carente, in quanto molti docenti non sono preparati ad insegnare a determinati operatori. Questi sono aspetti che abbiamo rilevato in tutte le scuole di formazione professionale, soprattutto in quelle gestite dalle USL. Sempre nelle scuole di formazione si dovrebbe anche prevedere l'aggiornamento permanente, soprattutto nel settore tecnico-sanitario, dove l'evoluzione tecnologica delle apparecchiature, in rapporto anche alle energie alternative, come per esempio gli ultrasuoni, non è recepita da tutti, proprio perchè manca l'aggiornamento permanente, che pure è previsto dalla legge di riforma sanitaria. Noi, come Federazione nazionale e come collegio professionale, cerchiamo di supplire con corsi annuali, ma è necessaria la collaborazione delle Università e delle USL, perchè certamente i corsi non possono continuare a gravare a carico di chi vi partecipa.

Ringrazio ancora una volta la Commissione per la possibilità che ci ha offerto e mi riservo di presentare un documento più circostanziato in risposta anche alle richieste che ci verranno rivolte.

PRESIDENTE. Ringrazio, a mia volta, per questa presa di contatto d'insieme. Passiamo, ora, alle domande.

CONDORELLI. Ho ascoltato con grande attenzione la relazione di suor D'Avella e vorrei fare alcune considerazioni sul problema, di grandissima rilevanza, della formazione degli infermieri e non perchè io non creda all'efficacia dell'insegnamento pratico da parte di infermieri. Anzi, a tal proposito ricordo l'affermazione di un grandissimo chirurgo, oggi scomparso, il quale una volta mi disse di avere una grande devozione per un infermiere di sala operatoria che egli considerava uno dei suoi maestri perchè gli aveva insegnato molte cose. Io riconosco che vi è una parte di applicazione pratica, nella quale infermieri esperti possono e debbono avere un loro compito, però non ritengo che altrettanto possa avvenire dal punto di vista teorico, perchè, alla fine, creeremmo un corpo di insegnanti che non sarebbero più infermieri, determinando così un cambiamento di figura. Io, invece, credo che sarebbe molto utile creare un corpo di docenti *ad hoc*, proprio per le scuole infermieristiche. Infatti, l'attività didattica svolta dalle Università per gli infermieri, almeno a mio avviso, non è adeguata proprio perchè si basa su un tipo di insegnamento universitario che difficilmente può calarsi in quella che è una realtà differente. Pertanto, ripeto, io credo che la creazione di un corpo di docenti per infermieri sia veramente di grande importanza pratica, anche per uniformare sul territorio nazionale un sistema di cultura che sia omogeneo per tutti gli infermieri.

Nutro inoltre qualche dubbio sul problema dei gradi professionali degli infermieri. Ritengo che sia necessario mantenere una differenza, creare degli scalini nell'ambito della carriera dell'infermiere e questo perchè l'infermiere adibito, per esempio, al reparto di medicina generale svolge certi compiti, ma vi è anche l'esigenza di infermieri che siano particolarmente specializzati per compiti differenti, per esempio di terapia intensiva, coronarica, di chirurgia e via dicendo. A questo punto l'infermiere non è più generico, ma si avvicina ad un tecnico professionista, di livello, quindi, diverso. Al tempo stesso rimane sempre la necessità dell'infermiere che continui ad assistere gli ammalati nelle cose pratiche e questa assistenza che riguar-

da i bisogni e la pulizia del malato è, a sua volta, importantissima e molto delicata perchè deve essere compiuta con grande umanità e passione. Quindi, una diversità di compiti e di livelli di carriera deve comunque persistere.

Un altro argomento molto importante è quello dell'assistenza domiciliare, tanto più che oggi si cerca di rimediare a certe carenze ospedaliere. È necessario creare un corpo di infermieri a ciò adibito, perchè oggi, anche da parte nostra, l'assistenza infermieristica a domicilio incontra molte difficoltà e certamente è molto più costosa per il paziente dell'assistenza medica convenzionata.

Infine, concordo con quanto è stato detto sull'aggiornamento permanente, per il quale veramente non si fa nulla; alcune istituzioni prendono qualche iniziativa in questo campo e qualche primario di buona volontà organizza corsi, ma l'iniziativa rimane, comunque, di pochi, mentre il problema andrebbe affrontato seriamente, non solo per il miglioramento e la qualità delle prestazioni, ma anche per uno stimolo personale di cultura professionale.

ROSSANDA. Vorrei rivolgere una domanda alle rappresentanti delle infermiere professionali.

Vorrei conoscere il loro parere sul biennio di cui si parla nel decreto del Presidente della Repubblica n. 867 del 1975 che a me pare piuttosto superato in termini di modello didattico e scarsamente corrispondente ai principi dell'accordo di Strasburgo e del Trattato di Roma.

Vorrei sapere se loro non ritengono necessario che si faccia una trasformazione radicale dello schema di insegnamento. Sembra che un certo numero di scuole avanzate stia già dando notevole spazio all'applicazione infermieristica e alla teoria medica.

Un'altra domanda che vale per tutti i rappresentanti intervenuti è se loro hanno fatto una valutazione di fabbisogno delle rispettive figure.

MELOTTO. Vorrei fare anch'io alcune domande alle rappresentanti della Federazione delle infermiere professionali.

La prima riguarda il fatto che si insiste molto, nella vostra relazione, sul diploma di scuola secondaria superiore.

Io chiedo, alla luce delle tabelle che ci avete fornito (che sono quelle del Ministero): non sembra a voi che ci sia una certa difficoltà nel paese di domande di ammissione alle scuole per infermieri?

Stante la statistica, credo che il divario esistente anzichè assottigliarsi si allarghi sempre più, in alcune realtà del paese, perchè se è vero che noi nella trasformazione dovremmo «produrre», per un rapporto corretto medici-infermieri, circa 150-160.000 infermieri professionali, credo che, stando così le cose, se pensiamo alle sostituzioni e al *turn-over* esistente, siamo veramente molto lontani dall'andare ad attestare un riequilibrio tra infermieri professionali (io dico oggi infermieri professionali perchè è l'unico titolo rimasto, essendo stati aboliti sia quello di infermiere generico che quello di infermiere psichiatrico) e medici: annualmente sono circa 12.000 gli infermieri diplomati e credo che il divario tenda ad allargarsi fino ad un certo limite.

Se poi vediamo l'altra tabella, quella della ammissione, cioè quella del titolo di studio, ci accorgiamo che la percentuale è capovolta. Noi cioè abbiamo il più alto numero di infermieri professionali diplomati, laddove esiste il più alto numero di infermieri col decennio di scuola e non certo con il diploma di scuola secondaria superiore.

Su questa domanda aggiungo una piccola cosa: vorrei conoscere il vostro parere a proposito del fatto che si intenda come scuola professionale un triennio seguente al diploma di scuola secondaria superiore qualcosa di diverso da quello di cui in questi ultimi anni si era parlato.

La seconda domanda mira a capire che cosa è avvenuto, secondo la vostra esperienza (ovviamente non vista singolarmente, ma guardata nel paese), con la soppressione dell'infermiere generico e con la soppressione di quello psichiatrico (ma soprattutto con quella dell'infermiere generico) nei vari reparti, nelle varie attività e, quindi, come si saldano oggi il medico, l'infermiere professionale e l'ausiliario socio-sanitario (per quello che

diceva prima il collega Condorelli); qual è cioè la armonia delle attività concrete?

La terza ed ultima domanda è: perchè si fa la richiesta di togliere al comitato di gestione la responsabilità delle scuole ma, direi, l'amministrazione delle scuole per darla alle direzioni delle scuole? Un corretto sistema dovrebbe prevedere oggi la programmazione regionale triennale, peraltro flessibile annualmente a seconda della possibilità o meno che in ogni Regione ci fosse di assorbimento di quella manodopera, perchè altrimenti noi creeremmo anche in questo campo esclusivamente dei titoli.

Ora, siccome sono titoli ben finalizzati, ben specifici, è difficile che siano polivalenti: le persone interessate o fanno quel mestiere o altrimenti restano disoccupate e vengono interessate dalla «curva ad U» della professionalità.

Mentre a monte ci dovrebbe essere dunque una programmazione con una necessaria ripartizione delle risorse, a valle credo che, per i comitati di gestione, si tratti di deliberare le spese inerenti alla scuola come si deliberano tutte le altre spese: ma poi ovviamente la responsabilità di conduzione tecnica rientra nei compiti della direzione della scuola e non certo in quelli dei comitati di gestione; non ho capito questo passaggio e chiedo una spiegazione.

JERVOLINO RUSSO. Vorrei fare tre domande brevissime.

La prima domanda riguarda la parte della relazione della rappresentante dei collegi delle infermiere relativa all'esercizio della professione. C'è una sottolineatura sulla necessità di valorizzare la libera attività professionale che costituisce un fatto positivo.

Quello che desta una qualche perplessità è il collegamento che, così come è stato posto nella relazione, sembra quasi esclusivo tra questa valorizzazione della libera attività professionale dell'infermiere e la realizzazione dell'assistenza infermieristica domiciliare e ambulatoriale.

Ora, è vero che ciò serve a far fronte ad esigenze anche molteplici e difficilmente tipizzabili quali quelle degli anziani e degli handicappati, ma si potrebbe richiedere un

ricorso integrativo ad infermieri convenzionati libero-professionisti o ad attività di volontariato: voi non pensate che anche per l'infermiere dipendente esista una possibilità ed una utilità di impiego anche nell'assistenza domiciliare?

La seconda domanda riguarda il fatto che, sempre nello stesso capitolo della relazione, si rileva la necessità di tenere «alte» le mansioni degli infermieri e, in qualche modo, si negativizza il loro declassarli a funzioni, cui vengono indicati, di «segretari sanitari».

Ora, visto che la legge n. 833 è impostata e va realizzata, ad esempio, nella logica della prevenzione, voi non pensate che possa essere positiva una utilizzazione anche di personale infermieristico in attività di educazione sanitaria, di prevenzione, di organizzazione dei servizi sanitari sul territorio, cioè non di esercizio della professione di infermiere ma di programmazione dei servizi sanitari sul territorio?

La terza domanda è infine anche una curiosità. Ho visto rapidamente queste tabelle e ho notato che, per esempio, alla tabella 3 risulta una percentuale di donne impiegate addette ai servizi infermieristici in alcune Regioni altissima. Nel Piemonte tale percentuale è del 90,23 per cento. Pensavo che forse percentuali così alte le abbiamo soltanto tra gli insegnanti di scuola media superiore e inferiore. Volevo allora domandare se questo è un fenomeno recente o antico e se lo giudicate positivamente; forse giudicarlo come lo giudico io (proprio perchè sono proiettata in una logica di parità dei sessi) crea qualche problema?

ROSSANDA. Erano tutte donne fino a pochi anni fa.

RANALLI. Ho rilevato nella relazione di suor D'Avella, soprattutto da quello che ho ascoltato, non so se nel testo scritto viene riferito esattamente come ho sentito, che si è parlato di pseudoscuole e anche di pseudoinfermieri. Tuttavia osservo, da una delle tabelle, che su 12.155 candidati in Italia (sessione del 1982), 12.114 sono diplomati, 41 i respinti. Vorrei capire in primo luogo come si coniugano le espressioni che ho ascoltato

di scuole declassate e tuttavia questa notevole azione promozionale; lo si deve solo al fatto che c'è molto bisogno di infermieri e allora si chiudono gli occhi, oppure c'è una più equilibrata valutazione da dare di tutto lo sforzo complessivo che è stato compiuto da parte delle autorità sanitarie, regionali e locali, dal corpo dei docenti, anche talvolta rimediato e occasionale, che tuttavia ha portato a un incremento non trascurabile, nel corso degli ultimi anni, della presenza dell'infermiere professionale, del diplomato nelle strutture sanitarie pubbliche? Questa è la prima domanda sulla quale chiedo un più rigoroso giudizio su quello che è avvenuto sotto il profilo dei diplomi rilasciati.

