

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

## 12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

### INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

23° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 4 APRILE 1984

(Antimeridiana)

Presidenza del Presidente BOMPIANI

**INDICE****Audizione dei rappresentanti della Confederazione unitaria della specialistica esterna (CUSPE), del  
Sindacato unitario medici ambulatoriali italiani (SUMAI) e del Sindacato italiano dirigenti del servizio  
sanitario (Sidirss)**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 9, 17 e <i>passim</i>	CANGELMI .....	Pag. 17, 25
BOTTI (PCI) .....	20	CIAMPELLETTI .....	21
MELOTTO (DC) .....	18, 21	D'ELIA .....	9, 22, 24
RANALLI (PCI) .....	20	MELEDANDRI .....	3, 22
ROSSANDA (PCI) .....	19, 24		

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per il Sindacato unitario medici ambulatoriali italiani, il segretario nazionale Benito Meledandri, il vice presidente Giovanni Borghi ed il capo ufficio studi Alberto Ciampelletti; per il Sindacato italiano dirigenti del servizio sanitario il segretario generale Luigi D'Elia ed il vice segretario generale Mario Novarini; per la Confederazione unitaria della specialistica esterna i vice segretari Agostino Cangelmi e Federico Sabatini.*

*I lavori hanno inizio alle ore 9,45.*

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria. È oggi in programma l'audizione dei rappresentanti della Confederazione unitaria della specialistica esterna (CUSPE), del Sindacato unitario medici ambulatoriali italiani (SUMAI) e del Sindacato italiano dirigenti del servizio sanitario (Sidirss), aderente alla Confederazione italiana dirigenti di azienda (CIDA).

*Vengono quindi introdotti i dottori Benito Meledandri, Giovanni Borghi, Alberto Ciampelletti, Luigi D'Elia, Mario Novarini, Agostino Cangelmi e Federico Sabatini.*

**Audizione dei rappresentanti della Confederazione unitaria della specialistica esterna (CUSPE), del Sindacato unitario medici ambulatoriali italiani (SUMAI) e del Sindacato italiano dirigenti del servizio sanitario (Sidirss).**

PRESIDENTE. Dando loro il benvenuto, ringrazio i nostri ospiti per la collaborazione che hanno voluto offrire a questa Commissione e per le esposizioni che faranno, sia pure in termini sintetici. Darei subito la parola al dottor Meledandri, segretario nazionale del SUMAI.

MELEDANDRI. Ringrazio il Presidente e gli onorevoli senatori per aver consentito anche al SUMAI di fornire il contributo per

quello che è il processo di miglioramento della riforma.

Il diffuso senso di incertezza, di preoccupazione, di disorientamento tra chi da anni lavora nel campo della sanità e tra i cittadini tutti, trae origine da alcuni aspetti della riforma che ancora oggi non hanno trovato una giusta soluzione.

Premesso che i motivi di fondo sui quali è stata costruita la riforma sono giusti, e condivisi dal SUMAI, di fatto il nuovo modo di fare medicina è in parte fallito.

Le ragioni fondamentali del fallimento nascono da una serie di dati negativi che oggi il SUMAI, responsabilmente chiamato da questa Commissione, cerca di elencare sinteticamente, esprimendo il proprio giudizio sugli aspetti più salienti e formulando alcune proposte in materia.

Per quanto riguarda gli aspetti istituzionali, il primo nodo da sciogliere, e che è alla base di ogni ulteriore soluzione, è quello della difficoltà gestionale dovuta soprattutto alla mancata qualificazione giuridica della USL ed alla conseguente incerta definizione della sua personalità.

Peraltro permane una sfumata ed imprecisa individuazione fra le competenze tecniche della USL e quelle dei comuni.

Esiste poi una conflittualità permanente tra le sfere di indirizzo e quelle di direzione-amministrazione per cui si impone una netta separazione fra potere politico e potere gestionale e fra compiti politico-rappresentativi e compiti economico-gestionali.

Quanto agli aspetti economico-gestionali è risultato del tutto inefficace ed improduttivo l'ufficio di direzione, così come previsto dalla legge, con responsabilità collegiale; a parte la notevole differenza nel numero dei capi settori o capi servizio (amministrativo e sanitario) esistente fra Regione e Regione, la struttura di un siffatto ufficio non consente una gerarchia che assuma concretamente specifiche responsabilità tecnico-gestionali distintamente in materia sanitaria ed in materia economico-amministrativa.

È necessario pertanto ad avviso del SUMAI introdurre la figura del direttore amministrativo e quella del direttore sanitario che insieme configurano la Direzione generale.

Al riguardo il SUMAI deve sottolineare la mancanza di valide iniziative formative per la dirigenza, sia amministrativa che sanitaria, che provoca ogni giorno di più pressapochismo, deresponsabilizzazione, incertezza operativa e la mancanza di strumenti selettivi che individuino gli elementi cui affidare per concorso e non per chiamata la responsabilità della Direzione generale innanzidetta.

In ordine agli aspetti generali il SUMAI ritiene che altri due fattori incidano negativamente sulla buona riuscita della riforma sanitaria: la mancata riforma dell'assistenza sociale e quella delle autonomie locali.

Non solo non si è potuta concretizzare la integrazione socio-sanitaria ma proprio per la mancanza della riforma dell'assistenza sociale, gradualmente si sta accentuando la separazione tra il momento dei servizi sociali e quello più strettamente sanitario, con conseguente aumento dei costi ed inefficacia dell'intervento.

Il SUMAI ribadisce anche in questa sede il proprio obiettivo di fondo: quello cioè di perseguire una politica sanitaria nuova e diversa che elimini l'anacronistico concetto di una medicina adatta solo a curare la malattia e che introduca invece un sistema capace di far fronte anche ai problemi sociali a valenza sanitaria, specie sui luoghi di vita e di lavoro del cittadino.

Sotto l'aspetto istituzionale si deve rilevare che la legge n. 833 del 1978 è stata accompagnata e seguita, senza interruzione di continuità, da leggi e leggine presentate dal Governo più per necessità contingenti (spesso di natura finanziaria) che per necessità interpretative o attuative. Inoltre una analisi comparata della produzione legislativa regionale, fatta dal SUMAI, ha messo in evidenza una notevole difformità e divaricazione dai contenuti di fondo della legge n. 833 il cui carattere unitario è stato travisato, creando quella disuguaglianza che lo spirito del legislatore voleva evitare.

Da ultimo è necessario sottolineare che la riforma sanitaria è nata e sta vivendo sotto la spinta di una esasperata contrapposizione tra Stato centrale e Regioni e fra Regioni ed USL con notevoli lacerazioni dei rapporti e con grosse difficoltà operative. È necessario

pertanto il recupero del potere e della autorità centrale a medio termine attraverso la riforma del Ministero della sanità, e nel contingente mediante disposizioni vincolanti tali da garantire un effettivo controllo su ogni deliberazione e su ogni atto di attuazione della periferia.

Per quanto riguarda gli aspetti attuativi, il SUMAI in questa sede non può non evidenziarne alcuni che, in quanto non applicati, hanno contribuito a rendere più difficoltoso il processo di riforma e meno concretizzabili gli obiettivi finali della riforma stessa: la mancata riforma del Ministero della sanità che è ancora più un organo di indirizzo che un organismo propulsore della riforma e che ha finora operato in termini superati, riduttivi rispetto al ruolo che avrebbe dovuto svolgere, subordinati rispetto ad altri Ministeri, primo fra tutti quello del tesoro; la mancata approvazione del Piano sanitario nazionale, circostanza questa che a molti è servita come alibi per evadere dalle maglie di una legge precettiva, che avrebbe potuto dettare l'uniformità dell'assistenza sanitaria nel nostro paese definendo ed imponendo modelli organizzativi, strutture ed apparecchiature identici e *standards* di fabbisogno quali-quantitativo di personale (tutti reclamano l'urgenza di una legge di piano e la necessità di definire criteri e parametri unici di valutazione per il modello organizzativo e per il fabbisogno anche finanziario, ma nessuno si assume la responsabilità di realizzare tale aspetto); la mancata attuazione del servizio informativo sanitario nazionale che non consente una ancorchè minima possibilità di programmazione nè a livello centrale nè a livello locale.

È necessario al riguardo un progetto organico di rilevazioni atte ad evitare duplicazioni fra i vari enti ed istituzioni ed idonee a soddisfare le esigenze conoscitive minime ma indispensabili in questa fase di avvio della riforma sanitaria.

I campi da privilegiare in materia sono, ad avviso del SUMAI:

quello dell'efficienza dei servizi nel settore organizzativo, economico-finanziario, strutturale e di personale;

quello epidemiologico per la rilevazione dello stato di salute della popolazione e la individuazione delle situazioni a rischio attraverso l'adozione del libretto sanitario personale;

quello biomedico concernente le procedure diagnostico-terapeutiche scientificamente nuove e concretamente applicabili nel Servizio sanitario nazionale.

Ovviamente tutto questo richiede risorse umane da istruire, disponibilità finanziarie e strumentali, collegamento con istituzioni diverse dal Ministero della sanità, individuazione di obiettivi specifici coerenti con l'emanando Piano sanitario nazionale.

C'è poi la mancata attuazione del distretto socio-sanitario. La riforma sanitaria può realizzarsi solo se si istituiscono di fatto i distretti; per cui si deve smettere di affermare in maniera fumogena ed approssimativa che il distretto sanitario è «un'area funzionale». Si deve avere il coraggio invece di affermare che il distretto è una struttura funzionale-organizzativa con una propria definita sede edilizia, con un suo personale addetto, con dei suoi precisi compiti, con un suo riferimento tipologico, con un suo riferimento demografico.

Il distretto socio-sanitario, secondo il SUMAI, deve essere il polo in cui la gestione dell'assistenza sanitaria di base (medicina generica, specialistica, farmaceutica, igiene pubblica) si coniuga con l'assistenza sociale a valenza sanitaria, e nel quale si concretizzano periodici scambi di informazione ed incontri tra tutti gli operatori del sistema con l'ausilio della partecipazione attiva del cittadino e delle associazioni di volontariato.

Al distretto devono essere assegnate, oltre che l'attività sanitaria di base e specialistica coordinata ed integrata alla attività sociale, la funzione infermieristica sia ambulatoriale che domiciliare, l'attività primaria di igiene pubblica e di prevenzione delle malattie del lavoro, la funzione socio-sanitaria per l'igiene mentale e l'assistenza psichiatrica, la funzione di tutela della salute e di educazione sanitaria, la raccolta delle informazioni quali-quantitative e la relativa prima elaborazione informatica.

La filosofia distrettuale deve tendere alla integrazione fra sanitario e sociale attraverso la costituzione di gruppi inter-professionali composti oltre che da medici anche da altre figure, coordinati nel lavoro da un unico responsabile per il raggiungimento di obiettivi comuni nel rispetto delle reciproche competenze.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, la legge di riforma dava particolare e primario risalto all'attività di prevenzione sia individuale che collettiva.

A distanza di cinque anni dall'entrata in funzione della riforma nulla è stato fatto al riguardo per cui si persiste nell'affrontare il patologico senza adottare e mettere in atto iniziative per evitare l'evento morboso.

Alcuni mettono in dubbio la validità di una capillare azione di prevenzione anche perchè legano tale azione all'aspetto finanziario. La prevenzione, è dimostrato, produce i suoi frutti nel tempo ed è un investimento a distanza. Tanto più tale affermazione è valida se la prevenzione viene vista in un ottica globale che interessa le collettività.

Basti pensare ai rischi genetici, a quelli lavorativi, a quelli legati agli inquinamenti e alla motorizzazione, a quelli conseguenti alle sofisticazioni alimentari, per rendersi conto dell'importanza di una azione preventiva che non deve limitarsi al singolo individuo, o ad un settore, ma che deve orientarsi su più direzioni ed agire in campi diversi. È necessario al riguardo un coordinamento fra le varie disposizioni legislative finalizzate alla prevenzione della salute e dell'ambiente di vita e di lavoro.

Analoga considerazione deve essere fatta per quanto concerne la riabilitazione, settore in cui persiste il vuoto assoluto in termini di strutture, di presidi, di personale e di iniziative. All'handicappato congenito si aggiunge l'handicappato acquisito, atteso che non esiste una efficace ed efficiente organizzazione capace di reintegrare nel mondo produttivo colui il quale ha sofferto un evento dannoso e non ha potuto ottenere una vera riabilitazione, nè in termini medici nè in termini occupazionali.

A fianco di pochissimi presidi di riabilitativi ospedalieri, esistono attualmente solo i

presidi di fisioterapia presso i poliambulatori pubblici *extraospedalieri* i quali ultimi però sono idonei più al trattamento tradizionale con mezzi fisici che non al trattamento totale di chinesiterapia e riabilitazione neuromotoria.

