

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

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

(Igiene e sanità)

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

25° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 10 APRILE 1984

Presidenza del Presidente BOMPIANI

**INDICE****Audizione dei rappresentanti della Confederazione unitaria medici italiani (CUMI), dell'Associazione medici della funzione pubblica (AMFUP) e dell'Associazione nazionale medici direzioni ospedaliere (ANMDO)**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 6, 10 e <i>passim</i>	CANDIA .....	Pag. 5, 22, 23
ALBERTI ( <i>Sin. Ind.</i> ) .....	13, 20	MACALUSO .....	10, 26
IMBRIACO ( <i>PCI</i> ) .....	15, 23	NERI .....	3, 20
ROSSANDA ( <i>PCI</i> ) .....	17	PIERSANTI .....	6, 23
ROSSI ( <i>PRI</i> ) .....	14		

**Audizione dei rappresentanti dell'Ordine nazionale dei biologi e del Consiglio nazionale dei chimici**

PRESIDENTE .....	Pag. 27, 29, 31 e <i>passim</i>	BACCARO .....	Pag. 29, 38, 39 e <i>passim</i>
ALBERTI ( <i>Sin. Ind.</i> ) .....	32, 37	LAMBERTI CASTRONOVO .....	28, 29, 34
MELOTTO ( <i>DC</i> ) .....	31, 40	RAMPINO .....	29, 36, 37 e <i>passim</i>
ROSSANDA ( <i>PCI</i> ) .....	32, 34, 37 e <i>passim</i>	TANUCCI .....	27, 38

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per l'Associazione nazionale medici direzioni ospedaliere il professor Walter Neri, presidente e il dottor Luigi Candia, vice presidente; per l'Associazione medici della funzione pubblica il dottor Felice Piersanti, presidente, il dottor Enzo Cirrincione, membro della segreteria, nonché il dottor Roberto Capuzzo ed il dottor Antonio Lupo, membri del direttivo; per la Confederazione unitaria medici italiani il dottor Carlo Macaluso, segretario generale, il dottor Giovanni Cannavò, membro del direttivo e la dottoressa Chiara Carboncini, membro del consiglio nazionale; per l'Ordine nazionale dei biologi il dottor Eduardo Lamberti Castronovo, consigliere e tesoriere, il dottor Carlo Tanucci, consigliere, il dottor Giovanni Todini, addetto stampa ed il dottor Carlo Caprettini, direttore dell'Ordine; per il Consiglio nazionale dei chimici il dottor Emanuele Rampino, vice presidente ed il dottor Vittorio Baccaro, segretario.*

*I lavori hanno inizio alle ore 16,55*

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 medici italiani, dell'Associazione medici della funzione pubblica, dell'Associazione nazionale medici direzioni ospedaliere, dell'Ordine nazionale dei biologi e del Consiglio nazionale dei chimici.

Se non ci sono osservazioni, verranno ascoltati innanzitutto i membri delle prime tre delegazioni.

*Vengono quindi introdotti il professor Walter Neri, il dottor Luigi Candia, il dottor Felice Piersanti, il dottor Enzo Cirrincione, il dottor Roberto Capuzzo, il dottor Antonio Lupo, il dottor Carlo Macaluso, il dottor Giovanni Cannavò e la dottoressa Chiara Carboncini.*

**Audizione dei rappresentanti della Confederazione unitaria medici italiani (CUMI), della Associazione medici della funzione pubblica (AMFUP) e della Associazione**

**nazionale medici direzioni ospedaliere (ANMDO).**

PRESIDENTE. Ringrazio tutti i nostri ospiti per la loro cortese disponibilità e darei immediatamente la parola ai rappresentanti dell'Associazione nazionale medici direzioni ospedaliere, l'ANMDO, per la quale sono presenti il professor Walter Neri, presidente e il dottor Luigi Candia, vice presidente. Li prego di esporre in forma sintetica i punti di vista dell'Associazione per quanto riguarda, in generale, lo stato di attuazione della riforma sanitaria e le modalità con le quali si svolge il Servizio sanitario nazionale, con riferimento ai quesiti contenuti nel questionario che è stato loro inviato e che fanno parte del programma di audizione della nostra Commissione; inoltre — più in particolare — in rapporto ai compiti e ai programmi specifici dell'Associazione nazionale medici direzioni ospedaliere.

*NERI.* I direttori sanitari degli ospedali italiani sono, credo, quelli che hanno sofferto di più della crisi del Servizio sanitario nazionale, dell'avvio della riforma e di numerosi episodi che sono stati sottolineati anche da interventi piuttosto clamorosi della Magistratura, che hanno visto quasi sempre coinvolti i direttori sanitari. Essi si sono trovati in una situazione di confusione di competenze, nell'avvio dell'applicazione della riforma, più di altre figure ed insieme con altri dirigenti — come i dirigenti amministrativi — che hanno sofferto maggiormente della confusione di competenze e delle relative incertezze.

In un convegno tenuto a Torino per iniziativa della Regione nell'ottobre scorso avevamo avuto l'occasione di portare un contributo all'analisi delle cause della crisi e dei possibili rimedi. Mi ero permesso di inviare a questa Commissione i documenti conclusivi di quel convegno e molto cortesemente il Presidente mi aveva risposto. Nei nostri seminari abbiamo individuato, della crisi della sanità in Italia, alcune cause principali; la prima ci sembra essere quella della confusione dei ruoli tra l'amministrazione politica e

la gestione tecnica dei servizi, nonchè l'incertezza in cui si sono venuti a trovare i vari livelli di responsabilità. Non a caso ho citato i direttori sanitari, perchè in molte legislazioni regionali la figura del direttore sanitaria è stata stravolta — in Toscana è stata addirittura praticamente abolita — senza che vi sia stata una sostituzione di chi svolge tale funzione con la conseguenza che il direttore sanitario è stato chiamato a continuare a svolgere tali funzioni perchè non è stato ancora possibile individuare chi lo sostituisca.

Un'altra causa che noi abbiamo individuato è certamente anche quella della mortificazione della dirigenza. Soltanto la Magistratura, di fatto, ha individuato il direttore sanitario come il responsabile dell'andamento sanitario dell'ospedale, perchè invece nell'organizzazione dei servizi tale chiarezza non esiste più. Per questo abbiamo chiesto insistentemente che venga fatta chiarezza.

Altra causa è poi quella, ad esempio, della paralisi dei concorsi di assunzione; la politica del personale, con il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 e con il relativo decreto di applicazione, ha stabilito una normativa molto difficilmente applicabile, per alcuni punti addirittura non applicabile e per altri di difficilissimo avvio. Tant'è vero che i concorsi non si fanno e ormai si punta tutto su una sanatoria che almeno faccia un po' giustizia di tutto il passato per poter poi ripartire; anche qui sarà necessario intervenire con dei provvedimenti di modifica della legislazione. Un altro elemento che certamente pesa sulla difficoltà di avvio e di proseguimento dell'applicazione della riforma è anche quello del contratto, un contratto che è nato con numerose incertezze interpretative e che di fatto sta arrivando quasi alla conclusione del proprio periodo di vigenza; si deve già pensare al suo rinnovo quando ancora non ne sono stati avviati neppure gli istituti fondamentali. Per parlare degli istituti che riguardano i medici basti pensare all'istituto della pronta disponibilità che trova grandi difficoltà di applicazione, ed è uno degli istituti più importanti.

In seguito a tale analisi, la nostra Associazione ritiene di proporre, anzitutto, alcune

modifiche alla legge n. 833 che consentano di avviare in modo più razionale l'organizzazione dei servizi.

Leggo brevemente i punti che, a nostro avviso, dovrebbero subire modifiche: configurazione dell'USL come azienda speciale dotata di personalità giuridica e di autonomia gestionale; costituzione di un organo di direzione dell'USL che sia più operativo dell'attuale ufficio di direzione e che sia composto semplicemente da due direttori generali, uno sanitario ed uno amministrativo; articolazione dell'USL in servizi amministrativi e sanitari, come è stato previsto, ma in numero molto più limitato perchè non c'è, fra l'altro, uniformità di applicazione tra le varie Regioni, e affiancamento ai servizi anche dai presidi sanitari complessi, come gli ospedali e i laboratori di sanità pubblica, che abbiano cioè di per sè dignità di servizi; affidamento della direzione tecnica dei presidi ospedalieri delle USL al direttore sanitario che risponda della organizzazione complessiva al direttore generale sanitario; individuazione dei presidi ospedalieri multizonali ai quali attribuire un consiglio di amministrazione integrato, con le rappresentanze ovviamente dei Comuni che fanno parte dell'area di pertinenza dell'ospedale stesso e ai quali possa essere assicurata un'autonomia di gestione tecnica attraverso uno specifico finanziamento, uno speciale conto di gestione, attraverso un proprio ufficio di direzione, con direttore generale amministrativo e direttore generale sanitario che rispondano direttamente al presidente della USL.

Abbiamo ritenuto di svolgere un esame particolare per quanto riguarda le grandi aree metropolitane; esso ci è stato stimolato dalla constatazione che, in definitiva, nelle grandi aree metropolitane d'Italia è stata sperimentata la divisione in più USL come pure è stata sperimentata la formula di un'unica USL, e nè l'una nè l'altra formula hanno dimostrato di funzionare perchè ognuna delle due ha degli inconvenienti. Quella dell'aggregazione in un'unica USL crea difficili problemi di gestione per l'eccessiva estensione dei servizi, specialmente quando comprenda ospedali importanti, quello della suddivisione provoca un frazionamento che difficil-

mente si riesce a ricucire anche con accorgimenti, come è stato tentato in qualche caso.

Riteniamo si debba avere il coraggio di stabilire che per le grandi aree metropolitane è prioritario mantenere l'unione di tutti i servizi (igiene pubblica, igiene e sicurezza del lavoro, amministrazione), scorporando però gli ospedali con una funzione «sovraterritoriale», come gli ospedali clinicizzati, che non possono essere riferiti al territorio, perchè vanno al di là di questo. Lo scorporo di questi grandi ospedali, pur con i consigli di amministrazione affiancati al consiglio di amministrazione della USL, offre la possibilità di una gestione differenziata, anche se collegata ad altri servizi.

Il nostro orientamento è che la USL possa essere vista come una azienda speciale. Sarebbe più facile trovare delle formule per le grandi aree metropolitane e per i grandi ospedali, liberandoli, per esempio, dal vincolo territoriale.

Sono necessarie, inoltre, delle norme di indirizzo per le Regioni, circa la struttura interna dell'ospedale. Le norme previste dalla legge n. 833 del 1978, all'articolo 17, sono insufficienti, tanto è vero che le molte incertezze hanno impedito alle Regioni di deliberare; c'è molta difficoltà a trovare delle formule di «dipartimentalizzazione», senza norme precise che tengano conto anche del passato. L'articolazione in divisioni e servizi non può essere abbandonata; andrebbero, in tal senso, individuate delle norme che modifichino la struttura rigida delle divisioni, così come era stata prevista. Oggi che l'assistenza ospedaliera va sempre di più verso l'abbandono del ricovero tradizionale per andare a delle forme alternative (*day hospital*, ospedalizzazione, eccetera), si potrebbe mettere l'accento sul fatto che molte specialità possono svolgere una funzione di servizio e, quindi, avere pochi letti.

Un'altra modifica necessaria è quella relativa alla normativa sui concorsi. A parte la farraginosità dei corsi, connessi con la mobilità, tali che nessuna Regione è riuscita ad affrontarli, l'anomalia più grave è l'assunzione dell'assistente in formazione, che doveva essere uno dei punti qualificanti dei concorsi. La normativa a questo proposito fa l'ipo-

tesi che il concorso per i posti di assistente in formazione venga bandito dalla Regione per tutti i posti vacanti di assistente.

C'è un equivoco di fondo che ritengo vada considerato: per gli assistenti specialisti, se ho dei posti vacanti come assistente di cardiocirurgia e li copro con degli assistenti in formazione, non potrò disporre del personale prima di due anni (è già una previsione ottimistica). Non capisco come possa funzionare una divisione di cardiocirurgia in questo modo. La nostra proposta è di modificare intanto questo sistema di tirocinio, ma soprattutto di «agganciare» lo specializzando alla formazione. Del resto ci sono delle norme europee, che pur dovremmo rispettare, riguardanti la specializzazione e, se vogliamo portare le nostre scuole al livello europeo, dovremmo arrivare ad avere lo specializzando a tempo pieno e retribuito. In questo modo lo specializzando potrebbe essere utilizzato al posto degli assistenti in formazione previsti dalla legge.

Per quanto riguarda il contratto — e concludo, perchè non voglio rubare troppo tempo — riteniamo che non si possa non arrivare a degli indirizzi interpretativi, collegialmente presi dai Ministeri interessati, dalle Regioni e dall'ANCI, dopo aver consultato nuovamente le organizzazioni sindacali firmatarie del contratto. Non è possibile lasciare allo sbando, così come avviene oggi, l'applicazione di un contratto, visti i grossi scontri e le vertenze sulla interpretazione di alcuni istituti anche molto importanti. La normativa che riduce l'orario di lavoro, per esempio, ha cozzato contro una normativa legislativa che ci blocca gli organici e le assunzioni e che peggiora la grave carenza di personale.

Termino qui per ora il mio intervento e mi scuso se non ho ringraziato sin dall'inizio per la cortesia e l'onore di ascoltarci.

CANDIA. Molto brevemente, signor Presidente, per non togliere troppo tempo a chi dovrà succedere.

Mi presento: sono Luigi Candia, sovrintendente sanitario del policlinico Gemelli di Roma e vice presidente dell'Associazione dei medici delle direzioni ospedaliere. Volevo

richiamare l'attenzione soltanto su quelle istituzioni che a vario titolo svolgono assistenza ospedaliera in Italia, tutte riconosciute dalla legge di riforma sanitaria e che hanno trovato la loro collocazione ed individuazione in alcuni articoli (dal 39 al 43). Queste istituzioni possono raggrupparsi in cinque tipologie fondamentali: la prima è rappresentata dalle facoltà di medicina delle Università; la seconda dagli enti di ricerca che svolgono attività finalizzate agli obiettivi del Servizio sanitario nazionale; la terza degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, sia considerati di diritto pubblico, sia di diritto privato; la quarta dalle istituzioni riconosciute che svolgono assistenza pubblica (in gran parte gli ospedali «classificati» alle dipendenze di ordini o di enti religiosi che siano stati riconosciuti ed equiparati agli ospedali pubblici. Si tratta di casi isolati, come l'ospedale Galliera, gli ospedali dell'Ordine Mauriziano e l'ospedale dell'Ordine di Malta; infine, il quinto gruppo che è costituito dalle case di cura convenzionate che siano state riconosciute come presidi dell'USL.

Direi che, in questo momento di grave difficoltà dell'assistenza ospedaliera che, specie in alcune grandi città — e Roma ne è un esempio — attraversa da alcuni anni una crisi notevole soprattutto di funzionamento e di efficienza, queste istituzioni di tipo ospedaliero sono emerse e si sono presentate, anche di fronte all'opinione pubblica, in un certo senso come differenziate e in parte salvantesi dalla situazione di generale degradazione che si è verificata.

Ebbene, per queste istituzioni, di cui sono state riconosciute la legittimità, la liceità e l'opportunità di intervento e la cui presenza è stata giudicata indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale e il cui inserimento nel servizio certamente è un dato di fatto sotto il profilo funzionale, si pone ora il problema della emanazione degli appositi schema-tipo di convenzione che dovrebbe regolamentare, in modo omogeneo ed uniforme su tutto il territorio nazionale, i rapporti che esse dovranno intrattenere con la Regione e con le USL.

Nei confronti delle Università ciò è avvenuto nel novembre 1982, però, è stato preso in esame soltanto quel tipo di organizzazione che era rappresentato dai cosiddetti complessi misti (università-ospedali) e che derivano dall'antico fenomeno della clinicizzazione degli ospedali. Non è stato preso ancora in esame l'altro caso, del tutto particolare e che oggi si presenta come un modello interessante, quello cioè dei policlinici universitari direttamente gestiti, caso del quale in Italia vi sono attualmente solo pochi esempi quali quello di Napoli (e in particolar modo della seconda facoltà, oltre che della prima), quello di Messina e quello dell'Università cattolica di Roma del policlinico Gemelli.

Vorrei richiamare l'attenzione su queste situazioni ospedaliere particolari che non hanno trovato unificazione nell'USL perché forse oggi potrebbero rappresentare un punto di riferimento per eventuali revisioni o ripensamenti che potessero farsi a proposito della collocazione degli ospedali nel Servizio sanitario nazionale e in particolare della loro collocazione nelle USL.

**PRESIDENTE.** Prende ora la parola, a nome dell'Associazione medici della funzione pubblica, il dottor Felice Piersanti.

**PIERSANTI.** L'Associazione medici funzione pubblica (AMFUP)-tempo pieno è un sindacato di medici nato solo da qualche anno, che si è proposto il compito di rappresentare i sanitari — prevalentemente ospedalieri, ma anche dipendenti con altro rapporto di lavoro delle strutture pubbliche — occupati a tempo pieno. L'AMFUP ha patto d'unità d'azione con la Confederazione unitaria medici italiani (CUMI), con la quale si appresta ad unificarsi. Poiché noi rappresentiamo i medici a tempo pieno, vogliamo dire anzitutto alcune cose sull'istituto giuridico che ci caratterizza, cioè il tempo pieno.

Noi difendiamo il tempo pieno non per ragioni ideologiche, ma perché lo consideriamo l'unico modo corretto di lavoro del medico nelle strutture pubbliche. Il tumultuoso sviluppo della medicina, il rapido rinnovarsi delle conoscenze, il progresso tecnologico

rendono già così breve il tempo a disposizione dello stesso medico a tempo pieno per una qualificazione che permetta l'espletamento di prestazioni rigorose, che ci sembra impensabile e improponibile nella medicina moderna una doppia o tripla attività del medico. D'altronde, l'esperienza europea e mondiale parla a favore della positività di questo rapporto di lavoro e, in contrapposizione ad altri sindacati medici, noi non ci consideriamo, lottando per la graduale estensione del rapporto di lavoro a tempo pieno a tutti i sanitari dipendenti dal Servizio sanitario nazionale, nostalgici di idee superate, ma fautori di una medicina moderna e di un'assistenza migliore.

La massima utilizzazione del tempo pieno non è impossibile nella realtà italiana, come dimostra il fatto che una Regione — il Trentino-Alto Adige — lo ha imposto obbligatoriamente a tutti i medici ospedalieri ormai da quindici anni, mentre in altre Regioni la percentuale di medici a tempo pieno è molto elevata. È noto, d'altra parte, che il livello di assistenza nelle Regioni dove il tempo pieno ha avuto il massimo sviluppo è migliore di quello esistente in città come Roma, dove il rapporto di lavoro a tempo pieno è stato scelto da una percentuale molto bassa di medici.

Fatte queste premesse, non ci nascondiamo le grandi difficoltà del Servizio sanitario nazionale e desideriamo analizzarle brevemente perchè, date le nostre scelte di fondo, il nostro destino è strettamente legato a quello del Servizio sanitario nazionale e quindi siamo direttamente interessati a un suo buon funzionamento.

Pertanto, ci soffermiamo rapidamente anche su alcuni problemi di carattere economico perchè sono quelli che condizionano la nostra vita non soltanto dal punto di vista delle retribuzioni, ma anche da quello del nostro lavoro all'interno dell'ospedale che è messo continuamente in discussione dalla mancanza di fondi.

