

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

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

(Igiene e sanità)

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

28° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 12 APRILE 1984

Presidenza del Presidente BOMPIANI

**INDICE****Audizione dei rappresentanti della Federazione italiana medici dipendenti (FIMED)**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 8, 11 e <i>passim</i>	MERLINO .....	Pag. 6, 15
ALBERTI ( <i>Sin. Ind.</i> ) .....	9	TRECCA .....	3, 11, 13 e <i>passim</i>
BOTTI ( <i>PCI</i> ) .....	8, 13		
COLOMBO SVEVO ( <i>DC</i> ) .....	8		
CONDORELLI ( <i>DC</i> ) .....	9		
ONGARO BASAGLIA ( <i>Sin. Ind.</i> ) .....	10		

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per la Federazione italiana medici dipendenti il dottor Pasquale Trecca, presidente, e il dottor Armando Merlino, membro del consiglio nazionale.*

*La seduta ha inizio alle ore 12,15.*

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria. È in programma oggi l'audizione dei rappresentanti della Federazione italiana medici dipendenti (FIMED), che non ha potuto svolgersi ieri data l'ora tarda in cui si è conclusa l'audizione dei rappresentanti della Federazione nazionale degli ordini dei medici.

*Vengono introdotti i dottori Pasquale Trecca e Armando Merlino.*

#### **Audizione dei rappresentanti della Federazione italiana medici dipendenti (FIMED)**

PRESIDENTE. Ringrazio i rappresentanti della FIMED per la partecipazione ai nostri lavori e lascio subito la parola al dottor Pasquale Trecca.

TRECCA. Vorrei ringraziare l'onorevole Presidente e gli onorevoli senatori per il piacere e l'onore che ci hanno fatto nell'inviarci.

Dopo la relazione resa dal professor Parodi ieri, importante, complessa e certamente ariosa, trattandosi di argomentazioni al di sopra della tutela degli interessi della sanità e dei medici, credo mi corra l'obbligo di essere più prosaico dovendo parlare di territorio. Al riguardo cercherò di essere quanto più possibile breve.

La FIMED si compone di *ex* medici condotti, di *ex* medici mutuo-previdenziali, di ufficiali sanitari, di medici provinciali, di medici igienisti scolastici, in una parola rappresenta i medici del territorio. Devo esprimere, a nome della FIMED, il nostro plauso per questa iniziativa che sicuramente si inserisce nel

più ampio discorso, in collegamento con il Ministero della sanità, di dare un assetto definitivo al settore, assetto definitivo che in questo momento manca per mille ragioni.

Vorrei subito entrare in argomento evidenziando come il nostro intervento muova dalla considerazione doverosa del fatto che il Governo ha fatto tesoro dei segnali indicativi della esistenza allo stato attuale di uno squilibrio-scompenso tra l'area ospedaliera e quella del territorio. Il senatore Alberti ha focalizzato il problema in un suo intervento e credo che questo sia una dei veri grandi motivi per i quali non si è realizzato granchè in tema di applicazione della legge n. 833. Voglio subito precisare che questo non è un discorso di conflittualità con gli ospedalieri in quanto essi stessi sono d'accordo su tale punto, però è una realtà il fatto che la spesa sanitaria ospedaliera abbia raggiunto quelle cuspidi che tutti sappiamo, aggirandosi intorno al 60-65 per cento della spesa globale, tutto e solo incentrato nella diagnosi pura, contravvenendo in sostanza e non realizzando il grande principio della legge n. 833 e di tutto il movimento europeo e mondiale che parla di prevenzione in modo preminente, assoluto e inderogabile. Questo è un grosso problema, ma siamo estremamente compiaciuti quando dalle parole si passa ai fatti. La legge finanziaria — come abbiamo constatato — prevede in effetti un «tetto» del 6 per mille, ordina il rispetto di questo «tetto», sopprime gli eccessi e riconverte la somma — o dovrebbe riconvertirla — per la ristrutturazione del territorio. Con ciò il legislatore pensa subito alla realizzazione del distretto sanitario di base, che rappresenta il punto centrale del Piano sanitario nazionale che è stato praticamente già presentato al Parlamento.

Credo che mi debba soffermare sul distretto sanitario di base non perchè il contesto lo richieda — siete certamente più aggiornati di noi — ma perchè ritengo che vada un po' fatto il punto della questione in quanto ho l'impressione che non si sia compresa fino in fondo l'importanza di questa situazione che affonda le radici in certi indirizzi internazionali che non possiamo certamente dimenticare. Nel 1978 nella famosa conferenza di

Alma Ata fu detto che sulla medicina primaria e del territorio si deve costituire il primo vero filtro e il fulcro di tutto il discorso relativo alla sanità; solo in un secondo momento si può passare a livelli superiori. Occorre quindi uscire dalla politica della malattia, dalla fase preparatoria, dall'era mutualistica — concetto negativo di salute — per passare alla fase della prevenzione, realizzando il concetto positivo della salute. Pertanto avremmo dovuto assistere ad un'autentica inversione di tendenza con la realizzazione del distretto sanitario di base che è il punto focale della legge n. 833.

Ho sempre detto — e lo ripeto — che operiamo nell'ambito della legge di riforma sanitaria, che se pur criticabile contiene principi a nostro parere di un valore eccezionale. Occorre senz'altro del tempo per realizzarli, però la validità dei principi è indiscutibile.

Per distretto noi intendiamo il posto elettivo e naturale entro il quale si devono realizzare l'educazione sanitaria, la prevenzione e il momento partecipativo della popolazione, anche se forse quest'ultimo è il punto più difficile da realizzare. Eppure è previsto un momento partecipativo, di gestione, di amministrazione e di verifica di certi risultati e di certi obiettivi che devono essere realizzati a livello di distretto. In tale struttura è prevista anche la partecipazione dei medici di base i quali sono chiamati a porsi in maniera nuova di fronte all'atto medico, di fronte all'impatto con il paziente. Secondo noi il medico di base deve uscire dall'isolamento in cui oggi si trova ed operare per inserirsi in un contesto più ampio, di *équipe*, per fare della diagnosi e cura, ma per avere anche alcune funzioni individuali di prevenzione, funzioni che sono state già identificate nell'articolo 43 della Convenzione nazionale unica. Il medico di base è quindi il medico che fa diagnosi e cura, ma che deve anche avere alcune funzioni pubbliche di prevenzione individuale, a differenza delle funzioni del medico di comunità, di cui diremo in seguito. È in questa nuova logica del distretto che il medico di base deve formare la sua nuova professionalità.