Il SUMAI pertanto chiede che gli attuali presidi di fisioterapia nei poliambulatori *extraospedalieri* siano potenziati e messi in condizione di espletare un intervento globale fisiochinesiterapico e riabilitativo, sia ambulatoriale che a domicilio del paziente.

Un aspetto importante da sottolineare inoltre è il mancato coordinamento dei livelli assistenziali intesi come aree funzionali; l'assistenza di medicina generica infatti non ha trovato un collegamento integrato e coordinato con l'assistenza specialistica e tanto meno con l'assistenza ospedaliera. Persiste cioè una settorializzazione dell'intervento che risulta pertanto poco produttivo ai fini della tutela della salute, molto dispendioso per il Servizio sanitario nazionale, poco gratificante per i medici, e infine molto sgradito dai destinatari dell'assistenza.

Il SUMAI propone al riguardo, così come è stato detto per le attività del distretto socio-sanitario, che sia prevista una figura *ad hoc* che assuma la responsabilità del coordinamento funzionale di tutta l'attività sanitaria erogata a qualsiasi livello e in qualsiasi struttura, e la istituzione di un comitato consultivo sanitario composto dai rappresentanti delle varie categorie mediche operanti nel sistema: medici di libera scelta, specialisti ambulatoriali, ospedalieri, medici dipendenti, e via dicendo.

Sotto l'aspetto organizzativo uno dei fondamentali fattori negativi del sistema è rappresentato dall'errato ruolo dell'ospedale. Ancora oggi si ritiene che l'ospedale sia il rimedio unico per tutti i mali, psico-fisici e non, per cui, per mancanza di cultura, per comodità, per tradizione si ricorre alla struttura ospedaliera anche per moltissimi casi che nulla hanno di sanitario o che comunque possono trovare la loro soluzione diagnostico-terapeutica in altre sedi. È noto che circa il 68 per cento della spesa sanitaria è rappresentato dalla spesa ospedaliera. Si indicano parametri posti-letto/popolazione, percentua-

li di tasso d'occupazione, media di durata di degenza, si ipotizzano chiusure di ospedali, riconversione di ospedali in *day hospital*, ma non si fa nulla per cambiare il sistema. Da anni si parla di «filtro ospedaliero», ma in effetti le strutture poliambulatoriali, pubbliche *extraospedaliere* che potrebbero realmente fare da filtro sono fatiscenti, dotate delle apparecchiature ancora dell'epoca delle mutue, con personale insufficiente e demotivato, distribuite in maniera irrazionale sul territorio.

Gli inadeguati ed insufficienti stanziamenti in conto capitale sono stati destinati dalle Regioni agli ospedali per l'emergenza quotidiana e per non incorrere nei rigori della Magistratura. Pertanto il divario fra questi ultimi e le strutture *extraospedaliere* è sempre più incisivo; ciò incentiva il cittadino a disertare il poliambulatorio *extraospedaliero* e a preferire l'ospedale. È una spirale perversa che, se non corretta in tempo utile e con mezzi efficaci, rischia di aumentare le spese inessenziali e gli sprechi.

L'ospedale deve essere riportato alla sua funzione peculiare ed elettiva: quella cioè di risolvere i casi clinici complessi ed urgenti, riservando tutto il patrimonio di attrezzature e di personale a tale scopo.

L'attività dell'ospedale non deve, come si usa dire, «proiettarsi» sul territorio in quanto ciò verrebbe a distogliere in tutto o in parte l'impegno che invece esso deve riservare esclusivamente al malato acuto.

Ovviamente l'ospedale dovrà avvalersi del proprio poliambulatorio, ma questo come quello *extraospedaliero* deve essere finalizzato realmente a filtrare i casi clinici.

L'introduzione nel contratto degli ospedali dell'istituto della incentivazione alla produttività comporta il palleggiamento dello stesso paziente dall'ambulatorio alla corsia e viceversa senza un criterio selettivo clinico, nè di economia di gestione.

I responsabili dell'organizzazione dovranno trovare pertanto un giusto equilibrio fra il tempo che i medici ospedalieri dovranno dedicare alla «corsia» ed il tempo che essi invece dovranno dedicare all'ambulatorio; da tale premessa scaturisce la necessità di rivedere i criteri delle piante organiche, del

*turn-over*, dei concorsi, della mobilità, degli straordinari dei medici dipendenti.

Per restare nel quadro dell'attività specialistica ambulatoriale intesa come complesso di prestazioni di consulenza erogate ai medici generici di libera scelta ed alla domanda istituzionale (medicina legale, medicina del lavoro, medicina scolastica), nonché come attività di supporto integrativo alle prestazioni socio-sanitarie (consultori familiari, tossico-dipendenti, disturbati di mente, handicappati), è necessario rivedere la mappa dei presidi ambulatoriali e ridisegnare la distribuzione sul territorio evitando doppioni e creando strutture nuove laddove non esistono poliambulatori ospedalieri. Peraltro è indispensabile regolamentare i rapporti fra strutture pubbliche (ospedaliere ed *extraospedaliere*) e strutture private convenzionate, attraverso l'esame della domanda e l'organizzazione della risposta la quale deve in via prioritaria essere soddisfatta dai presidi pubblici senza però penalizzare quelli privati. I presidi privati, ove convenzionati, per necessità reali, devono far parte integrale del sistema e devono poter convivere con le strutture pubbliche in una organica integrazione funzionale.

A tal riguardo il SUMAI ritiene che sia indilazionabile risolvere il problema delle attrezzature delle strutture pubbliche, le quali devono essere idonee ad un qualificato confronto sul piano concorrenziale con quelle private: si deve procedere ad un rapido ammodernamento e potenziamento qualitativo dei presidi pubblici adottando, tra l'altro, il sistema del *leasing* o del comodato.

Per quanto concerne il problema degli specialisti, si deve favorire la mobilità dei medesimi dai poliambulatori *extraospedalieri* ad altri analoghi carenti e dalle strutture ambulatoriali *extraospedaliere* a quelle ospedaliere, nel rispetto dei relativi contratti e convenzioni; ciò al fine di razionalizzare il peso-lavoro di ciascun medico e consentire la presenza degli specialisti laddove la domanda è più massiccia.

Sempre sotto l'aspetto organizzativo, e specificatamente per il settore erogativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, si

deve introdurre il sistema delle gare di appalto a livello regionale (provveditorato regionale) per i capitolati di acquisto di materiali d'uso e di apparecchiature, al fine di abbattere i costi ed avere una sollecita ed efficiente manutenzione. Dovrà prevedersi, presso ciascuno presidio, un servizio di accettazione formato da una *équipe* medico-infermieristica capace di esprimere un valido giudizio clinico sulle richieste di prestazioni da chicchessia avanzate ed una efficace azione di griglia selettiva.

Sarà necessario altresì razionalizzare gli orari dei turni di servizio in modo da consentire a particolari categorie di cittadini (impiegati, operai, studenti), di accedere alle prestazioni anche nelle ore pomeridiane, ed introdurre, anche presso i poliambulatori specialistici ospedalieri, il sistema vigente presso quelli *extraospedalieri*, che limita il libero accesso agli utenti senza la preventiva richiesta del medico curante, esclusivamente per le branche di oculistica, ginecologia, odontoiatria e pediatria.

Considerata inoltre la pressante richiesta di consulenza specialistica sul territorio si dovrà prevedere la organizzazione di *équipes* specialistiche itineranti da inviare in maniera organica e programmata nelle zone ove non sia possibile allo stato attuale creare strutture poliambulatoriali; tali *équipes* potranno, temporaneamente, far capo alla struttura edilizia del distretto socio-sanitario precedentemente illustrato.

Esistono infine, e devono essere affrontati urgentemente, numerosi problemi organizzativi all'interno dell'ospedale; il SUMAI però ritiene di non avanzare proposte in materia, ritenendo che le organizzazioni ed associazioni dei medici ospedalieri, meglio e più dettagliatamente potranno offrire preziosi suggerimenti per ottimizzare il sistema erogativo di ricovero.

Per quanto riguarda gli aspetti di politica del personale medico del Servizio sanitario nazionale, da più parti, in più occasioni, ed in sedi diverse si sente parlare oggi di «omogenizzazione»; termine questo che non definisce il vero obiettivo nè puntualizza il problema, ma che sta a significare la necessità di chiarire i rapporti sia di natura giuridica,

sia di natura economica, sia di natura funzionale intercorrenti fra medici dipendenti e medici convenzionati a mente degli articoli 47 e 48 della legge n. 833 del 1978.

Tutto deriva e scaturisce dal passato, quando molteplici erano i «datori di lavoro» e quando più facile era ricoprire contemporaneamente più incarichi regolati da rapporti di natura giuridica differente fra loro. Una commistione di funzioni che oggi non è più ammissibile e che deve far riflettere anche e soprattutto i medici. Ognuno deve fare la propria scelta optando per un solo e specifico tipo di rapporto e per una sola area funzionale.

A tal riguardo il SUMAI non può che confermare la propria impostazione di politica sindacale in materia di attività specialistica e cioè che è indispensabile sancire precise incompatibilità fra area della medicina generica ed area della medicina specialistica e nell'ambito di quest'ultima pervenire a norme secondo le quali il singolo specialista, indipendentemente dal luogo in cui presta l'attività, non possa eccedere un «tetto» lavorativo complessivo di 48 ore settimanali.

Solo a parità di impegno orario, di dignità professionale, di prospettive future, e di tutela del posto di lavoro si può arrivare alla parità retributiva e quindi a quella «omogeneizzazione» di cui oggi si parla. La mancanza di direttive ed accordi fra le parti in ordine a tali importanti presupposti, perpetuerà le conflittualità fra medici e l'improduttività della loro attività. In tal senso dovrà essere rivisto il citato istituto della incentivazione alla produttività prevista per i medici ospedalieri in quanto esso produce effetti perversi che influiscono negativamente sia sull'organizzazione interna dell'ospedale sia su quella *extraospedaliera*.

Il SUMAI non è alieno dalla proposta dei medici ospedalieri di creare il «ruolo medico» nell'ambito del loro rapporto di dipendenza, ma ciò ovviamente dovrà essere visto in una ottica globale in cui ciascun medico, indipendentemente dal tipo di rapporto con il Servizio sanitario nazionale, dovrà avere e conservare il proprio spazio, una prospettiva di crescita e non dovrà comportare invasioni di campo né posizioni egemoniche.

Per quanto riguarda gli aspetti finanziari, finora si è dato massimo risalto alle «uscite» del Fondo sanitario nazionale senza considerare il problema delle «entrate» che stanno a base del finanziamento del Servizio sanitario nazionale stesso.

In via pregiudiziale il SUMAI ritiene che il criterio di predeterminare le spese «budgettariamente» non risponde alle reali esigenze di coprire a pareggio le necessità di esercizio. In medicina nulla è prevedibile e nulla è determinabile in termini assoluti. Peraltro fino ad oggi si è subordinata la economica sanitaria alla finanza sanitaria imponendo «tetti» che vengono costantemente sfondati senza rimedi se non quello di accollare comunque, anche se *a posteriori*, allo Stato spese a pie' di lista sostenute dalle Regioni. Sarebbe al riguardo più giusto, a parere del SUMAI, non fissare una cifra fissa annuale ma una percentuale annua di PIL (non inferiore al 6,50 per cento) da riservare al Fondo sanitario nazionale salvo accantonare le cifre non spese per gli esercizi finanziari degli anni successivi. Un siffatto sistema oltre a garantire gli stanziamenti in maniera più realistica, consentirebbe alle Regioni di far fronte a quegli incrementi di spesa conseguenti, per esempio, a rinnovi contrattuali o convenzionali che si verificano nel tempo. In passato non si è tenuto conto dei rinnovi o si è sottostimato l'incremento di spesa per il personale con la conseguente divaricazione a forbice fra preventivo e consuntivo.

Peraltro in ordine ad alcune voci di spesa andrebbe fatta urgentemente una verifica sulle cause di discrasie macroscopiche non giustificate da nessuna motivazione quale quella ricorrente di insufficienti o pletoriche strutture, di sufficiente od insufficiente fabbisogno di personale.

Ci si riferisce in specie alla spesa farmaceutica in cui i valori medi *pro capite* di incremento variano nell'anno 1982 rispettivamente all'anno 1981, a patologia costante e a numero di popolazione residente costante, dal 25,7 per cento in Umbria, al 53,9 per cento in Basilicata, dal 26,1 per cento in Puglia, al 49,7 per cento nel Lazio.

Sono dati significativi che devono far riflettere e le cui cause possono essere attri-

buite anche a mancanza di iniziative per l'educazione sanitaria.

Sarebbe altresì necessario introdurre il sistema dello stanziamento annuale per funzioni distintamente per il capitolo in conto capitale e per quello in conto corrente, anziché la rendicontazione per funzioni. Ciò consentirebbe una maggiore responsabilità da parte delle Regioni ed una più facile ed incisiva azione di controllo da parte del potere centrale.