Quindi, riteniamo indispensabile che il Servizio sanitario nazionale disponga di fondi fissati con precisione una volta per sempre in percentuale sul prodotto interno lordo ed erogati tempestivamente. La politica dei

tagli alla sanità, che ha avuto inizio subito dopo l'approvazione della legge di riforma, ha stroncato ogni volontà di rinnovamento. Il sistema di destinare alla sanità, all'inizio dell'anno finanziario, somme che tutti riconoscono insufficienti — come avviene anche quest'anno — per ripianare poi i debiti, ricorrendo a prestiti bancari, serve soltanto a far lievitare la spesa sanitaria, caricandola degli interessi.

Altra cosa è proporre di risparmiare sulla spesa eliminando gli sprechi, limitando i profitti ingiustificati ed aumentando la produttività. Sono fattibili esempi concreti di possibili risparmi. Ad esempio, è possibile agire sulla distribuzione dei farmaci, riducendo il prezzo dell'intermediazione ed offrendo come contropartita a grossisti e farmacisti il pronto pagamento dei medicinali, eliminando così l'aggravio di spesa costituito dagli interessi bancari.

Ricordiamo in proposito che la legge di riforma sanitaria ammette, in un preciso articolo, la possibilità di acquisti diretti dalle fabbriche di medicinali e di distribuzione diretta delle medicine da parte delle strutture pubbliche e questa è un'altra possibilità di risparmio.

È possibile poi ridurre drasticamente le spese per il convenzionamento del servizio sanitario con le case di cura e con gli ambulatori specialistici esterni mediante una rigida ed accurata utilizzazione di tutte le strutture pubbliche, ospedaliere e non ospedaliere, nell'ambito dell'intero arco della giornata.

È inoltre possibile realizzare l'obiettivo di ridurre la durata media di degenza negli ospedali pubblici e da questo punto di vista soffia, in questo momento, forte il vento che ritiene sia giunto il momento di effettuare convenzioni per i lungodegenti, per impedire l'utilizzazione scorretta degli ospedali da parte di anziani e di malati cronici. Noi non crediamo che sia questa la soluzione corretta del problema, che è invece quella — come molto giustamente prescrive la riforma sanitaria — di ricorrere a case-albergo, ad assistenza sanitaria e sociale ambulatoriale e domiciliare.

Questo per gli autosufficienti, ma anche

per i non autosufficienti riteniamo non idonee le convenzioni con case di cura private perchè in questi casi sono necessari reparti ospedalieri specializzati ed altamente qualificati: la vita umana deve essere difesa allo stesso modo per i giovani e per gli anziani, per coloro che hanno speranze di guarigione e per quelli che non sono recuperabili.

Non riteniamo utile, invece, per la riduzione della spesa sanitaria complessiva i *tickets* — come dimostra l'esperienza italiana e internazionale — e ancor meno l'abbandono del servizio pubblico per il ritorno alla medicina privata. L'esperienza ad esempio della Gran Bretagna in confronto con gli Stati Uniti dimostra che una medicina basata sul libero mercato è più dispendiosa e non meno; la percentuale di prodotto interno lordo americano destinato alla sanità è più alta, in termini anche percentuali, di quella italiana.

Pur nella consapevolezza che esistono lodevoli eccezioni, riteniamo poi sperimentalmente dimostrato che le unità sanitarie locali non funzionano. Da questa premessa non traiamo la conclusione che il concetto di USL sia sbagliato; noi lo riteniamo giusto e riteniamo che vi siano motivi precisi che causano il loro pessimo funzionamento e li indichiamo come segue: *a)* comitati di gestione eletti sulla base di una lottizzazione tra i partiti generalmente non basata sulla professionalità dei prescelti, che imitano sciocamente i modi di funzionamento delle assemblee politiche (maggioranza e minoranza, apparati burocratici, eccetera); *b)* uffici di direzione spesso affidati a funzionari delle *ex* mutue, eredi di una mentalità gerarchica e burocratica; *c)* pastoie di ogni tipo che ostacolano l'azione anche di quei comitati di gestione che vorrebbero e saprebbero lavorare agilmente, i quali si trovano di fronte a notevoli difficoltà, perchè da una parte gestiscono una spesa che non controllano in quanto decisa ad altri livelli (contratti di lavoro, convenzioni, spesa farmaceutica e così via) e dall'altra incontrano seri ostacoli nel rendere esecutive le loro scelte (decisioni del comitato di gestione, poi approvazione del comitato regionale di controllo, poi altra approvazione dell'assemblea generale delle USL); *d)* mancanza di organi di consulenza

tecnico-scientifica (il consiglio dei sanitari dei vecchi enti ospedalieri, a nostro avviso, doveva essere democratizzato, ma non soppresso) e mancanza di partecipazione degli utenti.

Su questi difetti bisogna intervenire rapidamente per far funzionare le unità sanitarie locali. Alcune misure sarebbero possibili a tempi brevissimi. Indichiamo le seguenti: ridare ai Comuni la responsabilità di politica sanitaria che ad essi spetta secondo la legge; ridurre drasticamente il numero dei membri dei comitati di gestione, scegliendoli in base a criteri di professionalità e limitando le loro funzioni ai compiti generali di individuazione delle priorità e di programmazione nel territorio di competenza; affidare, invece, la responsabilità della gestione tecnica non solo agli attuali uffici di direzione, ma anche a organismi tecnici, diretta espressione dei dipendenti.

Riteniamo, in particolare, che l'elemento indispensabile per far funzionare correttamente una USL sia rappresentato dai dipartimenti, quali strutture capaci di collegare agilmente ospedale e territorio. Tali dipartimenti sono da noi considerati le strutture più idonee ad assumersi compiti concreti di gestione tecnica e precise responsabilità di funzionalità: la gestione della spesa determinata a livello della USL e indirizzata ad un corretto rapporto costi-benefici; la qualificazione dell'assistenza; il rinnovamento tecnologico legato al reale miglioramento dell'assistenza sono tutti compiti che debbono essere affidati ai dipartimenti, a ciascuno dei quali, a nostro avviso, dovrebbe essere preposto un coordinatore superando l'attuale struttura rigida, gerarchica del servizio sanitario.

L'altro elemento fondamentale per il buon funzionamento delle USL sono i distretti socio-sanitari di base, sui quali non ci soffermeremo, perchè questo argomento sarà trattato dai colleghi della CUMI. Basterà dire che i distretti sono il luogo nel quale può correttamente esercitarsi la partecipazione degli utenti.

Assunzione delle responsabilità politiche da parte dei Comuni; riduzione del numero dei membri dei comitati di gestione delle



12<sup>a</sup> COMMISSIONE

25° RESOCONTO STEN. (10 aprile 1984)

USL e loro qualificazione professionale; organizzazione dei dipartimenti e dei distretti socio-sanitari di base all'interno delle USL sono necessità urgenti, da concretizzare per contrastare l'involutione burocratica e l'inefficienza delle USL e per attuare la riforma sanitaria.

Per superare le attuali difficoltà riteniamo indispensabili una decisiva qualificazione culturale del Servizio sanitario nazionale. La qualificazione del personale dipendente e in particolare dei medici a tempo pieno è un obiettivo di grande importanza, che finora non è stato raggiunto — e su questo si basa la delusione dei medici e il riflusso nel tempo definito — e ogni impegno necessario a realizzarlo deve essere assunto. Nella vita delle USL devono essere introdotti con grande dinamismo corsi di qualificazione, didattica di ogni tipo, programmi di ricerca, sistemi di aggiornamento continuo. Il decreto del Presidente della Repubblica n. 761, per molti versi criticabile, afferma tuttavia correttamente che i medici pubblici dipendenti ai tre livelli hanno compiti non solo di assistenza, ma anche di didattica, di ricerca e di aggiornamento culturale. Bisogna trasformare queste affermazioni in fatti concreti, nella convinzione che questi compiti sono collegati tra loro. Le quattro ore settimanali previste dal nuovo contratto di lavoro dei medici a tempo pieno per l'aggiornamento potrebbero essere un momento iniziale interessante di avvio di questo programma di rinnovamento culturale. Bisogna tuttavia interpretarle in modo intelligente, considerandole come una possibilità di uscita organizzata dalla struttura in cui il medico opera, per uno scambio di esperienze con altre strutture, analogamente all'anno sabbatico degli universitari. Purtroppo, l'interpretazione data alle quattro ore dalla circolare del Ministro per la funzione pubblica è estremamente riduttiva e comunque il contratto di lavoro, a quasi un anno dalla sua firma, non è ancora applicato e le quattro ore settimanali, che sono ormai previste da una norma dello Stato, non sono ancora utilizzate.

Un momento importante della qualificazione del Servizio sanitario nazionale può essere l'utilizzazione delle sue strutture e dei

suoi operatori, in particolare i medici a tempo pieno, per le specializzazioni *post* laurea. Riteniamo inutile soffermarci sulla assoluta inadeguatezza delle attuali specializzazioni universitarie e quindi sulla necessità che le strutture del Servizio sanitario nazionale siano coinvolte al fine di assicurare una effettiva specializzazione non solo teorica, ma pratica, anziché un solo titolo privo di contenuti specifici.

Aggiungiamo di seguito alcune considerazioni su vari altri problemi in discussione nella sanità: 1) siamo contrari ad ogni tipo di plurincarichi e favorevoli invece a rigide incompatibilità, ritenendo necessario un rapporto unico di ogni medico con il Servizio sanitario nazionale, di dipendenza o di convenzionamento. Riteniamo che la rapida adozione di questo principio sia importante anche ai fini del contenimento della spesa sanitaria, della qualificazione dell'assistenza e del superamento della disoccupazione dei giovani medici, problema al quale siamo interessati; 2) il rapporto unico con il Servizio sanitario nazionale non significa che i due settori della dipendenza e del convenzionamento debbono essere tra loro separati. Deve essere invece assicurata la massima collaborazione e la possibilità di scambi organizzati tra l'uno e l'altro settore anche ai fini del miglioramento dell'assistenza. Dovrebbero essere anche previste possibilità di passaggio dall'uno all'altro settore ai medici interessati, per impedire che una volta effettuata una scelta il sanitario debba esservi vincolato irreversibilmente. Sarebbe di grande utilità la sperimentazione di forme di dipendenza a tempo pieno anche nei distretti sanitari di base, non limitata ai soli compiti di igiene pubblica, ma estesa alla diagnosi e alla terapia; 3) è fondamentale la rapida e completa applicazione del contratto in tutto il territorio nazionale. Il ritardo nell'applicazione di una norma dello Stato è una vergogna, che colpisce in particolare i medici a tempo pieno ledendone gli interessi legittimi; 4) nel 1985 deve essere raggiunta nei fatti la piena omogeneizzazione tra il settore della dipendenza e il settore della convenzione; 5) la procedura dei concorsi, come prevista dalle attuali leggi è praticamente inat-

tuabile per la sua farraginosità; dovrebbe essere sveltita ed è probabilmente giusto affidare lo svolgimento dei concorsi alle unità sanitarie locali, impegnando fortemente gli organismi tecnici sopra ricordati e stabilendo norme precise di valutazione oggettiva dei titoli culturali e di aggiornamento; 6) è indispensabile una rapida approvazione della sanatoria. L'eventuale estensione agli apicali, che hanno una determinata anzianità di servizio nel ruolo, a nostro avviso, dovrebbe essere condizionata alla scelta del tempo pieno; 7) per le ragioni sopra esposte siamo contrari allo scorporo degli ospedali dalle unità sanitarie locali; 8) non consideriamo in modo conflittuale il rapporto dei medici con gli altri dipendenti del Servizio sanitario nazionale non medici. La professionalità del medico si arricchisce e non viene sminuita dalla collaborazione con biologi, chimici, fisici, psicologi, ingegneri elettronici, architetti, programmatori sanitari, eccetera, pure dotati di alta professionalità. Noi puntiamo al massimo sviluppo del lavoro di gruppo e al superamento dell'ordinamento gerarchico. Riteniamo che la vera conflittualità esiste non tra le varie figure dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale, ma semmai tra i dipendenti e i convenzionati esterni.

Ci dichiariamo completamente contrari alla proposta di unità dei liberi professionisti portata avanti dalla Federazione dell'ordine dei medici: in quanto medici a tempo pieno, e quindi sottoposti giustamente ad un rigoroso prelievo fiscale su tutte le nostre entrate, non desideriamo avere rapporti con strati sociali caratterizzati — come dimostra la recente nota del Ministero delle finanze — da una diffusa evasione fiscale.

Termino questo mio breve intervento ricordando che a voi politici e a noi che lavoriamo nelle strutture pubbliche è dato il compito di grande importanza di operare perchè in Italia l'assistenza pubblica riesca a funzionare ad un livello uguale e, se possibile, superiore a quello dell'assistenza privata. Si tratta di un compito fondamentale da raggiungere in modo particolare nelle Regioni italiane che vanno da Roma verso Sud e che deve trovarci tutti impegnati perchè, realizzandolo, si può riuscire realmente ad applicare la riforma sanitaria.

Accludo poi, per non perdere tempo, una breve nota sulla situazione specifica di Roma, relativa ad un gruppo di divisioni ospedaliere allocate presso case di cura private. Si tratta di una situazione legislativa assolutamente peculiare della città di Roma e i colleghi hanno chiesto che venga portata a conoscenza della Commissione sanità del Senato.

**PRESIDENTE.** La ringrazio, dottor Pier-santi, per la sua esposizione chiara, lucida, sintetica e ricca.

Passiamo alla terza delegazione costituita dalla Confederazione unitaria dei medici italiani. Sono presenti i dottori Giovanni Cannavò, membro del direttivo, Carlo Macaluso, segretario generale e la dottoressa Chiara Carboncini, membro del consiglio nazionale.

Do la parola al dottor Macaluso.

**MACALUSO.** Ringrazio il Presidente e cercherò di essere il più sintetico possibile illustrando quali secondo me sono i motivi che ancora ostacolano la riforma. Sulla relazione che presentiamo speriamo di suscitare un proficuo dibattito.

A più di cinque anni dall'approvazione della legge di riforma sanitaria molti sono stati i ritardi accumulatisi ad opera di una gestione da parte degli organi competenti il più delle volte superficiale. È mancata in primo luogo una riforma degli studi medici con particolare riguardo alla preparazione per un approccio da medico di medicina generale; alla introduzione di insegnamenti quali l'epidemiologia, la medicina preventiva, la medicina del lavoro, la psicologia, eccetera; al maggior peso da dare, nel triennio clinico, alla frequenza in corsia; alla programmazione del numero degli studenti in rapporto al fabbisogno di medici da parte del Sistema sanitario nazionale.

È mancata, peraltro, anche una riforma reale delle scuole di specializzazione con la previsione del tempo pieno e l'incompatibilità totale per gli specializzati, l'apertura delle specializzazioni a strutture del Sistema sanitario nazionale, anche *extra* murarie, la programmazione del numero in rapporto al fabbisogno del Sistema sanitario nazionale.

Sottolineando che la riforma, perchè dia i

suoi frutti, necessita in particolar modo di una maggiore maturazione dell'intera popolazione, per una piena applicazione della legge n. 833, si evidenzia quanto segue: vi è necessità del varo del Piano sanitario nazionale che permetta una programmazione e una razionalizzazione in ambito sanitario; vi è la necessità di un investimento finanziario adeguato alle esigenze espresse nel piano stesso; si deve snellire il funzionamento delle USL; si devono formare i dirigenti e si devono affiancare a questi ultimi i comitati tecnici consultivi; è necessario prevedere un unico rapporto di lavoro per tutti gli operatori del Sistema sanitario nazionale; è necessario collegare e amalgamare l'area a dipendenza con quella convenzionale e questo vuol dire, all'atto della revisione di convenzioni e contratti, trattare insieme i medici dell'area convenzionale di cui all'articolo 48 della legge di riforma sanitaria e i medici del settore a dipendenza di cui all'articolo 47 della legge stessa. Si devono inoltre attivare i distretti sanitari di base e colmare le disparità esistenti tra Nord e Sud; bisogna prevedere la formazione permanente obbligatoria per tutti gli operatori del Sistema sanitario nazionale e formulare un criterio guida per identificare i sindacati medici realmente rappresentativi, visto che è previsto che a trattare le convenzioni e i contratti siano i sindacati più rappresentativi e non esiste un criterio per determinarli. È necessario privilegiare normativamente e retributivamente gli operatori a rapporto a tempo pieno con il Sistema sanitario nazionale.

In particolare per il comparto *ex* articolo 48, cioè il comparto a convenzione, si nota che attualmente esiste un caos per le figure che vi operano. Vi sono le seguenti figure: medico generico di diagnosi e cura a convenzione a quota capitaria; medico generico, condotto, a dipendenza; medico generico, con compiti di prevenzione e cura in settori specifici, a convenzione oraria; medico generico, ancora con compiti di prevenzione e cura in settori specifici, a dipendenza; medico generico operante nelle ore notturne e nei giorni festivi a convenzione oraria; medico generico operante nell'urgenza diurna a rapporto anomalo convenzionale orario, con ac-

cordi di USL o di Regione; medico generico operante nelle ore notturne e nei giorni festivi con rapporto anomalo convenzionale a reperibilità; medico generico operante nell'urgenza diurna e notturna addetto alle centraline telefoniche a rapporto convenzionale orario anomalo; medico generico operante, con rapporti convenzionali o a dipendenza i più vari, in ferrovie, aeroporti, case circondariali, scuole, case di ricovero (*ex* IPAB), USL (medici fiscali), laboratori (medici prelevatori) eccetera; medico pediatra operante a convenzionamento a quota capitaria; medico pediatra operante a convenzionamento orario; medico pediatra operante a rapporto a dipendenza (esempio: medico scolastico); medico generico (operante in pediatria) che continua a poter avere scelte nell'ambito pediatrico; specialistica ambulatoriale interna; specialistica convenzionata esterna. Un totale di circa quindici figure diverse.

La CUMI fornisce le seguenti proposte per una più organica strutturazione del comparto a convenzione *ex* articolo 48.

Per la medicina base: medico generico a convenzionamento a quota capitaria con unico rapporto, con compiti di diagnosi, cura, prevenzione (stabiliti nella convenzione unica nazionale), compiti di medicina preventiva del medico di base, riabilitazione e anche in questo caso bisogna stabilirne i compiti nella apposita convenzione; medico dei servizi di prevenzione e di massa, con rapporto a dipendenza, unico rapporto con lavoro di *équipe* nel distretto con il medico di base, con compiti di epidemiologia di prevenzione (a più alta specializzazione) e con compiti specifici (tossicodipendenze, medicina del lavoro, settore materno-infantile, eccetera); medico del servizio di emergenza, a dipendenza, operante ventiquattro ore su ventiquattro su tutto il territorio nazionale, con stretto rapporto con il distretto e con l'ospedale, con un terzo del suo orario da svolgersi dentro l'ospedale nel dipartimento di emergenza.

Per la medicina specialistica: specialistica ambulatoriale interna con incompatibilità ad operare anche a dipendenza e a convenzionamento orario; specialistica convenzionata esterna con progressivo riassorbimento nelle

strutture pubbliche, tramite potenziamento di queste ultime. Per la medicina pediatrica: medico pediatra a convenzione a quota capitaria con assegnazione di ulteriori compiti ed eliminazione delle altre figure anomale del settore.