Ho letto poi sempre nella relazione — e mi pare che ne sia il punto chiave — dopo tutte le analisi critiche che si fanno, che «il modello attuale di formazione degli infermieri che ha esaurito la sua positività alla fine degli anni '60... postula, una legge quadro, più volte promessa e mai mantenuta sulla formazione del personale sanitario infermieristico e tecnico». Rendo esplicita una domanda che mi sembra latente in questo documento; poichè si parte dal presupposto che sarebbe meglio che l'accesso a queste scuole avvenisse attraverso il diploma di scuola media superiore già conseguito, il vostro orientamento è di andare verso la laurea in scienze infermieristiche, di cui pure si è parlato in una certa fase e che allo stato attuale non si sa bene se sopravviva o se debba sopravvivere negli studi che anche il Parlamento deve fare? Su questo vi prego di parlare con maggiore chiarezza.

Terza questione: come considerate l'esperienza inglese che per l'infermiere professionale prevede uno sviluppo di carriera all'interno della struttura complessiva sanitaria? In Inghilterra infatti uno che è infermiere professionale non rimane tale per tutta la vita, ma accede, attraverso determinati concorsi o attraverso anzianità che sono previste, ad assunzioni di responsabilità di ordine più complessivo e universale, di ordine orizzontale all'interno delle strutture, o di presidio o anche territoriale. Ci sono ipotesi di questa natura negli studi che voi avete fatto o fate?

Da ultimo, si dice molto spesso che i laboratori pubblici non funzionano, sono sottoutilizzati, gli strumenti diagnostici sono rotti, si dice che ciò che vale per i medici che fanno la doppia professione valga anche per i tecnici; cosa può dirci il rappresentante dei tecnici di laboratorio rispetto a questo punto? Sono forse indiscreto, ma gradirei sapere qualcosa di più. Mi dicono che tanti tecnici pagati dal servizio sanitario pubblico poi nel pomeriggio o alla sera si ritrovano abbondantemente presenti nelle strutture laboratoristiche private. Che cosa c'è di vero in questo? Perchè questa violazione di un codice etico deontologico, perchè si deve procedere in questo modo, quando si rivendicano peraltro un ruolo e una funzione più qualificata ed elevata all'interno delle strutture sanitarie pubbliche?

COLOMBO SVEVO. Faccio mie le domande di tutti i colleghi che mi hanno preceduto perchè sono molto puntuali rispetto al problema della figura infermieristica. Vorrei chiedere però alle rappresentanti della Federazione dei collegi delle infermiere se, dall'analisi che voi qui avete fatto, la figura che avete descritto non sia molto legata allo schema ospedaliero sanitario precedente alla riforma sanitaria, per cui vengono meno messi in evidenza degli aspetti che ricordavano prima i colleghi Jervolino e anche Condorelli, di alcuni elementi in cui può essere integrata la professione infermieristica sia per quanto riguarda il problema della prevenzione, sia per quel che si riferisce all'assistenza domiciliare. Questo, giustamente dal vostro punto di vista, è vero, però dovete tener presente che noi dobbiamo immetterlo all'interno di uno schema di riforma generale della legge. Mi fa pensare questo anche il fatto che la formulazione viene ricollegata alle Università, la professionalità viene influenzata dal tempo parziale; tutto questo mi richiama un tipo di modello più medico, che non di ricerca, magari faticosa, di vie più autonome attraverso le quali la vostra professione può essere utilizzata nel momento in cui c'è una grande sensibilità per il ruolo paramedico. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare ritengo che il fatto di

poter anche voi compiere tale assistenza non dipenda dal fatto della dipendenza o meno, ma da una organizzazione all'interno dei servizi che consente di essere dipendente, ma di fare un tipo di lavoro intraospedaliero come molto spesso già avviene. Insomma, non vi pare che il vostro modello sia, tutto sommato, un po' *ante* riforma, che forse sarebbe più interessante vedere quali sono le nuove forme e le nuove possibilità che si aprono all'infermiere?

Passando alla questione delle scuole, devo dire che prima di arrivare a voi, abbiamo avuto, in questa sede, l'audizione coi rappresentanti, mi pare, del Consiglio superiore di sanità e abbiamo sentito da uno di questi esperti che mentre c'è stata una dequalificazione professionale medica per quanto riguarda l'insegnamento, al contrario c'è stata una maggior qualificazione delle scuole per infermieri professionali. Volete mettere d'accordo queste due opinioni che sono così diverse? Voi avete parlato di pseudoscuole, di pseudoinfermieri, invece da un'altra parte ci è stato detto che proprio in questo settore c'è stata una notevole qualificazione.

PRESIDENTE. Se non vi sono altri che vogliono intervenire, vorrei anch'io rivolgere qualche domanda prima di dare la parola agli ospiti per le repliche.

Vorrei innanzitutto che il vice presidente Bai, inviandoci la documentazione, ci chiarisse bene i problemi del numero delle scuole di ostetricia.

BAI. Le scuole di ostetricia sono quarantacinque.

PRESIDENTE. Vorrei sapere, inoltre, che prevedenze vi sono per le allieve, qualora accedano a questi corsi e come avvenga, nelle condizioni storiche di questo momento, la verifica del titolo di studio. Vi è certamente un titolo di studio più alto di quello richiesto che può anche aprire un futuro.

Vi è, inoltre, il problema, che le ostetriche incontrano in questo momento, del servizio clinico e quello delle maestre ostetriche. In generale, mi pare che sia stato molto ben sottolineato — ed è anche esperienza mia

diretta — il fatto che esiste una grande difformità nel funzionamento delle scuole.

Il problema è quello della curva di Gauss che è estremamente dilatata; non vi è un modello più standardizzato, come avviene per le facoltà di medicina dove non vi è una grande difformità all'interno delle diverse scuole e attraverso il filtro dei vari esami per cui viene fuori la stessa figura di medico. Vi saranno anche facoltà celebri, dove operano grandi maestri, ed altre di nuova istituzione meno efficienti, ma forse quel grado di differenziazione che si trova nelle più diffuse scuole infermieristiche non esiste.

Il problema è di trovare un modello *standard* e, entro certi limiti, rendere compatte le varie caratteristiche delle scuole.

È stato poi sollevato — soprattutto il presidente Bordigoni l'ha fatto presente in modo incisivo ma anche suor D'Avella l'aveva nella penna — il problema del doppio canale di formazione. Uno è il titolo di accesso alla professione infermieristica; si tratta di un nodo da risolvere anche in rapporto, secondo me, alla normativa europea che può essere l'unico punto di riferimento *standard* per i vari paesi europei e quindi anche per il nostro, altrimenti continueremo a polemizzare sul titolo di accesso alla professione infermieristica in rapporto alla riforma della scuola media secondaria superiore e, come diceva il senatore Melotto, alla possibilità di uscita dopo il terzo o il secondo anno per una via collaterale formativa sia professionale che di diploma di scuola media secondaria superiore.

Vorrei sapere se vi sono evoluzioni nella normativa europea per quanto riguarda il titolo di accesso alle scuole infermieristiche. Qual è, cioè, il punto di arrivo attuale della discussione. Ammesso che si acceda in tutte le scuole col diploma di scuola media secondaria superiore, ecco che nasce un problema di filosofia dello Stato. Occorre stabilire se questa formazione, verificandosi dopo il diploma di scuola media secondaria superiore, spetti allo Stato o sia una formazione di tipo solamente professionale che spetta alle Regioni.

Questo è il secondo nodo da sciogliere. Mi pare che occorra da parte vostra fare delle

proposte — la stessa parola «proposta» implica un'attività promozionale per le categorie — con estrema chiarezza di impostazione del problema. Nello stesso tempo dobbiamo tener conto della intelaiatura generale dello Stato. Se si tratta di una mansione che spetta allo Stato, allora essa deve essere o delegata alle Regioni in maniera esplicita o affidata all'Università, cioè ad una struttura di tipo statale.

Sapete qual è la mia posizione per quanto riguarda l'affidamento all'Università perlomeno della formazione di quelle figure che possiamo definire tecnico-diplomate, diplomate universitarie primo livello e che praticamente corrispondono al concetto di perfezionamento infermieristico di cui ha parlato il senatore Condorelli. Si darebbe all'Università la possibilità di recuperare certe figure professionali ed alla Regione quella di realizzarne altre.

Tuttavia, qualora venisse ammesso il doppio canale formativo in base al quale tutte e due le strutture, l'Università da un lato e la Regione dall'altro, venissero a formare le stesse figure professionali ai vari livelli, non vi è dubbio che, come è stato fatto in via sperimentale nella VIII Legislatura per la scuola dei tecnici di radiologia, bisognerebbe promuovere il concerto dei due Ministeri sull'istituzione delle scuole, sulla localizzazione di queste, sui programmi di insegnamento, sulle caratteristiche di base che deve avere il personale docente, sulla durata dei corsi e così via, in maniera da rendere omogenea la formazione universitaria e quella ricevuta dalle Regioni per avere la stessa qualità del prodotto finito e, quindi, lo stesso accesso a parità di condizioni nei concorsi pubblici.

Il problema mi pare si ponga in questi termini e vi è ancora molto lavoro da fare. Vorrei sentire da voi come recepite questa ipotesi di doppio canale.

D'AVELLA. Inizio a rispondere alle domande nell'ordine in cui sono state rivolte. Il senatore Condorelli ha avanzato delle perplessità in ordine alla possibilità dei docenti infermieri. Ebbene, ricollegandoci all'ultimo intervento della senatrice Colombo Svevo

che ci esortava quasi a proporre un tipo nuovo di scuola infermieristica che avesse una sua collocazione diversa e soprattutto un progetto di autonomia professionale diverso, credo che siano maturi i tempi perchè vi siano i docenti infermieri così come avviene in tutti gli altri paesi della Comunità economica europea.

Certamente non ci riferiamo ai docenti infermieri per tutte le materie che fanno parte dell'insegnamento infermieristico; siamo ben coscienti che vi sono delle discipline che è giusto ed utile che continuino ad essere insegnate da docenti medici. Tuttavia, vi sono delle discipline, soprattutto per quanto concerne l'area del *nursing*, degli insegnamenti interdisciplinari visti come scienze mediche propriamente dette che non vengono insegnate bene se non da docenti infermieri.

Ciò lo possiamo dire per l'esperienza attuale delle scuole che hanno una buona tradizione infermieristica in Italia. Ovviamente ci riferiamo a docenti infermieri che abbiano già attualmente una preparazione maturata nelle tre scuole esistenti per dirigenti per l'assistenza infermieristica a livello universitario che si trovano presso l'Università statale di Roma, l'Università cattolica e l'Università statale di Milano.

È evidente che non ci riferiamo a docenti infermieri che non abbiano la preparazione specifica adeguata. Personalmente, avendo diretto una scuola per infermieri per diciotto anni, posso dire di avere una esperienza adeguata in merito che mi permette di affermare che certi insegnamenti i medici non li sanno esercitare così come devono essere insegnati alle scuole infermieristiche. Magari quelli dei medici saranno degli insegnamenti di tipo cattedratico che però non danno la specificità dell'insegnamento infermieristico. Che vi sia poi un corpo di docenti *ad hoc* anche per quanto riguarda i medici, credo che l'abbiamo già sottolineato nella relazione e quindi su ciò non mi dilungo.

Sul fatto della carriera nell'ambito degli infermieri, soprattutto in riferimento al fatto che vi sono settori che hanno bisogno di infermieri specializzati, siamo perfettamente d'accordo. Infatti esistono già molte specia-

lizzazioni per infermieri professionali dopo il corso di base per conseguire il diploma di infermiere professionale; esistono le specializzazioni in camera operatoria, in rianimazione e terapia intensiva, in tecniche emodialitiche, in cardiologia. Esistono quindi dei settori specifici in cui vi sono già dei corsi di specializzazione per infermieri. Che poi debba esistere anche una figura di secondo livello, su questo siamo d'accordo. Al riguardo, vorrei ricordare a questo autorevole consesso che certo non sono state le categorie infermieristiche appartenenti alla Federazione dei collegi a fare in modo che venisse abolita la figura dell'infermiere generico, ma che vi sono state spinte demagogiche molto diverse da quelle che erano le richieste specifiche di categoria che hanno portato all'abolizione di tale figura.