In ordine alla voce «entrate», il SUMAI non può non sottolineare come, l'auspicata uguaglianza del cittadino di fronte al contributo di malattia è ancora una chimera e che essa rappresenta una palese ingiustizia da cancellare oltre che per motivi costituzionali, anche per motivi pratici atteso che una più equa ripartizione darebbe allo Stato un maggiore gettito contributivo.

La metà pertanto, ad avviso del SUMAI, è quella della effettiva fiscalizzazione degli oneri sociali e della maggiorazione dei contributi di malattia nei confronti di alcune categorie di lavoratori oggi particolarmente favorite.

Per quanto riguarda il rapporto tra pubblico e privato, il SUMAI ritiene che atteggiamenti massimalisti devono essere superati. Ritiene al riguardo che non si debba né esaltare il privilegio del pubblico, né penalizzare il privato. Le due aree di attività possono coesistere in maniera organica e occordinata. I piani sanitari regionali dopo la riorganizzazione ed il potenziamento delle strutture pubbliche, accertino la necessità assoluta ed indifferibile di avvalersi tramite convenzione di strutture private; queste devono essere integrative del sistema e non temporaneamente complementari alle strutture pubbliche.

Importante è stabilire «tetti» di attività tali da non creare difformità di situazioni né funzionali né di ordine economico fra i vari medici comunque inseriti nel Servizio sanitario nazionale.

Un efficace ed integrato complesso di strutture private convenzionate è altresì auspicabile per incentivare la qualificazione e la produttività delle strutture pubbliche e per offrire al cittadino la massima fiducia.

**PRESIDENTE.** Ringrazio per l'esposizione che ha dato una risposta a tutti i quesiti posti dal nostro questionario. Ringrazio anche per la relazione che è stata consegnata e che verrà distribuita a tutti i membri della Commissione.

Passiamo ad ascoltare i rappresentanti della CIDA-Sidirss, ssempre raccomandando la massima sintesi possibile.

**D'ELIA.** Ringrazio il Presidente e i senatori per la sensibilità dimostrata nell'invitare all'audizione la nostra confederazione e, in particolare, il sindacato dirigenti del Servizio sanitario nazionale. È difficile affrontare i problemi della sanità in sintesi; tenteremo di affrontarne alcuni, peraltro rinviando ai documenti che abbiamo consegnato e che, ci auguriamo, l'efficienza degli uffici del Senato, la quale sicuramente non sarà pari a quella del Servizio sanitario nazionale, farà pervenire ai senatori.

La CIDA — Confederazione italiana dirigenti di azienda — nel momento in cui l'elettorato, nel giugno del 1983, si apprestava ad eleggere nelle istituzioni parlamentari, gli uomini della IX legislatura, diffondeva ai candidati delle forze politiche un opuscolo richiamante i temi di maggiore rilevanza, anche sociale, su cui la nuova legislatura si sarebbe misurata.

Tra questi temi campeggiava la sanità.

In quell'opuscolo, di cui si è fornita copia, la CIDA per salvare la riforma sanitaria, individuava alcuni principi e sottoponeva all'attenzione alcuni problemi basilari, alla cui soluzione riteneva e ritiene legata la sorte della riforma.

Problemi e principi, rappresentanti la linea guida della organizzazione sindacale dei dirigenti della sanità Sidirss, aderente alla CIDA, ed emersi nei due convegni tenuti dopo la entrata in vigore della legge di riforma politica, l'uno nel febbraio del 1980 dal sintomatico sottotitolo «Dirigenti burocratici o *manager*», e l'altro nel novembre del 1982 anche esso dal sintomatico sottotitolo: «Le USL: aziende municipalizzate o agenzie delle autonomie locali?»; principi che per alcuni aspetti sono stati successivamente posti a

confronto nell'ottobre del 1983 con la dirigenza della sanità europea (rappresentanti di ben sedici paesi convenuti a Roma), nell'ambito della sessione dell'assemblea dell'Associazione europea dei direttori di ospedale che ha sede a Strasburgo e di cui la CIDA-Sidirss rappresenta la sezione italiana. Gli atti dei lavori della sessione sono in fase di stampa e saranno forniti alla Commissione non appena pubblicati.

In quel convegno del lontano novembre 1982, il cui titolo «Salvare la riforma» rappresentava, forse, il giusto grido di allarme per quanto successivamente sarebbe accaduto nel mondo della sanità, ricordavamo come in occasione della conclusione dei lavori di un seminario di studi, tenuto dall'Avvocatura dello Stato di Trieste, non più tardi di qualche mese prima, il professor Giannini avesse concluso il suo intervento dicendo: «Tra errori commessi dal legislatore nazionale, commissioni del legislatore regionale, problemi lasciati aperti, ci vuole molta buona volontà per seguitare a credere che si possa andare avanti in questa maniera e non si debba aprire, invece, come credo, il problema della riforma della riforma». Attesa l'autorevolezza del relatore, le parole del professor Giannini, che avrebbero potuto suonare sul piano politico come un *de profundis* della legge n. 833 del 1978, furono invece da noi additate, sotto il profilo sostanziale, come un giudizio sull'operato del legislatore e sul divenire prossimo della sanità. Eravamo nel 1982.

Noi operatori, a livello dirigenziale, non possiamo non unirvi a quanto il professor Giannini va indicando, e tuttavia non vogliamo che si drammatizzi, in modo irreversibile, sulla problematica. Non lo volevamo e non lo vogliamo per almeno tre ordini di motivi.

Il primo è che la legge n. 833 rappresenta per noi una delle più valide intuizioni programmatiche del potere politico, nel momento in cui riporta ad unitarietà di interventi la parcellizzazione delle funzioni, prima della riforma attribuite ad una miriade di soggetti.

Il secondo è che la legge n. 833 pone giustamente in una società *post* industriale quale è quella che viviamo, come elemento cen-

trale della gestione della sanità, il rapporto costi-benefici, concetto fondamentale per le discipline economiche che regolano la vita delle aziende nel nostro paese, da cui il Servizio sanitario nazionale, certamente azienda pubblica di erogazione, non può per noi restare avulso.

Il terzo ordine di motivi è che la legge n. 833 individua nel momento organizzatorio il perno su cui il sistema deve incentrarsi per una equilibrata gestione.

Su tali proposizioni, che trovano ancora oggi unanime consenso, bisogna, quindi, costruire per coprire i vuoti lasciati dal legislatore, statale o regionale che sia, correggendo gli errori commessi a livello centrale per modificare, ove occorra, questo nuovo «tabù» che sembrava fosse divenuta la legge di riforma sanitaria.

Dovevamo tuttavia concordare con chi riteneva che delineare, o meglio approfondire, il quadro sanitario del paese era ed è compito decisamente arduo per la complessità dei fattori che ne hanno determinato l'andamento e l'apparente contraddittorietà delle risultanze complessive.

Noi in quel convegno ci proponevamo di individuare in che modo il fattore economico, la crisi economica del paese e i tagli indiscriminati alla sanità avessero rappresentato la causa o l'effetto della contraddittorietà delle risultanze complessive, o se ambedue, insieme, ne avessero determinato un brutale aborto.

Noi in verità ritenevamo e riteniamo ancora che altrove sono da ricercarsi le cause che hanno determinato l'inadeguatezza delle risultanze che la crisi economica ha soltanto acuito da un lato ed assorbito dall'altro.

Che la legge n. 833, infatti, sia il frutto di una valida intuizione del legislatore, che ha visto in un sistema sostanzialmente unitario la direzione complessiva di un servizio strutturato secondo modelli di programmazione, è indiscutibile; che essa, peraltro, rappresenti il frutto di un compromesso in diversi punti centrali, ed in primo luogo sulla configurazione giuridica della USL, è anche questo fuori di dubbio.

Non è che assunta tale o tal'altra configurazione giuridica le problematiche insorte

nell'attuazione della riforma – lo sostengono in molti – di colpo possano eliminarsi: esse sono tali e tante che difficilmente potrebbero avere, a breve, soluzione, anche per una situazione generale del paese, istituzionale ed economica, grave e confusa.

Però è fuor di dubbio che una migliore identificazione giuridica della USL certamente potrà aiutare a regolare il rapporto tra l'ente locale Comune e l'USL (consiglio comunale, giunta comunale da un lato, assemblea e comitato di gestione dall'altro), il rapporto tra gli organi della stessa USL, il rapporto tra organi della USL e organismi deputati a garantire l'efficienza della struttura (ufficio di direzione), il rapporto fra strutture (presidi multizonali, Università, istituti a carattere scientifico); potrà aiutare a chiarire la stessa natura del rapporto di lavoro degli operatori della sanità, e l'individuazione delle modalità del flusso finanziario delle entrate per la costituzione del Fondo sanitario nazionale, e delle uscite; potrà essere utile, anche, per individuare chi deve svolgere in tutta la sua ampiezza la funzione di indirizzo (il Parlamento, o il Ministro, o il Consiglio sanitario nazionale, o le Regioni), pur nella varietà dei contenuti, per dare forma all'azione di direzione politica e ricondurre quindi l'azione amministrativa nel suo complesso a precisi quadri di riferimento per un effettivo controllo.

L'importante riforma della sanità si è realizzata purtroppo senza tutto ciò, senza inoltre che trovasse modifica lo stesso indirizzo politico, da un lato sul sistema sociale e dall'altro sulla riorganizzazione degli enti locali.

In assenza di un intervento generale riformatore, la normazione in materia ha proceduto per interventi settoriali e frammentari. È mancato, a dirla con il Giannini, «un criterio politico di organizzazione del governo della sanità» che, privo di linee-guida, ha portato a disomogeneità, che hanno fatto delle USL organismi atipici, alcune ordinate da antiquate linee organizzative, altre, in verità poche, caratterizzate da più moderne esperienze, con il venir meno per tutte, in ogni caso, dell'oggettività della esecuzione delle funzioni per la tutela del diritto alla

salute, costituzionalmente protetto su scala nazionale.

Si rende necessario, come affermavamo in quel convegno del 1982, più che puntare il dito sulla piaga, cogliere il momento, pur nel quadro più ampio della riforma delle autonomie locali e di una diversa distribuzione delle funzioni, per una revisione della normativa primaria e secondaria, che ormai disciplina in modo frammentario e disarticolato la materia (basti ricordare le leggi e leggine intervenute dalla legge n. 833 in poi in materia di sanità, l'una modificante l'altra e forse non tutte conformi al disposto costituzionale dei limiti di competenza).

Affermavamo in quel convegno che in un contesto generale da definirsi con legge statale, l'esigenza di flessibilità e agilità delle USL era richiesta ed era da definirsi in forma istituzionale chiara, così come era richiesto il ricorso a forme diverse per la determinazione della organizzazione del complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni singoli ed associati.

Adesso riteniamo che tale esigenza è ancora avvertita e lo è maggiormente lì dove tra USL monocomunali ed infracomunali, coincidenti nelle aree metropolitane con le circoscrizioni, la gestione dei rapporti tra consiglio comunale ed assemblea ha assunto rilevanza dirompente e paralizzante – basti pensare al caso di Roma –; è avvertita per chiarire i limiti di competenza della giunta comunale nei confronti del consiglio comunale, quando questo opera come assemblea; è avvertita per chiarire la portata dell'intervento partecipativo al governo della sanità dei consigli circoscrizionali; è avvertita per delimitare in ogni caso le competenze dell'assemblea nei confronti dei comitati di gestione, organi che procedono ormai, sul piano effettuale, ad una cogestione della sanità; è avvertita per fare chiarezza nei rapporti tra la dirigenza, catturata dai comitati di gestione, e questi ultimi, che si pongono spesso peggio che in un rapporto tra Assessore e coordinatore, sostituendosi addirittura alla direzione degli stessi uffici e presidi.

L'ipotesi a favore della USL quale azienda municipalizzata, ancorchè percorribile, forse tuttavia non risponde a pieno ai principi di

flessibilità del sistema; si avrebbe certamente l'immediato risultato di eliminare il «pateracchio» dell'organo assemblea individuandosi direttamente nel consiglio comunale l'organo di indirizzo politico, nel comitato di gestione la commissione amministratrice, nel coordinatore, quale «presidente» dell'ufficio di direzione, l'organo-ufficio con rilevanza esterna.

Tuttavia, ciò ci porterebbe ad una gestione solo in parte svincolata dalle pastoie del procedimento amministrativo, anzi verrebbe ad appesantirsi la funzione di controllo sull'attività delle USL, che la legge finanziaria per il 1982 ha in parte reso più omogenea avendola affidata ad un unico comitato a livello regionale.