Per il comparto *ex* articolo 47, cioè per il comparto a dipendenza, la fusione in programma con l'altro sindacato del settore, AMFUP a tempo pieno, ci autorizza a sottoscrivere quanto da loro esposto. Si sottolineano solo i seguenti punti: piena incompatibilità degli operatori del settore con qualsiasi altro rapporto in altri settori del Sistema sanitario nazionale; privilegio economico normativo per gli operatori a tempo pieno; programmazione e razionalizzazione della spesa nella struttura pubblica; apertura dei concorsi e adeguamento delle piante organiche.

Trattazione a parte merita il problema dei neolaureati in medicina e chirurgia. Si dice, da fonti che comunque non riescono a fornire dati precisi, che oggi in Italia esistono più di 50.000 medici neolaureati senza lavoro o con lavori precari o anomali.

I rischi sono notevoli perchè:

a) si potrebbe andare verso una medicalizzazione sfrenata del problema salute nell'ottica di trovare, a tutti i costi, un posto di lavoro;

b) si potrebbe sottovalutare il problema facendo sì che si formino dei medici per poi abbandonarli per anni facendo perdere o svaloriando quel patrimonio che essi rappresentano;

c) questi medici, spinti dai giusti bisogni della sopravvivenza economica, si potrebbero rivolgere verso la libera professione più sfrenata anche in ambiti non inquadrabili perfettamente nella medicina cosiddetta tradizionale.

A questo proposito la CUMI, anche in virtù dei recenti confronti avvenuti con l'ANGIM (Assemblea nazionale giovani medici), propone una serie di soluzioni:

1) garantire la continuità laurea-occupazione;

2) programmare secondo le esigenze e retribuire i medici specializzandi: oggi esi-

stano 47.000 medici specializzandi; l'adeguamento ai fabbisogni, secondo i nostri calcoli, fa denotare che meno della metà servono al nostro Sistema sanitario nazionale, ossia 20.000 unità nell'ambito dell'intero periodo dei vari corsi;

3) incompatibilità tra lavoro in ospedale e lavoro nel comparto convenzionale: esistono oggi circa 15.000 medici ospedalieri che operano nel settore convenzionale;

4) incompatibilità tra medico condotto a dipendenza e rapporto convenzionale: esistono attualmente circa 8.000 medici condotti che sono dipendenti e medici generici nello stesso tempo;

5) legge di sanatoria per i precari ospedalieri: attualmente sono circa 9.000;

6) legge di sanatoria per i convenzionati della medicina dei servizi con più di trenta ore settimanali: oggi sono circa 2.000;

7) riapertura dei concorsi per l'adeguamento delle piante organiche (5.000 nuovi concorsi circa);

8) inquadramento a rapporto a dipendenza dei medici di guardia medica nel dipartimento d'emergenza: secondo le indicazioni date prima, sono circa 15.000 interessati;

9) contratto e relativo finanziamento della medicina di prevenzione di massa: sono circa 3.000 i posti da ricoprire;

10) pensionamento obbligatorio a 65 anni per tutti i medici (attualmente sono circa 4.000 gli interessati).

Dalla semplice somma dei dati così sommariamente riportati e il cui totale — lo voglio ricordare — equivale a 81.000 posti di lavoro, si evince come tale numero superi abbondantemente il numero indicato come essere quello totale dei medici sottoccupati o disoccupati.

Desideriamo sottolineare altri due punti:

a) da parte degli ordini dei medici e della F.N.OO.MM. (Federazione nazionale ordini medici), si auspica una revisione della legge istitutiva degli ordini con due obiettivi:

1) fissare con maggior coerenza, per il fatto di essere quest'ultimo un organo delegato dello Stato, i compiti istituzionali dello stesso;

2) garantire la democrazia interna alla categoria facendo sì che nelle elezioni degli organi rappresentativi siano rispettate le eventuali minoranze;

b) da parte dell'ENPAM (Ente nazionale previdenza assistenza medici), si sottolineano due problemi e le domande che poniamo sono queste:

1) per quale motivo deve essere obbligatorio per un medico dipendente pagare per legge per due pensioni?

2) perchè chi non ha nessuna retribuzione deve, anche solo per iscriversi all'ordine dei medici, pagare per una pensione il cui importo non è proporzionale al reddito da lui dichiarato?

Gli argomenti trattati sono vastissimi, comunque lascerò a disposizione della Commissione questa mia relazione.

**PRESIDENTE.** La ringrazio, dottor Macaluso. Saremmo lieti se potessimo avere anche dalle altre delegazioni una memoria scritta che verrà poi acclusa agli atti della Commissione, sommandosi, naturalmente, alle dichiarazioni che vengono fatte in questa sede e che saranno riportate nel resoconto stenografico.

Invito ora i Commissari che lo desiderano a porre le loro domande ai nostri ospiti.

**ALBERTI.** Desidero ringraziare tutti i convenuti per le numerose proposte presentate. La problematica che hanno portato avanti è estremamente ampia, quindi dovrò limitarmi solo a qualche domanda su alcuni punti che, secondo me, rivestono maggiore importanza.

Il dottor Neri ha parlato di una certa confusione tra gestione tecnica e gestione politica; lei dottor Neri come risolverebbe tale problema?

Inoltre, per quanto riguarda la figura del direttore sanitario desidererei che lei precisasse meglio l'aspetto e l'importanza di tale figura e come si è modificata con la comparsa delle USL.

Sulla questione dei concorsi, vorrei saperne di più. Lei pensa che questi debbano

essere affidati alle USL e non più alle Regioni?

Sul problema dello scorporo degli ospedali lei indicava la possibilità di scorporare quelli universitari o gli ospedali metropolitani in genere?

Un'altra domanda riguarda la dipartimentazione dei servizi. Da quanto ho capito lei è molto perplesso su questo punto. Come lo intende lei il dipartimento? Lo intende come lo abbiamo concepito noi in tutti questi anni, oppure come un dipartimento diverso e che si proietta nel territorio?

Al professor Piersanti, che ha parlato di lottizzazione dei comitati di gestione per quanto riguarda il mancato funzionamento delle USL, vorrei chiedere in che modo intende snellire il numero dei componenti dei comitati di gestione. Lei, professore, ha parlato anche della professionalità che dovrebbero avere le persone che entrano a far parte di tali comitati. Questa professionalità come dovrebbe essere selezionata? Poichè, poi, sui dipartimenti mi è sembrato che vi siano due visioni diverse, quella del professor Neri e la sua, vorrei che mi chiarisse meglio la sua idea in proposito, professor Piersanti.

Un altro discorso che mi sembra molto interessante è quello che riguarda la collaborazione tra medicina pubblica e settore convenzionato. Su questo punto vorrei sapere se noi possiamo immaginare, nell'ambito di un dipartimento territoriale, una partecipazione dei medici convenzionati, per esempio, al protocollo di terapia o al protocollo di controllo dei costi-benefici. Lei ritiene che questo dipartimento possa entrare nella gestione della spesa, ossia possiamo, attraverso il dipartimento, prefigurarci un organismo che riesca a controllare la spesa sanitaria o comunque a strutturare la spesa sanitaria in modo più efficace?

Al dottor Macaluso vorrei chiedere che mi chiarisse maggiormente il problema dei medici neolaureati, che non hanno sbocco di lavoro. In effetti, credo che sia un problema estremamente grave, perchè questi giovani laureati, che non hanno nessuna occupazione medica, finiscono poi per perdere, col tempo, quella preparazione che avevano acquisito

all'Università e ce li ritroveremo, da qui a cinque-dieci anni, a sostituire quei quadri che dovranno, necessariamente, essere sostituiti.

Si è detto però di garantire la continuità tra preparazione e occupazione di questi giovani medici. Vorrei che questo discorso fosse ulteriormente chiarito perchè la continuità tra preparazione e occupazione deve essere garantita nel senso della retribuzione o con altri sistemi. Comunque vorrei che fosse precisato in che modo potrebbe essere garantita tramite la retribuzione con l'impiego a tempo parziale o con il ripristino del volontariato. Ovviamente le domande che si fanno nel corso di un'audizione possono anche essere provocatorie. Vorrei tuttavia che lei precisasse il tipo di continuità da garantire tra preparazione universitaria e successivi sistemi occupazionali.

ROSSI. Ho sentito soltanto la parte finale della relazione del professor Neri e proprio a lui vorrei rivolgere una domanda nella sua veste di presidente dei direttori sanitari dell'ospedale. Nelle due relazioni successive sono contenute molte proposte per affrontare tutti i problemi che abbiamo di fronte. Talune di queste proposte, mi sia consentito dirlo data la mia vecchia esperienza sindacale, sono formulate più in un'ottica sindacale che nell'ottica strettamente legislativa e per questo vi pregherei di precisare meglio le proposte stesse.

Anzitutto voglio riferirmi al problema dei giovani medici. La prima domanda che voglio fare riguarda infatti il volontariato. Il volontariato negli ospedali, dal punto di vista qui ampiamente richiamato, è un problema che ci preoccupa moltissimo dato che si tratta di un fenomeno che coinvolge un numero molto rilevante di giovani medici che per un periodo abbastanza ampio non trova un'occupazione stabile. Questo problema è già di per sè gravissimo, senza richiamare quello della programmazione del numero degli studenti universitari o altre soluzioni di questo tipo. Nel legislatore (almeno in chi vi parla) vi è la preoccupazione di non inventare sempre nuove figure di precariato alle quali poi è necessario dare una sistemazione

attraverso sanatorie, soprattutto per quanto riguarda il personale medico.

Per questi motivi, io e gli altri membri della Commissione, saremmo interessati a sapere quali sono le vostre idee in proposito per riflettere sull'argomento. Alcune indicazioni da parte vostra ci sono già state soprattutto per quanto riguarda il problema degli ospedali, che sono il mezzo forse più importante dell'attività medica.

In che forma si potrebbe incoraggiare il volontariato? Con alcune iniziative e alcuni incentivi lo si potrebbe incoraggiare per dare occupazione ai giovani medici, ma anche e soprattutto non trascurando l'interesse che ha il medico di affinare la sua preparazione professionale. Quali proposte specifiche potete formulare sul problema del volontariato?

Alcuni hanno prospettato la soluzione di attribuire qualche vantaggio ai fini dei concorsi, nella speranza che si riesca a riattivare al più presto i concorsi stessi. Altri hanno proposto forme di incentivazione economica. Noi siamo molto interessati a reperire forme che non rappresentino l'apertura di nuove frontiere sul versante del precariato, al quale poi, immancabilmente, sarà necessario dare sistemazione anche al di là delle necessità di funzionamento del servizio. Probabilmente voi siete in grado di formulare proposte più concrete delle nostre.

Sono veramente preoccupato — e credo lo siano tutti i colleghi — per questo problema dei giovani medici, sulla loro utilizzazione e sul tentativo di saldare il più possibile la loro preparazione universitaria con l'occupazione. Questa è una garanzia che non è possibile dare ad alcun cittadino; infatti non è possibile garantire che immediatamente dopo la laurea si possa trovare un lavoro adatto. Si può però garantire il reperimento di forme e di meccanismi che consentano, soprattutto per quanto riguarda l'affinamento della preparazione professionale, senza grossi oneri per lo Stato, di inserire i giovani medici nell'attività concreta.

Vi sono state alcune proposte molto interessanti, anche se non è questa la sede adatta per aprire una discussione. Non stiamo facendo una tavola rotonda, stiamo facendo semplicemente delle domande. Alcune pro-

poste mi sono sembrate interessanti se viste da un'ottica sindacale, un po' meno dal punto di vista generale. Studieremo attentamente tutte le proposte avanzate, anche se apprezzeremo molto ulteriori contributi.

Se ho capito bene, nell'ultimo intervento ci sono state delle proposte che darebbero luogo a possibilità di occupazione superiori allo stesso numero di giovani medici disoccupati. Non so se era questo il significato delle affermazioni ed eventualmente vorrei avere delle delucidazioni su questo punto. Proprio per l'esperienza fatta nel campo sindacale comprendo che è sempre difficile sfrondare le piattaforme, ma vorrei che ugualmente si indicassero le priorità per capire quali sono le precedenze che ogni singola organizzazione attribuisce alle proposte stesse.

Infine, vorrei sollevare un'ulteriore questione: il professor Neri ha parlato della riforma delle USL portando argomenti che mi hanno interessato e che mi sembrano esprimere un orientamento che si sta precisando rispetto ad alcune idee di ristrutturazione delle USL, se cioè riportarle sotto il controllo effettivo degli enti locali, ridurre il comitato di gestione, eccetera. Non vi è stato alcun accenno all'assemblea; noi abbiamo sentito delle critiche rivolte all'assemblea per la sua formazione e per il suo funzionamento, soprattutto in rapporto alla confusione di compiti tra l'organo assembleare e l'organo di gestione. Mentre sono state fatte proposte precise per quanto riguarda il comitato di gestione (proposte che si muovono in un'ottica oramai condivisa dai più), per l'assemblea vi sono state invece voci che hanno parlato di una sua possibile abolizione o altre posizioni che, pur auspicando la sua sopravvivenza, la vorrebbero con compiti limitati e ben definiti per evitare confusione con i compiti affidati al comitato di gestione.

Desidererei, pertanto, chiarimenti a questo riguardo.

IMBRIACO. Sulle due relazioni dei medici della funzione pubblica del CUMI e dell'AM-FUP non ho alcun rilievo da fare perchè le condivido pressochè integralmente. Quindi, apprezzando lo spirito di queste relazioni,

ringrazio gli intervenuti che mi perdoneranno se non mi soffermerò sui loro interventi. Come già ho detto non si tratta di una sottovalutazione ma di un accordo pressochè totale perchè credo che essi abbiano dato un contributo importante alla nostra indagine.

Vorrei, invece, rivolgere alcune domande all'ANMDO, un'organizzazione della quale anche in tempi remoti abbiamo potuto apprezzare il contributo originale. Credo che questa organizzazione abbia dato un contributo sostanziale all'epoca della formazione della legge n. 833. Si tratta di un'organizzazione che vanta un patrimonio di esperienza e che è un'asse portante nell'organizzazione ospedaliera. Quindi, le osservazioni fatte dai rappresentanti dell'ANMDO mi hanno turbato. Infatti, non vi è dubbio che noi stiamo lavorando su questo argomento da mesi perchè siamo consapevoli dello stato di precarietà nel quale versa l'organizzazione sanitaria del nostro paese. Siamo consapevoli che i comitati di gestione, le assemblee e le unità sanitarie locali, complessivamente, per come si sono andate strutturando nel corso degli anni, hanno registrato delle battute di arresto. Occorre dunque andare a rivedere qualcosa nel meccanismo e soprattutto verificare che cosa si è inceppato. Tuttavia, voglio ricordare anche che alla riforma sanitaria — e del resto voi in quegli anni siete stati protagonisti — si è arrivati perchè in effetti la precedente organizzazione sanitaria aveva ormai toccato il fondo. È una delle ragioni: non si è trattato soltanto di un processo di avanzamento culturale, tecnico e scientifico; il sistema mutuo-previdenziale faceva ormai acqua da tutte le parti. Uno dei bisogni fondamentali cui una società moderna e civile doveva rispondere era ed è quello di ricondurre la medicina nell'ambito dell'unitarietà e globalità dell'intervento, il che si era andato perdendo nel corso degli anni precedenti.

Questi concetti, dell'unitarietà e della globalità dell'intervento, si sintetizzarono nella scelta di campo che fu l'individuazione di uno strumento operativo del Comune che doveva essere e che poi è diventato l'unità sanitaria locale. Praticamente si fece un'operazione, a mio avviso, che riportò nelle mani dell'ente locale una materia che in fondo,

almeno per le funzioni pubbliche, lo era sempre stata; fin dall'epoca in cui nacque, alla fine del secolo scorso, il medico condotto, l'ufficiale sanitario, questa materia, soprattutto la sanità pubblica, era stata ed è rimasta nelle mani del Comune. Poi era venuto l'ospedale, con una organizzazione separata ed un consiglio di amministrazione che tuttavia aveva anch'esso delle propaggini che riconducevano nell'ente locale la potestà, la titolarità in parte dei poteri. I consigli di amministrazione degli ospedali erano l'espressione del Comune, della Provincia o delle opere pie, ma c'era un tramite. Le mutue costituivano gli enti contrapposti che marciavano per conto proprio. Quindi l'operazione ancora oggi rimane valida, se si vuole concepire una medicina moderna che non frammenti l'intervento sanitario in mille sfaccettature, ma lo riporti a sintesi garantendo i vari momenti.

Se questo è vero e dato per scontato che occorre mettere mano ad una revisione dei meccanismi, svolgo la mia domanda. Credo che l'analisi da cui si parte per registrare le insufficienze o le inadempienze è comune. Anche nelle vostre analisi si parte da questo punto di vista, non c'è dissonanza. Viceversa la dissonanza comincia ad esservi quando bisogna individuare i rimedi: non so fino a che punto la vostra riflessione, che si sintetizza nella configurazione della unità sanitaria locale come un'azienda speciale dotata di personalità giuridica, sia stata motivata alla luce delle vostre esperienze e verificata soprattutto in questi anni o se non sia invece l'espressione del malessere che voi operatori dall'interno avete registrato, siete stati costretti a registrare.

La soluzione dell'azienda può apparire un po' come l'ancora di salvataggio, il toccasana di tutti i mali; oppure è questa una soluzione, un rimedio peggiore del male?

Certo, le aziende speciali nel nostro paese sono un fatto normale: esistono aziende municipalizzate in settori che noi ben conosciamo, nei trasporti, per la luce, per l'acqua, per il gas. Ma l'azienda per la sanità è un espediente, a mio giudizio. Non sarebbe meglio invece lavorare dentro l'attuale organizzazione, senza spogliare il Comune? Infatti,

un'azienda municipalizzata o speciale che fa capo al Comune ha il suo bilancio approvato dal Comune stesso, ma per il resto gode di ampia autonomia. Se tutti i difetti che oggi denunciato, dalla degenerazione partitocratica, alla lottizzazione, alla deresponsabilizzazione dei tecnici vengono registrati anche nelle aziende municipalizzate (non credo che vi sia grande città d'Italia che possa vantare un'azienda municipalizzata che funzioni), quale vantaggio avremmo a riproporre questa esperienza in un settore delicato in cui, tra l'altro, la salute non può essere considerata una merce ed il servizio non è equiparabile o rapportabile al servizio dei trasporti o a quello dell'acqua? La domanda che pongo è quindi se non sia il caso di lavorare — è questo un consiglio che vi chiediamo —, dentro la riappropriazione dei poteri da parte dell'ente locale, alla elaborazione di una formula di governo di questo servizio particolare che dia maggiore precisione ai compiti dell'esecutivo che dovrà governare il settore, ma dia anche all'ente locale e quanto meno a coloro che sono sottoposti al giudizio degli elettori, la possibilità di controllare quello che accade. A mio giudizio, una delle cause principali dell'attuale situazione è il fatto che il controllo è venuto meno e nessuno si sente più responsabile: la unità sanitaria locale, un po' perchè i Comuni hanno inteso liberarsi di questa patata bollente che era la gestione di un settore così complicato, un po' anche perchè nei fatti la gestione ha finito per assumere un'autonomia totale, non avendo controlli alle spalle, ha finito per essere un ente contrapposto che va a ruota libera. Ma recuperare un momento centrale di controllo su questo organismo che deve restare tecnico-esecutivo e non politico (il comitato di gestione), restituendo quindi al Comune (e individuando gli strumenti perchè possa esercitarle) le funzioni di controllo e di programmazione, a mio giudizio realizzerebbe un'operazione probabilmente meno sofisticata e più semplice della creazione di un'azienda che va a stravolgere l'impianto istituzionale del nostro paese e non comprometterebbe i criteri e le intuizioni fondamentali del progetto di riforma che volevano la salute come bene fondamentale di cui lo



Stato si occupa e da guardare unitariamente e globalmente, e quindi da regolare attraverso il controllo democratico che vige nel nostro paese.