A parte il fatto poi che, se dobbiamo discutere di chi «mette la pala», io credo che a questo punto si tratti anche del come e del perchè si forma l'infermiere. Infatti, se il «portare la pala» — tanto per scendere nel dettaglio che è stato posto — significa insegnare all'infermiere che mediante l'osservazione degli escreti si può anche fare la diagnosi differenziata di talune malattie, allora tale mansione non è degradante, così come non lo è il «portare la pala». Pertanto, in base al livello di professionalità che si è raggiunto, assumono un valore diverso anche quelle che possono sembrare delle mansioni assistenziali di livello non elevato.

Circa l'assistenza domiciliare e le convenzioni, questi argomenti sono contenuti nella nostra relazione, come anche il problema, sollevato dalla senatrice Jervolino e da altri senatori, relativo, sempre con riferimento agli infermieri, agli aspetti preventivi della educazione sanitaria e dell'organizzazione dei servizi.

Ribadisco ancora una volta che la relazione che abbiamo presentato non è esaustiva di tutti gli argomenti in quanto il tempo a nostra disposizione è stato molto ristretto; comunque, noi riteniamo che la prevenzione e l'educazione sanitaria rappresentino degli aspetti importanti al fine di dar vita ad una figura di infermiere che non sia più ancorata al vecchio schema dell'infermiere semplice-

mente ospedaliero, ma che possa realizzare gli obiettivi della riforma sanitaria che sono quelli della medicina preventiva, curativa e riabilitativa.

Per quanto riguarda l'aggiornamento permanente anche noi ci auspichiamo che vi sia una programmazione seria in materia ed i collegi, che hanno per scopo istituzionale anche l'aggiornamento permanente degli iscritti, finora hanno portato avanti iniziative in questo campo. È vero che il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 all'articolo 46 detta la norma dell'aggiornamento permanente, ma purtroppo esso è disatteso e noi saremmo ben lieti di poter collaborare con le Regioni, così come stabilito dal citato articolo 46, per iniziative di aggiornamento permanente che non siano appunto sporadiche, ma programmate seriamente.

Per quanto riguarda il decreto del Presidente della Repubblica n. 867 del 1975, senatrice Rossanda, senz'altro anche noi riteniamo che in buona parte sia superato perchè in fondo esso, pur recependo l'accordo di Strasburgo, non ha introdotto grosse innovazioni in quanto non ha neanche fissato i programmi minimi su scala nazionale che potevano darci un livello *standard* di formazione per gli infermieri. Il decreto del Presidente della Repubblica n. 867, in sostanza, si limita a stabilire soltanto che rimangono applicabili, per quanto possibile, le leggi contenute nel regio decreto del 1929 e a fornire un elenco delle materie di insegnamento, nonché a fissare le ore minime di insegnamento per le singole discipline. Quindi, in definitiva, non innova nulla nè dal punto di vista metodologico, nè da quello pedagogico tant'è che vi sono state molte iniziative da parte di scuole vere — ed io insisto che esistono molte pseudoscuole — e Regioni che hanno studiato l'aspetto della formazione infermieristica e definito i programmi di formazione, non ultima l'iniziativa presa da una commissione di studio presso la Federazione dei collegi perchè — come ripeto — non esistono programmi a livello nazionale.

Circa la valutazione del fabbisogno, debbo dire che riteniamo esagerata la cifra di 150-160.000, proposta dal senatore Melotto, come gettito da produrre. Attualmente, infatti,

stante la straordinaria «riqualificazione» (parola che uso tra virgolette perchè in realtà essa non si è avuta), ci sembra eccessivo un gettito di 150-160.000 infermieri perchè vi sono Regioni che hanno già degli infermieri disoccupati e in cui quindi non vi è un fabbisogno reale di infermieri così come si vuol far credere. D'altra parte, credo che, solo quando saranno stabiliti i ruoli organici regionali, si potrà avere la cifra precisa, se non vogliamo giocare con i numeri, di quello che sarà veramente il fabbisogno del personale. Pertanto, su tale argomento ci riserviamo di fornire dei dati per non essere imprecisi e non dare numeri al lotto.

MELOTTO. Io non intendevo 150.000 *tout court*; tale cifra indica il corretto rapporto medici-infermieri professionali-ausiliari, indipendentemente dalla possibilità o meno di assunzione.

ROSSANDA. Sono 160.000 in tutto, tra generici e professionali.

MELOTTO. Si tratta della possibilità del ricambio professionale con il *turn-over* necessario; pertanto non si tratta dell'immissione di 150.000 infermieri professionali in più, ma di una logica di ristrutturazione del Servizio sanitario nazionale da realizzare in un decennio, non certo in una settimana.

D'AVELLA. Comunque, a questo punto, intendo precisare che non è il numero che va incrementato a scapito della qualità, così come è avvenuto dall'approvazione della legge n. 243 del 1980 in poi. A seguito di tale legge, infatti, si è avuta l'immissione massiccia degli infermieri riqualificati che certamente non hanno migliorato la qualità del servizio infermieristico. Io credo che giocare sulla pelle del cittadino, dicendogli ti diamo il numero ma non l'assistenza, non sia valido, nè serio.

MELOTTO. La mia domanda era rivolta in tutt'altro senso.

D'AVELLA. Circa la tematica relativa alle conseguenze della soppressione degli attuali infermieri generici nei reparti e alla saldatu-

ra fra le funzioni del medico, dell'infermiere e dell'ausiliario, credo di aver già esposto il nostro parere che — come ripeto — non è favorevole all'abolizione di tale figura. Noi riteniamo che vi debba essere una figura di secondo livello, così come esiste negli altri paesi della CEE; però, in Italia si usa agire in modo diverso e cioè si istituiscono delle figure di secondo livello soltanto per poi promuovere le sanatorie e le promozioni sul campo che non qualificano — lo ripeto per l'ennesima volta — nè i professionali, nè i generici.

In relazione alla nostra richiesta di togliere alle USL la gestione delle scuole, credo di essere stata abbastanza chiara nella relazione iniziale. I comitati di gestione delle USL cioè non sono altro che un esempio della lottizzazione politica in cui oggi si suddividono i servizi. Essi, infatti, si occupano delle scuole soltanto per suddividersi le fette di potere e non posso esprimermi in modo più chiaro di questo. Se questo lo chiamiamo qualificante sono ben lieta di apprenderlo, però, la realtà ci insegna il contrario e noi vediamo che a livello di Regioni e di USL ci si interessa del personale infermieristico e delle scuole soltanto per vedere chi si deve ammettere e chi deve insegnare, ma con criteri tutt'altro che qualificanti.

Pertanto, la nostra richiesta di togliere alle USL la gestione delle scuole è motivata dall'esigenza che vi sia una loro gestione più seria e tecnicamente competente, capace di formare degli infermieri preparati. Una volta tanto dunque che esiste una categoria di persone che punta più sulla qualità che sulla quantità, credo che sarebbe da apprezzare.

Non abbiamo chiarito l'aspetto preciso della collocazione istituzionale delle scuole perchè riteniamo di dover approfondire ulteriormente l'argomento e quindi ci riserviamo di far pervenire alla Commissione al più presto le nostre proposte in materia.

PRESIDENTE. La mia interruzione è questa: scuole regionali sotto la vigilanza delle Università?

D'AVELLA. Riteniamo che la scuola debba essere a livello *post*-scuola media superiore. In linea logica ogni insegnamento di questo

tipo è a livello universitario; che la successiva formazione sia di competenza dello Stato, pensiamo che sia più giusto, proprio per la uniformità di indirizzo nazionale, che ci dia la possibilità di avere uno *standard* formativo valido per tutto il territorio nazionale. Ovviamente lo Stato potrà delegare alle Regioni — come diceva lei in maniera esplicita — questa formazione, mediante istituti di convenzione o altro (da approfondirsi in sede di analisi dell'attuazione pratica) fissando dei vincoli ben precisi per le modalità di istituzione delle scuole, la loro strutturazione, i programmi, i requisiti di accesso, eccetera. Tutto questo deve avvenire però sotto uno stretto controllo. Per esempio la legge n. 833 ha lasciato allo Stato la possibilità di fissare dei criteri, mentre in realtà conosciamo tutti le disparità a livello nazionale, proprio perchè non si tiene conto dei vincoli fissati dallo Stato.

Il motivo per cui c'è un maggior numero di donne infermiere rispetto agli uomini è che fino al 1971 potevano accedere alle scuole solo le donne, probabilmente per motivi di tradizione. Al Sud gli uomini ora sono molti (forse più del 50 per cento), probabilmente a causa della crescente disoccupazione.

È nostra intenzione andare verso la laurea in scienze infermieristiche.

Sarebbe utile, anche per una maggiore qualificazione del personale, che si diminuessero le pressioni da parte del potere politico sulle commissioni d'esame; a tal fine abbiamo proposto che faccia parte delle commissioni esaminatrici soprattutto il personale infermieristico che, oltre ad essere più competente, farebbe diminuire sensibilmente le pressioni dall'esterno per ottenere facili profitti.

Per quanto riguarda l'esperienza inglese di sviluppo della carriera all'interno del servizio infermieristico, potrebbe prendersi in considerazione anche in Italia, tenuto conto delle diverse mentalità dei due paesi.

RANALLI. In Italia un primario si lascerebbe dirigere da un infermiere al massimo della sua carriera?

D'AVELLA. Ci sono delle grosse differenze di mentalità. Durante un viaggio in Germa-

nia, che feci alcuni anni fa per verificare alcuni aspetti formativi, ebbi modo di osservare che le persone più importanti negli ospedali erano la capo dei servizi infermieristici, il direttore sanitario e il direttore amministrativo, cosa che a livello italiano non avviene assolutamente, perchè sotto questo punto di vista c'è ancora una *forma mentis* arretrata.

ROSSANDA. Per interrompere un attimo con «leggerezza» l'atmosfera, c'era un chirurgo inglese che diceva che nel suo cuore c'era prima la *sister*, poi la segretaria ed infine la moglie.

D'AVELLA. Contesto quanto ha detto un esponente del Consiglio superiore di sanità, a proposito di una maggiore qualificazione delle scuole. In Italia esiste un divario enorme: c'è una fetta delle professioni infermieristiche che è a livello più avanzato, sia per quanto riguarda la formazione culturale di base, sia per la formazione specifica, con la possibilità di acquisire una maggiore professionalità; c'è, per contro, una larga fetta di personale che fa da «palla al piede» alle professioni infermieristiche, in quanto i corsi fatti in modo non ordinato e inadeguato non hanno consentito il raggiungimento di un adeguato livello di professionalità. Ci sono così delle scuole aventi una più lunga tradizione, con dei docenti seri, preparati, che seguono anche metodologie pedagogiche più avanzate; ci sono poi quelle che definisco le «pseudoscuole», presso ospedali di zona nei piccoli centri di periferia, in cui la formazione infermieristica è a livello molto scarso. Questo crea un divario enorme tra i professionisti stessi nell'ambito di tutto il territorio nazionale.

Non vogliamo sicuramente proporre un modello antiriforma; credo che il nostro congresso nazionale, che si terrà nel maggio prossimo, proporrà proprio una identità specifica dell'infermiere che possa rispondere al meglio alle nostre esigenze di lavoro e, maggiormente, ai bisogni di salute della popolazione, non soltanto in termini di cura, ma anche di prevenzione.

Proprio per questo abbiamo intitolato il congresso: «Quale infermiere per un progetto

12ª COMMISSIONE

21° RESOCONTO STEN. (28 marzo 1984)

di salute». Colgo l'occasione per dire che vi faremo avere gli atti del nostro congresso, per avere un quadro più puntuale di quello che oggi le professioni infermieristiche pensano.

PRESIDENTE. Signorina Bai, vuole rispondere alle domande o ci farà pervenire una risposta scritta?

BAI. Le farò pervenire una risposta scritta.

PRESIDENTE. Invito quindi il signor Bordigoni a prendere la parola.