La ragione dell'autonomia di gestione della USL, necessaria per l'economia dell'intero sistema, ricollegantesi peraltro all'individuazione di uno strumento agile dell'indirizzo politico - provenga esso dallo Stato, dalla Regione o dal Comune - deve spingerci, allora, ad individuare nella USL una figura giuridica priva della rigidità della struttura organizzativa tipica della Pubblica amministrazione e delle stesse municipalizzate, rigidità che ne rappresenta un elemento negativo di fondo; deve portarci invece ad individuare una figura giuridica delle USL sul tipo dell'azienda speciale, anticipando, come ebbe a sostenere in quel convegno del 1982 il professor Merusi, il sistema dualistico che dovrà essere, sulla base delle direttive della CEE, introdotto per la società per azioni europea e in molti enti pubblici economici ed *in primis* negli enti pubblici che erogano pubblici servizi.

La ripartizione dei poteri che ne deriverebbe tra l'attuale comitato di gestione - modificato secondo le direttive della CEE in consiglio di sorveglianza o consiglio di amministrazione che dir si voglia, avente la potestà di fissare esclusivamente gli obiettivi dell'azione e controllare periodicamente nel merito l'attività dell'organo esecutivo - e l'ufficio di direzione cui invece resterebbe affidata la gestione ordinaria della USL, farebbe riemergere forse un modello imprenditoriale funzionale più efficiente per un pubblico servizio.

Al momento politico verrebbe quindi riaffidata la sua naturale funzione di controllo, ovviamente di merito, sul servizio stesso.

La soluzione appena prospettata non cozza peraltro con il sistema del potere politico amministrativo locale, con il quale in verità da più parti si fa rilevare come sia «difficilmente coniugabile l'esercizio di potere tipicamente imprenditoriale». Ma se ciò può rispondere a verità, d'altro lato noi non possiamo condividere il pensiero di alcune organizzazioni sindacali che ci hanno preceduto, auspicante un totale distacco da esso; anzi noi riteniamo che all'organo politico-amministrativo debba corrispondere «il massimo dei poteri di controllo». Controllo che, come sopra detto, comunque vadano le cose non può più configurarsi nella tipica attività di controllo di legittimità e di merito (funzione questa inadeguata, che non garantisce nè una verifica di aderenza alle direttive politiche nè un esame della gestione aziendale) quanto, invece, esso deve essere rivolto al controllo dei risultati della gestione; e su questo ci sembra che perfino i rappresentanti della Corte dei conti siano d'accordo.

La riforma della USL quale figura giuridica non può a sua volta non investire - oltre agli organi collegiali come già delineato - anche gli organi dirigenziali, indipendentemente dal mantenimento in vita o meno dell'attuale diarchia dirigenziale.

Mutuando quanto il rapporto Piga ha individuato per l'alta dirigenza della Pubblica amministrazione, diciamo che la figura del coordinatore amministrativo della USL o direttore generale che dir si voglia - quale responsabile dell'amministrazione *ad intra* - il quale rappresenta, quindi, l'unico vero soggetto cui va attribuito il rango di amministratore, come già avviene in altri paesi europei ed il coordinamento sanitario (o direttore sanitario) - quale responsabile dell'amministrazione *ad extra* - in senso lato avranno rispettivamente l'obiettivo dell'efficienza, il primo, e dell'efficacia, il secondo. Il primo per porre l'accento «sul rapporto tra mezzi impiegati e risultati raggiunti, adeguando la macchina ai programmi ed ai progetti provenienti dall'organo politico ed alle domande provenienti dal coordinatore

sanitario sulle quali di volta in volta si pronuncerà per la compatibilità così come si sarà pronunciato sulla fattibilità dei progetti»; il secondo per porre l'accento sul rapporto fra risultati raggiunti e risultati considerati.

Una configurazione in azienda autonoma speciale o in agenzia della USL riuscirebbe anche a superare la tematica insorta sui presidi multizonali.

La figura di delegato, in rapporto fiduciario con l'organo politico e con l'attribuzione del potere e della responsabilità del dirigente sul tipo di schema vigente nell'ospedale francese, darebbe nuovo impulso alla gestione dei presidi multizonali senza che un nuovo organo politico venga ad accavallarsi ed entri in conflitto con l'altro organo politico deputato al governo delle USL.

Al lume di tali brevi considerazioni, diciamo pure che l'USL così come è nata viene già, per questi versi, a vestire un abito troppo stretto, che non si attaglia quindi alla realtà del paese, un paese che vede — al di là dei fatti patologici, secondo il ministro Reviglio all'epoca Ministro delle finanze — ancorata, in primo luogo, a due fattori la crescita della spesa sanitaria degli anni Ottanta (spesa che dal 1975 si era mantenuta costante rispetto al prodotto interno lordo): a) l'invecchiamento della popolazione; b) il progresso tecnologico sanitario.

Tali fattori sono inoltre connessi alle difficoltà, secondo il professor Pedone, di limitare i problemi della spesa pubblica per la salute, a causa delle caratteristiche della stessa per cui la domanda è praticamente illimitata e presenta peculiari caratteristiche di elasticità prezzo-reddito che è in massima parte dipendente dall'offerta. In più vi è la difficoltà di definire ed applicare criteri di razionamento e contenimento di tale domanda basati sulla definizione di *standards* e sull'accertamento di situazioni di bisogno e urgenza. Questi problemi devono porre il Parlamento da un lato di fronte alla necessità di una scelta per il reperimento dei mezzi di finanziamento della spesa sanitaria, che certamente non può più essere ancorata all'anacronistico sistema contributivo — riteniamo che sia incostituzionale il sistema

attuale e se impugnato probabilmente la Corte costituzionale ne determinerà in altra sede la soppressione — che soccombe, nel quadro della spesa sociale, rispetto ad altre voci quali per esempio la cassa integrazione e guadagni; e dall'altro lato devono porlo di fronte alla ricerca della tempestività della affidabilità dell'informazione circa le previsioni e l'andamento della finanza pubblica nel suo complesso, in modo da assicurare, con la flessibilità che la materia richiede, il volume annuale di risorse da destinare al Fondo sanitario nazionale.

La spesa sanitaria, al di là dei correttivi che devono individuarsi all'interno di essa e non certamente in fattori esterni, va rivista per essere reinquadrata nel contesto del sistema economico del paese e correlata alle fonti di produzione del reddito.

Di fronte a queste brevi considerazioni di carattere generale, che gli onorevoli senatori ritroveranno meglio sviluppate nel volume che mi auguro sia stato loro consegnato, «Salvare la Riforma», e nelle integrazioni che saranno svolte su temi specifici dal collega Novarini, vice segretario generale della nostra organizzazione, il Sidirss aderente alla CIDA, si ripresenta l'urgenza di una decisa azione politica nel quadro delle proposte sopra delineate, che miri, con l'approvazione di un ordine del giorno da parte della Commissione sanità e nelle more della riforma della riforma, a raccomandare al Governo, al Ministro della sanità, al Ministro per la funzione pubblica, al Ministro del tesoro, al Ministro del lavoro, al Ministro delle finanze e al Ministro della pubblica istruzione, ciascuno per la propria competenza, inoltre alle Regioni e all'ANCI, ciascuno per la propria competenza, quanto segue: realizzazione di un Piano sanitario nazionale e di un sistema impostato sulla programmazione come mezzo ordinario di governo, che tenga conto di uno strumento operativo per la gestione delle risorse e di un coordinamento del processo di trasformazione.

Occorre, pertanto, che in via pregiudiziale, le strutture del Servizio sanitario nazionale vengano dotate di un metro di riferimento a livello nazionale prima e a livello regionale

poi, e infine locale, per essere in grado di armonizzare e ottimizzare i propri servizi.

Si rende necessario da parte del Governo, richiedere, quindi, per l'approvazione del Piano sanitario nazionale la cosiddetta «corsia preferenziale», al fine di mantenere fede all'impegno assunto nelle dichiarazioni programmatiche del Presidente del Consiglio dei ministri.

Nel piano sanitario nazionale dovrà essere indicata, tra gli obiettivi da raggiungere in via prioritaria nell'arco del triennio, la realizzazione della deospedalizzazione dei ricoveri ospedalieri (pubblici *stricto iure* e convenzionati).

A tale scopo andrà fissato — in armonia alle esperienze di piani sanitari di nazioni industriali più avanzate nel cui alveo l'Italia crede di annoverarsi o in ogni caso è annoverata, pur tenendo conto dei diversi fenomeni sociali e delle diversità di dati epidemiologici — lo *standards* di 4 posti-letto per mille abitanti, relegando «con forza» quindi e con benefici effetti sulla spesa il fenomeno dei ricoveri impropri e cronici in aree diverse e meno costose da quella sanitaria, aumentando nel contempo «con forza» l'utilizzazione «ruotata» dei posti-letto.

Vi è poi il problema della formazione e l'aggiornamento professionale del personale del Servizio sanitario nazionale ed in primo luogo della dirigenza cosiddetta amministrativa delle USL.

Appositi fondi dovranno essere stanziati per incentivare corsi, sia da parte dell'Amministrazione centrale per la formazione della dirigenza del domani che da parte dell'Amministrazione regionale per l'aggiornamento della dirigenza in servizio.

Potrà concorrere alla formazione dei fondi regionali per l'aggiornamento della dirigenza delle USL un sistema di autofinanziamento di cui in appresso si dirà. Il Ministro della pubblica istruzione in tale quadro dovrà essere chiamato dalla Commissione sanità, con l'approvazione di quell'ordine del giorno, a disporre l'accelerazione dell'*iter* procedurale per la realizzazione presso le università italiane, che l'abbiano richiesto, statali e non statali, di corsi di perfezionamento e specializzazione di tipo residenziale.

La riorganizzazione del Ministero della sanità deve essere inquadrata nel più ampio esame della riorganizzazione della Pubblica amministrazione; non sono più ammissibili interventi settoriali.

E poichè la riorganizzazione della Pubblica amministrazione fu correlata al riordino della dirigenza di cui all'articolo 26 della leggequadro sul pubblico impiego, la Commissione sanità del Senato (se si ritiene di approvare in materia un ordine del giorno) dovrà invitare il Ministro per la funzione pubblica a presentare in Parlamento in un unico contesto — in uno o più disegni di legge — l'una e l'altra delle due tematiche in cui la riorganizzazione del Ministero della sanità deve andarsi a collocare.

Per quanto riguarda il Consiglio sanitario nazionale, è necessario un richiamo alle competenze. Infatti il Consiglio sanitario nazionale si è avviato, di fatto, a tramutarsi da organo consultivo sulle questioni di maggiore rilevanza ad organo consultivo «obbligatorio» per ogni questione in materia sanitaria se non addirittura ad organo deliberante, con produzione di effetti immediati sulla sfera di terzi.

I pareri del Consiglio sanitario nazionale, da ultimo, sono divenuti veri e propri atti di indirizzo per alcune Regioni, senza che il Governo si sia pronunciato su pareri espressi dal Consiglio sanitario nazionale, ed abbia emanato i relativi, formali atti amministrativi.

Il Consiglio sanitario nazionale, inoltre, esprimendosi sulle tematiche di gestione corrente con particolare riferimento alle problematiche del personale sembra assumere sempre più una funzione di gestione, da un lato con grosso nocumento per le problematiche di maggiore rilevanza sociale, su cui si misurano l'attuazione della riforma sanitaria e lo stesso riequilibrio delle strutture nel paese, dall'altro ponendo in essere un contenzioso tra organi, di portata allo stato imprevedibile.

Il Ministro della sanità dovrà essere invitato dalla Commissione sanità, quale presidente del Consiglio sanitario nazionale, al fine di evitare di svilire le funzioni del consesso, a far svolgere al medesimo il ruolo di alta

consulenza che la legge di riforma gli ha attribuito.

Per quanto riguarda gli organi della USL (assemblea, comitato di gestione, ufficio di direzione), ferma restando ai Comuni la titolarità delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria, l'associazione di essi nell'assemblea deve rappresentare soltanto il momento esaltante della espressione esponenziale della collettività. Nell'assemblea della USL ultracomunali va ritrovato pertanto esclusivamente l'elemento giuridico di individuazione per l'esercizio del potere eminentemente politico, di indirizzo programmatico sul territorio delle attività sanitarie spettanti al Comune.

L'assemblea non dovrà essere chiamata pertanto a svolgere compiti di governo; compiti di governo che devono essere pienamente demandati ai comitati, da individuare come espressione della maggioranza dell'assemblea. È nell'assemblea, infatti, che le minoranze dovranno svolgere la funzione di stimolo e controllo politico, proprie di esse.

Il comitato, così «riabilitato», nelle more della riforma della riforma, con le attribuzioni di funzioni di governo della USL — funzione che si estrinseca non nella «pretesa» di adottare ogni atto di gestione, ma nella adozione effettiva degli atti aventi maggiore rilevanza amministrativa esterna —, deve «spogliarsi» dell'attività meramente gestionale che va affidata all'organo tecnico previsto dalla legge di riforma, peraltro unico esempio tecnico di collegialità nell'amministrazione pubblica; organo che va riportato fuori dall'isolamento e dalla marginalizzazione in cui, invece, è stato cacciato.