Il senatore Alberti diceva che c'è una crisi

di questo tipo di professionista. Devo dire onestamente — perchè sono anch'io medico di base oltre che medico pubblico — che c'è una crisi, perchè ancora non si sono realizzate a livello di base tutte le strutture necessarie, prima tra tutte il distretto sanitario di base, in cui egli deve operare, in collaborazione con altro personale medico e paramedico e naturalmente anche con il medico di comunità.

In sostanza che cosa si deve fare a livello di distretto? Lo voglio puntualizzare. Credo che la prima cosa cui si debba arrivare in un distretto — è accaduto nel primo distretto di Foggia e sto lavorando in questo senso — è la rilevazione dei cosiddetti «bisogni indotti» attraverso ricerche e attraverso *screening*; occorre cercare i focolai epidemiologici e i bisogni in senso lato. Una volta identificati tali bisogni, si passa alla programmazione che deve essere attuata nel distretto con la partecipazione della popolazione. Dopo di che vi deve essere l'impegno alla realizzazione di questo programma e il medico deve tener presente che in effetti egli è ordinatore di spesa, ma allo stesso tempo egli deve essere qualificatore e contenitore della spesa, per andare nella direzione del paese, oggi soffocato da una crisi di cui credo non si ricordino uguali. È necessaria una razionalizzazione della spesa sanitaria, che deve essere fatta anche dal medico di comunità, in quanto *unus inter pares* e perciò coordinatore del distretto (ho preparato un elenco di competenze che poi consegnerò al Presidente). Spetta a lui realizzare il momento della educazione sanitaria, della prevenzione, in sincronia con tutti i medici e gli operatori del distretto. Un discorso di questo genere non è difficile, perchè ho personalmente sperimentato che operando a livello di distretto con 20.000 abitanti, è possibile giungere all'attuazione della programmazione, con dieci medici di base.

C'è, inoltre, un discorso di educazione sanitaria, che nel mio distretto sto portando avanti personalmente, per sensibilizzare la popolazione sull'uso dei farmaci e sui problemi che da esso possono derivare.

Il medico di comunità assume così l'impegno ventiquattro ore su ventiquattro, con

una pronta disponibilità sul territorio per interventi pubblici (morte in seguito ad incidente stradale, inquinamenti, eccetera) e compartecipazione all'educazione sanitaria ed alla prevenzione. Tutto ciò non comporterà alcun beneficio economico al medico, proprio per il suo nuovo *status* giuridico, le cui implicazioni saranno tra gli argomenti trattati in occasione del congresso che si terrà a settembre a Riva del Garda.

Passando agli aspetti istituzionali, il Ministero della sanità deve veramente rappresentare la massima autorità politica centrale per dare gli indirizzi necessari, che francamente finora sono mancati; deve formulare una programmazione più precisa ed assumersi le responsabilità che per l'alto ruolo gli competono. Le Regioni ed i Comuni a loro volta devono essere messi in grado di svolgere il ruolo di programmazione e di indirizzo dei servizi sul territorio di competenza. In mancanza di un riferimento nazionale — che speriamo sia costituito dal Piano sanitario nazionale — non potendo restare inattive, le Regioni hanno programmato gli interventi in modo difforme.

A livello locale c'è un ritorno al discorso del Comune. A questo punto bisogna scegliere: o certe funzioni tornano al Comune o, se restano alle USL, bisogna dare maggiore autorità ai dirigenti di queste. Certo è che i rapporti tra noi medici dipendenti, il sindaco e le USL sono spesso difficili e a volte alcuni nostri interventi sono resi inefficaci per la salvaguardia della salute pubblica. Ritengo sia utile rivedere la varie posizioni, onde stabilire un certo ordine nelle competenze e nelle priorità; è utile chiarire inoltre, per definizione giuridica, il ruolo istituzionale delle USL. È una richiesta proveniente da più parti, come anche quella riguardante la definizione delle competenze specifiche dei comitati di gestione e l'ufficio di direzione, al fine di evitare interferenze.

Essendo un capo-servizio, faccio parte dell'ufficio di direzione e so con quanta scarsa precisione a volte si va avanti. Per arrivare ad un modello-tipo di USL riteniamo siano indispensabili i servizi di igiene e sanità pubblica, medicina del lavoro, medicina legale, assistenza sanitaria di base, assistenza

sanitaria in regime di ricovero, assistenza socio-sanitaria, il servizio farmaceutico, veterinario, amministrativo e psichiatrico; questo è il nucleo, lo schema dei servizi necessari da cui potranno partire le Regioni per impostare la propria organizzazione, compatibilmente alle diverse esigenze locali.

Allo stesso modo dobbiamo cercare di arrivare ad un modello-tipo del distretto sanitario di base. È sentita, inoltre, la necessità di fare una distinzione tra l'assistenza sanitaria e quella sociale, perchè, ad esempio, i ricoveri di anziani in particolari periodi dell'anno riguardano aspetti eminentemente sociali.

Detto questo, vorrei spendere alcune parole relativamente alla politica del personale. Potrebbe essere una mia errata convinzione, ma ritengo che uno dei motivi per cui le cose stanno andando male sia da attribuirsi alla scorsa gratificazione del personale sia medico che non medico, a volte mal collocato e male utilizzato. Il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 che ha regolato una materia così complessa ha dovuto necessariamente richiedere sacrifici ad alcune categorie. Tale decreto avrebbe avuto una grande importanza se fosse stato applicato subito; invece constatiamo che in cinque anni non si sono avuti i ruoli nominativi regionali, non esistono, eccetto che a livello di tre o quattro Regioni, le piante organiche. È chiaro che tale discorso a distanza di cinque anni debba essere rivisto, anche perchè c'è un impegno del Governo, assunto quando è stato fatto il contratto unico nazionale, di esaminare prioritariamente certi punti allegati al contratto. Fra questi c'è il problema dell'articolo 64 per il quale ci siamo permessi di suggerire, nel documento che lasceremo alla Commissione, alcuni adattamenti. Il vero aspetto che bisogna tener presente è quello del personale che riguarda tutta la realizzazione della legge n. 833.