BORDIGONI. Il fabbisogno reale dei tecnici sanitari di radiologia medica attualmente è di circa 1.200 unità, soprattutto perchè altrettante unità, come avevo premesso prima, sono state allontanate dalle fonti radianti per aver contratto malattie specifiche connesse alle radiazioni. Però da un'indagine statistica campione che abbiamo condotto nel territorio italiano e i cui risultati abbiamo pubblicato recentemente nella nostra rassegna emerge che nei prossimi quattro anni andranno in pensione circa 3.000 tecnici di radiologia medica, in quanto hanno superato il cinquantesimo anno di età e si trovano in condizioni abbastanza precarie.

Onorevole Ranalli, mi consenta di richiamare poi la sua attenzione sul fatto che lei è stato Assessore regionale alla sanità della regione Lazio e quindi dovrebbe conoscere molto bene la situazione di questa Regione. Lei mi ha posto una domanda precisa e che trova riscontro nella realtà. Noi, soprattutto nella regione Lazio e nella regione Campania, riscontriamo il fenomeno della doppia attività professionale che, se non investe certamente tutti gli operatori, li riguarda almeno nella misura del 35, se non addirittura del 38-40 per cento. Però la risposta che noi abbiamo dato anche in altre sedi è che le strutture pubbliche, confrontate con quelle private (mi riferisco, nel caso di specie, alla regione Lazio) non possono essere pienamente utilizzate nell'arco delle dodici ore (un minimo di utilizzazione dovrebbe esserci soprattutto per quanto riguarda i servizi diagnostici, mi riferisco a quelli di radiologia

medica e di medicina nucleare, non certamente a quelli di laboratorio, perchè non conosco la situazione). Facendo l'esempio della città di Roma, abbiamo compiuto un censimento statistico per quanto riguarda il Policlinico universitario «Umberto I»: abbiamo quarantadue sezioni di radiodiagnostica con due istituti di radiologia centrali, però le apparecchiature sono obsolete perchè risalgono a trenta-trentacinque anni fa, tanto è vero che, come avrete certamente letto sui giornali recentemente, la magistratura ha chiuso completamente l'istituto di radiologia dell'Università. Se confrontiamo queste attrezzature con quelle dell'Università cattolica (tanto per fare un esempio), constatiamo che queste ultime sono molto più adeguate e ammodernate e il loro impiego è come minimo di dodici ore al giorno. Mi si chiede come mai c'è il fenomeno del doppio lavoro. Le strutture pubbliche, come ho detto prima, non sono utilizzate a pieno, spesso si bloccano per dei guasti e le USL non sono in grado di fare le riparazioni tempestive (mi riferisco sempre al Policlinico «Umberto I», ma lo stesso discorso si potrebbe fare anche per il «San Camillo», il «Santo Spirito» e il «San Giacomo»); per un guasto di 100.000 lire; bisogna aspettare anche due mesi per la riparazione, o perchè mancano i fondi o perchè l'economato non è in grado di inviare la richiesta in tempi debiti o per altri motivi che lei conosce meglio di me: quindi, a volte queste strutture fatiscenti non sono in grado di funzionare e ne approfittano le strutture private, le cliniche e gli studi professionali privati che sono proliferati in modo abnorme soprattutto nella regione Lazio e nella regione Campania. Da qui la richiesta di tecnici che operano in strutture pubbliche di trasferirsi, magari nel pomeriggio, a lavorare in ambienti privati, e la giustificazione che essi adducono per questo doppio lavoro è: come si fa a vivere in una famiglia con quattro figli con 720.000 lire al mese, quando il Governo e le organizzazioni sindacali hanno inquadrato la categoria al quinto livello funzionale retributivo? Ora, non voglio giustificare il lavoro privato, però un padre di famiglia che ha un'unica fonte di reddito non può vivere con 750.000 lire al mese, compresa

l'indennità di rischio da radiazioni, che risale al 1968, di 30.000 lire al mese. Anche se noi, come organizzazione professionale, sia a livello federativo che di collegi, condanniamo il doppio lavoro perchè comporta una serie di problematiche, fra cui quella connessa all'esposizione maggiore alle radiazioni, che sono irreversibili, nello stesso tempo non siamo in grado di portare avanti una nostra iniziativa concreta, perchè le amministrazioni consentono che tale attività venga espletata. Questa, senatore Ranalli, è la situazione reale.

L'onorevole Presidente ha posto poi un problema a mio avviso, abbastanza importante. Si è sempre detto che occorre sciogliere il nodo della competenza Stato-Regione, e quindi del doppio accesso per la formazione professionale. Noi, come Federazione professionale, abbiamo già espresso più volte i nostri intendimenti in proposito. Riteniamo che sia necessario fare una scelta coraggiosa e coerente: la competenza deve essere o dello Stato o delle Regioni, a meno che non si voglia (questa è un'indicazione che abbiamo dato anche recentemente al VII congresso culturale) stabilire un concerto serio tra il Ministero della pubblica istruzione e quello della sanità per fissare in modo definitivo i criteri per l'ammissione, la programmazione, la formazione, i requisiti scolastici di accesso e soprattutto le materie di insegnamento, che vanno revisionate, dal momento che non si può accettare un programma di formazione professionale (mi riferisco al caso di altri operatori sanitari) che risale addirittura al 1932. Anche nel nostro paese, infatti, c'è stata un'evoluzione molto rapida dal punto di vista del progresso tecnologico che non può essere ignorata.

Queste sono le proposte che facciamo e abbiamo sempre fatto; non vogliamo certamente stabilire se sono migliori le scuole istituite dalla Regione oppure quelle istituite dall'Università, ma questo sarà necessario a meno che, lo ripeto (accolgo la richiesta avanzata qui in tal senso), non si possa trovare un'iniziativa per quanto riguarda la possibilità di controllare con una doppia Commissione pubblica istruzione-sanità (quindi Regione e Università) il controllo di queste scuole, la formazione e così via. Però

siete voi i rappresentanti del popolo, quindi siete voi che dovete decidere cosa intendete fare: noi possiamo esprimere soltanto le nostre opinioni.

PRESIDENTE. Mi permetta un'interruzione, sia pure «postuma», dato che lei ha terminato il suo intervento, che però si ricollega alle precedenti interruzioni. Vorrei ricordare che in Inghilterra, nella citata Inghilterra del Servizio sanitario nazionale britannico, c'è un Consiglio centrale della Corona sulla formazione medica che ha questi compiti di coordinamento di tutta la formazione professionale nel campo medico: una vecchissima istituzione che è stata recepita dal Servizio sanitario nazionale britannico e che rilascia i certificati di qualità per ogni scuola, a qualsiasi livello, da quello infermieristico all'Università. Questo è il punto fondamentale. C'è una ricertificazione periodica della qualità delle scuole e, ovviamente, delle persone che sono state formate. A mio avviso in Italia i presupposti per il salto di qualità che è necessario fare si potrebbero porre solo in questo modo. Comunque la mia vuole essere soltanto un'interruzione.

Vi ringrazio delle notizie che ci avete fornito, delle risposte molto esaurienti che avete dato a coloro che vi hanno interrogato e dei documenti che vorrete inviarci.

Dichiaro quindi conclusa l'audizione.

Suor Odilia D'Avella, le signore Maria Rita Preite, Emilia Di Toffa, Antico Pasqua Rosa, i signori Salvatore Carruba e Natalino Bordigoni, e la signorina Lucia Bai vengono congedati.

Vengono quindi introdotti il dottor Francesco Cannavò, il dottor Cesare Alvigini, il dottor Silvio Catapano e il dottor Giacomo Leopardi.

Audizione del dottor Francesco Cannavò, presidente della Federazione nazionale degli ordini dei farmacisti e dei dottori Cesare Alvigini, Silvio Catapano e Giacomo Leopardi, componenti del comitato centrale.

PRESIDENTE. Ringrazio gli intervenuti per la loro partecipazione all'indagine conoscitiva promossa dalla nostra Commissione.

Secondo la procedura che di norma seguiamo, vorremmo prima ascoltare le vostre esposizioni, chiedendovi di contenerle possibilmente entro il quarto d'ora di tempo; vi rivolgeremo, poi, alcune domande ed ascolteremo le vostre risposte.

CANNAVÒ. Ringraziamo, a nostra volta, sentitamente per essere stati convocati ad esporre il punto di vista della nostra Federazione sullo stato di attuazione della riforma sanitaria. Abbiamo già consegnato alla segreteria della Commissione un documento, del quale vorrei dare lettura.

A) *Profili istituzionali*

La legge di riforma sanitaria ha profondamente innovato in materia di assistenza farmaceutica decentrando sia funzioni legislative che amministrative.

In sede di attuazione della normativa statale da parte delle Regioni sono state adottate soluzioni diversificate per quanto attiene alle attribuzioni delle funzioni già di competenza del medico provinciale in materia di assistenza farmaceutica e di vigilanza sulle farmacie, suddividendole in modo eterogeneo tra organi regionali, sindaco e organi delle USL.

Tale situazione normativa disomogenea è stata causata sia dalla mancata approvazione da parte del Parlamento, nei termini previsti dalla legge di riforma, del Piano sanitario nazionale, che doveva servire come indirizzo e programmazione nei confronti delle Regioni, sia da una mancata attività di coordinamento a livello centrale da parte del Ministero della sanità nei confronti delle Regioni, sia da una tendenza da parte delle Regioni ad attuare in modo eccessivo il decentramento delle funzioni a livello USL.

Le conseguenze negative di tale disomogenea suddivisione delle competenze tra gli organi istituzionali del Servizio sanitario nazionale si ripercuotono tuttora sull'efficienza del Servizio e sui farmacisti che si trovano spesso ad operare in una situazione di disagio per l'incapacità, in particolare degli organi decentrati del Servizio sanitario nazionale, di fornire indicazioni univoche e tem-

pestive in materia di gestione del servizio farmaceutico, indicazioni che avrebbero potuto scaturire da una opportuna forma di coordinamento a livello centrale.

Non può essere sottaciuto che tra le cause della situazione descritta vi è anche e soprattutto la mancata istituzione, nella maggioranza delle Regioni, del servizio farmaceutico, dotato di autonomia tecnico-funzionale, a livello di ogni singola USL.

Peraltro, anche nelle Regioni in cui si è provveduto ad istituire il servizio farmaceutico autonomo, per le carenze negli organici di dipendenti farmacisti, non si è fornito a tale servizio l'adeguato supporto di personale e di strutture necessario per un corretto svolgimento delle molteplici attività relative all'assistenza farmaceutica, sì da rendere, anche in questo caso, di difficile realizzazione i compiti delle USL in tale settore (riconducibili a titolo esemplificativo alle seguenti aree: servizio di farmacia ospedaliera; servizio informazione sul farmaco; indagini epidemiologiche; relazioni statistiche e aggiornamenti professionali; servizio acquisto farmaci e gestione del prontuario farmaceutico; vigilanza sulle farmacie e attività istruttoria al fine dell'adozione dei relativi provvedimenti amministrativi; analisi e controllo tecnico-farmaceutico delle prestazioni erogate dalle farmacie aperte al pubblico) in particolare modo per quanto attiene ad una qualificazione della spesa e al monitoraggio dei farmaci.

La situazione sopra descritta ha comportato anche delle carenze nell'attività delle farmacie ospedaliere interne, penalizzate dalla mancanza di personale qualificato e responsabile, nonché dalla inadeguatezza di strutture, di locali e di strumenti tecnici, mentre le insostituibili funzioni che la farmacia interna deve svolgere (quali, ad esempio, la stesura, gestione ed aggiornamento del prontuario terapeutico ospedaliero, la consulenza farmacologica e la collaborazione col personale medico per terapie e studi su biodisponibilità e monitoraggio dei farmaci, i corsi di riqualificazione per il personale infermieristico, la pianificazione e programmazione dei fabbisogni di acquisto dei beni di assistenza, eccetera) inducono a ritenere ne-

cessari non solo il potenziamento di quelle già istituite, ma anche la previsione normativa dell'istituzione obbligatoria di tali strutture negli ospedali zonali, che ne sono attualmente sprovvisti.