In tale quadro di riferimento, presenta minori difficoltà di soluzione il problema delle USL monocomunali e infracomunali, in cui il consiglio comunale sarà chiamato direttamente a svolgere le funzioni di indirizzo politico-programmatico proprie dell'assemblea delle USL ultracomunali, poteri che peraltro gli spettano in ogni caso, quale titolare delle funzioni amministrative in materia di sanità.

In attesa degli aggiustamenti legislativi a livello nazionale e regionale, la CIDA-Sidirss

richiede che i compiti assegnati all'assemblea delle USL (articolo 15 della legge di riforma) in materia di bilancio e di piante organiche (queste ultime provvisorie per dettati di legge), vengano svolti dai comitati delle USL con i poteri di urgenza, superando in tal modo le difficoltà più volte incontrate nelle USL ultracomunali, ed anche in quelle infracomunali, di convocare le assemblee per l'eccessivo numero dei componenti, assemblee che pertanto potranno riunirsi due volte l'anno.

Non sarà necessario promuovere iniziative legislative regionali per affidare invece i compiti di mera gestione agli uffici di direzione, che vanno immediatamente costituiti, sulla base dell'organigramma allegato agli atti; infatti il regolamento relativo potrà individuare il campo d'azione di tale organismo, potendosi interpretare la locuzione «tutti gli atti di amministrazione» prevista dall'articolo 15 della legge di riforma, come competenza residuale rispetto alle altre competenze da un lato assegnate all'assemblea e dall'altro all'ufficio di direzione.

Per quanto riguarda, poi, l'ufficio di direzione, l'autonomia tecnico-funzionale, prevista dalla legge in vigore, viene ad essere valorizzata dal quadro di riferimento delineato, e va perseguita maggiormente con una articolazione dei servizi, che non sia da un lato momento accentratore e dall'altro momento di parcellizzazione di funzioni su cui si è richiamata in precedenza l'attenzione della Commissione.

Il sistema di individuare le grandi aree di intervento, in relazione agli obiettivi della riforma, va perseguito così come va perseguita la determinazione di un modello unico modulare su scala nazionale dei servizi, il cui organigramma può presentarsi suddiviso in cinque servizi sanitari e in cinque servizi amministrativi, secondo lo schema allegato.

In relazione agli obiettivi del piano regionale, alla presenza di un numero maggiore o minore di presidi, l'organigramma dei servizi potrà essere accorpato per aree omogenee, in modo che essi, costituenti l'ufficio di direzione, vengano ad acquisire le caratteristiche di flessibilità, agibilità, duttilità proprie di

un organo quale l'ufficio di direzione, che rappresenta all'interno della USL le valenze tecnico-gestionali.

Dai servizi dipenderanno i settori di attività che in relazione alla quantità di attività da svolgere saranno definiti dall'organo di governo della USL, da determinarsi con legge regionale.

Il Ministro per gli affari regionali e le Regioni potranno essere invitati dalla Commissione sanità ad assumere le iniziative necessarie per l'immediata unificazione dell'ufficio di direzione, come modello unico su scala nazionale, realizzante i principi informatori di organizzazione gestionale tecnica.

In un tale quadro organizzativo con notevole richiamo alla specializzazione e valorizzazione della professionalità del titolare del servizio, oltre che all'efficienza dell'organigramma nel suo complesso, non ha senso mantenere il coordinatore (e per ora, i coordinatori, cui vanno riconosciuti il diritto-dovere e la capacità di sintesi dell'attività svolta dalle USL e di proposizione tecnica, nella globalità degli interventi), che è legato alla titolarità di un servizio.

Va perseguita la linea di tendenza già introdotta in alcune Regioni, del collocamento fuori ruolo del coordinatore per la durata dello svolgimento delle funzioni.

Per quanto riguarda i presidi multizonali, diciamo «no allo scorporo» e «sì all'autonomia budgettaria». La proposta riportata dalla stampa in più occasioni di uno scorporo dei presidi ospedalieri, multizonali e non, dalla unità sanitaria locale desta notevoli perplessità.

La CIDA-Sidirss non intende ritornare indietro sulla frammentarietà degli interventi. Esiste, è vero, un problema di gestione per i presidi ospedalieri multizonali; la necessità di provvedere, in relazione alla peculiarità ed alle esigenze tecniche che di volta in volta si presentano, ad uniformare con celerità il loro comportamento ai bisogni, deve essere tuttavia tenuta presente.

Se una gestione separata, pertanto, non può essere ammessa, il riconoscimento di una gestione con alto grado di autonomia «budgettaria» affidata a livello tecnico ad organismi monocratici, che si ritrova già

nell'attuazione reale e globale dell'articolo 18 della legge di riforma con qualche aggiustamento in merito alla responsabilità di gestione, rappresenta la linea da perseguire nell'ambito dell'unicità dell'intervento sanitario a livello di unità sanitaria locale. Il Ministro della sanità, il Ministro per gli affari regionali e le Regioni dovranno essere chiamati all'attuazione del predetto articolo 18.

Per quanto riguarda il contratto di lavoro, si rende necessario procedere alla definizione di una politica del personale nella gestione della sanità. L'occasione è stata mancata in sede di trattative sul primo contratto del comparto della sanità. Esso, che doveva essere inteso anche come un momento organizzativo del sistema essendo il trattamento economico forse la componente esplicitante della posizione funzionale all'interno di qualsiasi organizzazione, in relazione alle professionalità e responsabilità, doveva fondersi su alcune linee di tendenza che ora descriverò: inversione dell'indirizzo di appiattimento retributivo e degli aumenti egualitaristici con le varie motivazioni; riconoscimento conseguente delle figure cui deve essere attribuito, in relazione alle responsabilità settoriali, un particolare trattamento economico che consegua o almeno persegua l'inversione di indirizzo; valorizzazione degli operatori per i quali, nella fase di decollo della riforma, è richiesto il maggiore aggiornamento non solo settoriale ma anche globale dell'attività posta in essere dalle unità sanitarie locali; riqualificazione di alcune figure di operatori ed in particolare della dirigenza; meccanismi di mobilità che privilegino anche attraverso opportuni incentivi la mobilità volontaria specie a livello delle maggiori professionalità; valorizzazione degli istituti connessi al tempo pieno con la conseguente chiara definizione delle incompatibilità da un lato e degli incentivi alla produttività quantitativa e qualitativa dall'altro.

Tutto questo è mancato in sede di approvazione del contratto che la CIDA-Sidirss ha il vanto di non aver sottoscritto ed ha impugnato dinanzi alla Magistratura. Le stesse raccomandazioni formulate dalla Commissione sanità del Senato nella seduta del 26

maggio 1982 sono state disattese dal Governo per quanto riguarda la dirigenza con l'approvazione del decreto del Presidente della Repubblica n. 348 del 1983. Occorre che la Commissione inviti quindi il Ministro per la funzione pubblica ad attuare le predette raccomandazioni su cui l'esponente del Governo presente al momento si era dichiarato d'accordo.

Per quanto riguarda il reclutamento del personale delle unità sanitarie locali, la CIDA-Sidirss è pervenuta ad un giudizio severamente critico e negativo sul decreto delle procedure concorsuali, e ciò non ritenendo in via pregiudiziale che le procedure concorsuali proposte appalesino alcunchè di innovativo rispetto a quelle già in atto presso lo Stato o gli *ex* enti locali ed ospedalieri unanimemente riconosciute superate sia per la macchinosità e la burocratizzazione sia per la loro completa inidoneità ad assicurare una puntuale, tempestiva e valida selezione dei candidati.

Tale assunto di inidoneità è infatti avvalorato dalla oggettiva e generale constatazione di costante paralisi delle normali procedure concorsuali per le assunzioni del personale ospedaliero, ed è a tale paralisi — determinata soprattutto, come è noto, dalla difficoltà concreta di sollecito espletamento delle operazioni concorsuali — che va imputato il necessario periodico ricorso ad aberranti norme di sanatoria le quali, pur rendendosi alla fine necessarie, sono anche e soprattutto punitive dei migliori e rappresentano in definitiva un rilevante danno alla collettività quale titolare di un preciso interesse alla preposizione degli operatori professionalmente più validi e competenti alla gestione, alla direzione e all'esercizio dei servizi pubblici essenziali quali sono in particolare quelli della sanità.

Riteniamo che una legge di sanatoria in questo momento, qualora venisse approvata, potrebbe essere oggetto di impugnazione dinanzi alla Corte costituzionale.

La CIDA-Sidirss esprime pertanto l'esigenza di un totale riesame della filosofia delle procedure di assunzione che dovrebbero in particolare incentrarsi, specialmente per quanto attiene al personale dirigente (medi-

co, amministrativo-gestionale, tecnico e professionale), sul conseguimento di idoneità alle posizioni funzionali di ciascun ruolo o profilo professionale, tramite corsi di formazione di livello universitario di durata non inferiore al biennio ai quali partecipare dopo concorso altamente selettivo atto a consentire l'assunzione diretta nei ruoli del Servizio sanitario nazionale una volta terminato il corso.

Altri aspetti dovrebbero essere esaminati quali quello del ruolo medico, dell'unificazione di uno schema contrattualistico preliminare, degli sprechi all'interno delle unità sanitarie locali. Mi preme far rilevare in questa sede che l'istituzione di un ruolo medico, così come proposto e in esame nelle rispettive Commissioni delle due Camere, non ha senso.

Il ruolo medico viene creato in base alla titolarità di laurea e certamente non concorre alla maggiore funzionalità del servizio. È logico e necessario che il Parlamento, nel momento in cui intenda riesaminare il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, per questo aspetto, tenga conto dell'istituzione di ruoli in relazione alle funzioni. Sarebbe logico perchè è giusto che non si parli più di ruolo medico ma di ruolo professionale e che, nell'ambito di questo, si inseriscano tutti gli operatori il cui titolo non è di per sè abilitante all'esercizio della professione. Parimenti è giusto, in relazione alle funzioni, istituire un apposito ruolo — o un ruolo della dirigenza come prevede l'articolo 26 della legge-quadro sul pubblico impiego — anche all'interno della sanità.

Nel concludere, rivolgo un ringraziamento alla Commissione e chiedo scusa per aver portato via molto tempo ma credo che altro bisognerebbe averne a disposizione per parlare di questi problemi.

**PRESIDENTE.** Certamente dovremmo avere molto più tempo per sviluppare queste tematiche; purtroppo tutto quello che viene detto nell'ambito della relazione introduttiva va a scapito del tempo a disposizione per le domande dei senatori e per le repliche.

**CANGELMI.** Ringrazio innanzitutto il Presidente e la Commissione per la cortesia e

per la sensibilità riservatoci nel volerli ricevere. Saremo estremamente brevi, per un fatto contingente: il segretario della nostra Confederazione, che doveva venire oggi qui, è assente perchè convocato dal magistrato (preciso ciò perchè, se non fosse venuto per altri motivi, sarebbe potuta sembrare una scortesia). Avendo con sè la relazione scritta che avremmo dovuto leggere e presentare alla Commissione, faremo soltanto dei brevi *flashes* e ciò permetterà di recuperare del tempo.

La nostra è una Confederazione che raggruppa i vari sindacati della specialistica convenzionata esterna, cioè di quel settore che è risultato finora abbastanza dimenticato e quindi un po' sofferente in quella che è l'applicazione della legge di riforma sanitaria.

Eppure il convenzionamento esterno è un supporto integrante della riforma sanitaria che svolge una funzione pubblica attraverso norme ben precise, con strutture e attrezzature proprie che vengono continuamente rinnovate. Anche il settore del convenzionamento esterno costituisce un filtro per il ricovero ed è indubbio che vada ridimensionato anche attraverso una redistribuzione nel territorio delle strutture convenzionate; basti accennare al caso eclatante dei laboratori di analisi, che hanno una distribuzione molto varia: per esempio nel Veneto da 110 laboratori si è scesi a 81, mentre nel Lazio ve ne sono oltre 500 di cui 430 soltanto a Roma, in Campania ve ne sono oltre 1.500 ed oltre 2.000 in Sicilia. Sono troppi e mal distribuiti, per cui occorre una redistribuzione nel territorio come pure è necessario ricorrere alle norme di incompatibilità, anche se prima di affrontare questo problema bisogna affrontare quello della programmazione, perchè solo attraverso questa si può stabilire quante sono le strutture necessarie come supporto a quelle pubbliche e l'operatore sanitario potrà operare una opzione. L'operatore non può essere costretto ad operare una scelta nel momento attuale, tra qualcosa di certo e qualcosa di incerto, che però dovrà diventare certo e regolamentato.