Sempre in questa ottica, quindi, deriva poi la seconda proposta che loro hanno avanzato a proposito dello scorporo degli ospedali. Se si comincia a dire che l'azienda speciale per i servizi sta da una parte e soddisfa certi servizi, mentre gli ospedali vengono scorporati per la loro complessità con una amministrazione *a latere* che integra, eccetera, senza accorgercene imbocchiamo di nuovo la vecchia strada della frammentazione e della separazione dei vari momenti dell'intervento e creiamo probabilmente due guai anziché uno. Non si può dire infatti che i vecchi consigli di amministrazione ospedalieri — ed i più giovani probabilmente non li ricordano nemmeno — sono modelli da riproporre. Lo sforzo da fare — ed il mio intervento è fatto in direzione di una organizzazione che ho avuto modo di conoscere in altri tempi e che ha dato contributi preziosi — è quello di continuare a lavorare su questa ipotesi di riammodernamento e riaggiustamento del tiro, ma possibilmente salvaguardando i principi fondamentali e le intuizioni che portarono a quella che rimane una grande esperienza di civiltà per il nostro paese.

Un'ultima domanda al professore Candia che ha introdotto senza imporre soluzioni la questione del rapporto tra policlinici universitari a gestione diretta e Regioni e unità sanitarie locali. Qui, per la verità, credo che sia stato emanato un decreto che regola lo schema-tipo di convenzione Università-policlinici-Regione. Non credo che esso abbia avuto esiti fino a questo momento: i tre o quattro policlinici a gestione diretta continuano ad andare a ruota libera. La mia domanda è la seguente: che cosa sta accadendo in Italia, nelle facoltà di medicina, a parte le osservazioni che ha fatto Macaluso e, mi è sembrato, anche i medici della funzione pubblica? Ho l'impressione, per le esperienze che riguardano i policlinici a gestione diretta del Mezzogiorno, che le facoltà di medicina siano diventate dei megaospedali e abbiano abdicato ai compiti precipui che sono quelli della didattica e della ricerca.

Allora in che misura possiamo integrare: esaminare semplicemente le funzioni assistenziali, utilizzando il parco letti che le strutture posseggono, o viceversa, già dal momento in cui si va ad impiantare uno schema-tipo di convenzione Università-Regione, privilegiare questi due momenti e rispondere alla domanda ed al bisogno urgente di qualificare queste strutture formative mettendole al passo con i tempi e garantendoci che il medico che esce da queste strutture sia un medico in grado di poter esercitare? A me pare che fino a questo momento il Servizio sanitario nazionale abbia subito in qualche misura la presenza di questa struttura di per sé grossa, almeno in alcune realtà del nostro paese, andando a rimorchio dei problemi che le funzioni assistenziali ponevano nelle strutture universitarie stesse.

Quindi, da questo punto di vista, mi preoccuperei piuttosto di capire come si possano avere, anche dal punto di vista assistenziale, dei momenti avanzati, trainanti, che servano da stimolo a strutture ospedaliere più arretrate, ma soprattutto che abbiano la funzione precipua di anticipazione, mettendosi al passo con la ricerca, con lo sviluppo tecnologico e con la ricerca scientifica e siano in grado di darci una mano e non frenarci con la semplice richiesta di finanziamenti per allargare strutture assistenziali che sono già, almeno in alcune zone, abbondanti.

ROSSANDA. Ho ascoltato con interesse — ma sapevo già di una certa convergenza con la nostra impostazione — quello che è stato detto dai rappresentanti della CUMI e dell'AMFUP sul sistema di tirocinio e carriera del medico e sul collegamento che si propongono di dare alla riforma, sia degli studi medici che delle scuole di specializzazione. Mi ha interessato molto sentire dai rappresentanti delle direzioni sanitarie che anche loro considererebbero di buon grado l'integrazione tra la riforma del sistema delle carriere *post* laurea e la riforma delle scuole di specializzazione. Vorrei essere sicura di aver capito bene il loro punto di vista ed avere eventualmente spiegazione su come considerano tale collegamento.

La seconda domanda che vorrei formulare si riferisce alla posizione dirigenziale; l'ho rivolta a tutte le rappresentanze che sono convenute in questa Commissione e vorrei che anche i nostri ospiti di oggi mi spiegassero in quali termini vedono la nuova assunzione di responsabilità dei dirigenti e quali strumenti propongono che siano messi in atto perchè tale responsabilità possa subire delle verifiche. Mi è sembrato di cogliere, in una delle relazioni svolte, un accenno al contratto a termine per le funzioni di responsabilità. Vorrei sentire dai direttori sanitari se anche loro prevedono un momento di responsabilità di questo genere, con un contratto che implichi maggiore autonomia, ma anche minore stabilità nella propria funzione.

Vorrei poi chiedere a tutti i rappresentanti medici un parere su quale formula essi ritengano si debba adottare, nella pratica, per il controllo sulle prescrizioni farmaceutiche, al fine di far circolare tra i medici operanti nel Servizio sanitario nazionale, nelle corsie e fuori, un più corretto orientamento di prescrizione farmaceutica. Tale cosa, evidentemente, deve essere fatta senza ledere l'autonomia di giudizio del medico. Vorrei perciò sapere quali sono le formule che ritenete positivo si mettano in atto nelle unità sanitarie locali perchè si possa correttamente procedere ad una discussione e ad un momento di aggiornamento per produrre un nuovo e più razionale tipo di prescrizione. Non mi riferisco in questo agli illeciti, ma ai meccanismi culturali che si possono mettere in opera, perchè, per quanto riguarda gli illeciti, penso che la Magistratura o le autorità amministrative debbano intervenire.

L'ultima domanda — specificatamente rivolta ai rappresentanti della CUMI — riguarda il giudizio che essi danno sull'associazionismo medico. Su questo problema ho sentito giudizi disparati anche in diverse aree territoriali; non mi è sembrato di cogliere una proposta specifica nel documento che è stato presentato in questa sede e vorrei quindi sapere se voi vedete qualche altra formula che possa essere concretamente applicata per il raggiungimento a tempi brevi dei mas-

simali corretti delle attività medico-generiche.

PRESIDENTE. Vorrei porre anch'io qualche domanda prima di dar corso alle repliche. Sono perfettamente d'accordo con quanto è stato detto sui problemi della formazione specialistica e vorrei sottolineare il fatto che anche da precedenti delegazioni questo problema è stato visto in una maniera molto uniforme: si tratta perciò di un punto di arrivo comune. Vorrei anche sottolineare un fatto, su cui mi pare che stiamo acquisendo sempre più consensi. Formazione iniziale, tirocinio, specializzazione e carriera sono quattro tempi di un processo continuo che ha possibilità di essere ottimale solo se è disciplinato sin dall'inizio, cioè attraverso la programmazione. Mi sembra che questo giudizio, questa filosofia globale, sia stata oggi confermata da parte vostra in maniera unanime, come hanno fatto altre precedenti delegazioni, senza parlare degli assessori regionali o di altre figure che operano nel Servizio sanitario nazionale. Ritengo, perciò, che tutti insieme dovremmo operare verso questa direzione.

La figura dello specializzando come residente vale solo se poi tale specializzando lascia il posto ad un altro al termine della sua specializzazione; altrimenti diventa un precario che cerca il posto. Realizzare questo obiettivo è possibile solo se si instaura una mobilità e si trova la collocazione dello specializzando nel servizio. Per fare questo è necessario che l'ingresso agli studi di base sia regolamentato, per poter procedere a questo *turn over*, a questa progressione continua di acculturamento, a questa carriera, a questa «formazione permanente». In ogni caso è una sottolineatura che faccio, non una domanda.

La domanda che rivolgo all'ANMDO invece, cercando di non ripetere i quesiti posti dai miei colleghi — alle valutazioni dei quali peraltro in parte mi associo — è di duplice natura. Poichè il progetto di legge sul Piano sanitario nazionale, che è stato depositato presso questo ramo del Parlamento, e leggi finora inapplicate ci porteranno a discutere

su due temi fondamentali, dipartimento e distretto, sarebbe opportuno che l'ANMDO collaborasse esprimendo la propria opinione in materia. È chiaro che lavorando all'interno delle strutture ospedaliere, alla luce anche della vostra esperienza, potreste offrire dei modelli, dare delle sottolineature estremamente utili alla Commissione per l'avvenire. Per il dipartimento nasce un importante dilemma: dipartimento *intra*ospedaliero o dipartimento ospedaliero-territoriale? Ci è stato promesso anche dall'organizzazione sindacale dei primari ospedalieri un modello di dipartimento misto, a libera circolazione (entro certi limiti) *intra* o *extra*ospedaliera, sia pure con le sue regole, i suoi tempi, e così via. Si tratterebbe, quindi, di approfondire questo rapporto.

Un'altra questione molto importante riguarda la dimensione degli ospedali. Abbiamo una miriade di ospedali di piccole dimensioni; a mio parere questi vanno tutti trasformati, per trovare una diversa collocazione. L'efficienza, l'equilibrio ottimale tra servizi e letti a disposizione, secondo i dati di cui siete in possesso, a quale livello si verifica? Ritengo che la fascia migliore sia tra trecento e novecento letti, perchè a livelli inferiori o superiori subentrano difficoltà di varia natura a meno che non esistano particolari esigenze (ad esempio policlinici universitari).

La terza questione, anche al di fuori dell'ipotesi del dipartimento *intra*ospedaliero, riguarda la dimensione della divisione. Avete detto che in fondo il decreto del Presidente della Repubblica n. 128 del 1969 non va smontato completamente; si tratterebbe di ridimensionare le divisioni, le sezioni, di privilegiare entro certi limiti i servizi specialistici con letti. Tale decreto fissava la dimensione delle divisioni per le medicine e chirurgie generali e per la specialità in maniera diversa, anche se basata unicamente sulla teoria, mancando allora la verifica sperimentale. Vi invito quindi formalmente, in base alla esperienza di questi anni, a realizzare voi stessi uno studio per offrirci poi delle utili indicazioni.

Per quanto riguarda gli indici di efficienza

più utili per stabilire il funzionamento di un ospedale, prendere per base l'occupazione al 50 per cento dei letti mi sembra un indice del valore «scientifico-pratico» piuttosto modesto. Forse è stato questo uno dei motivi per cui non abbiamo potuto considerare una trasformazione così radicale degli ospedali in termini di legge finanziaria per il 1984, perchè volevamo avere qualche elemento in più sul valore di questi indici ed una documentazione sulla realtà delle cose, che ancora ci manca.

Quali controlli sui reparti e sui servizi vengono esercitati oggi dal direttore sanitario (all'interno degli ospedali) o, comunque, dal dirigente del servizio ospedaliero delle USL? Non mi riferisco soltanto all'assenteismo, ma alla efficienza del lavoro del personale.

Vorrei conoscere inoltre la situazione dei servizi di base (vedi i laboratori), che sono a volte fattori limitanti dell'efficienza, in quanto allungano le degenze.

Infine, non siamo stati in grado finora di avere una mappa degli ospedali italiani Regione per Regione, nè di sapere la loro dimensione, il loro stato di efficienza, il personale che vi lavora; vi saremmo grati se ci forniste dei dati utili a comporre questo quadro.

La CUMI e l'AMFUP hanno poi sottolineato entrambe il problema dei comitati tecnici consultivi che, nonostante siano previsti dalla legge, non sono stati mai attivati. Vi invito, pertanto, a fare delle proposte circa le modalità di organizzazione di questi comitati, da responsabilizzare anche in sede di decisione per l'acquisto di nuove apparecchiature. Una volta il consiglio dei clinici al policlinico universitario e il consiglio sanitario negli ospedali avevano questa funzione; mi chiedo se una funzione di questo tipo non sia ancor più valida oggi, anche per valutare programmi terapeutici, di studio, di lavoro, che vanno sempre più specializzandosi con le nuove tecnologie.

Mi rendo conto che anche la mia è una serie nutrita di domande, ma vi pregherei in ogni caso di essere brevi, perchè ci sono altre due delegazioni che attendono, dando maga-

ri in questa sede delle risposte-*flash* e successivamente facendoci pervenire delle più ampie memorie scritte.

*NERI.* Darò solo qualche risposta-*flash*, perchè le domande sono state numerose e richiederebbero ovviamente molto tempo.

Vorrei presentare meglio la nostra associazione, perchè cortesemente il senatore Imbriaco ha ricordato il contributo che dà alla popolazione. Siamo tutti medici a tempo pieno; siamo dirigenti ma anche vice direttori sanitari ed ispettori sanitari. La nostra categoria in questi anni è stata letteralmente falciata e si trova in grave carenza di copertura dei posti in organico, sia per le difficoltà in cui si è trovata ad operare, sia per la sproporzione di questa difficoltà, di questo impegno di responsabilità e la gratificazione professionale (non solo economica), la cui inadeguatezza ha mortificato spesso chi vi era impegnato, provocando una vera e propria defezione della nostra carriera.

Inizio con il rispondere al senatore Alberti, le cui argomentazioni sono state riprese anche da altri. La nostra associazione — lo dico in particolar modo al senatore Imbriaco, che accennava a qualche perplessità — è stata sempre tra quelle che hanno contribuito non solo alla formazione della riforma sanitaria, ma anche al suo avvio. Essendo tra quelli più intenzionati a non stravolgere la riforma, ci siamo impegnati per cercare delle valide soluzioni che non fossero dei «pannicelli caldi».

Io non credo che si risolvano i problemi della crisi della sanità con dei pannicelli caldi; bisogna avere anche il coraggio di prendere provvedimenti che possono sembrare stravolgenti, ma che poi in realtà non lo sono.

Parlavamo della confusione dei ruoli tra la politica e la gestione tecnica, ebbene non c'è dubbio che essa esista e mi pare che sia stata segnalata e riconosciuta da tutti come una delle cause delle disfunzioni in quanto non vi è più responsabilizzazione. Il primo dovere, infatti, di una amministrazione è quello di inchiodare i propri dipendenti alle loro responsabilità; oggi, invece, noi tecnici non siamo più responsabilizzati perchè nessuno ci chiede conto del nostro operato, nè

potrebbe farlo perchè non c'è lasciata più neanche la libertà di operare.

Pertanto, siamo del parere che una delle cause della crisi risieda proprio nell'equivoco del comitato di gestione che non è un organo di amministrazione, ma di gestione tecnico-politica, il che è già un elemento che produce confusione. Esso, invece, dovrebbe essere solo un organo di amministrazione che dà gli indirizzi, distribuisce le risorse e stabilisce come devono essere impiegate; vi sono poi i tecnici, all'uopo delegati, che devono rispondere del loro operato. Pertanto, vi debbono essere controlli, non ingerenze nell'applicazione. Questo era il significato della nostra proposta che mira quindi non a stravolgere la riforma, bensì a trovare una formula che consenta di ottenere una maggiore funzionalità.

*ALBERTI.* Sin qui siamo d'accordo, ma perchè per rispondere a questi obiettivi bisogna inventarsi un altro strumento?

*NERI.* Noi partiamo anche da un'altra considerazione e cioè che è stata enfatizzata troppo, e credo anche in modo non corretto, la necessità dell'integrazione dei vari servizi, mentre non è stato tenuto presente che esistono delle esigenze organizzative che non possono essere trascurate. Gli ospedali sono dei meccanismi molto delicati che hanno delle esigenze di unitarietà di organizzazione che, come abbiamo visto chiaramente dall'esperienza di questi anni, se vengono trascurate, provocano il crollo dell'ospedale. È vero che i vecchi consigli di amministrazione non funzionavano tanto bene da doverli rimpiangere, però non vi è dubbio che a quel tempo gli ospedali funzionavano meglio. Pertanto, dobbiamo trovare delle formule che consentano un più ordinato funzionamento degli ospedali, tenendo conto delle esigenze organizzative che essi hanno, e considerando che l'integrazione dei servizi non la si ottiene solamente con l'amministrazione unica, l'importante è che vi sia la destinazione dei bilanci. Una volta che le risorse sono state decise in sede di riferimento — che può essere regionale, provinciale, o al limite comunale — dobbiamo far sì che l'amministra-

zione sia messa in grado di operare nel modo più agile possibile. L'integrazione dell'ospedale, infatti, con i servizi sanitari di base e gli altri servizi la si ottiene in altri modi, ad esempio, facendo sì che il medico di famiglia frequenti l'ospedale, realizzando l'assistenza ospedaliera domiciliare, mandando l'assistenza specialistica a domicilio, operando — come del resto il CUMI ha sostenuto — un'integrazione della guardia medica con le guardie dei dipartimenti d'emergenza degli ospedali.

Queste sono le integrazioni dei servizi, ma per ottenerle non è affatto indispensabile avere un unico consiglio di amministrazione. Pertanto, ci tenevo a stabilire che non vogliamo stravolgere la riforma, bensì abbiamo solo suggerito delle formule che consentano una maggiore chiarezza.

Il direttore sanitario, ad esempio, si è venuto a trovare molto male in questa confusione di ruoli perchè non ha più quella libertà di decisione, anche nel campo tecnico suo specifico, che fino ad oggi aveva sempre avuto. Il magistrato poi, però, l'ha individuato come soggetto responsabile, ma, in effetti, oggi il direttore sanitario non può più ritenersi completamente tale, se non si fa chiarezza in questi rapporti.

Circa i concorsi, volevamo dire che il loro snellimento richiede che vengano affidati alle USL e tolti alle Regioni perchè riteniamo che il meccanismo previsto dalla nuova normativa sia di tale e difficile, complicata attuazione da non consentirne il regolare svolgimento. Anche noi siamo del parere che la sanatoria sia indispensabile, ma non riteniamo opportuno che sia estesa anche ai gradi apicali perchè siamo dell'opinione che vi debba essere pure una minima verifica. Ovviamente, siamo convinti che la sanatoria non possa ignorare la necessità che, oltre a sistemare quelli che hanno una certa anzianità, vengano anche garantiti i concorsi a tutti quelli che non fruiscono della sanatoria; cioè, deve essere prevista una formula anche transitoria di concorsi, in modo che pure questi, entro sei mesi almeno, abbiano la possibilità di sistemare la loro posizione con il concorso pubblico o riservato, o comunque sia.

Per quanto riguarda lo scorporo degli ospedali, esso dovrà essere fatto non solo, ma prevalentemente per quelli clinicizzati. Nella grande area metropolitana, infatti, gestire tutto non si può, suddividere in USL — secondo noi — è un inconveniente molto grave proprio perchè va a frantumare i servizi fondamentali che hanno invece necessità di unitarietà — l'igiene pubblica per la profilassi, tanto per fare un esempio, varca addirittura i confini comunali — ed allora, se prioritario è mantenere questa unità, ci sembra molto meglio affidare ad una unica USL nel Comune tutti i servizi, mentre per gli ospedali che hanno queste caratteristiche trovare una forma di gestione autonoma, ma non svincolata da essi. Noi riteniamo che il vero punto fondamentale della riforma sia quello dell'attuazione dei distretti; il decentramento, la territorializzazione vanno intesi e riferiti ai distretti, all'assistenza di base, mentre è meno importante la territorializzazione degli ospedali.