Il professor Parodi ha accennato ieri all'articolo 75 della legge di riforma sanitaria. Vorrei dire qualcosa di più: credo che vi sia enorme ingiustizia nel discorso della gratificazione. Infatti l'ultimo comma di questo articolo prevede che il contratto unico nazionale debba essere esteso al personale medico dell'INPS e dell'INAIL. Abbiamo affrontato

una grossa battaglia durante i sedici mesi di contrattazione, ci sono stati impegni da parte del Ministro della sanità e del Ministro per la funzione pubblica, ci sono state continue note a verbale per quanto riguarda l'adempiimento di questo preciso punto. A distanza di parecchi mesi di non applicazione, il discorso è ancora fermo. Non è giusto che si debba far ricorso per ottenere l'applicazione di un contratto previsto per legge.

Devo dire poi qualcosa sull'articolo 69 del già ricordato decreto n. 761, sottolineando il fatto che le Regioni, in mancanza di un Piano sanitario nazionale, decidono evidentemente secondo le proprie necessità. Tale articolo presuppone l'istituzione dell'assistenza sanitaria di base a livello di ogni unità sanitaria locale, e prevede che un medico condotto debba dirigere il servizio di assistenza sanitaria di base. Pochissime Regioni, per la mancanza di un modello di USL, hanno istituito tale servizio, per cui di questo diritto previsto dall'articolo 69 non hanno potuto godere i medici condotti. Vorrei sottolineare che ci sono molti *ex* medici condotti che svolgono funzioni di capo-servizio, di dirigente, e questo discorso deve essere previsto in sanatoria perchè tra l'altro non ha una rilevanza economica. Sia che siano medici condotti o che non lo siano, già in alcune realtà da tre anni svolgono funzioni di capo-servizio con lo stipendio dell'ente di provenienza; è giusto che quindi con un atto di sanatoria continuino a svolgere quelle funzioni perchè rischiano, in mancanza di piante organiche, di essere addirittura trasferiti perdendo così tre anni di sacrifici fatti per impostare un tipo di discorso completamente nuovo.

Il mio collega, dottor Merlini, si soffermerà peraltro sull'articolo 75 della legge di riforma sanitaria.

Desidero tuttavia precisare ancora che poichè gli *ex* medici condotti hanno fatto tutti gli ufficiali sanitari, per la partecipazione al concorso è prevista soltanto per loro la specializzazione in igiene, proprio perchè hanno svolto per decenni quella funzione. Io ritengo però che anche se non in possesso della specializzazione debbano avere la possibilità di partecipare agli esami di idoneità.

Ho già fatto presente inoltre al Presidente che nel momento in cui si dovrà decidere circa le incompatibilità, vorremmo essere sentiti. Il problema è rilevante, siamo d'accordo che ci debba essere l'incompatibilità tra le varie aree della medicina generale e specialistica ma nell'ambito della stessa area vorremmo che si rispettassero le leggi che consentono il tempo pieno e il tempo definito. Infatti, siamo convinti che non si risolve il problema considerando comunque tutti a tempo pieno perchè sul territorio ci sono realtà diverse, ci sono migliaia di Comuni in cui basta solo il medico di comunità per fare un po' di diagnosi e cura, tutte le funzioni di medicina pubblica, assicurando una presenza di ventiquattro ore su ventiquattro. Solo in questa ottica può essere valido il discorso della globalità d'intervento, al contrario si snaturerebbe la legge n. 833, e si aumenterebbe la spesa, come abbiamo dimostrato. Ho terminato; signor Presidente.

*MERLINO.* Si rende indispensabile un'integrazione su ciò che è stato detto circa l'articolo 75 della legge di riforma sanitaria.

Quando si parla del modello-tipo, e per non tediare gli onorevoli senatori mi riferisco semplicemente ad un'indicazione di massima genericità, è opportuno precisare che la necessità di ricorrere ad un modello-tipo non deriva da nostra personale concezione nè tanto meno da indicazioni ricavate a livello nazionale bensì da esperienze internazionali, nel senso che tutto il mondo avanzato ormai ha fatto propria questa concezione e l'ha trasfusa nei servizi ai fini operativi. In sintesi: esistono la tematica del ricovero (cioè la medicina ospedaliera), quella relativa all'assistenza sul territorio (cioè la medicina di base), e la medicina dei servizi specialistici; tra questi, un aspetto importante è quello relativo ai servizi medico-legali perchè non c'è nel mondo avanzato prestazione fornita al cittadino che non abbia rilevanza medico-legale. Questo è il fatto nuovo. Se si continua a ritenere che la medicina legale è ancora ferma all'Ottocento, si dovrebbe ammettere che non c'è stato progresso neanche di un passo. Alla luce dei concetti su esposti, ci si rende conto del perchè una delle «gambe»

della riforma ha prodotto effetti negativi: mi riferisco alla mancata applicazione del primo comma dell'articolo 75 il quale stabilisce che entro il mese di dicembre del 1980 avrebbe dovuto essere emanata, questo è il punto fondamentale, una legge per disciplinare le competenze in tema di medicina legale tra Servizio sanitario nazionale e enti previdenziali.

Poichè loro sanno che i massimi istituti previdenziali italiani di rilevanza pubblica incidono pesantemente sulla spesa dello Stato, tant'è che l'attuale Governo ha dovuto farsene carico con vari provvedimenti, è evidente comprendere per quale motivo il legislatore sino dall'epoca di discussione sulla riforma sanitaria abbia dovuto obbligatoriamente far riferimento ai rapporti, che devono esistere in tema di prestazioni medico-legali, tra Servizio sanitario nazionale ed enti previdenziali. Però questa legge non è stata ancora emanata.

Qual è stata la conseguenza? La conseguenza si è riflessa verso il Servizio sanitario nazionale nell'ambito delle prestazioni medico-legali. Infatti il mancato passaggio o comunque la mancata utilizzazione della preziosa esperienza di tutti i medici specialisti che svolgono queste indispensabili funzioni (vale a dire quelle di medicina legale) ha privato il Servizio sanitario nazionale dell'opera di questi medici con ripercussioni nell'erogazione delle prestazioni.