Vorremmo fare un brevissimo cenno sulla funzionalità delle USL, che così come hanno

finora funzionato, hanno dimostrato, attraverso la loro eccessiva autonomia, di aver applicato con tutto diritto norme che spesso sono risultate contrastanti non solo con l'ordinamento nazionale, ma anche con quello regionale o addirittura con l'ordinamento comunale. Ritengo quindi che occorranne delle norme-quadro vincolanti affinché le USL possano funzionare in modo più organico ed armonico nel loro insieme.

Un altro elemento al quale vorremmo accennare è l'opportunità, per quanto riguarda la specialistica, del ritorno alla forma indiretta, con una percentuale di riduzione del rimborso al cittadino che potrebbe corrispondere ad un *ticket* anche se maggiorato, ad un concorso nella spesa sanitaria. In tal modo alcune strutture sarebbero meno gravate ed entro certi limiti verrebbe riconosciuta la libertà del cittadino nella scelta dello specialista, come la legge n. 833 prescrive. Non aggiungiamo altro, avendo già all'inizio motivato la brevità dell'intervento.

**PRESIDENTE.** La ringrazio. Sono d'altra parte posizioni molto precise e potranno essere sviluppate nella discussione. Inviterei i senatori a fare delle domande molto precise e limitate nel tempo.

**MELOTTO.** Potrei anche concentrare la domanda in tre minuti, ma trovandoci di fronte ad interlocutori così responsabili, credo che varrebbe la pena approfondire maggiormente le questioni, per capire cosa esattamente si possa fare. Cercherò comunque di porre alcune domande molto brevi.

Sul problema della dirigenza: abbiamo ieri sentito l'associazione degli industriali che ha presentato un rapporto che cerca di calare abbastanza in profondità. Prima di rivolgere le domande, vorrei però fare una premessa dato l'inciso esposto nella relazione: non fatemi fare molti sforzi per quanto riguarda la sanatoria, perchè se in questo paese è tutto incostituzionale, non capisco perchè tante sanatorie che abbiamo fatto in passato sono poi diventate di fatto e di diritto costituzionale.

Ho sentito in tutti gli interventi che si vorrebbe un servizio più elastico e nello

stesso tempo si chiedono però norme più imbriglianti, comprese le aree funzionali, tanto per parlarci chiaro. Vi è l'ufficio di direzione, vi sono i coordinatori — è stato detto — che non servono a niente; allora ieri ci è stato proposto di istituire tre direttori che insieme costituirebbero l'ufficio di direzione. Siccome nelle aziende si conoscono solo tre direttori (amministrativo, tecnico e commerciale), non capisco cosa ci stia a fare il terzo, non avendo niente da vendere nel servizio sanitario. Si viene a dire che nell'azienda sanitaria il terzo sarebbe il direttore organizzativo, il programmatore; a questo punto non mi è più chiaro niente perchè torna ancora nel servizio — ed è quanto D'Elia sottintendeva — la preoccupazione di privilegiare il fascicolo; l'importante è che le carte siano a posto, se poi il servizio va a rotoli, non conta nulla. Sulla proposta dei tre direttori chiederei cosa pensa la dirigenza. Pensa che debbano essere tre o avete un'alternativa? Vorrei inoltre sapere se la via maestra per responsabilizzare la gente è il superamento dell'ufficio di direzione — di ventato assemblearistico — come di fatto è venuto configurandosi.

Seconda domanda. Da una parte si è sempre più accentuato il discorso sulla precisione delle norme, mentre dall'altra ci è stato detto che non c'è dirigenza senza contratto. Ritengo la prima posizione insostenibile perchè si creerebbe la figura del burocrate che col decorrere del tempo fa carriera, e non quella del dirigente, del *manager* che si assume a proprio rischio la responsabilità della conduzione del servizio. Credo che questo sia un aspetto importante per una nuova dirigenza, per chi chiederei in proposito il parere del Sidirss.

Abbiamo ricevuto i vostri documenti, se ci farete pervenire anche le relazioni potremo annotarle. Desidererei inoltre ricevere dal dottor Cangelmi la statistica dei laboratori. Ieri sera si è addirittura parlato di due posti letto per mille abitanti, anzichè quattro; ho l'impressione che si stia giocando a tombola, prescindendo dalle realtà di questo paese, avvicinando realtà altrui, per cui alla fine assisteremo alla pallina che esce, dicendo magari che è la nostra.

Ma, tornando ai laboratori e alla diagnostica strumentale, assistiamo ad una profonda innovazione tecnologica in essere, essa è di altissimo livello e, quindi, ha esigito ed esige notevoli investimenti per cui è difficile capillarizzare. Ora, il problema dell'area funzionale è ancora schematicamente rigido e valido, oppure l'attività specialistica, per tanta parte dell'attività ospedaliera, può essere incentivata, rappresentando anch'essa autentico filtro al ricovero?

Sono d'accordo con il dottor D'Elia sulle incompatibilità, però non sono affatto d'accordo che le incompatibilità siano reviste dal contratto; queste vengono sancite dalle leggi dello Stato e non da accordi contrattuali tirati e modificati a seconda della pressione e convenienza della controparte. Allora, l'area funzionale ha ancora senso in questa rigidità o non si dovrebbe invece integrare il servizio dentro e fuori? Ciò, naturalmente, evitando quelle isole che, quantomeno, potrebbero far pensare al raddoppio dei servizi.

Terza ed ultima domanda. Sono convinto possa coesistere nell'attività specialistica l'assistenza indiretta, ma allora, perchè non dovrebbe seguire anche per la convenzionata un serio riordinamento, una seria ristrutturazione, prima che cada la mannaia, di fatto anzichè di diritto, dell'ente erogatore che «chiude il rubinetto», lasciando tante strutture in situazioni nè chiare, nè certe?

Da parte vostra, uno sforzo propositivo in tal senso verso le unità sanitarie locali, verso la Regione è stato fatto?

ROSSANDA. Rivolgo alcune domande prevalentemente ai rappresentanti della CIDA-Sidirss, a cui, però, possono anche rispondere gli altri che ne siano interessati sia pure entro certi limiti e dei quali mi farà piacere conoscere il parere. Si riconosce la necessità di una modifica del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 per i livelli funzionali con la introduzione di un livello di dirigenza; ma in sintesi mi pare di aver capito che questa dirigenza non deve avere un rapporto di lavoro stabile, perchè deve avere più responsabilità ad una retribuzione maggiore in rapporto alla maggiore responsabilità. In quali termini identifichereste la responsabili-

tà. A chi compete la scelta del soggetto con il quale stabilire un contratto? A chi compete, eventualmente, la espressione di insoddisfazione sulla qualità del lavoro prestato? Sotto quale forma dovrebbe manifestarsi la insoddisfazione? Cioè, quali sono gli oneri, contro gli onori, di un livello di dirigenza?

RANALLI. Premetto che noi siamo in una fase nella quale il ripensamento, la riflessione sono doverosi e la necessità di andare a correzioni e modificazioni sembra ormai complessivamente acquisita anche a livello delle forze politiche. Tuttavia, mi pare di osservare che con i processi di identificazione delle soluzioni a cui andare, tutti cominciamo a diventare molto fantasiosi. Il che, evidentemente, almeno in me, suscita molta preoccupazione. Si parla di diarchia, di triarchia, di monarchia. Troppe cose si dicono in riferimento ad un solo momento, quale è quello dei livelli funzionali e della dirigenza, ma anche su altri aspetti che riguardano il rapporto tra il Comune e il comitato di gestione, i pesi e le responsabilità da riequilibrare, il recupero ad un più alto livello dei compiti e delle funzioni puramente tecnici. Dico questo perchè evidentemente non condivido — e lo dico con molta decisione — una espressione che ho sentito proprio dal dottor D'Elia e cioè che la legge n. 833 è solo una intuizione. Tutti sappiamo cosa significa la parola «intuizione»; una specie di idea, generale anche se geniale, e niente di più, volendo dire che tutto il resto va riformato. Da qui si dovrebbe, poi, partire per navigare alla ricerca di soluzioni nuove, che consentano di «mettere con i piedi in terra» quella intuizione. Ma io non sono d'accordo nel considerare la legge n. 833 soltanto come un'intuizione. È qualcosa di più; contiene scelte che, a mio giudizio, sono irreversibili e vanno salvaguardate e difese. Pertanto, rivolgo una prima domanda. Vorrei che il dottor Cangelmi o altri mi spiegassero in quale punto della legge n. 833 si stabilisce che lo Stato deve garantire al cittadino la libertà di scelta nell'accedere al pubblico o al privato, nel presupposto che, comunque, per garantire tale diritto di libertà di scelta, le strutture private convenzionate dovrebbero essere

quasi inventate, anche laddove non esistessero e non ce ne fosse bisogno. Il mio è un riferimento preciso perchè quando mi si dice che nella legge n. 833, in radice giuridica, filosofica e concettuale, vi è sancito il diritto di libertà di scelta nell'accedere al pubblico o al privato, io dico che non è così. Nego ciò e se volete possiamo anche discuterne. Evidentemente da un tale presupposto discendono conseguenze che sono di natura diversa. Si può dire che nei processi di formazione di un servizio sanitario pubblico (perchè la legge n. 833 istituisce un servizio sanitario nazionale) si debba o si possa andare, soprattutto in fasi diverse di sviluppo, a processi che tengano conto dell'esistente, lo riordinino, lo regolamentino, lo disciplinino, senza però arrivare a quella che per me è un'aberrazione, vale a dire il ritenere che nella legge n. 833, ai fini di aggiustarsi le proprie ipotesi di lavoro, vi siano molte cose e al tempo stesso il contrario di queste cose. Su quanto sto dicendo attendo una verifica ed una risposta da parte vostra e aggiungo, concludendo, che la legge n. 833 è un complesso di norme, alcune delle quali hanno operativamente mostrato la corda e, quindi, sono da aggiustare o modificare, sempre però secondo un filone, una filosofia, come amate dire voi, secondo una impostazione concettuale che è chiaramente pubblica. Tutto ciò, ad un certo punto, deve essere riaffermato, difeso e salvaguardato.

BOTTI. Anch'io ringrazio gli intervenuti e i vari relatori e vorrei cominciare a porre le mie domande al dottor Meledandri del SUMAI, il quale ha fatto un esame molto obiettivo delle carenze e degli errori che via via sono scaturiti in questi anni dopo la riforma sanitaria e ha elencato una serie di obiezioni e di critiche a scopo propositivo. Un punto in particolare desidererei che mi chiarisse il dottor Meledandri. Egli ha accennato al problema del mancato coordinamento, che effettivamente si riscontra, tra i medici di base, i medici specialistici *extraospedalieri* e i medici ospedalieri. Io opero in un settore specialistico piuttosto importante soprattutto per la rilevanza sociale che stanno assumendo in questi anni le cardiopatie. Ci facciamo spes-

sissimo promotori di incontri anche informali o a tipo *meeting*, cercando di stimolare la partecipazione e la collaborazione anche dei medici esterni all'ospedale, ma molto obiettivamente devo dire che questa partecipazione non la incontriamo mai. Secondo lei, quali sono gli atti attraverso i quali si può stimolare a far partecipare concretamente la classe medica esterna all'ospedale, allo scopo di avere un rapporto, un colloquio più intimo e stretto, e quindi più corretto per la salute dei cittadini?

La seconda domanda che vorrei porre riguarda il problema della mobilità degli specialisti ambulatoriali sia ospedalieri che *extraospedalieri* e quello delle *équipes* specialistiche itineranti per le consulenze domiciliari cui lei ha accennato. Si tratta di un problema indubbiamente di estrema rilevanza e le vorrei chiedere qual è la disponibilità del SUMAI e come intende inserirsi in questa importante e delicata problematica.

Il dottor D'Elia ha avanzato una serie di proposte, invitando la Commissione igiene e sanità del Senato a farsi promotrice dell'attuazione rapida del Piano sanitario nazionale, il cui *iter* dovrebbe seguire un corsia preferenziale. All'interno di questo piano il dottor D'Elia ha individuato alcuni problemi prioritari, quali il rapporto medici convenzionati-medici pubblici e l'aggiornamento professionale dei medici. Ha inoltre auspicato la riorganizzazione del Ministero della sanità e l'assegnazione di una migliore funzione al Consiglio sanitario nazionale. Se non ho capito male, dottor D'Elia, lei ha affermato che il Consiglio sanitario nazionale assume una posizione e un ruolo sempre più importanti, che alle volte addirittura costituiscono materia di contenzioso con altri organismi. Vorrei però farle rilevare che, nel corso dell'incontro con i rappresentanti del Consiglio sanitario nazionale che si è svolto nel corso di questa indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria — ho qui gli appunti relativi —, tutti gli intervenuti, dal direttore generale ai delegati nei vari settori, si sono lamentati del fatto che il Consiglio sanitario nazionale ha funzionato in termini estremamente riduttivi e solo qualche volta come organo puramente con-

sultivo del Ministero della sanità, invece di essere, come stabilisce la legge, un organo propulsivo di sintesi delle strutture periferiche, di articolazione con programmi del Ministero della sanità. Gradirei quindi che lei esplicitasse ulteriormente questa sua affermazione.