Permangono, invece, le nostre perplessità sul dipartimento anche perchè ci sembra che l'esperienza purtroppo sia stata negativa. La nostra diagnosi è che non è possibile realizzare il dipartimento se prima non si crea la mentalità degli operatori. In sostanza cioè, dobbiamo sperimentare delle forme diverse di lavoro dei medici in *équipe* perchè questo è fondamentale, altrimenti istituiamo i dipartimenti, ma rimangono i compartimenti stagni.

Pertanto, la nostra proposta di dare degli indirizzi sulla struttura dell'ospedale era riferita anche a questo. Infatti, se creiamo delle unità snelle nell'ospedale, senza l'obbligo dei trenta o cinquanta letti, è più facile che poi si trovino le integrazioni per fare i dipartimenti. Quindi, abbiamo solo perplessità sulla loro attuazione e riteniamo che si debba sperimentare e porre le basi per poterli poi attuare.

Circa il collegamento dei dipartimenti con l'esterno, siamo del parere che esso debba sicuramente essere realizzato sull'emergenza, mentre sul resto procederemmo con molta cautela perchè — come dicevo prima — l'ospedale è un meccanismo molto delicato

che richiede anche una certa unitarietà di organizzazione che non può essere ignorata.

Circa il problema del volontariato dei medici, direi che innanzitutto bisogna risolvere il problema della frequenza degli stessi. A Torino, ad esempio, per poter far frequentare i medici, richiediamo che facciano l'assicurazione privata perchè altrimenti vengono emesse delle sentenze che dicono che, se noi direttori sanitari li facciamo frequentare, siamo poi responsabili di quello che capita. Noi abbiamo trovato questa scappatoia, ma il problema non è risolto e bisogna consentire, a chi vuol farlo, di approfondire.

Certamente — come diceva il presidente Bompiani — bisogna realizzare tutta la catena della formazione e a questo proposito diciamo anche che il medico di base non dovrebbe potersi iscrivere agli elenchi se non ha un tirocinio; ecco che allora si può inserire la formazione sin dall'inizio. Avrei molte altre cose da aggiungere sull'argomento, ma data la ristrettezza del tempo a disposizione, non mi soffermo oltre. Non so se ho risposto a tutte le domande sull'unitarietà dell'intervento. Vorrei ribadire che si può avere lo stesso un intervento unitario purchè ci sia l'integrazione funzionale, che è più importante di quelle integrazioni che oggi di fatto non avvengono.

Per quanto riguarda le scuole di specializzazione, confermo la proposta di inserire la frequenza degli specializzandi nel servizio ospedaliero i quali dovranno frequentare a tempo pieno ed essere retribuiti, con una programmazione che consenta le rotazioni.

Per i vertici, per i responsabili dei servizi, per i componenti degli uffici di direzione delle unità sanitarie locali, siamo a favore di contratti a termine o quanto meno di affidamento di funzioni temporanee con la dimostrazione della capacità di saper far fronte a certi problemi.

CANDIA. Vorrei innanzitutto rispondere al senatore Imbriaco che faceva osservazioni su quanto era stato sinteticamente esposto a proposito dei policlinici universitari. Desidero ringraziarlo per il riconoscimento del contributo che la nostra associazione ha sempre cercato di dare negli ultimi quindici, venti

anni, a quel travagliato processo di riforma che si è avuto in Italia nel campo della sanità. Infatti, in questi ultimi anni abbiamo annoverato due grosse riforme: la riforma ospedaliera del 1968 e la riforma sanitaria del 1978, e direi che i due fatti non possono essere visti come contrapposti. Il nostro contributo è stato certamente appassionato per la riforma sanitaria come pure per quella ospedaliera.

Bisogna riconoscere che la riforma sanitaria ha rappresentato un compromesso tra concezioni, indubbiamente in perfetta lealtà e buona fede, radicate ma che non sempre erano coincidenti. Ad esempio, certi principi portati avanti da alcuni sostenitori della riforma sanitaria, come coloro i quali insistevano nel criticare la posizione egemone dell'ospedale nella sanità pubblica e nel vedere in questa posizione l'origine di tutti i mali, ovviamente non ci trovano d'accordo come pure eravamo estremamente critici sulla posizione che l'ospedale avrebbe conseguito nella nuova strutturazione unitaria, territoriale. Non è che negassimo *a priori* che in molti casi gli ospedali dovessero confluire nelle unità sanitarie locali ma era ancora da accertare che questo dovesse avvenire a livello di tutte le strutture ospedaliere. Probabilmente, l'applicazione strettamente e rigidamente unitaria della concezione riformistica ha portato a certe conseguenze, almeno secondo il nostro parere, per quanto riguarda l'attuale situazione ospedaliera in Italia. Gli ospedali di grandi dimensioni che hanno una funzione multizonale, sovraterritoriale, non possono sempre essere costretti nell'unica amministrazione delle unità sanitarie locali senza che questo si traduca inevitabilmente nella limitazione delle loro funzioni. Questo, secondo il nostro parere, è un aspetto particolare della riforma che meriterebbe oggi di essere sottoposto a revisione.

È stato sottolineato, a proposito della funzione dei policlinici universitari, che le facoltà di medicina hanno abdicato ai loro compiti formativi, inserendosi in una sorta di concorrenzialità assistenziale nei confronti degli ospedali pubblici. Vorrei far presente che il mio intervento non era volto ad ottenere, richiedere finanziamenti o ampliamenti delle

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

25° RESOCONTO STEN. (10 aprile 1984)

funzioni dei policlinici o cliniche universitarie; era volto a sottolineare il ruolo che svolgono nella compagine al fine del raggiungimento degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale. Infatti, ritengo che tra i compiti dell'assistenza, della didattica e della ricerca, non esista una separazione: non è possibile fare didattica e ricerca se contemporaneamente non si svolge una funzione assistenziale e questa è commisurata alla quantità dell'impegno didattico che la facoltà di medicina si assume. La funzione del policlinico universitario è di consentire nella maniera più armoniosa possibile lo svolgimento delle tre funzioni nella stessa sede agli stessi medici, con il compito di svolgere didattica, ricerca e assistenza senza separazione.

Mi è stato chiesto quale media di posti-letto è indispensabile per la formazione di uno studente di medicina: secondo *standards* internazionali è di quattro posti-letto per ogni studente.

IMBRIACO. Quanti studenti hanno visto un malato prima di terminare gli studi pur vivendo in una Università?

CANDIA. Non c'è la volontà da parte delle facoltà di medicina di invadere il campo dell'assistenza che per definizione è riservato ad altri organismi; c'è soltanto la necessità di poter disporre di quel necessario *tabulum* dimostrativo, indispensabile per la formazione permanente degli stessi medici universitari che esercitano nei policlinici. Certamente i richiami fatti al tempo pieno non ci spaventano affatto ma ci vedono in prima linea nell'affermare una unicità di dedizione a questo compito.

È stato chiesto come si vedrebbe il collegamento della specializzazione con la frequenza *post* laurea degli ospedali in genere. Riteniamo che le specializzazioni si debbano effettuare oltre che nelle Università, nelle facoltà che non sempre danno la possibilità di assicurare una piena formazione ed anche nelle corsie ospedaliere; gli ospedali sono d'altra parte, almeno ritengo che dovrebbero esserlo, disponibili ad utilizzare la frequenza degli specializzandi in una sorta di apprendi-

stato che consenta ai giovani medici di apprendere ma anche agli ospedali di poter utilizzare la loro opera.

In un certo senso vediamo risorgere le antiche concezioni della legge Petragrani che stabiliva una temporaneità di funzioni per l'assistente che nell'ospedale trovava la sua palestra formativa e che al termine di due anni, o al massimo di quattro, aveva potuto svolgere un'attività di apprendimento in qualche modo compensata. Qualcosa del genere può ripensarsi oggi a proposito dell'utilizzazione degli specializzandi negli ospedali. A questo proposito vorrei allacciarmi a quanto accennato riguardo la possibilità della temporaneità della funzione dirigenziale nelle strutture del Servizio sanitario nazionale. Non credo che qualcuno potrebbe scandalizzarsi di un provvedimento di questo genere, vorremmo soltanto che fosse limitato al Servizio sanitario nazionale, ma altrettanto si richiedesse a livello di altri settori della pubblica funzione nei quali, credo, il livello dirigenziale meriterebbe un controllo e una verifica periodica.

PRESIDENTE. Do la parola al professor Piersanti pregandolo di voler rispondere alle domande fin qui esposte.

PIERSANTI. Vorrei rispondere al senatore Alberti che ha chiesto chiarimenti sulla nostra posizione sui problemi della lottizzazione dei comitati di gestione e sulla professionalità dei loro membri. Credo che il problema della lottizzazione sia molto serio e possa essere visto anche in modo mistificato, come contrapposizione pura e semplice tra politici e tecnici. Non credo sia questo il discorso; personalmente sono convinto che la direzione della politica sanitaria spetti a coloro che si occupano di politica: si può essere un ottimo primario chirurgo e un pessimo dirigente di USL. Il problema reale è quello della identificazione avvenuta tra direzione politica e lottizzazione da parte dei partiti, con criteri che non tengono conto della capacità di direzione delle strutture sanitarie delle unità sanitarie locali stesse. Si è verificato, a livello di USL, un classico processo di occupazione dello Stato da parte dei partiti,

occupazione peraltro più volte denunciata, che ha portato ad una divisione proporzionale e meccanica dei posti, spesso basata su criteri che non hanno niente a che fare con le concrete capacità di gestione della politica sanitaria. Tutto ciò ha creato grossi problemi, che consistono anzitutto nel conferimento delle responsabilità della direzione politica al personale dell'apparato burocratico a livello medio-basso dei partiti, che si è dimostrato incapace di far lavorare le USL. Il tutto ha costituito un grosso contributo alla campagna controriformista. Chi vive questi problemi sa che sono di una estrema gravità; la mancanza di professionalità e la lottizzazione da una parte, la fragilità degli apparati burocratici dall'altra fanno sì che, ad esempio, per acquistare un microscopio si perde un anno in molte USL. Alcune commissioni di acquisto, ad esempio, sono assolutamente prive di personale in grado di conoscere gli strumenti. Io sono primario di laboratorio ed anche per me può essere estremamente difficile riuscire a capire cosa tecnologicamente sia utile o meno: non saprei dire niente, per esempio, degli apparecchi di radiologia.

La prima proposta concreta può essere quella di restituire ai Comuni (che hanno i compiti di direzione di politica sanitaria) le funzioni di determinare le linee generali della politica sanitaria. La seconda, quella di snellire fortemente i comitati di gestione riducendo drasticamente il numero dei loro membri e controllandone la professionalità, che consiste nella capacità di gestire le strutture sanitarie e tradurre in concreto le linee generali della riforma sanitaria che il Parlamento ha approvato.

Noi terremo il nostro prossimo congresso sulla base di una parola d'ordine provocatoria: «La nostra riforma della riforma: tempo pieno e professionalità nelle strutture sanitarie». Questo per dire che a nostro avviso non c'è bisogno di riforma della riforma, ma c'è bisogno di applicare misure già presenti nella riforma. Crediamo, infatti, che nella riforma sanitaria la degenerazione dei comitati di gestione non era prevista; leggendola attentamente non vi è niente in essa che ricordi ciò che in concreto è avvenuto. È quindi

possibile modificare la prassi degenerata, ed è necessario farlo rapidamente perchè più si va avanti in questa direzione e più forte si fa la propaganda di coloro che approfittano del cattivo funzionamento dei comitati di gestione per porre in discussione i principi di fondo della riforma che sono, invece, a nostro avviso, profondamente innovativi, concreti e da difendere. Da questo punto di vista l'introduzione del dipartimento come struttura non soltanto ospedaliera, capace di collegare ospedale e territorio, di occuparsi di argomenti determinati e di assumersi responsabilità tecniche, è un fatto che può costituire la chiave di soluzione di molti problemi. Prendiamo ad esempio il dipartimento di oncologia: questo dipartimento viene costruito per risolvere problemi concreti, i problemi della prevenzione, della diagnosi precoce, delle visite di massa dei malati di tumore e poi i problemi della diagnosi degli stati successivi, degli interventi, della terapia, degli stati terminali. Tutti questi vari momenti di intervento sono collegati tra loro. A questo dipartimento si può attribuire un determinato *budget*, e lo si può responsabilizzare perchè, nell'ambito di alcune linee generali, utilizzi correttamente le somme date e ne risponda anche in termini di parametri di efficienza che — sono d'accordo con il Presidente — è difficile, ma non impossibile individuare, sulla base degli esami effettuati, delle diagnosi precoci, della diminuzione della mortalità in quel particolare settore, e così via.

Altra domanda, posta dal senatore Alberti, chiedeva quale collaborazione è possibile tra medicina pubblica e medicina convenzionata. Credo che questa collaborazione debba essere quotidiana e voglio precisare poi che per medici convenzionati intendo quelli del territorio e non mi riferisco alle convenzioni esterne che, secondo me, dovrebbero essere fortemente ridotte fino alla loro eliminazione laddove non servono.

Questa collaborazione dovrebbe essere organizzata in modo che nasca dal rapporto delle due esperienze un nuovo rapporto che non vogliamo egemonico o, per così dire, imperialista da parte dei medici ospedalieri,



ma improntato ad uno scambio di esperienze, perchè il medico del territorio può essere portatore di conoscenze utili per il medico ospedaliero e per il medico che opera in strutture più complesse. Costruire un'assistenza dignitosa in una medicina che cambia continuamente costituisce un grande impegno. Grande deve essere l'impegno anche per raggiungere un altro fine: perchè il medico che per qualche motivo ha dovuto fare, ad esempio, la scelta del convenzionamento, possa essere, se capace, recuperato, attraverso meccanismi concorsuali o di altro tipo, alla carriera del dipendente, perchè non restino irreversibilmente separate tra loro le due carriere. Rigidamente separati invece devono restare i due rapporti di lavoro, perchè il medico ospedaliero e convenzionato allo stesso tempo, nei giorni in cui è di guardia o non risponde alla richiesta del malato degente, o non risponde alla richiesta del malato del territorio, comunque commette un illecito.

La riunificazione è possibile solo attraverso il lavoro di gruppo.

È difficile rispondere al senatore Rossi per quanto riguarda l'assemblea generale. Probabilmente se i Comuni si assumessero alcune responsabilità di politica sanitaria, laddove il Comune si identifica con l'USL o laddove ne comprende più di una, l'assemblea sarebbe un doppiopone inutile. Persiste la necessità dell'assemblea nei casi in cui più Comuni concorrono a costruire l'USL, perchè in tal modo si impedisce lo spezzettamento dei problemi di programmazione sanitaria e si trova un luogo comune di discussione. Ma anche in questo caso sarebbe indispensabile stabilire compiti precisi e differenziati per i diversi livelli perchè oggi, ad esempio a Roma, le risoluzioni vengono dapprima prese dalle USL, poi vengono esaminate dal comitato di controllo e in seguito dall'assemblea generale delle USL del Comune di Roma; questa, tuttavia, è diventata un luogo dove non si discute alcun problema, perchè tra i grandi e molteplici problemi che vengono posti non si riesce a distinguere quelli che veramente meriterebbero di essere discussi.

Credo che la senatrice Rossanda sia d'ac-

cordo con la nostra proposta di passare progressivamente da una carriera gerarchica, che dura per tutta la vita, ad assunzioni di responsabilità a termine, partendo in modo prudente, ad esempio, dai coordinatori dei dipartimenti. Credo che questa sarebbe una acquisizione importante per la medicina moderna. Non c'è niente di male se nel corso della propria carriera si è talvolta coordinatori e talvolta no, si può lavorare bene anche se non si è coordinatori: infatti, molti premi Nobel non avevano posizioni particolari all'interno dei loro istituti; si può decidere, nel corso della propria carriera, di occuparsi in determinati momenti di problemi organizzativi e in altri momenti di problemi di assistenza o di ricerca. Quello che conta è che vi sia una verifica continua, e quindi una diminuzione delle proprie responsabilità nel momento in cui ci si dimostra incapaci.

Sulla prescrizione farmaceutica la senatrice Rossanda ci chiedeva quali formule adottare. Personalmente ho meno esperienza di altri colleghi in questo campo. Ho però esperienza di settori analoghi, come quello che riguarda i protocolli degli esami di laboratorio che non devono essere imposti in modo autoritario, ma concordati a livello periferico tra specialisti e medici del territorio. Anche questo, a mio avviso, è un argomento di grande importanza. La nostra esperienza ci dice che ci troviamo oggi di fronte ad una grande richiesta di cultura, in modo particolare da parte dei giovani medici. Tutti i tentativi di rispondere a questa richiesta sono stati accolti molto favorevolmente. La verifica quotidiana ci ha dimostrato che possiamo avere fiducia in un discorso aperto con il medico del territorio perchè ci permette di giungere a conclusioni unitarie sui protocolli farmaceutici o su quelli riguardanti gli esami di laboratorio. Noi, ad esempio, abbiamo eliminato una serie di esami di laboratorio ormai inutili; siamo giunti a questo anche attraverso riunioni periodiche con i medici del territorio, che ci hanno permesso di capire quali erano le esigenze e quale la via più giusta per soddisfarle. Riteniamo questa una via molto utile, perchè permette di evitare una marea di prescrizioni di esami

di laboratorio e fa parte di quell'aggiornamento continuo che deve essere fatto a livello di USL.

Il discorso di limitare o chiudere l'afflusso degli studenti alla facoltà di medicina è sicuramente di grande rilievo, in quanto la popolazione non può avere necessità di un numero infinito di medici. Tuttavia, il problema è più complesso e difficile di quanto appare, anche perchè non è stato ancora risolto il nodo dei meccanismi di selezione attraverso i quali giungere a risultati concreti. Abbiamo l'esperienza dei paesi dell'Europa orientale, dove vi è una selezione molto severa, che si attua attraverso esami prima di accedere alla facoltà di medicina. Devo dire che non ritengo positiva tale esperienza, perchè a livello di quei meccanismi concorsuali, attraverso i quali si decide se un cittadino diventerà o meno studente di medicina, si esercitano pressioni tali e di tutti i tipi che finiscono per distorcere il significato stesso dell'esame. D'altra parte è anche possibile che un cittadino possa fallire un concorso, e tuttavia essere potenzialmente un ottimo medico. Credo che il discorso più giusto da fare sia quello di mettere a disposizione degli studenti una facoltà reale, che utilizzi correttamente le strutture del Servizio sanitario nazionale, che prepari adeguatamente gli studenti, e solo nel momento in cui questa funzionerà — non come oggi — si potranno inserire processi di selezione anche severi, che non si basino soltanto su un esame, ma sul controllo del giovane studente per un certo periodo di tempo, nel corso del quale si potrà stabilire se ha o non ha l'attitudine per diventare un medico.

Per quanto riguarda i comitati di consulenza credo che questi vadano attivati; è tuttavia necessario far attenzione a non commettere un errore che potrebbe essere grave, quello di far nominare questi comitati dai sindacati medici. Sarebbe un errore, perchè una cosa è il sindacato, che ha determinati compiti, e altra cosa è la consulenza tecnico-scientifica. Se noi confondiamo le due cose andiamo incontro a una situazione non chiara. Identificare i meccanismi attraverso i quali costruire questi comitati è quindi un discorso ancora aperto. Sono tuttavia convin-

to, e lo ripeto, che debbano essere escluse rappresentanze designate dai sindacati medici.