D'altra parte le Regioni, nell'individuare i servizi necessari per il funzionamento delle USL, talvolta hanno sciaguratamente dimenticato che uno dei servizi essenziali è proprio quello della medicina legale, con tutte le negative conseguenze relative, ad esempio, alla politica del personale, all'invalidità civile, eccetera, cui nel documento della FIMED viene fatto chiaro riferimento. Naturalmente la mancata applicazione del primo comma dell'articolo 75 della legge di riforma sanitaria, di cui peraltro si è occupato il CNEL, ha determinato altresì la non applicazione dell'ultimo comma dello stesso articolo, secondo il quale gli enti previdenziali applicano al personale da essi dipendente gli istituti giuridici previsti per i medici del Servizio sanitario nazionale.

C'è poi l'aspetto meramente sindacale, cui accennava peraltro in altro senso, il presidente della Federazione. Si è verificata una sperequazione; basti pensare a tutti quei medici dipendenti, che pur trovandosi nella stessa situazione giuridica, per il semplice fatto di essere transitati con le stesse funzioni da un posto ad un altro, si sono visti gratificare in maniere diverse.

Quel che è più grave si è verificato nell'ambito degli istituti previdenziali. Conoscono l'entità spesa della per la invalidità pensionabile dell'INPS? Si tratta di migliaia di miliardi.

Lo stato giuridico che i medici dell'INPS ancora conservano, loro malgrado, non consente di dare valutazioni ineccepibili dal punto di vista medico-legale, che invece si possono ottenere soltanto quando esiste una responsabilità via via graduata. Nessuno penserebbe di far curare dal giovane medico l'ammalato in ospedale. È sempre la responsabilità del primario che è presente, e che da una parte insegna al giovane e dall'altra si assume gli oneri della diagnosi definitiva e della cura.

Così avviene nell'ambito della valutazione medico-legale. A monte di questa c'è esattamente la stessa diagnosi che viene fatta negli ambienti più specializzati, con in più la necessità di doverla formulare con immediatezza. Ecco dov'è la specializzazione di questi medici.

Mi permetto sottoporre alla loro attenzione, anche perchè è stato di recente trasmesso alla Camera dei deputati un disegno di legge approvato dal Senato concernente la modifica del concetto di invalidità pensionabile (come sapete si è passati dalla capacità di guadagno a quella di lavoro), le conseguenze che deriverebbero, se non esistesse un diverso rapporto giuridico tale da consentire la graduazione delle responsabilità (apici, intermedi e assistenti) e di avere la possibilità di individuare sempre e comunque il responsabile di ogni prestazione, a parte il fatto che la legge potrebbe non essere applicata stante la situazione giuridicamente anomala in cui si verrebbero a trovare gli operatori medici. Si avrebbe lo sfascio definitivo anche del sistema previdenziale.

Se non sono stato chiaro, sono a vostra disposizione per fornirvi ulteriori chiarimenti. I motivi reali sono questi e sono stati espressi non solo dalla nostra Federazione, ma anche da autorevoli esponenti sia di parte previdenziale, sia del CNEL, sia di altre derivazioni.

Per quanto concerne poi l'esercizio professionale dei medici dell'INPS, questi per effetto della convenzione unica per la medicina generica hanno — per norma transitoria — il diritto di ottenere scelte nel numero previsto, fino al momento in cui viene applicato il contratto unico della sanità. A quel punto cessa ogni motivo di contesa, per l'esistenza sia del tempo pieno che di quello definito: anche i medici previdenziali rientrano nella stessa logica di tutti gli altri medici del Servizio sanitario nazionale.

Infine ritengo di dover sottolineare il sacrificio, con il quale questa categoria riesce a qualificarsi ad altissimi livelli, paragonato al trattamento ricevuto, che certamente non merita.

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

**COLOMBO SVEVO.** Ringrazio per l'appassionata relazione e vorrei soffermarmi un momento su una indicazione che è emersa all'inizio dell'introduzione del professor Trecca, che aveva puntualizzato la nostra attenzione su due problemi.

Innanzitutto, quello della prevenzione, rivedendola come momento di finalità della legge n. 833. Poi, quello organizzativo del distretto. Voi sapete che siamo interessati soprattutto al piano organizzativo-istituzionale.

I medici dipendenti in certo qual modo avevano sempre avuto un rapporto con il Comune, in cui si è sempre giocato questo ruolo tra politico e tecnico; il politico, che prima era Assessore alla sanità, da una parte, e voi dall'altra. Era una situazione che aveva non soltanto la sua ragione di essere, ma aveva trovato un suo equilibrio. Siccome sembra che in questo momento tale equilibrio si sia un po' spezzato (prima non si

sentiva dire che l'Assessore si comportava in modo politicizzato), vorrei chiedere, sulla base della vostra esperienza, una riflessione su questo tema.

Cosa è cambiato intanto mutando l'organizzazione? I difficili rapporti con le USL dipendono, ed eventualmente in che misura, da questa politicizzazione della gestione della sanità, e quali conseguenze tutto ciò ha prodotto in termini di organizzazione del servizio?

In secondo luogo questa divisione tra competenze tecniche e politiche come si può ricomporre in questo momento a livello dell'organizzazione delle USL?

Io ritengo che il distretto debba essere attuato, anche basandosi sul medico di base che spesso si sente libero professionista, cioè non si sente inserito all'interno dell'organizzazione della sanità.

In questa indagine conoscitiva si è parlato troppo dei livelli istituzionali delle unità sanitarie locali e troppo poco del distretto. Questo errore è già stato compiuto anche nella legislazione attuativa regionale e deve essere ovviato per poter ricostruire dal basso il discorso della riforma sanitaria. Nell'organizzazione del distretto, quale ruolo voi prevedete per il medico condotto, l'ufficiale sanitario o il medico di comunità?

**BOTTI.** Il dottor Trecca ha giustamente lamentato la grossa sproporzione che esiste tra le spese sanitarie ospedaliere e quelle per il territorio, un territorio che occorre non dico riscoprire, perchè è nella coscienza di tutti, ma rilanciare con delle forti motivazioni. La mia domanda si riallaccia in parte a quello che ha detto la senatrice Colombo Svevo quando parlava della necessità di rilanciare, ma anche di rivedere, la funzione del distretto. I distretti, che sono stati impostati e sono attualmente semplici erogatori di servizi specialistici, devono essere considerati per il futuro la sede di partecipazione dei cittadini e la sede di promozione di tutti gli interventi sociali e sanitari, che vanno dall'educazione sanitaria, alla prevenzione, alla promozione degli interventi sull'igiene del lavoro, sull'ambiente, eccetera. Come si è posto finora il medico condotto di fronte a questa problematica?