Desidererei poi che mi fornisse chiarimenti sul reclutamento del personale. Lei ha giustamente detto che i procedimenti concorsuali attuali sono macchinosi, paralizzanti. Vorrei quindi chiederle: come vede in concreto i concorsi? A livello regionale o, per esempio, a livello delle USL? Ed ancora: ritiene (questa è stata proprio una proposta del Consiglio sanitario nazionale) che per esempio anche a livello periferico si possano prefigurare dei consigli sanitari regionali che siano un'emissione — diciamo così — periferica di controllo e di verifica dell'attuazione dei programmi centrali?

Sono poi perfettamente d'accordo con il suo pensiero per quanto riguarda il ruolo medico. Così come concepito, il ruolo medico non ha senso. A mio avviso si deve tener conto soprattutto delle funzioni, quindi anch'io non direi «ruolo medico» ma «ruolo professionale».

Per ultimo — e concludo — gradirei ulteriori chiarimenti circa il problema dei corsi universitari di qualificazione e di idoneità di tutto il personale medico ed in particolare di quello in posizione apicale.

**PRESIDENTE.** Vorrei rivolgere solamente una domanda di ordine molto pratico ai rappresentanti del SUMAI. Siete in grado di fornirci il censimento della rete ambulatoriale e poliambulatoriale convenzionata, provincia per provincia?

**CIAMPELLETTI.** Abbiamo redatto tre volumi inviando tutti i dati anche alla Commissione sanità del Senato.

**MELOTTO.** Signor Presidente, sarebbe interessante acquisire questi dati dal CUSPE.

**PRESIDENTE.** Sì, ma la mia richiesta è un po' il *pendant* della richiesta al CUSPE, per ottenere dati sintetici e più agibili per gli scopi dell'indagine.

*MELEDANDRI.* Signor Presidente, se mi consente inizierò la mia replica rispondendo innanzitutto al senatore Botti che ha posto delle domande precise circa la categoria degli ambulatoriali. Perché possano colloquiare i medici di base, gli specialisti e gli ospedalieri vi è la necessità di attivare velocemente il dipartimento mono o polidisciplinare, a capo del quale ci sarà un coordinatore. Noi prevediamo (e ciò è ribadito a pagina 7 della relazione) l'istituzione di un comitato consultivo sanitario proprio per consentire la collaborazione dove sono presenti tutte le componenti, affinché il discorso emerga non dalla testa di un monarca bensì da una risultante di colloqui.

Siamo favorevoli alla mobilità anche attraverso le *équipes* itineranti, e lo abbiamo riaffermato nel contratto vigente che stiamo rinnovando.

È ovvio che se tutto ciò non viene realizzato e coordinato da una figura ipotizzata *ad hoc* (non abbiamo detto chi: può essere il primario, o il coordinatore sanitario) che riesca a regolamentare tutta la problematica della specialistica, indubbiamente seguiranno a lavorare a compartimenti stagni.

Non siamo per l'elasticità, senatore Melotto, ma per l'integrazione tra dentro e fuori, e non in un senso soltanto, ma in tutti e due. In altre parole, lo specialista *extra* deve poter operare all'interno dell'ospedale e l'ospedaliero nel territorio. Diciamo chiaramente che l'utilizzazione di questi operatori deve essere razionalizzata a secondo delle esigenze che emergono dai bacini e non finalizzata rispetto all'immagine che è in atto. È vero che l'Italia è lunga e varia e che ci sono una serie di strutture anche altamente qualificate sul piano tecnologico, ma se noi non portiamo avanti un discorso globale in tutta Italia avremo sempre Regioni più ricche e Regioni più povere, cittadini serviti meglio di altri. Intendiamo senz'altro avviarci verso la logica dell'integrazione e dove vi è *plethora* giocheremo sul *turn over*, favoriremo la mobilità e la riconversione, questa è l'impostazione che il SUMAI intende dare in proposito.

Rispondendo al senatore Ranalli, desidero affermare che noi siamo sempre stati favorevoli alla struttura pubblica; non c'è dubbio

però che non possiamo utilizzare le strutture private solo quando servono ad escluderle quando non ci servono più. Facciamo una programmazione, individuamo prima le esigenze, cerchiamo di soddisfare queste con le strutture pubbliche, ma dobbiamo avvalerci anche delle strutture private se ciò si rende necessario. Diciamolo chiaramente, oggi, non abbiamo fatto nulla per dare tranquillità né a quelle pubbliche né a quelle private, questa è la realtà dei fatti.

Siamo favorevoli a che vengano istituiti i servizi a gestione diretta, siamo per il corpo degli specialisti inseriti nella stessa e desideriamo una loro maggiore valorizzazione. Questo si può raggiungere solo attraverso gli strumenti adatti che permettano agli specialisti di esprimere tutta la loro professionalità.

Dal 1975 abbiamo bloccato le spese in conto capitale, non vi sono finanziamenti per l'ammodernamento o sono carenti, e tutto questo non è nella logica del Servizio sanitario nazionale.

*D'ELIA.* Ringrazio il Presidente della Commissione, ringrazio i senatori che hanno posto le loro domande, spero di dare a queste delle risposte esaurienti.

Desidero aprire una parentesi sul problema della sanatoria, anche in riferimento ad una osservazione del senatore Melotto circa altre sanatorie; è un problema d'attualità, dato che in questi giorni è all'esame della Commissione. Noi riteniamo che una norma di sanatoria sia incostituzionale, proprio per quei concetti che abbiamo richiamato nella nostra relazione. Inoltre è incostituzionale anche per un altro verso, se la proposta che è stata presentata viene mantenuta in quella forma, perché divide le categorie del personale del Servizio sanitario nazionale tenendo conto di alcuni ruoli e non di altri, di alcune posizioni funzionali e non di altre. Al di là della sanatoria sono stati sollevati alcuni problemi di notevole rilevanza che investono la stessa struttura di gestione del Servizio sanitario nazionale. A noi sembra strano che la Confindustria abbia parlato di tre direttori al vertice della USL — mi sembra che lo stesso senatore Melotto lo abbia poi punta-

lizzato nel suo intervento —, che questa abbia avanzato la proposta di un ufficio di direzione composto da tre direttori. Noi ricordiamo che la stessa legge di riforma n. 833 prevede solo due direttori costituenti l'ufficio di direzione. Sono in una fase successiva di attuazione regionale tale ufficio è stato articolato in servizio ed è divenuto elefantiaco. Probabilmente la proposta della Confindustria aveva presente tale elefantiasi dell'ufficio di direzione nell'ambito di alcune Regioni. Bisogna dare atto che alcune Regioni, i cui Assessori a suo tempo hanno gestito la sanità, hanno forse tenuto conto, in modo migliore, di una organizzazione più puntuale per la funzionalità dei servizi. Nella nostra relazione abbiamo parlato di dirigenza in una prospettiva futura e abbiamo affermato che in effetti la cosiddetta diarchia — a cui si è richiamato anche il senatore Ranalli — è un momento necessario attualmente, ma che in un momento successivo potrebbe essere completamente superata, a meno che, mutuando il rapporto Piga per la dirigenza pubblica — che possiamo anche condividere — la dirigenza con due direttori non assuma funzioni ben precise all'interno della USL, quali ad esempio quelle di gestione. Abbiamo individuato la figura del coordinatore amministrativo quale direttore generale e la figura del coordinatore sanitario (o direttore sanitario), l'uno responsabile dell'efficienza della struttura, l'altro responsabile del «prodotto» per usare un termine aziendale, quindi dell'efficacia del risultato.

Non siamo contraddittori quindi quando, nelle more di questa riforma della riforma, affermiamo che si potrebbe giungere ad una impostazione di questo tipo, con delle competenze ben precise, ben definite e non siamo contraddittori quando chiediamo che, almeno su scala nazionale, l'ufficio di direzione sia articolato sul modello unitario. È impensabile che Roma, per fare un esempio, abbia un unico servizio amministrativo e magari Campione d'Italia ne abbia cinque; che la regione Puglia abbia otto servizi amministrativi ed il Veneto (credo che adesso siano aumentati) ne abbia soltanto due. Dunque non vi è logica nel fatto che i servizi sanitari in alcune regioni siano articolati in

due o tre servizi mentre in altre siano articolati in nove o dieci. Gli esempi che ho portato sono eclatanti e ci permettono di capire quali siano le necessità in questo momento. Secondo me, quindi, è necessario, in attesa di un discorso più ampio, invitare le Regioni ad adottare un modello unico. Ricordiamoci che in questo campo le Regioni sono sovrane, ma certamente l'esperienza ci porta a fare presenti queste nostre preoccupazioni. La nostra non ci sembra una impostazione contraddittoria perchè abbiamo previsto una fase futura ed una fase attuale. Chiediamo un direttore generale *ad intra* e un direttore sanitario *ad extra*. Riteniamo le due funzioni entrambe importanti ma diverse; quelle previste attualmente si accavallano nell'ambito delle competenze previste dalle norme sia regionali che statali.

Per quanto riguarda l'altro quesito posto dal senatore Melotto sull'ipotesi di un rapporto di lavoro di tipo contrattuale-privatistico per la dirigenza del Servizio sanitario, devo dire che mi dichiaro d'accordo purchè ad essa si accompagni una retribuzione adeguata. Non ha senso dare 100.000 lire a colui che si siede su quella poltrona con i rischi che corre.

Non ha senso, è risibile e non capisco come il Governo abbia potuto approvare un ordinamento di quel tipo.

È necessario quindi porre riparo alle procedure rendendo appetibile l'interesse a ricoprire determinate cariche.

Ricordo che nel 1982, in relazione alla nuova configurazione della dirigenza, con responsabilità notevole dicevamo che, collegandosi questa riforma alla modifica della relativa norma istituzionale, sul piano del regime giuridico una ristrutturazione delle USL in agenzia ci avrebbe dato il vantaggio di disciplinare il rapporto di lavoro del personale, in particolare della dirigenza, abbandonando lo schema di rapporto di tipo pubblicistico.

Ringrazio i senatori che hanno voluto richiamare l'attenzione della CIDA-Sidirss e, ovviamente, del Parlamento su questo tema. Siamo infatti d'accordo con chi ritiene che queste cose debbano essere fatte in collegamento.

ROSSANDA. Vorrei capire se il modello di dirigenza rientra nel vostro modello aziendale.

D'ELIA. Diciamo che, nello stato in cui si trova, non è possibile creare una dirigenza a contratto privatistico anche perchè la dirigenza privatistica ha un trattamento economico particolare, mentre la dirigenza attuale, con il contratto recepito dal decreto del Presidente della Repubblica n. 348 del 1983, non ha neanche quello dello Stato. È una cosa incredibile. Le USL in questo modo non possono andare avanti.

Il senatore Melotto, poi, ha posto l'accento sul problema della incompatibilità prevista nel contratto.

Siamo perfettamente d'accordo che si tratta di una questione illegittima; essa deve essere determinata e, a tal fine, abbiamo impugnato il summenzionato decreto n. 348.

Nel rispondere alla senatrice Rossanda devo dire che tutto s'inquadra nel discorso della modifica aziendale.

Noi individuiamo, nelle brevi considerazioni che abbiamo fatto prima, che dovrà essere l'organo politico ad operare la scelta dell'operatore dirigente — o degli operatori dirigenti — al massimo livello. Dovrà essere l'organo politico, ma non certamente quello attuale (il comitato di gestione) con le competenze di cui dispone e che gestisce in proprio, ma sarà l'organo politico che dispone di poteri di indirizzo e di verifica successiva e che fanno capo, secondo la nostra opinione, al cosiddetto consiglio di sorveglianza, così come previsto anche dalle direttive della CEE. Chiaramente, se la natura giuridica delle USL andrà verso la forma dell'agenzia, noi dovremo a questo uniformarci.

Per quanto concerne l'aspetto di cui ci accusa, quasi benevolmente, il senatore Ranalli, circa il fatto che noi abbiamo «troppa fantasia», devo dire che nel momento in cui abbiamo parlato di intuizione abbiamo aggiunto che si tratta di una delle più valide intuizioni programmatiche del legislatore. Ma, senatore Ranalli, abbia la bontà di soffermarsi anche sulle altre motivazioni che abbiamo elencato circa la validità della scel-

ta operata dal legislatore per quanto concerne la riforma sanitaria.

Noi riteniamo che la filosofia cui si è ispirato il legislatore sia valida, però vanno cambiati i meccanismi. Si deve modificare l'ingegneria della struttura ed abbiamo perfino detto che anche nelle more della modifica vi sono alcuni cardini che possono determinare una scelta positiva se le «cerniere» girano nel giusto verso, e questo può avvenire presto se qualcuno richiama l'attenzione su alcuni punti che anche qui, noi, abbiamo indicati.