*MACALUSO.* Cercherò di essere breve. Risponderò solo ad alcuni quesiti, mentre per gli altri mi riserverò di inviarvi il materiale scritto.

Quello dell'associazionismo medico — cui aveva accennato la senatrice Rossanda — è un tema di grandissima attualità. Noi abbiamo una proposta ben precisa, che invierò in dettaglio, che consiste nella trasformazione dell'associazionismo, come attualmente è, in medicina di gruppo. Questo perchè con il sistema attuale non viene rispettata la legge dello Stato, la legge n. 833, in quanto non viene rispettato il numero ottimale. Ad esempio, nella regione Lombardia assistiamo al fenomeno che medici massimalisti associano giovani medici, i quali dopo tre anni di assunzione possono optare se entrare o meno nella convenzione, saltando quindi quello che è previsto dalla legge dello Stato. Un altro motivo per cui il sistema attuale non ci sembra idoneo è il fatto che è il medico massimalista a scegliere e non esiste alcun criterio che dia la possibilità di fare un controllo diretto nè da parte di chi viene associato nè da parte della struttura pubblica. Inoltre, si prevede che questo tipo di scelta si prolunghi all'infinito, in quanto questi giovani medici, il più delle volte, diventano facile preda dei massimalisti, nel senso che non vengono retribuiti in modo stabile nè onesto, vengono associati con un vincolo e senza nessun controllo.

L'altro punto che mi premeva sottolineare si ricollega a quanto ha affermato il senatore Rossi. Forse non mi sono spiegato bene perchè anch'io sono d'accordo all'eliminazione del precariato. Vi è da dire che se identifichiamo gli specializzandi come precari ne abbiamo 47.000; se identifichiamo i medici ospedalieri come precari — da cinque anni non viene svolto un concorso — ne abbiamo 12.000; se parliamo dei medici dei servizi, con 30 ore o meno, ne abbiamo altri 4.000; se infine ci riferiamo ai medici di guardia (come ruolo inventato a uso e beneficio di qualcuno), ne abbiamo altri 14.000.

Noi non vogliamo inventare o creare altre forme di precariato, diciamo semplicemente che è necessario eliminare queste forme di precariato.

È giustissimo quello che affermava il presidente Bompiani, ossia che non è possibile procedere se non si razionalizza il sistema e se non si recuperano i posti che sono necessari per il funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Questi medici lavorano come precari da anni ed è necessario inserirli in ruolo; solo operando in questo modo si potranno risolvere i problemi.

Visti i tempi brevi mi fermo qui, anche se per rispondere a tutte le domande che mi sono state rivolte invierò senz'altro dei documenti scritti.

**PRESIDENTE.** Vi ringrazio per il contributo dato alla nostra indagine e dichiaro conclusa l'audizione.

*Il professor Walter Neri, il dottor Luigi Candia, il dottor Felice Piersanti, il dottor Enzo Cirrincione, il dottor Roberto Capuzzo, il dottor Antonio Lupo, il dottor Carlo Macaluso, il dottor Giovanni Cannavò e la dottoressa Chiara Carboncini vengono congedati.*

*Vengono quindi introdotti il dottor Eduardo Lamberti Castronovo, il dottor Carlo Tanucci, il dottor Giovanni Todini, il dottor Carlo Caprettini, il dottor Emanuele Rampino e il dottor Vittorio Baccaro.*

#### **Audizione dei rappresentanti dell'Ordine nazionale dei biologi e del Consiglio nazionale dei chimici.**

**PRESIDENTE.** Passiamo ora all'audizione dei rappresentanti dell'Ordine nazionale dei biologi e del Consiglio nazionale dei chimici. Anzitutto mi devo scusare per il ritardo con cui procediamo a questa audizione, ma l'audizione precedente ci ha occupato più tempo del previsto.

Come probabilmente voi saprete la nostra indagine ha avuto inizio prima di Natale e noi vogliamo concluderla prima di Pasqua. Proprio per questo è necessario stringere i tempi per arrivare ad un documento conclusivo. Abbiamo ascoltato molte componenti

del settore sanitario e abbiamo ritenuto che non fosse possibile non ascoltare anche quelle componenti non strettamente mediche — cioè non laureate in medicina — che sono però parte importante ed integrante del Sistema sanitario nazionale. Proprio per questo abbiamo deciso di ascoltare i rappresentanti dei biologi e dei chimici; successivamente ascolteremo anche i rappresentanti degli ingegneri e quelli di altre categorie professionali.

Vi abbiamo inviato i quesiti riferiti alla nostra indagine; in questa sede vi chiediamo di rispondere a quei quesiti con la massima sincerità, in maniera particolare perchè vogliamo conoscere la posizione dei biologi e dei chimici nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Ci farà molto piacere anche ricevere documenti scritti contenenti le vostre proposte in materia. Ciascuna delegazione ha del tempo per l'esposizione, dopo di che i singoli senatori potranno rivolgere alle delegazioni stesse alcune domande.

**TANUCCI.** Sono Carlo Tanucci dell'Ordine nazionale dei biologi. A nome dell'Ordine ringrazio il Presidente ed i membri della Commissione che sono stati così gentili e sensibili da invitarci per ascoltare la nostra opinione. Purtroppo abbiamo ricevuto il vostro invito soltanto sabato; il vostro dossier di domande è molto nutrito e noi abbiamo avuto poco tempo a disposizione per esaminare tutti i punti in esso contenuti. Siamo qui presenti oggi per tentare di rispondere alle vostre domande e per non offendere la vostra sensibilità. Comunque ci riserviamo di inviare successivamente, dopo aver interessato il Consiglio nazionale dell'Ordine, la nostra più puntuale documentazione.

Ho avuto già occasione di parlare davanti a questa spettabile Assemblea che legifera e si preoccupa della problematica della riforma sanitaria. Purtroppo, da più parti, si sostiene che la riforma è fallita e che non sono funzionanti le varie componenti assistenziali. Ad esempio l'utenza sente questo problema e si rivolge a noi per una soluzione. Noi ci troviamo ad essere un cuscinetto tra la parte legislativa e la parte funzionale delle varie attività sanitarie.

Essere convocati dalla Commissione sanità del Senato per noi è stato un onore; purtroppo, però, come dicevo prima, non possiamo fornire una documentazione esauriente, e quindi esporrò per sommi capi la nostra posizione. Noi biologi siamo inseriti nel Sistema sanitario nazionale sia per la parte pubblica (per la carriera ospedaliera dove abbiamo la qualifica di assistente coadiutore e di direttore di servizio) sia per la parte del convenzionamento interno ed esterno. Il nostro lavoro è regolamentato con convenzioni e con disposizioni legislative.

Fino a questo momento abbiamo offerto la nostra collaborazione mettendo a disposizione il nostro patrimonio professionale oltre che — per coloro che sono convenzionati esterni — le strutture e le attrezzature tecniche, contribuendo (e forse la parte pubblica non sarà soddisfatta di ciò) alla messa in atto per molte categorie di cittadini dell'assistenza sanitaria.

Non possiamo trascurare il convenzionamento dato che la legge n. 833 prevede e riconosce la sua figura nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, che si compone di un settore pubblico e un settore convenzionato. Siamo sicuri quindi che all'atto della presentazione della nostra documentazione le nostre posizioni saranno armonizzate con le vostre considerazioni.

Diceva il ministro Degan, in occasione dell'ultimo rinnovo delle convenzioni, di omogeneizzare il servizio tra parte convenzionata e parte pubblica. Noi pensiamo che questa Commissione sarà ben disposta nel predisporre delle ottime leggi affinché possano sussistere in questo Servizio sanitario nazionale sia il «convenzionato» interno che quello esterno.

I biologi si occupano anche di biologia ambientale. La riforma sanitaria è nata anche per prevenire, ma ci risulta che poco è stato fatto in questo senso. Noi biologi abbiamo tutto il patrimonio culturale e professionale per prevenire le malattie: costa meno prevenire che curare una malattia. Quindi se si sviluppasse il sistema della prevenzione nel campo delle malattie infettive, dell'ecologia, della biologia ambientale, avremmo, ol-

tre che nuovi canali di lavoro per le giovani generazioni, anche un beneficio per tutta la società.

Si parla sempre di spesa: la legge cerca di contenere la spesa mediante l'imposizione di *tickets*; ma sarebbe opportuna la creazione di un libretto sanitario per ogni cittadino; lo si potrebbe istituire fin dalla nascita di ogni soggetto e registrarvi tutte le malattie genetiche, fino alle vaccinazioni. Anche nel campo della farmaceutica si potrebbero registrare i tipi di medicinali prelevati, cosicché si verrebbe a contenere la spesa. Questo è, ovviamente, un mio punto di vista personale.

Lascio ora dire agli altri colleghi qualche altra cosa, con la promessa di essere preciso nella documentazione che invierò.

**LAMBERTI CASTRONOVO.** Intanto porto il saluto del nostro presidente che per impegni assunti precedentemente non è potuto essere presente.

Questa sera mi sento di rappresentare, oltre che i biologi, anche i cittadini, perché prima di ogni cosa sono un cittadino. Quando venne fuori la riforma sanitaria ci si aspettava, come ci si aspetta tuttora, un miglioramento del servizio. Noi, come cittadini, e voi, come nostri rappresentanti al Senato, abbiamo come primo problema quello di dare una risposta alla esigenza di una assistenza sanitaria valida, con una spesa contenuta e che dia una tranquillità al cittadino stesso. Tranquillità che la riforma sanitaria voleva dare — e purtroppo non ha dato — sotto l'aspetto della prevenzione. Questo aspetto non è stato messo in evidenza, né tanto meno messo in pratica, nell'attuazione della riforma stessa. Al cittadino dobbiamo dare un servizio sanitario valido; lo abbiamo dato con questa riforma? Probabilmente nello spirito della legge sì: c'erano i presupposti; la pratica attuazione però non si è vista. Non si è vista per motivi evidenti e nel documento che avete stilato avete riconosciuto voi stessi i problemi che esistono: cioè l'enorme macchina messa in moto, le assemblee, i comitati di gestione, le unità sanitarie locali stesse, che purtroppo poco o male individuano i problemi che esistono nel nostro paese per quanto riguarda la sanità.

I problemi nostri, come categoria, sono piuttosto seri, perchè non abbiamo trovato sbocchi validi, mentre avremmo potuto apportare un valido contributo al sistema sanitario italiano. Negli ospedali, purtroppo, i biologi che lavorano sono pochi, sono scarsamente utilizzati, vuoi per il blocco delle assunzioni vuoi per tanti altri motivi. L'altro sbocco che abbiamo avuto è stato quello della medicina privata; sbocco che purtroppo ha portato ad un enorme aumento delle strutture private e convenzionate in Italia. Abbiamo avuto così un grosso numero di laboratori di analisi, in modo particolare, perchè è l'unico sbocco privato del biologo, che ha creato in qualche modo grossi problemi alle unità sanitarie locali che si sono trovate in presenza di un numero di strutture piuttosto cospicuo e forse maggiore del fabbisogno reale. Si è cercato in tutti i modi di arginare questo grosso numero di strutture private con una miriade di leggi e leggine susseguenti alla legge di riforma, come la famosa legge «dei tre giorni» che ha creato problemi piuttosto seri per quanto riguarda la sopravvivenza delle strutture stesse. Noi riteniamo che la struttura pubblica e quella privata possano benissimo coesistere in maniera tranquilla ed adeguata, laddove si facciano controlli seri ed accurati sull'attività dei privati, laddove si controllino le professionalità delle strutture private, al pari di quelle pubbliche. Del resto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 10 febbraio 1984, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 24 febbraio 1984 ha portato già abbastanza chiarezza nel settore, sia pure con aspetti che vanno rivisti. In ogni caso faremo pervenire uno studio adeguato perchè non è possibile affrontare un problema così complesso in due giorni. Noi possiamo — e senz'altro lo faremo adeguatamente — realizzare questo studio ascoltando un po' tutte le componenti della nostra categoria a livello regionale. Le domande che avete poste nel documento sono abbastanza chiare però sono anche difficili perchè, oltretutto, esulano talvolta dalle nostre competenze specifiche, come ad esempio quando si chiede quali sono i rapporti con le unità sanitarie locali, i pas-

saggi dei poteri, quali problemi questi rapporti hanno creato.

**PRESIDENTE.** Risponderete sulle parti nelle quali avete competenza specifica.

**LAMBERTI CASTRONOVO.** Certamente. Una delle domande è quella che riguarda i rapporti tra la struttura privata e quella pubblica.

Purtroppo la struttura privata è diventata in questo momento la barca di salvataggio della struttura pubblica; cioè si fa funzionare il privato nel momento in cui il pubblico non può funzionare. Ciò purtroppo crea limitazioni enormi nella programmazione di qualsiasi struttura, privata o pubblica che sia. Abbiamo bisogno di sapere qual è il nostro spazio per individuare quali sono i progetti che possiamo proporci per contribuire con il nostro apporto tecnico e professionale alla risoluzione dell'annoso problema della sanità italiana. Sono temi dunque che cercheremo di approfondire in maniera dettagliata.

**RAMPINO.** Il Consiglio nazionale dei chimici è ben lieto di portare un contributo alla Commissione sanità del Senato per quanto riguarda l'indagine conoscitiva in corso di svolgimento. Abbiamo preparato un promemoria, che ovviamente non può essere un documento del Consiglio nazionale, esteso appunto a quanto richiedeva l'oggetto dell'indagine conoscitiva. Ci proponiamo di inviare una risposta più dettagliata in merito. Il segretario Baccaro esporrà il promemoria e successivamente, per alcuni punti, ritornerò in merito a quanto illustrato.

**BACCARO.** A parere del Consiglio nazionale, in senso generale e sul piano istituzionale ed operativo, si costata che lo Stato, delegando agli enti locali l'applicazione della esecuzione delle leggi di riforma sanitaria, di fatto non può evitare la vanificazione della riforma medesima, quando contemporaneamente non prevede ulteriori ed efficaci controlli sugli enti locali medesimi. La mancanza di un Piano sanitario nazionale e la parzializzazione e la dislocazione in tempi diversi e

lontani fra loro di regolamentazione di compiti, funzioni e competenze di enti e personale, ha creato disarmonie, disfunzioni e confusioni nella realizzazione della riforma medesima.

A nostro avviso vanno scorporati dalle competenze delle USL i presidi multizonali di prevenzione nelle loro articolazioni di chimica ambientale, fisico-ambientale, biotossicologica, impiantistica ed antinfortunistica, più o meno operanti nelle poche Regioni ove esistono. Lo stesso dicasi per i grandi complessi ospedalieri che meglio opererebbero in condizioni diverse da quelle attuali.

È necessario, inoltre, che il Consiglio sanitario nazionale sia rivisto nella sua composizione e reso più rappresentativo, e quindi operativo. Di fatto i chimici non sono rappresentati, come categoria di esperti, in tale importante organismo.

A nostro parere è positiva la presenza di strutture organizzate ospedaliere convenzionate, ed amministrate da privati, per fare salvo il diritto di scelta dei presidi sanitari ai quali il cittadino può rivolgersi in alternativa alle strutture pubbliche.

Per quanto attiene alla esistenza di numerosi istituti di ricerca scientifica riconosciuti dal Ministero della sanità, è opportuno chiarire che il lavoro di questi istituti deve essere coordinato e la ricerca dai medesimi effettuata, deve essere finalizzata. In tal senso è anche opportuno che la figura del direttore scientifico non debba essere riferita alla sola figura professionale medica e che a tale prestigioso ruolo siano elevate persone in possesso di requisiti specifici stabiliti dal Ministero della sanità.

Per quanto attiene alle competenze di chimici nel servizio multizonale di prevenzione è necessario che i chimici degli *ex* laboratori di igiene e profilassi vedano rispettate le loro prerogative ben definite già dal regio decreto del 30 dicembre 1923, n. 2889, e codificate poi nel testo unico delle leggi sanitarie n. 1265 del 1934. La carriera dei chimici degli *ex* laboratori di igiene e profilassi, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 1° giugno 1979, n. 191, era perfettamente parificata a quella dei medici degli stessi laboratori; con l'applicazione della ri-

forma sanitaria nei servizi multizonali tuttavia, secondo il decreto del Presidente della Repubblica del 20 dicembre 1979, n. 761, pur essendo medici e chimici allo stesso livello per quanto attiene la parità di funzioni, si discriminavano i chimici che, con il decreto del Presidente della Repubblica 25 giugno 1983, n. 348, vedono i medici dello stesso servizio godere di particolari diritti quali la facoltà di esercitare la libera professione, non permessa ai chimici, nonché l'attribuzione di elevate indennità aggiuntive che portano i compensi dei medici dei medesimi laboratori multizonali e con le medesime funzioni a somme anche tre volte maggiori.

Ragioni di giustizia distributiva e di interesse collettivo impongono la parificazione dei compensi tra professionisti di pari livello e carriera e semmai l'esclusione dell'esercizio della professione in forma indipendente per i medici che, giustamente remunerati, non debbono sottrarre preziose energie alla collettività, come d'altronde è previsto dalla Costituzione (articolo 98).

Per quanto attiene alla parte finanziaria è opportuno che i servizi multizonali dispongano di una gestione separata nel bilancio delle USL nella quale sono inseriti. Infatti si verifica che in quelle USL, dove gli *ex* laboratori di igiene e profilassi sono confluiti come servizio multizonale, le esigenze di bilancio di gestione sono passate in secondo ordine davanti a quelle più pressanti di altri organismi sanitari quali per esempio gli ospedali. Ne è derivato un costante degrado delle strutture operative degli *ex*-laboratori provinciali ormai ridotti ad utilizzare apparecchiature già superate ed a privarsi di tutti i servizi di aggiornamento professionale, quali libri, riviste, eccetera. Tale degrado è sotto gli occhi di tutti gli utenti degli *ex* laboratori di igiene e profilassi, cioè di tutti i cittadini.

Altrettanto discriminata è, rispetto a quella medica, la figura del chimico nei laboratori di analisi chimico-cliniche delle strutture pubbliche. Al medico vengono riconosciuti emolumenti e benefici che vengono invece negati al chimico di pari grado e pari funzione nel medesimo ruolo: emolumenti anche tripli di quelli del collega chimico, benefici

quali la libertà di esercizio della professione in forma indipendente ed incentivi che al chimico sono negati.

I chimici, nell'ambito della riforma sanitaria, non chiedono privilegi ed esclusive. Essi chiedono, nell'ambito delle proprie competenze, soprattutto dignità professionale e sviluppi di carriera uguali a quelli di altri professionisti che svolgano il medesimo lavoro al medesimo livello scientifico nella medesima struttura.

Essi si sentono da sempre al servizio della collettività e, pur rivendicando quanto avanti esposto, considerano essenziale per il buon funzionamento della riforma medesima la cessazione di assurdi privilegi non giustificati in un moderno Stato di diritto.

Oltre alla riorganizzazione delle strutture dei servizi multizonali non può essere sottaciuto il fatto che molti compiti del medesimo vengano attribuiti ai cosiddetti servizi di medicina del lavoro, creando degli assurdi conflitti di competenza anche all'interno delle medesime strutture pubbliche.

È inoltre inconcepibile che tutte le strutture precedentemente citate svolgano attività professionale per conto terzi quando esse sono finalizzate al pubblico interesse, senza ledere il diritto al lavoro dei professionisti ed instaurando un regime anomalo di controllori-controllati, che si sperava eliminato con la riforma sanitaria.