L'altra domanda che vorrei fare — e che nello stesso tempo è una constatazione —, riguarda il problema di una corretta, adeguata rilevazione dei bisogni, per poi poter procedere ad una altrettanto corretta programmazione. In questo settore è necessaria un'adeguata informazione che può scaturire soltanto da attrezzati rilevatori epidemiologici che tutt'oggi mancano. Vorrei poi sapere qualcosa di più rispetto al modello, allo schema-tipo del distretto. Lei, dottor Trecca, ha fatto cenno in proposito alla proposta della sua associazione, però noi non la conosciamo ed io vorrei saperne qualche cosa di più, prima che ci arrivi la documentazione promessa.

Lei poi ha accennato al contratto unico. Ieri sera abbiamo ascoltato il dottor Parodi che ha affermato di essere favorevole, se non ricordo male, non al contratto unico, ma ad un accordo nazionale per soli medici. Qual è in proposito la posizione della Federazione medici dipendenti?

Vorrei infine che lei mi chiarisse meglio la questione della incompatibilità. Lei si è detto favorevole all'incompatibilità tra aree diverse, ad esempio medicina generica e specialistica, e alla non incompatibilità fra più funzioni nell'ambito della stessa area. Vorrei che questo concetto fosse specificato e spiegato più approfonditamente.

ALBERTI. Vorrei ringraziare il dottor Trecca e il dottor Merlinò perchè ci hanno presentato uno spaccato realistico della situazione. La domanda che avevo rivolto al professor Parodi ieri sera, chiedendo di sentire il polso dei medici di base, credo che trovi risposta proprio in questa occasione perchè il dottor Trecca rappresenta proprio i medici di prima linea. Allora forse è bene che siano proprio i medici di prima linea a suggerirci alcune riflessioni.

Lei, dottor Trecca, ha parlato delle funzioni del Comune e dell'USL; vorrei sapere che cosa pensate voi dei rapporti che intercorrono fra questi due organismi e se essi potrebbero essere modificati per renderli più stretti e meno indefiniti. In effetti i comuni intervengono semplicemente approvando, ma nemmeno in modo determinante, i bilanci

preventivi delle USL. Lei ha fatto riferimento ai comitati di gestione; vorrei sapere se i medici che lei rappresenta hanno elaborato una qualche riflessione in merito alla formazione di tali comitati.

Lei è poi entrato in un discorso più preciso a proposito del distretto; mi è sembrato di capire che a vostro modo di vedere il distretto dovrebbe configurare una struttura di tipo dipartimentale, con la partecipazione ovviamente delle componenti ospedaliere, delle componenti dei medici di base, degli specialisti, eccetera. Tale strutturazione darebbe oltretutto la possibilità di superare definitivamente i tentativi di egemonia, e quindi anche i tentativi di prevaricazione sul piano della spesa, da parte delle direzioni ospedaliere e le conseguenti difese da parte della medicina di base, consentendo di impostare un rapporto paritario tra specialisti, ospedaliere e medicina di base. Mi fa piacere che lei abbia definito il medico, oltre che ordinatore della spesa, anche qualificatore della spesa. Se ho ben inteso il senso delle sue parole, il coordinatore del dipartimento dovrebbe essere il medico condotto. Vorrei sapere se lei vede tale figura in maniera automatica, o se il coordinatore del distretto sanitario di base debba essere una figura a termine, per poter poi valutare la validità della sua conduzione e del suo coordinamento.

Vorrei sapere poi se lei ritiene opportuno che la spesa sociale e sanitaria appartengano ad un unico capitolo, nel senso che, a seconda delle necessità nell'ambito del territorio, si possa meglio definire quali sono i bisogni sociali e quali sono i bisogni sanitari. Questo per far sì che le situazioni che sono a cavallo, come la geriatria, trovino nel territorio una programmazione più puntuale.

Vorrei sapere infine come intende il discorso relativo alla gradualità della responsabilità. Bisogna puntualizzare questo aspetto per stabilire, ad esempio, se la dichiarazione di invalidità deve essere fatta in modo collegiale o in base a qualificazione gerarchica.

CONDORELLI. Ho ascoltato con molta attenzione la relazione del dottor Trecca di cui apprezzo l'attività, visto che opero in una

regione vicina. Egli poco fa ha ricordato la sede dell'Ordine dei medici di Foggia che ha un'attrezzatura veramente adeguata per svolgere l'attività di aggiornamento continuo. Ciò è molto apprezzabile e invidiabile perchè una sede così ben strutturata non esiste, per esempio, in una grande città come Napoli.

Vorrei ora fare alcune domande. Lei ha parlato con molta passione del problema della prevenzione e dell'educazione sanitaria che dovrebbero svolgere i medici di base. Ebbene — così come ha fatto la senatrice Colombo Svevo — mi domando se i medici di base abbiano una preparazione adeguata per svolgere tale attività che è veramente difficile perchè implica delle tecniche complesse. Occorre innanzi tutto avere le idee chiare sulle malattie che si possono prevenire e poi conoscere le tecniche per la prevenzione, tra cui la stessa educazione sanitaria, che richiede delle metodologie su cui non tutti siamo d'accordo e che possono variare anche a seconda del tipo di patologia. Non credo che i medici — non per colpa loro — abbiano ancora la preparazione adeguata per svolgere questo tipo di attività.