Infine, va posto in evidenza che il decentramento delle funzioni amministrative in materia di assistenza farmaceutica ha comportato un ulteriore rallentamento nella revisione della pianta organica delle farmacie, nella indizione e nell'espletamento dei concorsi a sedi farmaceutiche, che, ai sensi della legge 2 aprile 1968, n. 475, dovrebbero avere periodicità biennale, provocando, altresì, il ricorso indiscriminato ed ingiustificato a provvedimenti di autorizzazione alla gestione provvisoria delle sedi farmaceutiche anche di nuova istituzione. Questi ultimi provvedimenti sono alla base delle diverse proposte di legge di sanatoria a favore dei gestori provvisori, proposte avversate dalla Federazione degli ordini dei farmacisti in quanto sono così frustrate le legittime aspettative dei giovani laureati che attendono inutilmente di conseguire la titolarità della farmacia attraverso il pubblico concorso, come sancito dalla citata legge n. 475 del 1968.

B) *Aspetti finanziari*

La legge finanziaria 1984 ha confermato la volontà politica di intervenire con provvedimenti di contenimento della spesa sanitaria ed in particolar modo di quella farmaceutica, che è stata pesantemente penalizzata con dei tagli indiscriminati ed assurdi tanto che per il 1984 è stata quantificata in 4.000 miliardi di lire a fronte a una tendenza preventivabile per lo stesso anno in circa 6.500 miliardi.

L'incongruità di detto importo, che pertanto dovrà essere, quantomeno, opportunamente rivalutato per assicurare l'indispensabile assistenza farmaceutica alla popolazione, è stata accentuata dal recente decreto-legge che ha stabilito lo slittamento dell'entrata in vigore del nuovo prontuario terapeutico del Servizio sanitario nazionale (dal 12 febbraio al 15 aprile 1984) senza la previsione della copertura finanziaria per la maggior spesa derivante da detto slittamento; d'altro canto

la legge finanziaria 1984 non individuava gli idonei strumenti ed indirizzi necessari per consentire un così considerevole contenimento della spesa farmaceutica, atteso che il nuovo prontuario terapeutico non pare capace in assoluto di garantirne il contenimento entro il limite dell'importo programmato.

In realtà l'aspetto profondamente innovativo della legge finanziaria 1984 consiste nella codificazione della volontà di porre fine al sistema di finanziamento cosiddetto «a pie' di lista».

Questa decisione è stata provocata dal sistematico sfondamento negli esercizi precedenti degli stanziamenti destinati alla copertura della spesa sanitaria con i conseguenti ripetuti interventi di ripianamento in corso di esercizio che non hanno impedito, anche in considerazione della dicotomia tra la competenza e la cassa del Fondo sanitario nazionale, il progressivo indebitamento delle USL, che l'articolo 26 della legge finanziaria 1984 pone a carico dello Stato, con l'aspettativa di riportare così in equilibrio i conti economici delle USL al 31 dicembre 1983.

Va poi rilevato che il progressivo indebitamento delle unità sanitarie locali ha comportato, in numerose Regioni, anche per l'inadeguatezza dei flussi finanziari, un cronico ritardo nei pagamenti alle farmacie delle forniture già effettuate a favore del Servizio sanitario nazionale, costringendo le farmacie stesse ad adottare iniziative di limitazione nell'erogazione dei farmaci inclusi nel prontuario terapeutico (o, addirittura, a decidere il passaggio all'assistenza indiretta), con grave disagio per gli assistiti. Tali limitazioni, talvolta, sono state deliberate dalle autorità regionali e viste dai competenti organi di controllo, al fine di adeguare il livello dell'assistenza con le risorse finanziarie poste a disposizione delle Regioni dal Governo.

La Federazione degli ordini dei farmacisti italiani, nel ribadire l'assurdità del limite fissato dalla legge finanziaria, sottolinea la necessità di una seria programmazione in materia di spesa sanitaria con la previsione di una serie di misure azionabili a livello centrale e periferico e tra loro coordinate che, anche tramite il coinvolgimento delle organizzazioni professionali e sindacali delle

categorie interessate [si veda, ad esempio, quanto opportunamente stabilito dall'articolo 24, comma 1, lettera *b*) della legge finanziaria 1984, conduca a razionalità ed equilibrio la spesa ed il suo sistema di finanziamento.

La principale di queste misure — da attuarsi con immediatezza secondo quanto stabilito dall'articolo 27 della citata legge finanziaria — consiste nell'introduzione dei nuovi criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale 1984 tra le Regioni, nonché le province autonome di Trento e di Bolzano.

Va infatti rilevato che, benchè la norma citata abbia previsto la ripartizione del Fondo sanitario nazionale 1984 principalmente in base al criterio demografico, il CIPE ha ritenuto, sia pure a titolo provvisorio, di assegnare alle Regioni ed alle province autonome di Trento e di Bolzano la prima quota trimestrale del Fondo stesso relativo al corrente esercizio sulla base dei criteri di riparto adottati negli esercizi pregressi: vale a dire per l'80 per cento sulla base del criterio del riequilibrio demografico.

Tale sistema di finanziamento, oltre ad alimentare gli «squilibri territoriali» che il legislatore riformista si proponeva di eliminare per ricondurre ad unicità i livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni sanitarie erogate in favore dei cittadini, contribuisce a rendere estremamente complicato — se non addirittura impossibile — il controllo dell'andamento della spesa sanitaria al fine di intervenire tempestivamente in corso di esercizio per evitare il disavanzo dei bilanci delle unità sanitarie locali.

Al contrario, l'adozione del criterio demografico consentirebbe, di fatto, di conoscere preventivamente l'esatto importo dei fondi destinati ad ogni singola voce di spesa e di individuarne la ripartizione *pro capite*, in modo da consentire il costante controllo della corrispondenza della spesa programmata a livello centrale con quella effettivamente sostenuta in sede locale.

A conferma di ciò va rammentato che alcune Regioni (ad esempio Toscana e Campania) hanno già provveduto a quantificare l'importo da assegnare alle unità sanitarie locali per la spesa farmaceutica 1984, tenendo conto

del limite fissato dalla legge finanziaria e del criterio demografico (incidenza percentuale della popolazione regionale sul totale nazionale).

Va infine evidenziata una questione relativa al momento della gestione e del controllo della spesa farmaceutica, incentrata su un'ipotesi di accentramento a livello regionale, anche con forme consortili tra le unità sanitarie locali, delle attività amministrativo-contabili relative alla liquidazione ed al pagamento delle spettanze alle farmacie.

Il «frazionamento» dei rapporti economici correnti attualmente fra le unità sanitarie locali e le farmacie di rispettiva pertinenza ha impedito, di fatto, la governabilità della spesa farmaceutica a livello locale, sia nei termini di effettivo e costante controllo dell'andamento della spesa farmaceutica stessa sia nei termini di «uniformità» delle modalità di espletamento del servizio farmaceutico, in quanto l'eterogeneità dello stato dei pagamenti nell'ambito dello stesso Comune ha spesso causato una diversificazione del servizio in molteplici forme e livelli di assistenza contravvenendo ai principi fondamentali della Corte costituzionale e della legge di riforma sanitaria che sanciscono l'uguaglianza dei cittadini.

In tal senso, un sistema accentrato dei pagamenti delle spettanze alle farmacie non solo è consentito dalla normativa nazionale (vedi, in tal senso, l'articolo 27, comma quinto, della legge finanziaria 1984), ma anzi si presenta quale strumento di gestione e controllo della spesa farmaceutica a livello regionale conseguenziale all'obbligo posto dalla recente legislazione finanziaria alle Regioni di ripianare, a decorrere dall'esercizio 1984, con disponibilità di propria pertinenza ovvero con l'introduzione di ulteriori quote di partecipazione a carico del cittadino, gli eventuali disavanzi di gestione risultanti dai conti consuntivi delle unità sanitarie locali (articolo 29).

L'esperienza maturata in questi ultimi anni di attuazione della riforma, i sopravvenuti presupposti di carattere normativo nonché la presenza di esigenze di carattere economico e di reale programmazione delle risorse scaturenti dalla contingente situazione finanzia-

12^a COMMISSIONE

21° RESOCONTO STEN. (28 marzo 1984)

ria del paese, impongono alle autorità centrali e periferiche competenti di valutare in termini di costi-benefici l'accentramento a livello regionale degli adempimenti inerenti al pagamento delle spettanze alle farmacie e di assumere, per quanto di rispettiva competenza, le opportune iniziative per la concreta attivazione del sistema ipotizzato.

PRESIDENTE. Grazie, dottor Cannavò, della sua relazione a mio giudizio molto ampia e ricca.

Credo allora che possiamo cominciare a porre le domande, dopodichè gli ospiti potranno prendere la parola per replicare.

RANALLI. La prima questione che desidero sollevare (e che non mi pare di poter desumere da quanto ho ascoltato e da quanto ho frettolosamente letto) riguarda il ruolo professionale del farmacista, la sua tendenziale caduta, per così dire, a commesso di banco, con una riscontrabile frustrazione, come risulta perlomeno dalle assemblee, dalle riunioni ed anche da lettere di vostre pubblicazioni.

Vorrei chiedere ai rappresentanti degli ordini dei farmacisti quali problemi ponga una condizione soggettiva così declinante del ruolo del farmacista (paragonabile, quest'ultimo, molto spesso, ad un negoziante o ad un timbratore di varie carte e via dicendo).

Pongo questo problema perchè, a mio avviso, il problema della elevazione scientifico-culturale non deve riguardare solo alcuni punti del Servizio sanitario nazionale, ma deve essere più complessivamente un obiettivo della riforma sanitaria e poi di tutti coloro che, evidentemente, hanno responsabilità nel dedicarvisi.

In rapporto anche alla informazione scientifica riguardante il farmaco, vi domando che cosa facciate o che cosa abbiate in animo di fare, considerato che allo stato attuale si nota una grave carenza di livello istituzionale nazionale (vi sono norme che sono assolutamente inapplicate o, più semplicemente, violate) e che si è subordinati a ciò che scrivono o dicono le strutture di ricerca delle industrie farmaceutiche, il che evidenzia anche un certo rapporto di dipendenza tra operatori e industrie farmaceutiche.

Su questo primo gruppo di questioni, sulla centralità del farmacista di cui talvolta ho sentito anche parlare, allo stato attuale sento dire assai di meno, quindi è motivo, per me, di preoccupazione e vorrei conoscere le vostre opinioni al riguardo.

Seconda questione: a me non sono mai stati ben chiari, lo dico anche in questa autorevole sede, i motivi per cui da parte dei farmacisti si è sempre sollecitata una gestione centralistica dei loro conti; qui si fa cenno ad una frantumazione, attraverso le USL, che impedirebbe di avere una visione complessiva del decorso finanziario e quindi impedirebbe interventi puntuali e tempestivi. Personalmente non ho mai creduto che questa sia la ragione che spinge verso queste sollecitazioni centralistiche, che purtroppo a mio giudizio hanno trovato conferma in una recente norma della legge finanziaria dello Stato, tanto che adesso le Regioni, se vogliamo, senza neppure bisogno di conforme opinione delle USL, ma solo sentendole, possono stabilire i servizi centralistici. Io vorrei capire meglio le ragioni che effettivamente attengono all'efficienza del servizio e ad una sua corretta gestione aziendale. È possibile in questa sede avere una opinione più precisa e più chiara?

Inoltre, che cosa pensate dell'articolo 4 del decreto-legge n. 10 sul costo del lavoro, (ve lo chiedo perchè siete farmacisti e poi avrete l'impatto col pubblico) in ordine all'orientamento di restituire a voi o all'industria i 2.700 miliardi, attraverso una generalizzazione dei *tickets*, con lo slittamento di farmaci da una fascia di gratuità ad una fascia di assoggettamento ai *tickets* stessi. È un progetto abbastanza noto e ormai «nell'aria». I farmacisti che saranno nell'impatto col pubblico e che sono quindi i detentori delle espressioni anche più chiare e pittoresche dei cittadini in ordine alla conduzione del Servizio sanitario nazionale, che cosa pensano su questo procedere, anzichè attraverso un più adeguato Fondo sanitario nazionale, capitolo spesa farmaceutica?