Infine, malgrado le leggi vigenti, e confortati da sentenze e giudizi amministrativi, ancora oggi sono emanati atti amministrativi che ledono l'esercizio della professione del chimico in tutti i suoi aspetti; ci riferiamo in particolare al decreto del Presidente del Consiglio del 10 febbraio 1984 che, regolamentando i presidi diagnostici di laboratorio, discrimina ancora una volta i chimici.

Non è questa la sede opportuna e ci riserviamo la difesa dei diritti lesi da tale decreto nelle sedi idonee.

**PRESIDENTE.** Ringrazio i nostri ospiti per le esposizioni ed invito i Commissari che lo desiderino a porre i loro quesiti.

**MELOTTO.** Le domande che possiamo porre sono molto ridotte, in quanto attendiamo

la relazione scritta rispetto alla quale vi preghiamo di concentrare l'attenzione sui problemi che più direttamente vi riguardano per capire esattamente il vostro punto di vista su come il servizio potrebbe essere meglio organizzato. Mi preme soprattutto, a questo punto, rivolgervi due domande. La prima di esse è rivolta sia ai rappresentanti dei biologi che a quelli dei chimici; ho sentito adesso gli aspetti di vecchia distinzione, più che di vecchia polemica, e gli accenni alla difficoltà di maturare verso forme integrative nel pieno rispetto della professionalità di più operatori del settore sanitario. Secondo voi all'interno del servizio, in particolare del servizio pubblico, è maturata una certa integrazione di funzioni? Ci si rende conto oggi che per offrire un servizio qualificato, almeno in alcuni settori, occorre una pluralità di professionalità, oppure esiste ancora una separatezza fra le diverse figure professionali che operano? Il problema è solamente economico o comprende altri aspetti? Al di là della questione economica, esiste la possibilità di realizzare tale integrazione e, se sì, in che modo si può raggiungere questo obiettivo? È sufficiente richiedere la responsabilizzazione su tale aspetto del direttore sanitario, oppure sono necessari momenti di integrazione delle professionalità, al fine di una maggiore qualificazione del servizio?

Seconda domanda. Il segretario dei chimici ha detto di scorporare il presidio multizonale di prevenzione, che in alcune leggi regionali è stato opportunamente integrato nelle sue sezioni rispetto all'*ex* laboratorio provinciale di igiene e profilassi. Perché lo scorporo? E, in questo caso se sì, a chi affidare il referente politico-amministrativo per la guida di quel servizio? Questo proprio per capire esattamente, attraverso lo scorporo, dove si tende a mirare, essendo questo un servizio particolarmente delicato afferente in particolare — quasi esclusivamente — alla prevenzione primaria e quindi avendo davanti a sé una funzione che la legge n. 833 cercherebbe di esaltare e di allargare rispetto all'ottica del passato.

Terza domanda. Soprattutto a seguito dell'accordo di far confluire il tutto dalla mutua

al Servizio sanitario nazionale, estendendo il servizio stesso alla generalità dei cittadini, ma cozzando contro le risorse che sono impari rispetto alle tanto attese risposte (per cui emerge sempre più la necessità anche qui di momenti di autocontrollo), chiedo come la categoria si pone rispetto alla possibilità di un necessario riordino del sistema, non solo pubblico ma anche privato, e quindi in ordine anche alla proliferazione delle strutture, come si registra in molte città, ed anche qui a Roma. È indubbio che occorre dare un servizio maggiormente qualificato, in linea con i presupposti di carattere programmatico che assicurino gli operatori stessi per oggi e per domani, circa determinati interventi, che abbisognano di determinati investimenti, superando il vivere «alla giornata» ed evitando d'assistere all'inevitabile degrado e dequalificazione.

Su questi tre aspetti vorrei da voi, che vivete la vostra professione, sia dentro che fuori la struttura pubblica, momenti di orientamento per un processo di più largo coinvolgimento.

ROSSANDA. Mi associo anche io alle scuse per avervi fatto aspettare prima di questo incontro un po' strozzato nel tempo e anche per l'assenza di parecchi di noi, data la coincidenza con i lavori di un'altra Commissione. Vorrei fare un paio di domande per integrare la vostra esposizione dalla quale ho rilevato la preoccupazione di difendere la figura dei laureati biologi e chimici nei riguardi della figura, dominante da tutti i punti di vista, del medico nei servizi sanitari; è una preoccupazione questa che noi avvertiamo molto. Pensavo, però, mentre si discuteva di questa cosa, che noi abbiamo in Italia una sede, piuttosto qualificata, nella quale, grazie alla sua più antica vita — presto celebrerà il cinquantenario — la fusione di competenze e di qualificazione si è già verificata in modo molto positivo, tanto è vero che la dirige un chimico: mi riferisco all'Istituto superiore di sanità. Penso che la difficoltà di integrazione sia in parte legata anche alla «gioventù» dei servizi e alle cattive acque finanziarie e normative nelle quali

la riforma è partita e che hanno lasciato tutte le nuove competenze un po' ai margini. Avrei due domande: voi lavorate, in parte, in settori completamente diversi dalla medicina applicata o dalla medicina preventiva; dopo la laurea che vi dà il titolo di biologi e chimici, a quali specializzazioni *post* laurea pensate? O meglio: pensate a delle forme di specializzazione *post* universitaria che definiscano la figura del biologo attivo e del chimico attivo sia nel settore diagnostico clinico, sia nel settore di analisi dell'ambiente? E se pensate a queste forme di specializzazione, pensate a delle scuole interfacoltà o a istituti superiori di formazione? Ad esempio, che cosa pensate di una scuola superiore di sanità che dia accesso, per i problemi dell'igiene ambientale nella prevenzione, a diverse lauree per formazioni specifiche in termini di igiene e di medicina ambientale?

La seconda domanda è più breve e riguarda il problema dei controlli di qualità degli esami di laboratorio: che cosa hanno prodotto i vostri ordini se l'hanno prodotto, ovvero che cosa pensano di produrre? Si tratta di un problema che sento dibattere da 15 anni; so che è un argomento difficile in tutti i paesi, ma per una questione di qualificazione anche del servizio privato, come di quello pubblico, credo che vada affrontato.

ALBERTI. Anch'io vi ringrazio per le notizie che ci avete dato e speriamo che ce ne darete delle altre attraverso le relazioni che manderete.

Una prima domanda all'ordine dei biologi; voi qui rappresentate un ordine professionale, quindi rappresentate sia i biologi della funzione pubblica che quelli della funzione privata. Tuttavia, si ha l'impressione che siete molto più preoccupati della situazione dei convenzionati che non delle carriere e dell'accesso dei biologi nelle strutture pubbliche. Invece io so che i biologi nelle strutture pubbliche vivono una vita estremamente precaria per quanto riguarda le carriere, e pertanto sono del parere che la vita del biologo nella struttura pubblica debba essere convenientemente valorizzata, evitando il



perpetuarsi di ciò che spesso oggi accade, e cioè che un biologo si trova ad essere un dipendente di ruolo inferiore nell'ambito dei lavoratori ospedalieri e nell'ambito delle strutture diagnostiche. Per quanto riguarda questa contraddizione, io dico che c'è stata una proliferazione, specie col Sistema sanitario nazionale, di laboratori privati, spesso tenuti da biologi, che non sempre sono laboratori qualificati. La mia domanda si riallaccia, dunque, a quanto detto dalla collega Rossanda: noi siamo spesso disponibili a lamentarci della struttura amministrativa dell'USL, che funziona poco e male, però poi non siamo mai disponibili a fare autocritica: ora, gli ordini professionali quali controlli esercitano di fatto sulla reale attività di questi laboratori?

Gli ordini professionali dovrebbero preoccuparsi soprattutto di questo; una volta si chiamava etica professionale. Assistiamo invece alla denuncia di fatti che spesso interessano la magistratura e trovo che — è una mia impressione — gli ordini professionali non esercitano più questo controllo. È perciò più facile che ci si arrivi attraverso la denuncia della magistratura o dell'utente, che non attraverso gli organi professionali, che avrebbero dovuto darsi un codice di comportamento per evitare la proliferazione di laboratori spesso senza qualificazione professionale o con apparecchiature del tutto inadeguate. Vorrei sapere cosa intende fare l'Ordine dei biologi per venire incontro a queste esigenze, perchè diceva il dottor Lamberti che lui si sente di rappresentare oltre ai biologi, anche i cittadini. Se c'è questa volontà di rappresentanza, ritengo che il professionista dovrebbe darsi un codice di comportamento e quindi gli organi professionali dovrebbero controllare con maggior attenzione, istituendo, per esempio, i controlli di qualità, per stabilire la reale produttività del laboratorio.

Il rappresentante dei chimici ha poi affermato che lo Stato, quando affida all'ente locale la gestione della riforma sanitaria, non può che aspettarsi che la riforma stessa vada male. Questo significa smontare la riforma, perchè il suo intento era proprio il decentramento, il controllo periferico. Se lei, dottor Rampino, pone il problema in questi

termini, vuol dire che dobbiamo iniziare nuovamente da zero. Il problema a mio avviso è un altro. Avendo vissuto a lungo negli ospedali, so benissimo che c'è stata sempre una preoccupazione da parte delle altre figure professionali di venire avanti nel tempo man mano che queste figure professionali acquistavano valore nel campo della diagnostica. Oggi nessuno si sognerebbe più di utilizzare apparecchiature di medicina nucleare senza avere a disposizione un fisico che opera in questo settore, così come non ci si sogna più di non riconoscere il ruolo dei chimici o dei biologi. Anche il discorso del ruolo medico mi trova contrario; ritengo che il ruolo debba essere un ruolo professionale, dove ci siano tutti i professionisti impegnati nella sanità. Mi domando, pertanto, se invece di pensare ad una modificazione della gestione della sanità pubblica (come affermava il rappresentante dei chimici), non si debba pensare ad una ristrutturazione diversa, sia nell'ambito delle strutture di medicina preventiva, sia di medicina diagnostica, magari di tipo dipartimentale. È un po' quanto diceva poco fa la senatrice Rossanda a proposito dell'Istituto superiore di sanità; pensate che sia possibile la costruzione di un dipartimento di prevenzione e di diagnostica negli ospedali in cui vi sia un coordinatore che possa venir fuori dalle figure professionali presenti, che abbia una funzione a termine, a contratto? Eventualmente dopo un certo numero di anni lo si potrebbe sottoporre a verifica per stabilire la validità del suo operato ai fini di una sua sostituzione o di una permanenza nella carica. In altre parole, mi domando se non sia possibile operare nell'ambito della legge, visto che non è stata attuata fino in fondo, più che apportare delle modifiche alla legge stessa.

**PRESIDENTE.** Associandomi ai miei colleghi per le domande poste in precedenza, vorrei sviluppare il concetto della formazione specifica del biologo per i compiti del Servizio sanitario nazionale. Finora — è una impressione recepita dall'esterno — abbiamo avuto grossi problemi nella formazione del biologo. A livello di corsi di laurea, solo in questi ultimi tempi è stata emanata una

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

25° RESOCONTO STEN. (10 aprile 1984)

revisione del *curriculum* scolastico con dei canali che possono più di altri avvicinarsi a quella formazione bene o male specifica, richiesta per il Servizio sanitario nazionale. Per quanto riguarda i problemi della specializzazione, la normativa europea non decolla, non c'è una unità di visione tra i vari paesi e nemmeno tra di voi. Il tirocinio professionale è stato fatto, ma spesso con quale serietà? Per l'esame di Stato, solo adesso è stata recepita la normativa che lo regola, a distanza di molti anni da quando è stato istituito il corso di laurea. Tutto questo ha creato delle difficoltà anche per l'inserimento *pleno iure* professionale; facendo salvi i diritti acquisiti — è un discorso che sta alle spalle — questo problema comunque si pone per una formazione più adeguata delle prossime generazioni dei biologi. L'Ordine deve assumere delle chiare posizioni, con estrema buona volontà, per formare personale più adeguato possibile; è questa la politica che dovrebbe sviluppare.

Vorrei conoscere, inoltre, qual è il numero degli iscritti all'Ordine e come sono ripartiti; qual è il numero degli studenti che ogni anno si laureano nel corso di laurea in biologia; se si ritiene possibile anche qui la programmazione del numero (mi risulta ci siano 6.000 laureati ogni anno, o poco meno).

Un'altra domanda riguarda le caratteristiche e le qualità dei laboratori privati convenzionati; è un problema spinoso, cui si è già accennato in precedenti interventi, che voglio sottolineare alla vostra attenzione. I medici e i biologi che gestiscono i laboratori in che modo si adeguano alle nuove ipotesi che si stanno avanzando? La stessa domanda la rivolgo anche ai chimici, nonostante voglia insistere su un'altra questione: non so se il vostro *curriculum* di laurea sia ancora più indeterminato e generico rispetto a quello dei biologi, per i quali ultimamente c'è stata una revisione del *curriculum* di laurea. Non credo esista un chimico che si formi per i compiti specifici del Servizio sanitario nazionale, e probabilmente questo è meno necessario che per il biologo-analista.

Il problema è di verificare, oltre all'ipotesi avanzata dalla senatrice Rossanda di una

scuola superiore di sanità — ma non so se è stato un *lapsus* — ...

ROSSANDA. Pensavo ad una scuola *post* laurea in questo contesto.

PRESIDENTE. Allora siamo d'accordo, per una formazione professionale *post* laurea, magari biennale (ma questo si vedrà) che dia luogo a carriere, chiamiamole così, pubbliche o private che siano, analogamente a quanto sta delineandosi per la formazione specifica *post* laurea del medico di base e per altre figure operanti nel sistema sanitario: è bene cominciare quindi a studiare anche dei protocolli didattici.

ROSSANDA. Io pensavo ad una scuola superiore di sanità pubblica.

PRESIDENTE. Ma allora il problema della «laurea» erogata da questa scuola era un *lapsus* o una proposta?

ROSSANDA. Un *lapsus*, se ho parlato di laurea.

PRESIDENTE. Allora d'accordo. Adesso passiamo alle repliche.

LAMBERTI CASTRONOVO. Il senatore Melotto chiede se all'interno del servizio pubblico è maturata una certa integrazione fra le varie professioni sanitarie. La risposta è senz'altro positiva: basta prendere delle pubblicazioni scientifiche e quasi sempre si troveranno vicini nomi di medici, di biologi, di chimici e anche di fisici addetti alle attività sanitarie della struttura pubblica. Quindi una integrazione di fatto, professionale, è già avvenuta e ciò è vantaggioso per il Servizio sanitario nazionale e per la sanità in genere. Purtroppo questa integrazione sul piano scientifico non è stata seguita sul piano economico; non è questa la sede opportuna, è un problema sindacale e non mi soffermo assolutamente su questo, però, purtroppo, questo ha creato dei problemi che qualche volta non sono stati risolti. Un altro fatto di natura giuridica è quello venuto fuori con la

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

25° RESOCONTO STEN. (10 aprile 1984)

riforma sanitaria, che addirittura garantisce — non permette, garantisce — al medico l'esercizio della libera professione *extra moenia* e invece la proibisce a tutte le altre figure sanitarie del sistema e anche questo ha creato dei problemi; io ritengo che si dovrebbe provvedere ad eliminare tutte queste contraddizioni; intanto, che si vieti anche al medico l'esercizio della libera professione fuori, oppure che la si consenta anche al biologo. Personalmente, direi di togliere a tutti questa possibilità in modo che non se ne parli più; avremmo delle figure professionali sanitarie pubbliche e non sorgerebbero problemi per nessuno.

Comunque l'integrazione, senatore Melotto, c'è stata e lo vediamo soprattutto dal punto di vista scientifico.

Quanto alla proliferazione dei laboratori di analisi e delle strutture private, innanzitutto c'è da dire che non si tratta di un problema di ordine, ma di un problema politico, perchè quando è venuta fuori la sanatoria che ha portato coloro i quali avevano una sola convenzione ad averle tutte e che ha portato tutti i cittadini ad avere la famosa mutua, ovviamente è stata una induzione la proliferazione dei laboratori, induzione anche per altro motivo. Il blocco delle assunzioni negli ospedali è stato totale; posti di biologo nelle varie carriere non ce ne sono stati; quindi i nuovi biologi, i nuovi laureati in scienze biologiche che coi famosi due anni di tirocinio in base all'articolo 47 della legge n. 396 del 1967 potevano esercitare quanto previsto dalla legge istitutiva della professione, si sono trovati di fronte alla unica possibilità di aprire questi laboratori. Possibilità di entrare negli ospedali non c'è stata e neanche di entrare in altre istituzioni; di qui la proliferazione e mi ricollego anche alla domanda del senatore Alberti sul problema della carriera. Forse è una impressione che abbiamo dato, ma è sbagliata; noi ci preoccupiamo anche del biologo ospedaliero perchè ne riconosciamo la validità; ma ricordiamoci che i concorsi interni o i concorsi per i gradini superiori sono bloccati (e in Calabria, lei lo sa bene, non c'è un solo direttore biologo, c'è un coadiutore, ma uno solo alla nefrologia dell'ospedale di Reggio Calabria e tutti gli

altri sono al livello iniziale di assistente) ed è chiaro che se non si liberano i posti di assistente avanti non vanno, posti non ce ne sono e non ce ne saranno. Di qui il problema del cane che si morde la coda e il problema della proliferazione.

Il senatore Melotto, ma anche altri senatori, hanno fatto riferimento al problema dei controlli. Purtroppo l'Ordine dei biologi, nella sua legge istitutiva, non ha la possibilità di effettuare controlli tecnici di quel tipo presso i laboratori dei propri iscritti; non ha la veste giuridica per farlo. Noi abbiamo più volte sollecitato i vari assessori alla sanità a costituire delle commissioni formate da tecnici che potessero eseguire dei controlli di fatto nelle strutture private ma anche, consentitemelo, nelle strutture pubbliche, perchè il «marcio» — se vogliamo usare una parola grossa — c'è dappertutto, sia nella struttura pubblica che nella struttura privata e noi non lo vogliamo nè nell'una parte, nè nell'altra; intanto, perchè, come dicevo prima, siamo cittadini e quindi possibili utenti della struttura pubblica e anche in quanto siamo professionisti e quindi anche utenti della struttura privata, oltre che esercenti la stessa. I controlli li abbiamo chiesti più volte, ma purtroppo sono venuti a farli i NAS, perchè i vari assessori alla sanità se ne sono ben guardati. La proliferazione dei laboratori si è avuta anche perchè il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 10 febbraio 1984, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 55 del 24 febbraio 1984 ha avuto un'efficacia differita in alcune Regioni; ad esempio, nella regione Calabria le convenzioni sono state date a colleghi che avevano fatto la domanda dopo i termini previsti, ma questo non è un problema di cui noi possiamo farci carico, nella maniera più assoluta! Come vedremo la soluzione di questo problema: sicuramente con dei controlli rigidi, perchè, come giustamente ha detto il senatore Melotto, non possiamo vivere «alla giornata», perchè ne soffre la qualità del prodotto, perchè se una struttura deve acquistare dei macchinari particolari, deve assumere del personale qualificato, non lo farà se non avrà la possibilità, quanto meno, di vedere uno sviluppo di lavoro in futuro. Questa è, indiscutibil-

mente, una legge di mercato. Del resto il decreto-legge che ultimamente regola l'argomento ha già cercato di fare qualche cosa e la qualificazione del personale ne viene chiaramente, perchè già adesso il direttore biologo o medico, chimico per quanto riguarda le analisi tossicologiche, può dirigere la struttura solo se ha cinque anni di servizio prestato presso una pubblica amministrazione; quindi, se è entrato in una pubblica amministrazione, se ha fatto questi cinque anni, quanto meno una certa garanzia di professionalità c'è, cosa che prima non c'era sicuramente e noi come Ordine siamo pienamente coscienti di questo: bastava l'iscrizione all'albo per aprire un laboratorio; siamo d'accordo — e lo abbiamo detto chiaramente nelle sedi opportune — sui cinque anni, però c'è il problema della specializzazione, perchè non tutti hanno i cinque anni di servizio per il problema che ho detto prima, cioè perchè non ci sono stati concorsi. Ma quante Università della nostra Italia aprono le porte ai biologi? Addirittura le hanno chiuse; l'Università di Messina aveva la scuola di specializzazione di igiene aperta a medici e a biologi; dopo un anno l'ha chiusa ai biologi e quante altre Università aprono le porte ai biologi? Pochissime. E guardate che noi, come biologi, abbiamo smesso di fare le storie coi medici perchè vogliamo andare d'amore e d'accordo; certamente non accettiamo le prevaricazioni, però i medici hanno centoquarantotto specializzazioni, noi ne abbiamo cinque o sei, tutte a numero chiuso e non in tutte le Università.