Passando ad un altro quesito, secondo lei l'attuale rapporto medico-paziente così come esso è può consentire la realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di prevenzione? Il rapporto che esiste oggi tra il medico e il paziente è anodino; il medico per poter sopravvivere deve avere un numero elevatissimo di assistiti. Ne deriva un rapporto quasi impersonale e penso che per poter svolgere una attività di prevenzione e di educazione sanitaria bisognerebbe ritornare al medico di famiglia. Molti di noi medici con l'andare degli anni si rendono conto del fatto che molta patologia ha la sua base nella costituzione del malato e quindi la conoscenza dei ceppi familiari diventa una cosa estremamente importante. Tale patologia costituzionale può essere modificata attraverso norme alimentari o comportamentali: pensate al diabete, all'aterosclerosi, ai reumatismi articolari cronici, per citare la patologia più comune. Basterebbe pensare solo a questo per capire la grande importanza che potrebbe avere la medicina preventi-

va svolta continuamente e non nel momento contingente in cui il malato si reca dal medico, stabilendo solo a quel punto un determinato rapporto. È questo un modo di fare medicina che deve essere profondamente cambiato.

Si è inoltre parlato del Piano sanitario nazionale che è uno strumento fondamentale, importantissimo, però, per quanto sia entusiasta delle cose nobilissime che vengono dette, ritengo che esso potrà avere un certo valore solo se ci sarà alla periferia la volontà di applicarlo. Esso è uno strumento di indirizzo, ma sono i medici, poi, i veri anche se ultimi artefici della sua attenzione. Ciò che ci preoccupa è la realizzazione del Piano in periferia, nella zona *extra* ospedaliera, perchè negli ospedali il problema diventa più facile. Ritengo che anche i medici dovrebbero fare delle proposte perchè da molti anni a questa parte dai medici riceviamo soltanto delle istanze di ordine remunerativo, mentre sarebbe auspicabile che essi potessero suggerire ai politici iniziative relative alla salute. Tra gli elettori, la società e i politici deve esistere un rapporto particolare; i politici non devono solo interpretare e capire tutto, ma devono ricevere anche suggerimenti dalla periferia per poi tradurli in norme legislative.

Ad esempio, per quel che riguardava il problema della incompatibilità sarebbe opportuno che voi stessi faceste delle proposte ben concrete in modo da farci capire che cosa volete in realtà, anche perchè ciò potrebbe divenire la base per una discussione.

ONGARO BASAGLIA. Vorrei chiedere una precisazione su che cosa è esattamente la figura del medico di comunità.

Inoltre vorrei sapere che cosa intende il dottor Trecca per prevenzione, dato che ha parlato di prevenzione individuale e non mi riesce chiaro se si tratti già di una prevenzione secondaria o di un intervento di educazione sanitaria.

A questo proposito mi interesserebbe sapere quali misure si attuano — o si possono prevedere — nei confronti dei medici di base per quanto riguarda il problema della loro preparazione all'educazione sanitaria. Vi è

una preparazione assolutamente carente al termine della formazione universitaria relativamente all'aspetto della prevenzione sì da mettere i medici in condizione di operare un'analoga educazione sanitaria nei confronti della popolazione.

**PRESIDENTE.** Mi sembra che rimanga un po' di tempo per qualche rapida domanda. Innanzi tutto vorrei sottolineare l'importanza dell'associazione dei medici del territorio; non amo molto questa dizione, però riconosco che serve come «sigla unificante» di medici dalle derivazioni ed esperienze molto diverse che hanno confluito in un'unica federazione. Essi dovrebbero avere funzioni amalgamate tra loro e ciò costituisce un grosso problema (così come l'ha costituito storicamente per la formazione dell'Esercito o della Marina italiani, la derivazione piemontese, papalina, borbonica dei vari contingenti per cui bisognò arrivare al 1915-1918 per avere delle Armi degne dell'unità nazionale).

Detto questo, non vorrei che il fatto, per analogia, si ripetesse anche per i cosiddetti medici di territorio! Quindi, gli sforzi che state facendo sono meritevoli, nel tentativo di amalgamare queste posizioni diverse di formazione.

Il discorso più diretto sulle questioni aperte che avete sollevato ruota attorno alla problematica del distretto e a quella del medico di comunità: vedrei questi come gli spunti propositivi più interessanti. I colleghi mi hanno preceduto nel fare delle domande precise; attendo, pertanto, con molto interesse l'elaborato che fornirete sia sull'una che sull'altra questione.

Ci sono molti modelli del distretto sanitario di base; non vorrei che fosse una ulteriore «struttura» puramente organizzativa e teorica, perchè c'è sempre la tentazione di qualcuno che cerca di coordinare, andando così a coordinare l'incoordinabile. Mi chiedo piuttosto se non giovi di più stabilire, come ha fatto qualche Regione, che il distretto sia sostanzialmente rappresentato dagli uomini che operano in quel territorio con i loro ambulatori convenzionati o meno; mi chiedo, inoltre, fino a che punto parte o tutti

debbano essere riuniti in un poliambulatorio. Ritengo si debba uscire dal termine generico di distretto. Non vi dovete meravigliare se non c'è stato un progresso su questo, come non c'è stato sulla famosa parola «dipartimento», che può essere accettato o rifiutato, a seconda se ci si riconosca o meno nel modello. Lo stesso è accaduto per il medico di comunità, vale a dire se deve o meno essere un semplice capo-servizio per le funzioni svolte o qualche cosa di più specifico. Si è accennato all'esistenza di medici condotti che hanno svolto questo servizio di capi-servizio e che potrebbero aspirare ad essere *ipso facto* dei medici di comunità; sinceramente non vedo questa possibilità, perchè il concetto di medico di comunità a mio parere risponde ad una filosofia tutta particolare. Egli è sostanzialmente — stando al modello creato in Inghilterra — un medico di igiene pubblica con funzioni organizzative. Il medico condotto, pur avendo una sua preparazione, è necessario che si formi, attraverso un metodo particolare, per i compiti del medico di comunità. In tal caso diventerebbe una cosa seria, da utilizzarsi anche sul piano nazionale.

La mia ultima domanda riguarda le frustrazioni del personale a cui avete fatto cenno prima; vorrei che forniste maggiori indicazioni per meglio capire questa difficoltà psicologica.

**TRECCA.** La senatrice Colombo Svevo — ora assente — mi ha chiesto qual è la situazione attuale tra il Comune e il medico dipendente (*ex* medico condotto, eccetera). Devo sottolineare, in verità, che nel vecchio sistema esisteva un grosso equilibrio tra il sindaco, il medico condotto e l'*ex* ufficiale sanitario, perchè è stato sempre avvertito il bisogno di una persona di fiducia con la quale affrontare di volta in volta i problemi della sanità pubblica sul territorio.