MELOTTO. Mi associo alla seconda domanda del senatore Ranalli per capire se in qualche Regione è avvenuta la gestione del servizio in sede centrale e quali vantaggi ha

eventualmente dato tutto ciò, ma non solo relativamente ai vantaggi per la correttezza dei pagamenti, bensì anche per un controllo sostanziale sulla spesa farmaceutica e, in caso, come questo controllo è stato partecipato ai medici. In questo senso, in che modo vi inserite nello sforzo di contenimento del farmaco?

Fin qui avete gestito il *ticket*; quali risultati e di che tipo ha dato secondo voi nella prima fase, nel calo e in quest'ultima fase? Il cittadino è più cosciente o la logica è ancora quella che il medico bravo prescrive tante medicine? E soprattutto il *ticket* è stato aggirato dagli esentori di *ticket* e quindi indubbiamente c'è sempre l'anziano o il bambino ammalato e non il genitore o la sorella maggiore o il parente? Su ciò, quali sono le vostre proposte per il contenimento della spesa farmaceutica? Perché è chiaro che al di là delle proiezioni, al di là della rincorsa alle cifre, questo paese — è una opinione strettamente personale — non può spendere 6.800 miliardi in prodotti farmaceutici.

JERVOLINO RUSSO. Vorrei fare una premessa e, a questo punto, una domanda perché ne volevo fare due, ma la seconda l'ha già avanzata il senatore Melotto, relativamente ai sistemi attraverso i quali secondo voi si può giungere al contenimento della spesa farmaceutica.

La premessa è, in fondo, la stessa che ho fatto nella seduta di ieri parlando coi sindacati: le questioni portate dai nostri ospiti all'attenzione della Commissione sono tutte di estremo rilievo e interesse, ma nella sostanza, proprio per il nostro essere legislatori o forse per la mia formazione giuridica, io tendo ad andare in modo più diretto ai profili istituzionali.

Ciò premesso, la domanda è la seguente. Nella sostanza, voi avanzate una lagnanza che credo sia più che giustificata e cioè che la materia farmaceutica, in assenza di Piano sanitario nazionale e in assenza di atti di indirizzo e di coordinamento, sia stata dalle varie Regioni suddivisa in modo eterogeneo e diverso tra Regioni, comune e USL. A questo punto, tenendo presente che noi fra breve affronteremo anche l'esame del Piano

sanitario nazionale e quindi ci troveremo nella possibilità di far tesoro della vostra esperienza, vorrei da voi un breve tracciato di quello che a vostro parere può essere il modo migliore per dividere queste competenze istituzionali.

CONDORELLI. Due domande soltanto. La prima riguarda il numero dei farmacisti: quanti sono, poi, in particolare, quelli che trovano lavoro e quanti sono quelli disoccupati. Ciò mi pare un fatto importante anche per lo sviluppo della vostra professione e mi domando se non ritenete opportuno prospettare un numero chiuso alla Università così come si va prospettando per i medici. A meno che non si trovino altre soluzioni per l'attività del farmacista che non sia solo quella di essere addetto alla vendita del farmaco. Il senatore Ranalli ha toccato un argomento molto delicato, ma le cose sono andate così, secondo me, perché questo ruolo differente del farmacista deriva dal fatto che una volta la preparazione era galenica ed i farmacisti avevano un ruolo estremamente importante; oggi invece i preparati galenici quasi non si usano più, anzi il medico che si azzarda ad avanzare queste proposte a volte viene anche deriso, mentre credo che questo sia un grave danno perché se ancora adesso si facesse la galenica con preparati più moderni, i farmacisti farebbero un lavoro più gratificante. Tuttavia, rimane sempre importante il compito di controllare le medicine che si vendono.

Penso poi che vi potrebbe essere anche un altro ruolo, quello della informazione scientifica; i farmacisti, cioè, al di fuori delle loro farmacie potrebbero anche svolgere un'attività differente, importante e coordinata dal Ministero della sanità per l'informazione scientifica non soltanto ai medici ma eventualmente rivolta all'educazione sanitaria.

Un altro aspetto riguarda infine il contenimento della spesa farmaceutica. Ingenuamente mi sono chiesto se non si possa realizzare un risparmio eliminando una delle figure intermedie nella vendita dei farmaci come ad esempio il grossista. Quanto incide la quota che va al grossista per la spesa farmaceutica?

PRESIDENTE. Se non vi sono altre domande, vorrei anch'io rivolgere qualche quesito agli ospiti pur se faccio mie tutte le domande precedenti perchè sono di interesse generale. Come Presidente della Commissione, infatti, parlando sempre per ultimo mi trovo anticipato anche se ciò mi fa piacere.

Certamente come farmacisti siete sempre di più diventati impegnati su compiti amministrativi, dal registratore di cassa ad altri problemi di questo tipo; si può proporre da parte vostra qualche meccanismo per snellire perlomeno le procedure tipiche del controllo dei farmaci, della trasmissione delle ricette, i problemi delle fustelle e così via? Si può semplificare tutta questa catena di montaggio pur mantenendo l'efficienza ed il controllo?

È chiaro, infatti, che il tempo impiegato è denaro, quindi, risparmiando su ciò, si potrebbe avere più tempo libero per altre iniziative.

In secondo luogo, vorrei sapere che rapporto passa tra farmacie libere, convenzionate e comunali, e se esiste ancora il problema degli armadi farmaceutici. So che esiste una normativa per costituire questi armadi farmaceutici: sono ancora necessari?

La terza domanda riguarda i galenici magistrali. Siamo abituati ai galenici tradizionali che rientravano nella vostra competenza e che sono passati all'industria. A voi rimane il galenico magistrale, cioè la richiesta di una sua introduzione nel prontuario terapeutico che fino ad ora non è stata accettata. Qual è la percentuale di galenico magistrale che ancora viene prodotta in maniera ufficiale, nel senso nobile della parola?

La quarta domanda riguarda la questione molto delicata dei preparati stupefacenti, degli psicofarmaci, del metadone e di tutte le sostanze soggette alla legge n. 685 del 1975, l'impatto di tale legge e il suo funzionamento dal 1976 ad oggi, nonchè il funzionamento dei decreti sul metadone dal 1980 in poi. Vorremmo conoscere, inoltre, la vostra esperienza, i fatti concreti, e non le valutazioni teoriche, che potete segnalare a questa Commissione.

COLOMBO SVEVO. Siccome ritengo che tutto sommato la farmacia sia ancora adesso

un osservatorio privilegiato che permette di avere un rapporto con coloro che chiedono le medicine e di sentire l'opinione del cliente, vorrei sapere come è utilizzato questo osservatorio a livello di rapporti con le unità sanitarie locali e con altri organismi e che rapporti avete, dal punto di vista istituzionale, con tali organismi.

CANNAVÒ. Innanzitutto desidero rispondere al senatore Ranalli. Il farmacista non è un semplice commesso ma un professionista con tanto di laurea che ha studiato per conseguirla. Evidentemente anche nel caso in cui il farmacista consegna un medicinale già pronto, compie pur sempre un atto professionale. Tanto è vero che la nostra Federazione organizza dei corsi di aggiornamento per i farmacisti in tutta Italia che diventeranno obbligatori per la convenzione con le Regioni. In realtà essi sono già obbligatori ma purtroppo non sono ancora operanti. Rinoveremo la convenzione nei prossimi giorni essendoci giunta la convocazione da parte del Ministero della sanità e insisteremo perchè questa norma diventi operante.

Il farmacista svolge un'attività di educazione sanitaria all'interno della farmacia. Per quanto riguarda l'informazione scientifica, questa oggi viene gestita soprattutto da laureati molti dei quali sono farmacisti oltre che medici.

Per quanto riguarda la centralità dei pagamenti, essa è stata già ammessa in Campania e in Toscana. Il collega Catapano che è presidente dell'ordine dei farmacisti di Napoli potrà parlare con maggiore competenza su questo argomento.

CATAPANO. Non siamo soddisfatti del nostro stato; guai a chi si appaga. Ognuno deve tendere al miglioramento, ma non abbiamo neanche quel complesso di frustrazione di cui lei ci accusa. Certo molte volte ci troviamo di fronte a grandi problemi nell'ambito del nostro lavoro.

RANALLI. Non è un'accusa ma una constatazione.

CATAPANO. Di fronte a tante cose che non vanno per il verso giusto, anche il farmacista

prende la strada della protesta non sempre razionale ed adeguata al momento. Complessivamente ci sentiamo dei professionisti. Certamente tutte le professioni liberali del mondo moderno hanno avuto un'estensione e una dequalificazione; ciò vale per il medico come per il farmacista. Tuttavia, nel momento in cui siamo coscienti del farmaco che distribuiamo ed anziché distribuire il galenico di una volta distribuiamo farmaci che hanno un meccanismo di azione ben più potente del passato, siamo in grado di essere mediatori tra medico e cliente. Credo che il nostro ruolo valga molto di più che nel passato.

Questo è il punto evidenziato dal presidente Cannavò: la necessità per tutte le categorie di tenersi aggiornate ai progressi scientifici e di poter dare il meglio di se stesse nell'attività di ogni giorno. In tutti i campi dell'attività umana, infatti, vi sarà il ricercatore, il clinico illustre, il farmacologo e vi sarà il farmacista che deve adempiere anche a quei compiti burocratici che vogliamo che siano alleggeriti ma che sono necessari laddove circola molto denaro pubblico, cosa che lo Stato vuole che avvenga con il massimo del controllo e della regolarità.

Il presidente Cannavò mi ha affidato il compito di rispondere sulla questione generalizzata della contabilità ed anche il senatore Melotto aveva chiesto se questa centralizzazione rispondesse non soltanto ad una esigenza dei farmacisti ma anche ad una esigenza dei servizi.

Senatore Melotto, so che lei è stato Assessore alla sanità del Veneto, così come il senatore Ranalli lo è stato del Lazio, per cui ritengo che entrambi abbiate avuto contatto con la nostra convenzione farmaceutica. Ebbene, basta considerare il fatto che l'accordo unico triennale consente la libera circolazione della ricetta su tutto il territorio regionale per capire come un «cervello» unico che coordini l'attività delle USL sia indispensabile per una corretta gestione del servizio, indipendentemente da quelli che possono essere gli interessi particolari dei farmacisti. Ricordo al riguardo che due Regioni, una a guida democristiana, la Campania, e una a guida comunista, la Toscana, contemporaneamente, quasi all'unisono, hanno adottato

con una delibera il sistema della centralizzazione dei pagamenti che non va visto come una espropriazione dei poteri delle USL, o come un disegno antiriformistico, ma soltanto come una razionalizzazione della spesa.

La centralizzazione può essere realizzata nell'ambito della gestione diretta regionale o, come proponiamo noi in Campania, nell'ambito di un consorzio chiuso; l'importante è che vi sia, dato che per la gestione delle ricette, anche in previsione del sistema ottico, occorrono centri meccanografici e strutture complesse, un centro meccanografico unico, collegato con terminali alle singole USL che provveda ad una rapida elaborazione dei dati.

L'essenziale, senatore Ranalli, e questo non dipende dai farmacisti, è che vi sia una seria gestione della spesa sia per quanto riguarda quella farmaceutica che quella relativa alla medicina generica che è poi la vera fonte di spesa perchè chi prescrive i medicinali è il medico. Ma questi controlli, visto che i sistemi meccanografici comprendono anche l'evidenziazione del codice del medico si da mettere in evidenza eventuali fenomeni abnormi di iperprescrizione, devono eseguirli le Regioni e le USL, non i farmacisti. Noi, come supporto tecnico, ci siamo offerti in Campania di collaborare alla realizzazione di tale progetto e credo che senz'altro la «Federfarma» sia pronta ad impegnarsi a livello nazionale.

Ebbene, a questo grosso meccanismo centralizzato non può non far risponderla anche un organismo che si occupi del pagamento. Senatore Melotto, lei vive nel Veneto ai confini con l'Austria, io vivo in Campania ai confini con l'Africa; l'Italia è lunga e stretta: questa è la verità ed io non ho paura a dirla. Infatti, se le USL della sua Regione sono state pagate nello stesso giorno, noi abbiamo in Campania una situazione differenziata di pagamenti che si svolgono nell'arco di cinque mesi, per cui un operatore sanitario ed economico allo stesso tempo ha pure il diritto di richiedere una normalizzazione della situazione.