Quindi, ben venga l'idea della senatrice Rossanda di una scuola di specializzazione presso l'Istituto superiore di sanità perchè una qualificazione professionale noi la vogliamo; ben venga una scuola di ecologia; ben venga una qualificazione per i biologi. Secondo la legge n. 396 del 1967, che è la legge istitutiva della nostra professione, dovremmo essere tutti Pico della Mirandola per riuscire a fare tutto quello che c'è scritto e sfido chiunque di noi a saper fare davvero tutto quello che è enunciato in tale legge.

Noi quindi vogliamo la specializzazione, però, se non ci date la possibilità di avere la scuola di specializzazione, noi non possiamo

far altro che arrabattarci più o meno, nel migliore dei modi possibile.

Finalmente, è stato istituito l'esame di Stato, anche se la sua introduzione ha creato dei grossi problemi. Infatti, molti si sono trovati con un anno e nove mesi di tirocinio fatto e la impossibilità di essere iscritti all'albo. Pertanto, abbiamo dovuto, non dico violare, ma forzare la legge ed iscrivere tutti quelli che avevano cominciato il tirocinio con il vecchio sistema.

Per quanto riguarda il tirocinio, perchè non lo cominciamo prima della laurea, magari al terzo anno, come si faceva ai tempi miei? Attrezziamo a tal fine le Università e qualificiamo i biologi sempre meglio perchè noi non abbiamo problemi da questo punto di vista.

Per quanto riguarda i protocolli di qualificazione, cui accennava il Presidente, noi ci faremo parte diligente per studiare attentamente il problema e vedere quali possono essere gli sbocchi del biologo e di conseguenza quali sono i protocolli migliori da seguire come corsi di qualificazione. Appena terminato questo studio, ve lo invieremo nel più breve tempo possibile.

Per quanto riguarda i dati richiesti dal Presidente, gli iscritti alla facoltà di biologia sono 24.000, mentre i laureati sono 5-6.000 l'anno. Ripeto, vi è poi il problema della specializzazione, che è un problema serio di cui vi facciamo carico.

**RAMPINO.** Vorrei rispondere al presidente Bompiani circa la questione delle specializzazioni ai chimici; in poche parole, egli chiedeva come si articola il *curriculum* dei chimici in relazione ai compiti che la riforma sanitaria assegna loro. A tale riguardo ricordo che per cinquant'anni i chimici dei laboratori provinciali hanno fatto prevenzione primaria, controllo sull'igiene degli alimenti e sulla loro sofisticazione, controllo nel settore della chimica clinica, anche se questo ultimo da qualche tempo non si fa più (escluso negli ospedali) per motivi burocratici, senza che fosse mai richiesta loro alcuna specializzazione specifica.

Evidentemente, quindi, la cultura chimica data dall'Università è stata sufficiente per

affrontare i problemi di prevenzione primaria di allora, che comunque rispetto a questa di oggi, come base chimica, non è essenzialmente variata. Questo non vuol dire che io sia contrario all'istituzione di scuole di specializzazione, significa solo che un chimico, appena esce dall'Università, è in grado di affrontare problemi a livello di riforma sanitaria ed inserirsi nel breve giro di sei-sette mesi.

Non rifiutiamo però l'ipotesi delle specializzazioni che sono positive sotto tutti i punti di vista; così come anche l'idea della scuola di perfezionamento — ipotizzata dalla senatrice Rossanda — non ci trova contrari, anzi ben venga questo ulteriore bagaglio di conoscenze.

Per quanto riguarda invece i controlli di qualità, noi siamo un po' polemici in quanto sappiamo benissimo che esistono metodi ufficiali di analisi di molti prodotti — alimentari e non — per i quali non è richiesto un controllo di qualità. Quindi ci domandiamo: perchè è richiesto il controllo di qualità nei laboratori di analisi chimica clinica? È una domanda che ci poniamo, la cui risposta non può venire dall'utente, ma deve essere data essenzialmente da chi opera all'interno dei laboratori di analisi.

I controlli di qualità vanno visti sotto l'aspetto tecnico; indubbiamente, nel modo in cui oggi è organizzata la chimica clinica si verificano imperfezioni con poca attendibilità di risultati. Da qui è nata la richiesta del controllo di qualità. Ma questo non è professionalità nella maniera più assoluta ed allora io, come professionista chimico, dico che così come è richiesto il controllo di qualità comporta ulteriori carichi economici per la collettività.

In altre parole, i controlli di qualità vengono eseguiti tutte le volte che abbiamo delle apparecchiature che in partenza non sono tarate. Quindi, la taratura deve avvenire su apparecchiature in partenza già tarate o, se non è già avvenuta, di essa si deve far carico il laboratorio. In tutte le nazioni del mondo, infatti, la taratura delle apparecchiature viene fatta da istituti specializzati, o meglio dallo Stato. A questo punto ne consegue che io, professionista utente dell'apparecchiatura,

non ho bisogno di fare più certi controlli dell'apparecchiatura stessa perchè ho alla base la certezza che l'apparecchio è tarato in un certo modo, ma questo in realtà sempre non può accadere. Se non ho questa certezza, non posso procedere ed allora vado incontro ad ulteriori carichi. Per tutte le volte che devo fare un controllo ho la possibilità di avere l'attendibilità di un dato. Il controllo di qualità è questo.

ALBERTI. Quando però si fa un controllo di qualità bisogna verificare sia la taratura dell'apparecchio di misura, che naturalmente all'uscita dalla fabbrica è stato collaudato, sia fare tutta una serie di controlli sui reattivi di laboratorio.

RAMPINO. No, la questione della scadenza dei reattivi è relativa solo a determinati tipi di essi; il controllo di qualità è essenzialmente un controllo effettuato su misure chimico-fisiche e fisiche che noi abbiamo direttamente dall'apparecchio, ad esempio, una misura di spettrofotometria, o un dato volumetrico; se noi abbiamo un dato volumetrico certo non c'è bisogno di fare il controllo di qualità.

In altre parole, se tutte le volte è sicuro il volume è inutile controllare quel volume, non è che varia nel tempo. Il controllo di qualità è necessario in certi tipi di apparecchiature; e se viene effettuato con automatismi particolari non c'è necessità di fare questo controllo. Se il professionista può controllare l'apparecchiatura ai fini della precisione, cosa che può fare, i controlli di qualità sono un bagaglio professionale del professionista. Non è detto che questa possibilità debba per forza essere a carico dell'analista e dello Stato, se già è stata effettuata a monte con un risparmio economico. I controlli di qualità così come previsti da alcune leggi regionali costano una enormità. Nei metodi ufficiali dell'analisi non vediamo mai il controllo di qualità; le analisi fatte a Domodossola o a Palermo sono uguali, dipende solo dai professionisti, se idonei o no.

ROSSANDA. Negli Stati Uniti non hanno avuto esperienze tragiche.

**RAMPINO.** Questo è il guaio: è inutile caricare economicamente il professionista, è più semplice arrivare ad un ente che controlli alcune apparecchiature, il resto riguarda il professionista. Tutto questo riguarda i controlli di qualità.

Per quanto riguarda i direttori sanitari c'è una differenza totale a livello di preparazione universitaria. In effetti, c'è una differenziazione di compiti, di responsabilità, dove non è possibile una coabitazione. Ci sono servizi dove indubbiamente c'è l'impossibilità di stare in una certa situazione, proprio perchè alla base di tutto c'è una differenza di preparazione a livello universitario. Cambiamo l'Università, gli studi universitari, mentalità di impostazione di lavoro; non è non voler risolvere un certo problema, non è che non si vuole affrontarlo; l'impostazione dei problemi è diversa perchè diversa è la preparazione di base.

Si è parlato solamente di convenzioni con medici e biologi, vorrei dire che in Italia i chimici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale sono, più o meno, ottanta o novanta, (il numero basso è uno stato di fatto subito dai clinici, ma potrebbe essere molto più elevato) e sono titolari di laboratori di analisi. La questione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 10 febbraio 1984 assume aspetti molto gravi per i chimici ai fini dell'attuazione della regolamentazione dei laboratori, ma questi problemi sono stati portati nelle sedi giudiziarie. Manca la domanda del senatore Alberti: come fa un Ordine a controllare una società non iscritta all'albo? Non lo so. Il 70 per cento dei laboratori sono società di capitali, commerciali, economiche, non sappiamo come fare per controllare queste società che esercitano illegittimamente. I pochi professionisti chimici (che esercitano in convenzione la chimica clinica, mentre altri 2.500 la esercitano di fatto), sono dunque circa ottanta e sono facilmente controllabili. Il numero è limitato, non so come farebbero le altre categorie a controllare tutte le società non iscritte negli Ordini. È un gravissimo problema che deve essere risolto sotto tutti gli aspetti a livello di attuazione della riforma.

**TANUCCI.** Condivido quanto ha detto il dottor Lamberti, ma vorrei completare una risposta ad una domanda del senatore Melotto. C'è stata una proliferazione dei laboratori, è vero, ma si potrebbe istituire una pianta organica per pianificare il numero in rapporto alla popolazione, non aspettando l'estro di questo o di quell'altro assessore.

Sono d'accordo, senatrice Rossanda, sulla necessità di istituire scuole di specializzazione. In attesa però che si crei questo istituto bellissimo, che lei ha intenzione di riuscire a varare, vorrei far presente che qualche facoltà ha nel piano di studi le scuole di specializzazione, ma queste non sono state mai attivate.

Ci preoccupiamo, senatore Alberti, dei controlli di qualità, lo abbiamo dichiarato fin dal 1971 a Stresa, e ci hanno quasi deriso. Lo dicemmo allora e lo ripetiamo ora. Sostentiamo il controllo di qualità per le analisi chimico-cliniche e radio-immunologiche *in vitro*. Le altre analisi rientrano nella competenza del chimico.

**BACCARO.** Mi permetto, senatore Melotto, di affermare di nuovo che la legge di riforma sanitaria non può evitare la vanificazione della riforma medesima quando non preveda contemporaneamente ulteriori ed efficienti controlli sugli enti locali. Abbiamo avuto una definizione generale dei compiti della riforma, quindi la definizione del ruolo professionale del personale sanitario e dopo qualche tempo è stato definito il ruolo professionale dei non medici; il tutto ha abbracciato un arco di alcuni anni. Quando si formulano le riforme, non ci si riferisce a minerali o animali, ci si riferisce a gruppi di esseri umani. Errori di base, in tale materia, provocano danni irreversibili. Desidero fare un esempio: i laboratori di igiene e profilassi per ottant'anni sono stati l'unico supporto della prevenzione e funzionavano correttamente. Quando molti di quei laboratori sono stati trasferiti al Servizio sanitario nazionale, non hanno trovato adeguata collocazione. Ne è derivata in primo luogo una confusione nelle dotazioni dei mezzi economici. Infatti, i suddetti laboratori trasferiti al Servizio sanita-

rio nazionale hanno portato anche il loro patrimonio, compresa la cosiddetta «spesa storica», espressione tipica con la quale s'intende tutto il bilancio dell'ultimo anno di gestione che è stato incamerato dalla Regione.

Successivamente, per i servizi delle USL è stata stanziata una certa somma complessiva senza tener conto delle specifiche necessità economiche e di personale del laboratorio multizonale: di fatto le esigenze di gestione della intera USL potevano imporre lo spostamento di una voce di bilancio destinata al multizonale a scopi diversi e lontani dalle destinazioni iniziali della somma disponibile.

Il clima esistente nell'ambiente dei laboratori multizonali non è quindi il migliore. Valga a lumeggiarlo una recente sentenza pretorile di assoluzione di direttori di laboratori chimici dall'accusa di insubordinazione per non aver eseguito disposizioni del presidente della USL nella quale erano collocati, perchè questi direttori si consideravano, proprio per la posizione al di sopra della USL, svincolati dalla competenza gerarchica del presidente.

ROSSANDA. Desidererei conoscere meglio questi fatti e il nome del pretore.

BACCARO. Si tratta del pretore di Macerata. Le farò avere copia della sentenza.

Per tornare al discorso della «spesa storica» devo dire che non si parla solo del patrimonio degli *ex* laboratori di igiene e profilassi; bisogna considerare un altro grosso patrimonio, quello dell'ENPI (attivo ad ogni livello) e, se vogliamo, possiamo considerare anche il patrimonio dell'ANCC, altrettanto ponderoso. Ebbene, questa «spesa storica», questi patrimoni sono stati incamerati; le Regioni hanno nuovamente stanziato somme da utilizzarsi a seconda dei bisogni di tutti gli organismi che fanno parte della medesima USL. Faccio un esempio: un mio collega, direttore di un *ex* laboratorio provinciale di igiene, doveva comperare un apparecchio che costava cinquanta milioni; contemporaneamente, un primario di gastroenterologia,

avendo bisogno di particolari attrezzature, faceva pressione perchè il chimico rinunciassse a questi soldi. Il mio collega ha dovuto farlo per opportunità politica (perchè le USL, e per fortuna, sono anche organi politici) e per senso di umanità.

Questo è uno solo di chissà quanti esempi. In pratica è successo che i laboratori multizonali sono stati depauperati in maniera impressionante. Quando si cita l'Istituto superiore di sanità si indica una realtà positiva, ma purtroppo ci si riferisce ad un modello di questo Istituto risalente a molti anni or sono, cioè a quando esso rappresentava il meglio della scienza chimica e biologica della nazione. Oggi anche esso è fortemente ridimensionato in attività e competenze. Per esempio nel campo del controllo ambientale, c'è stata l'eliminazione dell'istituto della revisione che ha comportato l'eliminazione totale delle competenze dell'Istituto superiore di sanità che, almeno per ora, le conserva nel campo del controllo degli alimenti.

Vi è poi l'altro grosso argomento sempre riguardante gli *ex* laboratori di igiene e profilassi che, a mio avviso, sono stati considerati di fatto, se non di diritto (come l'ENPI), enti inutili. Queste strutture sono state accettate forse con molte riserve mentali, così come è successo per l'ENPI, diventato improvvisamente inutile e di conseguenza disciolto ed accorpato al Servizio sanitario nazionale. Ebbene, gli *ex* laboratori di igiene e profilassi per essere stati visti con questa ottica di enti inutili sono stati completamente sacrificati. In tal modo, onorevoli senatori, abbiamo distrutto un patrimonio alla formazione del quale hanno collaborato generazioni di chimici dalla costituzione del Regno d'Italia in poi.

Gli *ex* laboratori di igiene e profilassi, che adesso sono in grave fase di degrado, non hanno più spazio operativo; non dimentichiamo che c'è obsolescenza non solo delle macchine, ma anche degli uomini e questo dipende, tra l'altro, dall'assenza di concorsi e dalla conseguente chiusura dei medesimi alle giovani leve, che è ormai una caratteristica costante della politica sanitaria. Noi stiamo facendo deperire questi laboratori crean-

do un vuoto che stimola la costituzione di nuove strutture che non riescono a decollare: parlo dei cosiddetti istituti di medicina preventiva e di medicina del lavoro, strutture a forte vocazione medica — sia detto senza alcuna polemica per i medici — e che pertanto utilizzano i chimici in posizione subordinata. È convinzione diffusa che le macchine sofisticate possono far tutto da sole, siamo proprio arrivati alla divinizzazione della macchina, quasi che la macchina non debba ubbidire e servire l'uomo, cioè il chimico, che l'ha inventata e la usa.

MELOTTO. Dove inserirebbe questi laboratori?

BACCARO. A titolo personale non vedrei con dispiacere un loro reinserimento nella struttura provinciale, o in un organismo quale potrebbe essere il Ministero dell'ecologia di nuova formazione, non ancora contaminato da interessi particolari, o, infine, in un dipartimento dotato di particolare autonomia nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

ROSSANDA. Lei ritiene che l'attività svolta dai laboratori provinciali prima della riforma sanitaria fosse sufficiente per la prevenzione e la conoscenza dell'ambiente?

BACCARO. Assolutamente adeguata alle richieste di quel momento. Tenga presente — tanto per fare un altro esempio — che i prelievi di campioni prima venivano effettuati dai vigili sanitari addetti ai laboratori multizonali: con la riforma sanitaria queste persone sono passate al servizio delle USL e i controlli sugli alimenti sono praticamente scomparsi. Lei chieda le statistiche, chieda a tutti i laboratori provinciali quanti controlli sugli alimenti venivano svolti dieci anni fa e quanti ne vengono eseguiti adesso e farà scoperte interessanti.

Questo perchè oggi il vigile sanitario non è più alle dipendenze del laboratorio provinciale, e da ciò deriva una dispersione di compiti. Se viene ancora eseguito il controllo

dell'ambiente, ciò accade perchè di fatto sono in grado di poterlo fare con altre strutture paramediche; probabilmente hanno attrezzature ma non hanno il capitale umano. Il chimico dei laboratori provinciali non si può preparare in un anno o in due anni; questa figura ha una vita di almeno ottant'anni, con una tradizione che non si può disconoscere. Perciò, secondo me, o si trova una collocazione nuova, diversa ed autonoma — non lo dico certo per corporativismo — oppure non si potrà operare e costruire nulla.

L'esistenza di strutture parallele che vorrebbero, senza riuscire, assorbire le competenze degli *ex* laboratori di igiene e profilassi crea un plotone di enti assolutamente inefficienti dal lato produttivo, inattendibili per i risultati tecnici e capaci solo di distruggere danaro pubblico.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti i presenti per la collaborazione; se permettete, desidero fare una confidenza personale a proposito di quanto è stato affermato poco fa dal dottor Baccaro. Quando ero studente al secondo anno di medicina, feci un corso della durata di un anno, per la preparazione di chimica organica, con il professor Marini Bettolo; devo aggiungere inoltre che sono anche docente di chimica e microscopia clinica. Naturalmente sto parlando di qualche anno fa, faccio parte di un'altra generazione! Comunque desidero affermare che anche per questo comprendo benissimo i vostri problemi!

Resteremo in attesa di una vostra memoria scritta, che puntualizzi in sintesi tutto quanto è stato affermato in questa sede.

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

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

*I lavori terminano alle ore 21.*