Molta esperienza oggi in questo senso non c'è; esiste piuttosto un certa conflittualità tra i Comuni e le USL, grazie anche alla tendenza al ritorno di certe funzioni al sindaco, cui facevo cenno nella introduzione. A questo punto è necessaria una linea precisa: o si torna agli antichi sistemi, o si dà l'importan-

za necessaria alle USL nell'assunzione di queste funzioni.

Attualmente non siamo in grado ancora di esprimere un giudizio sui rapporti tra noi e le USL. Del resto, sono dei rapporti già viziati in partenza perchè spesso vediamo che le ordinanze perdono incidenza, nel momento in cui si vanno a proporre.

Per quanto concerne i medici condotti e le funzioni, siamo ancora fermi al passato, in quanto ancora non siamo stati messi nella condizione di poter procedere (*ex* medici condotti e assimilati) alla opzione per il tempo pieno o per il tempo definito. È una vera e propria inadempienza da parte della funzione pubblica, relativamente alla applicazione del contratto unico nazionale, sia perchè non sono state predisposte le fasce volute da tale contratto, sia perchè non è stato affrontato il problema della quiescenza, relativamente alla scelta del *part-time* (dieci o venti ore), giungendo all'assurdo del medico che è impossibilitato a compiere una scelta in mancanza della cognizione della sua futura retribuzione.

Riteniamo che il discorso concernente il rapporto con le USL sia molto difficile al momento, in un secondo momento potremmo entrare di più nel vivo del problema.

Le senatrici Colombo Svevo ed Ongaro Basaglia e il senatore Condorelli mi chiedevano come si inserisce il medico di base in questo discorso, domandandosi se c'era forse una mancanza di cultura di fondo. A questo proposito — come ho accennato nell'introduzione — devo dire che il processo è molto lungo e difficile: si tratta di una mentalità completamente nuova, che presuppone delle spese, che finora sono state del tutto risibili.

Cosa stiamo facendo noi? Il Presidente sa che abbiamo studiato il profilo del medico di comunità, anche lui ci ha fatto l'onore di partecipare al lavoro dei due seminari che abbiamo tenuto a Roma e in Lucania. Stiamo cercando di studiare il problema con nostri impegni continui, abbiamo avuto due importanti incontri a Senigallia per cercare di avviare questo grosso discorso di formazione dei quadri, di ricerca di una nuova mentalità. C'è ogni sforzo possibile ma occorre anche un discorso di aggiornamento pro-

fessionale, di formazione permanente e un discorso tra l'altro di riforma degli studi. Non c'è contratto, non c'è convenzione, che non parli di aggiornamento professionale. Chiedo a loro cosa hanno fatto in questo senso, quali soldi sono stati spesi per questo risultato. Noi del tutto autonomamente abbiamo un centro-studi che lavora, abbiamo un piano in realizzazione, abbiamo iniziative che pure nel loro piccolo si sono avvalse della collaborazione di eminenti studiosi. Il contratto unico nazionale dovrebbe stanziare una certa somma per la formazione permanente ma in realtà non ci vengono segnali in questo senso. È un processo difficile ma la difficoltà non deve impedirne l'avvio; noi come Federazione medici dipendenti stiamo facendo il possibile per creare questa nuova figura e metterla in condizione di inserirsi nel sistema.

Si chiedeva quale fosse il ruolo del medico condotto. Vorrei puntualizzare un altro discorso. Abbiamo detto che il medico di base, di famiglia, fa preminentemente diagnosi e cura e nello svolgimento di questa sua professionalità dovrebbe fare senz'altro educazione sanitaria: l'incontro col malato dovrebbe costituire un'occasione anche per l'educazione sanitaria, su questo non c'è dubbio. Quindi, fa diagnosi e cura e alcune funzioni di prevenzione individuali. Ad esempio, l'articolo 43 della convenzione dice che può fare anche vaccinazioni, visite in fabbrica, eccetera. Ci sono tre o quattro cose che il medico dovrebbe fare a livello del suo intervento di giorno in giorno anche per l'educazione sanitaria; è qui il punto. Non riteniamo, signor Presidente, che il distretto debba essere una somma degli ambulatori dei medici generici, non è quello il distretto, a quel livello non si realizza la partecipazione della popolazione, che è un discorso importante. È necessario anche una struttura in cui fare educazione sanitaria. Non si può fare prevenzione infatti se non si fa preliminarmente educazione sanitaria: deve essere un discorso chiaro.

Nel mio distretto esiste un grosso salone che può accogliere due-trecento persone: vengono organizzati incontri tra i medici generici che rispondono e che vengono inseriti nel discorso che si fa con la popolazione.

Il medico, superato il primo momento di resistenza, partecipa attivamente. Queste non devono essere soltanto nostre rivendicazioni; certo, ho sempre detto che bisogna in primo luogo crearsi anche con sacrifici un alto livello di professionalità, e solo allora sarà possibile e legittimo richiedere la giusta contropartita.

Sempre in riferimento al discorso che avviene a livello di distretto, devo dire che si fanno alcune specialità di base come la pediatria, la ginecologia e l'odontoiatria. Il distretto che ho messo su a Foggia è situato in un centro residenziale, quasi separato dal grosso nucleo della città. È comprensivo di circa 20.000 persone. È un grosso obiettivo che ci siamo prefissi, quello di realizzare il più possibile il decentramento in modo da attivare un effettivo primo filtro.

Considerare il distretto come la somma di tutti gli ambulatori, significa sottovalutare il necessario discorso di *équipe* tra i medici. Realizzare il filtro significa invece operare in *équipe*, significa approfondimento dei singoli casi; solo allora si realizza il vero filtro. Come Federazione medici dipendenti stiamo facendo tutto il possibile in questo senso e possiamo fornire alla Commissione una serie di lavori compiuti dal nostro centro-studi.

Siamo in attesa di fare l'opzione prevista dall'articolo 28 del contratto unico nazionale. Una volta fatta l'opzione, saremo considerati a tempo pieno o definito e, nell'ambito di questa scelta, dovremo svolgere una serie di funzioni che ho elencato, e coprire un certo orario di servizio. Adesso svolgiamo le funzioni previste dall'ente da cui proveniamo in attesa di fare la scelta definitiva in base al contratto unico nazionale.