MELOTTO. Questa parte l'ho capita, mi parli piuttosto di quella relativa al controllo sul medico.

CATAPANO. Quando attraverso procedure meccanizzate si potrà fare un'acquisizione di dati che poi tramite terminali saranno trasmessi alle USL, quelle USL e quelle Regioni in cui il servizio farmaceutico è stato realizzato avranno un supporto validissimo con una spesa di gran lunga inferiore per la Pubblica amministrazione.

MELOTTO. «Avranno», questo verbo è la chiave di tutto.

CATAPANO. Senatore Melotto, dobbiamo forse realizzarle noi le strutture meccanizzate? Vorrei saperlo, altrimenti si ha un'inversione di ruoli tra Pubblica amministrazione e farmacista.

MELOTTO. Io chiedevo degli esempi; questi sono stati forniti in relazione alla prima parte della mia domanda, ma non alla seconda al cui riguardo si dice: «li avremo». Ne prendo atto.

CANNAVÒ. Debbo solo una risposta al senatore Condorelli e a lei signor Presidente per quanto riguarda la galenica magistrale.

Purtroppo, la galenica magistrale non è stata inserita nel prontuario terapeutico e quindi evidentemente l'USL non la paga. A mio parere, questo è un assurdo perchè — come diceva il senatore Condorelli — con essa noi diamo al medico un'arma di fare la ricetta e la cura personalizzata, modificando così la professione del farmacista.

LEOPARDI. Ho preso appunto di quanto i senatori e lei, signor Presidente hanno chiesto e mi sembra che diverse risposte siano già state date dal presidente Cannavò e dal collega Catapano.

Per quanto riguarda le ragioni di una gestione centralistica dei nostri conti, voglio aggiungere che anche la Lombardia — e non da oggi — ha realizzato la gestione centralistica. Tale sistema, che tende a risolvere il problema del flusso economico ai farmacisti, che tra l'altro avendo un interlocutore unico si riduce di molto, trae origine anche dall'articolo 19 della legge n. 833 del 1978 che consente per vari motivi all'utente del servi-

zio di accedere ad USL diverse da quella di appartenenza.

Pertanto, di fronte ad una ricetta a circolazione regionale, avere un interrogatore unico è una possibilità di controllo di spesa e di consumo.

Sono poi nettamente contrario, senatore Ranalli, all'articolo 4 del decreto n. 10 del 1984 (il cosiddetto decreto sul costo del lavoro) perchè secondo noi il differimento da esso previsto fa cadere i due pilastri portanti su cui era basato il contenimento della spesa farmaceutica, o per meglio dire la sua razionalizzazione, che erano il prontuario terapeutico e la possibilità di effettuare interventi diretti in Regioni laddove si fossero presentati disavanzi delle USL. Il differimento del prontuario e il ricorso di alcune Regioni alla Corte costituzionale avverso la norma danno già chiaramente un'idea di come si stia andando verso una spesa ben diversa da quella fissata dalla legge finanziaria in 4.000 miliardi.

MELOTTO. Però, la regione Liguria con una sua delibera ha già deciso di erogare in forma indiretta i farmaci contenuti nella fascia B del prontuario.

ALVIGINI. Vi è stata una parte di farmaci della fascia B che è passata in fascia A; ad esempio, sono stati inseriti in tale fascia tutti gli antiulcera.

MELOTTO. La delibera della Liguria ha deciso che i medicinali della fascia A siano dati gratuitamente, mentre quelli della fascia B siano erogati in regime di indiretta.

ALVIGINI. Mi scusi, ma non è così al 100 per cento perchè la regione Liguria nella fascia A ha inserito una parte notevole di prodotti appartenenti alla fascia B e comunque eroga tutto gratuitamente ai cittadini con più di 65 anni.

Anche questo non avrebbe potuto farlo, ma in Italia oggi si può tutto.

LEOPARDI. Il senatore Ranalli chiedeva di conoscere il nostro pensiero su questa cooperazione, che fa trasbordare da una fascia

all'altra. Quando il Fondo è insufficiente, o si riducono i livelli di assistenza o si trasferiscono sulle famiglie i costi dell'assistenza stessa. Questa è una scelta politica che il nostro Parlamento deve fare. Non c'è possibilità di fissare un «tetto» senza contemporaneamente introdurre elementi che garantiscano il rispetto del «tetto» stesso.

I risultati del *ticket* sono decisamente infruttuosi, perchè le esenzioni hanno ridotto il consumo di circa il 6-6,5 per cento. A mio avviso il *ticket* è un elemento distorsivo del consumo, perchè nell'assistito non nasce il pensiero di quanto paga di *ticket*, ma quanto va a risparmiare su quel farmaco; questa è la mentalità che nasce nel cittadino. Il *ticket* ha assolto, quindi, ad una funzione contributiva, per quella parte di denaro che affluisce alle casse dello Stato, mortificando la funzione dei farmacisti, costretti a riscuotere questi piccoli contributi. Era stata fatta una proposta affinché fossero i medici a riscuotere le mille lire, ma non è passata.

I farmacisti in Italia sono circa 50.000, di cui 14.000 titolari convenzionati, 20.000 collaboratori in farmacia, 2.000 circa nelle farmacie pubbliche, eccetera; i dati precisi, qualora occorressero, ve li potremo senz'altro far avere. Il discorso del numero chiuso dovrebbe essere portato avanti soprattutto per la farmacia; dico questo non per spirito di corpo, ma perchè l'esercizio professionale è legato all'incremento demografico della popolazione, in quanto l'apertura di una farmacia è legata ad un rapporto farmacia-abitanti. Non credo inoltre sia utile eliminare la figura del grossista, il quale, incidendo sul prezzo del farmaco in ragione di circa l'8 per cento, svolge una funzione importante ed essenziale, specie per le farmacie rurali.

MELOTTO. Quali sono le vostre proposte per la revisione della spesa?

LEOPARDI. Intanto di togliere l'IVA, in quanto rappresenta un inutile giro di soldi che lo Stato prima paga e poi rincamera.

Per quanto concerne le farmacie convenzionate e quelle pubbliche non c'è conflitto tra esse, perchè si convive tranquillamente senza alcuna difficoltà.

L'impatto con la legge n. 685 del 1975 è stato pesante, perchè nè questa nè i «decreti Aniasi» hanno risolto il problema. Le terapie, previste come sostitutive, sono diventate di mantenimento; tutte cose che conoscete molto bene. Non è semplice dire cosa si può fare per risparmiare; non so se si farà una politica del generico o una politica diversa per il brevetto, la registrazione e l'inserimento nel prontuario. È chiaro — non per tirarci fuori — che sono due i momenti generatori della spesa: la prescrizione del medico ed il prontuario terapeutico. È su questi due punti che bisogna intervenire, aggiungendo i controlli.

Il presidente Cannavò ha ricordato nella sua relazione che devono essere ripresi i controlli. Non ho nè la statura, nè la possibilità, nè la volontà di riesumare gli enti mutualistici; dico solo che vanno fatti dei controlli sul medico, sul farmacista, sull'assistito, perchè uno Stato che spende 6.500 miliardi l'anno nel settore ha il diritto-dovere d'intervenire per vedere come vengono spesi questi soldi.

MERIGGI. Dato che prima sono state richiamate le decisioni prese nella regione Liguria, a proposito dei farmaci, volevo sapere qual è la sua opinione sulla realtà della Campania.

CATAPANO. In Campania abbiamo sospeso l'erogazione dei farmaci da due mesi. L'articolo 26 della legge finanziaria viene applicato con estremo ritardo; quindi, i crediti sono congelati, tenendo presente che la maggior parte delle farmacie della Campania ha crediti che risalgono all'ottobre del 1983. Personalmente però sono preoccupato da quanto ha detto l'Assessore alla sanità della Campania — ragionando a mio avviso in modo molto corretto — sostenendo che se lo Stato ha fissato un «tetto», calcolato su parametri capitali programmati, di 4.000 miliardi, poichè nella regione Campania insiste il 10 per cento della popolazione italiana, il «tetto» per quest'ultima sarà di 400 miliardi. Egli ha detto inoltre che avrebbe iscritto questa somma in un capitolo *ad hoc*, tenendo presente che sarebbe stata questa la somma in

base alla quale avremmo dovuto erogare i farmaci.

Signor Presidente, lo scorso anno con due mesi di assistenza indiretta totale e tre mesi di autoriduzione la spesa farmaceutica in Campania è stata di 563 miliardi al netto dei *tickets*, il che significa che il fondo assegnato quest'anno è di circa un terzo inferiore a quello dello scorso anno, che pure ha visto la popolazione privata totalmente del servizio per due mesi e per tre mesi solo parzialmente, essendo stati distribuiti i soli farmaci delle fasce A e C.

L'Assessore alla sanità e il pretore penale, su denuncia dell'associazione dei diabetici, mi hanno convocato per sapere quali erano le possibilità di assicurare almeno i farmaci essenziali (insulina, antiblastici, emoderivati, eccetera). A quel punto noi farmacisti abbiamo fatto una proposta provocatoria, che credo vada segnalata al Senato della Repubblica, poichè nel momento in cui il Governo non legifera in modo pregnante ognuno va per la sua strada. Diventeremo così l'Italia dalle mille repubbliche e dai mille prontuari. La nostra proposta è stata che se l'andamento della spesa è prevedibile in 60 miliardi mensili, per una spesa di 720 miliardi annui, e ne abbiamo solo 400, sediamoci attorno ad un tavolo per cercare insieme di compilare un mini-prontuario (che vogliamo sia deliberato dalla giunta regionale e approvato dal commissario di Governo) in modo da assicurare almeno ai cittadini l'assistenza nella misura di 30 miliardi mensili. A tutto questo si oppone con virulenza l'industria farmaceutica, minacciando addirittura ricorsi all'autorità giudiziaria e al tribunale amministrativo. Sappiamo che non sono degli atti del tutto legittimi, ma sappiamo altresì che il «meno peggio» è migliore del nulla.

Mi chiedo che senso abbia far slittare la revisione del prontuario dal 15 febbraio al 15 aprile, senza prevedere il finanziamento della spesa. Dinanzi a questi fatti sconcertanti non vedo come ci si possa chiedere quali sono i provvedimenti che intendiamo adottare.

RANALLI. Ma noi vogliamo che voi le diciate queste cose.

CATAPANO. Vorrei rilevare, signor Presidente, se me lo consente, che io vivo in Campania, una regione che per molti aspetti è nell'occhio del ciclone. Circa il discorso delle esenzioni, vorrei sottolineare che quando esse si basano sul principio dell'autocertificazione a mio avviso non hanno alcun significato, perchè nel momento in cui la crisi economica rende sempre più precari i bilanci delle famiglie, anche di quelle borghesi, prima benestanti, e queste devono venire a sborsare decine di miliardi di lire di *tickets*, non hanno più alcuna remora di recarsi alla USL ed autocertificare di avere un reddito inferiore a quattro milioni e rotti. Non entro nella questione «esenzioni sì esenzioni no»: mi limito solo come operatore, a fotografare la situazione. A me sembra che molto più validi, ai fini della valenza del *ticket*, furono i provvedimenti che il governo Spadolini adottò, i cinque decreti-legge, di cui l'ultimo cadde nel febbraio 1982, con i quali si fissavano delle precise categorie di esenzione (pensionati, invalidi civili, invalidi di guerra, ed altre che ora non ricordo). Quando invece si adotta il principio del reddito, che in teoria è anche giusto, ma che essendo di difficile accertamento si autocertifica, i napoletani, si sa, sono fantasiosi — non solo loro, per carità — e arriviamo a delle situazioni veramente assurde. Ecco perchè, secondo i dati che ho a disposizione, il *ticket*, a settembre, il primo mese di applicazione della nuova normativa, ha inciso per il 9,98 per cento; già a dicembre era sceso all'8,6 per cento e nel mese di gennaio si è attestato intorno al 7 per cento. Aggiungo che se il *ticket* della fascia B dovesse essere portato dal 15 al 30 per cento ci sarebbe da aspettarsi che l'incidenza addirittura scenderebbe ulteriormente anzichè aumentare.