Ringrazio il senatore Botti per il fatto che condivide alcune nostre impostazioni e, soprattutto, per aver richiamato l'attenzione su uno dei punti cardine dell'attuazione della riforma sanitaria.

La riforma sanitaria è fallita anche per la politica sul personale, per il problema delle gestioni e per quello del reclutamento del personale.

Non è pensabile che un servizio sanitario nazionale, che deve avere una configurazione duttile ed elastica, debba poi reclutare il personale in forma antidiluviana, nelle stesse forme in cui lo Stato ha reclutato il personale per anni e che adesso lo Stato, che ha ben altra struttura, ha già modificato.

Noi chiediamo un concorso di selezione per accedere ad un corso di formazione, in particolare, questo, per la dirigenza, ma anche per i medici e per tutti coloro che sono in possesso di laurea e che svolgono il ruolo di operatori del Servizio sanitario nazionale. Il corso potrebbe essere biennale o triennale ed avere caratteristiche teoriche e pratiche in relazione a quella che è l'intuizione privatistica che ha già dato ottimi frutti. Al termine del corso, poi, non ci sarà un altro concorso perchè lo Stato ha già operato una selezione a monte, nel far accedere al corso, e una selezione a valle, durante il corso stesso.

Se le cose si fanno nel giusto verso, se queste modifiche vengono introdotte dal Ministero della pubblica istruzione (sono ovviamente le Università che devono portare avanti questo discorso) certamente si avrà il duplice risultato della capacità professionale e del numero programmato di coloro che

dovranno accedere, negli anni, al Servizio sanitario nazionale.

Lo Stato, però, non è ancora in grado di individuare, nell'ambito del Piano sanitario nazionale, quali siano gli operatori necessari al funzionamento delle strutture, non conoscendo, forse, neanche le strutture di cui dispone.

Certamente dobbiamo porre allo studio questo problema e cercare di modificare il modo in cui viene reclutato il personale.

È chiaro che, nella situazione in cui ci troviamo, bisogna pur andare avanti ed il senatore Botti chiedeva se siamo d'accordo sull'assegnazione dei concorsi, di cui prima, alle USL, oppure su una delega. Mi sembra, però, che già nella legge n. 833 ci sia qualche spiraglio giuridico. Quindi, alcune Regioni potrebbero già operare in tal senso, al di là di un intervento di carattere legislativo o di indirizzo del Parlamento.

Nelle more noi riteniamo vi siano dei presupposti affinché le USL possano espletare i relativi concorsi.

Tutto questo potrebbe risultare un po' problematico per quanto riguarda la dirigenza. Sarebbe auspicabile che fossero espletati a livello regionale ma, nelle more, saremmo disposti anche a farli svolgere a livello locale.

Per quanto riguarda il Consiglio sanitario nazionale devo dire che hanno fatto bene i suoi componenti a lamentarsi per la stessa cosa di cui ci lamentiamo noi. Essi si sono ridotti a discutere questioni che non hanno niente a che fare con i problemi di alta consulenza (se così la vogliamo chiamare) o con i problemi prospettici del riordino delle strutture oltre che della spesa. Sono arrivati a gestire soltanto problemi del personale spicciolo.

Chiaramente il Ministro della sanità ha una grande responsabilità essendo colui che pone all'ordine del giorno i relativi problemi.

Chiudo il mio intervento con il problema del ruolo medico. Certamente è necessario andare verso i ruoli con indicazioni di carattere funzionale.

Non si può fare, così come è stato fatto nel contratto, un trattamento economico in relazione al tipo di laurea; è obbrobioso che si

arrivi a queste soluzioni, così come è obbrobioso che si sia arrivati, nel più volte ricordato decreto n. 761, all'individuazione dei ruoli senza indicazioni delle funzioni. Allora a questo punto emerge chiaramente che quanto meno in relazione alle funzioni a livello «laureato» ci sono tre articolazioni: c'è un ruolo della dirigenza, c'è quello professionale in cui rientrano tutti coloro, con tabelle separate, che non hanno una laurea abilitante e quindi necessitano dell'iscrizione all'ordine o del famoso esame di Stato, ed infine c'è un ruolo tecnico per gli aspetti della informatica in modo particolare.

Mi sembra che su questo, almeno me lo auguro, la Commissione sanità possa valutare positivamente le nostre richieste, soprattutto come elemento di discussione, perché riteniamo che nel momento in cui dalla discussione emergeranno delle posizioni, al termine di essa possa essere trovata una formula, in attesa della riforma della riforma, che dia delle indicazioni precise al Governo e ai Ministri perché si arrivi non a far franare ulteriormente la riforma ma a farla camminare come noi vogliamo.

*CANGELMI.* Il senatore Melotto ci ha chiesto quale sforzo noi possiamo fare, prima di parlare di indiretta, per un valido contributo attuale da parte nostra; mi pare che noi lo abbiamo in più occasioni, sia in sede nazionale che regionale, dimostrato. Noi abbiamo insistito sempre sulla programmazione; noi abbiamo portato ad esempio, talvolta, per quanto riguarda la distribuzione nel territorio delle strutture convenzionate, quello che è il sistema attualmente vigente per le farmacie, cioè un rapporto struttura-numero di abitanti: da questo si può evincere il numero di strutture che in ogni Regione potrà operare, a seconda delle necessità, della capacità di assorbimento delle prestazioni, da parte delle strutture pubbliche. Noi abbiamo contribuito spesso ad enunciare proposte per ridurre la spesa; nel Lazio, ad esempio, abbiamo dato a suo tempo suggerimenti, e l'ex assessore Ranalli può testimoniare, atti ad eliminare certi meccanismi perversi favorenti l'aumento della spesa: quando c'era il boom dei tests allergologici *in vitro* Prist e

Rast, attraverso una circolare concordata insieme con l'autorità assessoriale, fu ridimensionata quella spesa; e così è avvenuto per altri casi. Quindi noi questo sforzo lo abbiamo fatto e continuiamo a farlo, attraverso proposte che speriamo vengano recepite. Quando parliamo di libertà di scelta lo facciamo non in senso contrappositivo; rifiutiamo il termine di struttura privata, perchè struttura privata è quella che non ha nessun rapporto col Servizio sanitario nazionale; noi invece abbiamo un rapporto, regolato da norme precise, vincolanti, norme talvolta capestro, col Servizio sanitario nazionale e lo accettiamo di buon grado, poichè ci riteniamo in esso parte integrante: abbiamo una funzione pubblica anche noi, non certo in contrapposizione con le strutture ospedaliere ed *extra* ospedaliere, ma ovviamente desideriamo che pure tali strutture non siano in contrapposizione con le strutture convenzionate esterne, e ciò sempre nell'ambito della programmazione. Finora, però, programmazione non s'è fatta in nessun territorio; mi sembra che un certo discorso in tal senso sia stato fatto nel Veneto, eppure anche lì ci sono delle zone molto dense, troppo dense di strutture convenzionate esterne e altre che invece ne sono carenti, anche se ce ne sarebbe bisogno. Noi non vogliamo creare in modo irrazionale nuove convenzioni, anzi ci siamo sempre opposti a nuove concessioni da parte di alcune Regioni, concessioni che sono state deliberate nonostante il blocco del decreto del Presidente della Repubblica del 16 maggio 1980 che, per inciso, doveva essere rinnovato dal 1° gennaio 1981 e invece è stato completamente disatteso dalla parte pubblica, dal Governo, dagli Assessori, dall'ANCI, visto che noi stiamo sempre a bussare alla porta il rinnovo dell'accordo collettivo per un serio inizio della trattativa per il convenzionamento esterno, che potrebbe rappresentare un'occasione utile per portare avanti alcune nostre proposte. Noi non vogliamo la creazione disordinata di nuove strutture, anzi ci rendiamo conto che molte forse dovranno esser chiuse. Però ci sembra più onesto e più serio che ciò avvenga attraverso il risultato di una programmazione, attraverso l'applicazione dell'istituto delle

incompatibilità. Della necessità di questo ci rendiamo conto e siamo disponibili a farlo.

Per quanto attiene alla libertà di scelta, si deve riconoscere che il cittadino attualmente non l'ha; per esempio, nell'applicazione della legge finanziaria, ci sono indagini ad alto costo che vanno sì controllate, poichè tutti abbiamo interesse alla riduzione della spesa (anche se dobbiamo riconoscere che quanto viene preventivato dallo Stato per la sanità, un servizio che è *in fieri*, è assolutamente insufficiente per cui si imporrebbe una percentuale maggiore d'incidenza nel bilancio dello Stato, per lo meno non così al di sotto di tanti paesi europei), ma avviene tuttora che il cittadino, per poter godere di determinate prestazioni, o deve pagarsele di tasca sua, senza nessuna possibilità di rimborso, oppure deve attendere quattro, cinque, sei mesi, perchè gli vengano praticate poichè le strutture pubbliche o sono sprovviste di adeguate attrezzature, come avviene ad esempio per l'ecografia, per la TAC o non sono in condizioni di soddisfare tutte le richieste riconosciute giustificabili, in modo tempestivo. Il medico che opera giorno per giorno è vicino al cittadino, forse, mi si consenta, più del politico, il quale è occupato da tanti altri problemi e deve risolverne molti di carattere generale, ma quando scendiamo all'operatività, siamo noi, la fanteria, che constatiamo come i cittadini, gli utenti, non sono soddisfatti, nella maggior parte, del servizio e questo dobbiamo evidenziarlo. Ad esempio, quando vediamo una vecchietta o una donna in gravidanza che vagano da un punto all'altro della città per ottenere l'atto autorizzativo ad una prestazione che il Servizio sanitario garantisce loro attraverso la legge n. 833, e spesso sono costrette a rinunciarci o perchè intervengono i familiari per rivolgersi all'impresa di pompe funebri o perchè, se ne hanno la possibilità (e questo non mi pare che sia giusto perchè tutti i cittadini dovrebbero essere uguali di fronte a certe esigenze), se le devono pagare. Ma avviene addirittura che fra USL e USL, in uno stesso Comune, l'atto autorizzativo di una USL non è riconosciuto dall'altra USL, per cui il cittadino deve sottoporsi ad altre estenuanti file!

Qual è la dichiarazione che il cittadino,

l'utente fa al momento in cui accede ad una struttura? Non c'è bisogno di registrarla, ma se è necessario potremo farlo; il cittadino dice: «Si stava meglio quando si stava peggio!», cioè prima, in regime mutualistico, ed è tutto dire... Questa è veramente un'espressione qualunquistica che, riconosciamo, non sta bene. Eppure, quasi si rimpiange «mamma INAM», o, senza esitazione, un istituto, l'ENPDEP, che era di estrema soddisfazione sia per gli operatori sanitari che per i cittadini; credo che quest'ultimo sia l'unico ente che, soddisfacendo ambedue le parti, non ha chiuso in *deficit*, ma al contrario in attivo. Ora, qualcosa di buono dal passato si deve pur riprendere: deve essere riforma o rivoluzione sanitaria? Qui il discorso si allarga.

Diciamo che occorre chiarezza da parte dei politici e del Governo nei riguardi dei convenzionati esterni, perchè la legge n. 833 è abbastanza chiara; si ha l'impressione che manchi il coraggio di dire che il convenzionamento esterno deve esistere fino a quando fa comodo, dopo non più. Riteniamo che per il momento non bisogna creare nuove convenzioni esterne, nè creare nuove strutture pubbliche. Prima di tutto, è necessario ed urgente rafforzare quelle pubbliche già esistenti, metterle nelle condizioni di funzionare secondo le avanzate tecnologie, con soddisfazione sia degli operatori sanitari che vi lavorano, sia degli utenti che vi accedono; poi, nell'ambito della programmazione, procedere ad un più ampio sviluppo nel territorio secondo criteri che tengano conto obiettivamente delle realtà esistenti.

**PRESIDENTE.** Ringrazio tutti gli intervenuti e mi scuso con loro (e credo che anche i colleghi saranno d'accordo) per la relativa brevità del tempo messo a disposizione. D'altra parte, abbiamo potuto approfondire molti aspetti; il resto lo esamineremo attraverso i documenti inviati.

Non ho voluto intervenire prima per una differenza di opinione con il senatore Ranalli proprio perchè non apparisse come un «dialogo politico» della Commissione che potesse alterare le vostre risposte; ma vorrei dire che dissento dall'interpretazione data della filosofia generale del Servizio sanitario nazionale che, se è nato da un patto politico, non ha voluto però limitare il pluralismo interno del servizio. Il quale comprende anche le strutture convenzionate accanto a quelle pubbliche: è un *tertium genus* che va approfondito ancora sotto l'aspetto giuridico. Questo è, appunto, un nodo giuridico oltre che politico che questa Commissione si dovrà trovare ad affrontare.

Poichè nessun altro domanda di parlare, dichiaro conclusa l'audizione.

Il seguito dell'indagine è rinviato ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 12.*

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