Per quanto riguarda la legge n. 685 del 1975, noi in Campania (e lo stesso discorso vale anche per la Toscana, se non vado errato) abbiamo dato puntuale attuazione ai «decreti Aniasi» e di fronte al rifiuto dei medici di fare la prescrizione frazionata abbiamo accettato di attuare la distribuzione frazionata con i tesserini rilasciati dai centri per le tossicodipendenze, e questo perchè riteniamo che sia nostro dovere di cittadini farlo.

PRESIDENTE. Come funziona?

CATAPANO. Il tossicodipendente va al centro pubblico (in Campania ne sono stati costituiti venti) e in quella sede fanno o dovrebbero fare degli esami di laboratorio, dosare gli oppiacei, eccetera, e in base a questo stabilire una terapia e rilasciare un tesserino in cui ci sono delle caselle e dei tagliandi da asportare. Con questo tesserino il tossicodipendente va dal suo medico di fiducia, il quale gli rilascia la ricetta in base alle norme della citata legge n. 685, quindi, con la ricetta ed il tesserino, viene in farmacia e noi gli diamo la droga giorno per giorno staccando il fustellino, il tagliandino corrispondente.

RANALLI. È un abbonamento settimanale.

CATAPANO. Il primo «decreto Aniasi», quello dell'agosto 1980, prevedeva la distribuzione e l'assunzione in farmacia del metadone; successivamente fu aggiunta in via sperimentale anche la morfina con un decreto dell'ottobre e fu tolto l'obbligo dell'assunzione in farmacia. Oggi quindi noi distribuiamo sia morfina che metadone, anzi molta più morfina, perchè il metadone si assume per via orale e, per la nostra esperienza, è preferita la morfina.

Questo è un punto sul quale il Parlamento penso che debba dire la sua opinione. Per un certo periodo di tempo gli Assessori alla sanità di tutti i colori politici, i presidenti delle USL, hanno applaudito ai farmacisti, i quali compivano un'opera sociale, non dico per recuperare i drogati, perchè non abbiamo fatto questo, però per lo meno abbiamo strappato al mercato nero e alla camorra un certo numero di giovani, che pure rappresentavano una netta minoranza rispetto al numero totale dei tossicodipendenti. Potrei parlare — anche questa è l'esperienza umana del farmacista — degli appelli angosciati delle madri che preferiscono la fiala del mercato normale a 500 lire anzichè quella del mercato nero, tagliata come è tagliata, a 10-20.000 lire. In definitiva, abbiamo svolto un servizio, un'opera sociale.

È quindi con estremo stupore che ad un certo momento ho sentito un'esponente stes-

so del Parlamento, l'onorevole Garavaglia, dire in una riunione del gruppo femminile della Democrazia cristiana che i «decreti Aniasi» sono illegittimi e che coloro che li attuano sono perseguibili a norma di codice penale. A questo punto io, che come presidente di USL mi sono sobbarcato l'ingrato compito di collaborare con la Regione e con le USL per attuare un servizio anche pericoloso perchè espone a rapine, eccetera, vorrei capire se magistratura e Parlamento ritengono o meno che si debba continuare con questa terapia, che non è di svezzamento, ma di mantenimento e che ha un unico fine, cioè quello di evitare, per quanto possibile, la criminalizzazione del tossicodipendente, non certo il suo recupero, almeno per la situazione attuale, dal momento che i centri sono fatti male e andrebbero migliorati. Insomma, vogliamo una parola chiara: si modifichi la legge, se così si ritiene opportuno, ma non si può chiedere ad una categoria professionale, senatore Ranalli, di fare un certo lavoro — e noi siamo tra i pochi in Italia ad averlo fatto — e poi rischiare di venire criminalizzati.

PRESIDENTE. La mia domanda era proprio rivolta agli esperti per porre agli atti dichiarazioni che ci possano poi aiutare nell'opera di eventuale revisione e modifica della legge.

Se mi consentite, rivolgerò ora due domande molto brevi che però credo siano importanti per la discussione generale.

Innanzitutto vorrei conoscere il vostro parere sulla proposta di allineare il cosiddetto ruolo del farmacista al famoso ruolo del medico, secondo le rivendicazioni, chiamiamole contrattuali, che sono state avanzate in tal senso perchè sono arrivate anche qui delle segnalazioni ed espressioni favorevoli all'introduzione dell'abbinamento ruolo medico-ruolo farmacista.

La seconda domanda, che è più generale (la rivolgo ai rappresentanti dell'ordine dei farmacisti come la rivolgerò agli altri che seguiranno), riguarda la possibilità o meno di esercitare un reale controllo deontologico sugli iscritti agli albi da parte degli ordini. Sono infatti a tutti noti gli episodi di malcostume verificatisi, in cui la stampa evidentemente «inzuppa il pane», come si suol dire.

Vediamo dunque cosa c'è di vero e cosa c'è di inventato.

ALVIGINI. Non sono un politico ed è la prima volta che mi incontro a quatt'occhi ufficialmente con i politici. Mi fa piacere e parlerò chiaramente. Provengo da una regione, la Liguria, dove una volta bastava una stretta di mano per concludere un contratto, a differenza di quanto sento dire per la Campania. Oggi non è più così neanche nella mia regione; bisogna stipulare dei contratti con le USL e poi purtroppo vediamo che alle USL stesse non gliene importa niente e non li osservano, sia sotto il profilo professionale che sotto quello economico.

Al senatore Ranalli vorrei rispondere che faccio il farmacista da quaranta anni e non mi sento assolutamente frustrato nel mio operare. Direi che anzi ultimamente anche nei giovani c'è una ripresa di coraggio e di entusiasmo per la professione, e questo perchè il medico mutualistico non ha più il tempo di fare il medico, scrive la ricetta e manda via il cliente, il quale va dal farmacista e dice: non so cosa fare, il medico mi ha prescritto questo, mi farà bene? Come lo devo prendere? E allora in quel momento il farmacista si sente il farmacista dei tempi di mio nonno.

PRESIDENTE. Un difensore civico.

ALVIGINI. Certo, è un difensore civico pure quello.

Vorrei rilevare che anche sotto il profilo scientifico negli studi c'è stata una modifica perchè c'è il CTF per l'allievo che vuole approfondire meglio il campo della chimica; fa quell'anno in più e diventa farmacista dell'industria. Quindi ci sono possibilità anche per il farmacista, sempre se ne ha voglia, e dico questo perchè bisogna tener conto che se i medici giovani vogliono guadagnare subito, i farmacisti hanno lo stesso desiderio. Quando mi sono laureato ho fatto due anni di apprendistato in ospedale gratis e ringraziando; oggi devono ancora laurearsi e chiedono quanto saranno pagati se vengono due ore in farmacia. È la mentalità che è cambiata e ad un certo punto dobbiamo subirla.

Fare il farmacista, dicevo, oggi offre ancora delle possibilità. Semmai si può affermare che la professione è stata rovinata dai politici: abbiate pazienza, ma è così e ve lo devo dire. Le USL, per esempio, sono diventate dei piccoli centri di potere che assumono personale in più secondo le varie tendenze di colore.

Mi dispiace, ma questo lo devo dire e lo dico anche ufficialmente perchè, in fondo, è la verità. La questione del Servizio sanitario nazionale è in mano ai politici e ciò, almeno personalmente, mi lascia molto perplesso. Anche la legge sugli stupefacenti è stata improvvisata, perchè il legislatore aveva bisogno di far presto. Quindi, arrivati a questo punto occorre che voi politici rivediate le vostre posizioni e mi fa molto piacere che abbiate chiamato noi tecnici per ascoltarci, perchè non siamo mai stati chiamati — e lo avevamo chiesto — neanche in sede locale.

Voi dovete prendere decisioni più energiche e risolutive. Noi che, come è stato detto, siamo diventati solo timbratori, perchè abbiamo ubbidito a quello che ci avete imposto voi politici, dobbiamo andare avanti tra mille difficoltà e dobbiamo anche rendere conto a chi è portato a ragionare in modo rigido. Ci troviamo di fronte a decisioni che rappresentano comunque una perdita; per esempio, il Ministero della sanità blocca una specialità perchè la dizione deve riportare la parola «glicerolo», invece di «glicerina», parola che è andata bene per cento anni e che oggi si vuole cambiare senza un perchè; poi, dopo quindici giorni, la stessa specialità con la vecchia dizione viene sbloccata e tutto torna come prima.

La vita del farmacista si svolge, dunque, tra molte difficoltà ma, ripeto, può dare ancora qualche soddisfazione perchè l'ammalato va dal farmacista per essere consigliato, come va dal confessore; le farmacie sono parrocchie laiche, secondo quella tradizione per la quale si può dire che l'Italia si è fatta nel retro delle farmacie. Noi farmacisti continuiamo con coraggio il nostro lavoro, però occorre che con altrettanto coraggio si facciano leggi che non siano quelle di cui si dice «leggi all'italiana», espressione che mi dà molto fastidio perchè sottintende la possi-

12^a COMMISSIONE

21° RESOCONTO STEN (28 marzo 1984)

bilità di sottrarsi, mentre noi vogliamo leggi che siano chiare e rigorose, che prevedano una pena per chi sfugge.

Alla domanda che è stata posta su chi svolge i controlli, rispondo che i controlli avvengono attraverso l'ordine professionale di Genova, del quale sono stato per vent'anni presidente ed oggi sono vice presidente. Abbiamo costituito una commissione della quale fa parte un collega che abbiamo nominato questore; mandiamo personale in incognito, pagato da noi, nelle farmacie con o senza ricette e se il farmacista cade in qualche infrazione — cosa difficile perchè tutti sono a conoscenza dei controlli —, la prima volta lo richiamiamo soltanto, facendogli pagare una multa per il costo del servizio, la seconda volta lo denunciemo. Quindi, gli ordini possono svolgere in questo senso un compito istituzionale, poi, naturalmente, subentra il consiglio di disciplina.

Per concludere, molto si può fare, purchè sia fatto con chiarezza e con l'aiuto dei politici.

CATAPANO. Vorrei ancora sottolineare un punto che è sfuggito. Nel momento in cui si chiede che il Servizio sanitario nazionale sia correttamente gestito, è necessario che sia anche presente la figura del farmacista professionista con la sua competenza. Ora, tutto rientra in un quadro del quale esiste solo la cornice, per il blocco previsto dalla legge finanziaria. I farmacisti ospedalieri sono i soli in attività, ma sono comunque insufficienti, nei presidi multizonali, nei presidi regionali, talvolta nei presidi provinciali, ma mai in quelli zonali. Il privilegio, se c'è, deve esserci per tutti e poichè professionisti sanitari sono sempre stati considerati medici,

farmacisti e veterinari, il ruolo unico deve essere previsto per tutte e tre queste categorie.

Dal punto di vista del controllo, io domando se deve essere centralizzato o periferico, ma comunque sia va considerato che non si può svolgere il controllo senza gli strumenti idonei, con una pianta organica assolutamente insufficiente e non si può demandarlo ad un personale amministrativo assolutamente inadeguato. Quindi, nel Piano sanitario nazionale deve essere prevista la figura professionale del farmacista anche al fine di svolgere gli opportuni controlli, cioè non solo per esigenze occupazionali, ma soprattutto per esigenze di servizio.

PRESIDENTE. Abbiamo registrato anche queste ultime battute sulla problematica del ruolo nell'ambito del contratto unico. Però, per la verità storica, devo dire che già è stato assunto, da parte del Ministro della sanità, l'impegno a venire a riferire entro il 30 aprile, sui problemi che comportano sia lo slittamento della revisione del prontuario terapeutico, sia l'aggiornamento eventuale della spesa e delle risorse ad esso destinate.

Poichè non si fanno osservazioni, dichiaro conclusa l'audizione, ringraziando ancora una volta gli intervenuti.

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

I lavori terminano alle ore 19,35.

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