Sempre a proposito del contratto unico nazionale, ci è stato chiesto come la FIMED si pone nel discorso delle incompatibilità.

BOTTI. Volevo sapere come la FIMED si pone di fronte al discorso dell'accordo.

TRECCA. Su tale problema non abbiamo difficoltà: la partecipazione alla contrattazione è stata lunga, sedici mesi e mezzo di trattative, e alla fine ci siamo convinti che

non era possibile andare avanti se non si fosse realizzato un discorso diretto tra Ministero della sanità e singole categorie, nel caso specifico, i medici.

Noi riteniamo superato il discorso del contratto unico. Il contratto unico ospedaliero ha avuto un suo senso in un certo periodo; dal 1974 ad oggi il discorso è completamente cambiato, perchè nel frattempo siamo diventati tutti medici dipendenti, per cui la questione si è enormemente allargata. È chiaro che il disagio si avverte e trattandosi di problematiche estremamente particolari si rende necessaria una trattativa separata.

I compiti specifici del territorio sono diversi da quelli ospedalieri. È dunque questa una richiesta che riproponiamo sulla base di quanto emerso dal congresso di settembre di Viareggio, dove sono già stati dibattuti questi temi.

Andiamo alla ricerca di un'area contrattuale medica; qualsiasi discorso, sia di omogeneizzazione, sia di allocazione, deve avvenire tra medici, dopo di che si avrà il confronto con tutti gli altri ed una trattativa con il Ministero della sanità o con i Ministeri che hanno competenze specifiche relativamente ai medici. I confronti con le altre categorie devono avvenire in un qualsiasi momento, ma la trattativa deve essere diretta.

Non vogliamo atteggiarci a casta: il discorso è troppo complesso. Sedici mesi non sono pochi evidentemente e abbiamo incontrato delle difficoltà. La ricerca dell'area medica contrattuale tende ad uscire dalla legge-quadro sul pubblico impiego, entro la quale ci vediamo molto male. Tutto deve avvenire tra medici e con i Ministeri interessati.

Per quanto riguarda l'incompatibilità, ritengo che l'imposizione del tempo pieno non risolva il problema, anzi lo aggravi. Infatti ci sono migliaia di centri scarsamente popolati dove due medici sono sprecati. Nel momento in cui dobbiamo contenere la spesa, non possiamo permetterci questo lusso, anche perchè sdoppiamo il discorso della globalità del medico.

Riteniamo pertanto che l'incompatibilità ci debba essere tra aree specialistiche ed aree di medicina di base. Però bisogna tene-

re conto che la realtà di migliaia di Comuni è affrontata grazie al medico condotto che sta in trincea e fa un po' di tutto.

Vogliamo essere tenuti presenti, perchè in quell'ambito riteniamo di poter dire la nostra sulla necessità di non portare tutti al tempo pieno; infatti secondo noi ciò non risolverebbe i problemi, in maniera particolare a livello di distretto.

Rispondendo al senatore Alberti, onestamente devo dire che non abbiamo svolto un lavoro sui comitati di gestione. Però sono anche tesoriere della Federazione nazionale degli ordini dei medici e in quella sede è stato elaborato un progetto relativo a tale materia. Non c'è dubbio che ci siano cose che non vanno, in quanto è un organismo pletorico.

Innanzitutto, va diminuito — anche secondo certe proposte che vengono da elementi validi del Governo — il numero dei componenti. Lo ritengo tuttavia personalmente un discorso molto difficile; la logica secondo la quale si opera oggi a quel livello è partitica, è di spartizione del potere. Per cui a questo punto, avendo raggiunto questo tipo di ripartizione, sarà un po' difficile tornare indietro. Ma, al di là delle mie sensazioni, forse errate, penso che il discorso meriti un approfondimento.

Non lo diciamo soltanto noi: lo affermano i padri della riforma. Bisogna penetrare nel problema con molta determinazione e decisione. Abbiamo avuto un grosso infortunio nella mia USL, che ha fatto scalpore e ha determinato una paralisi completa, perchè il vice presidente della stessa USL — che è succeduto alla persona attualmente in carcere — non tocca nessuna pratica e si rifiuta di mettere una firma: si è presi da una autentica psicosi.

Si sente anche la mancanza del tecnico. Non vogliamo assurgere a salvatori della patria, però si vede che manca qualcosa di cui si ha bisogno e se il numero dei componenti il comitato di gestione venisse ristretto a poche persone (ad esempio cinque) sarebbe molto più facile agire.

Ritengo non sia agevole, a livello parlamentare, il tentativo di riformare la situazione.

Riguardo la spesa sanitaria, credo che a

livello di distretto sia possibile l'autocontrollo, l'autogoverno della categoria, in maniera migliore che non a livello di USL. Nel distretto io so come intessere un rapporto con i colleghi.

Passando al discorso del medico di comunità, voglio precisare che, mentre il medico di base svolge alcune funzioni pubbliche ed altre a livello individuale, il medico di comunità è un pubblico dipendente che svolge funzioni eminentemente pubbliche; tra l'altro si occupa dell'educazione sanitaria, della prevenzione, della programmazione. Nel profilo professionale — alla cui stesura anche il Presidente ha partecipato — diciamo che il medico deve svolgere funzioni programmatiche, di organizzazione, di coordinamento, amministrative, di gestione degli interventi preventivi, di gestione degli interventi curativi, di gestione degli interventi riabilitativi, funzioni normative, di partecipazione ad attività di ricerca, di partecipazione alla valutazione.

Sono tutti compiti che il medico di comunità deve svolgere e riteniamo che per ogni distretto, a seconda dello stato della prevenzione, ci debbano essere uno o due medici di comunità e uno di questi debba assumere le funzioni di coordinamento.

Infatti nel Piano sanitario nazionale è previsto che un medico della parte pubblica (medico condotto, ufficiale sanitario, eccetera) debba, *primus inter pares*, svolgere le funzioni di coordinatore. Non è possibile, e insisto su questo punto, signor Presidente, che il punto di riferimento sia semplicemente l'ambulatorio medico.

Un altro importante problema riguarda il rapporto tra spesa sociale e spesa sanitaria. Bisogna precisare che la patologia di oggi non è più la patologia di ieri; oggi bisogna innanzitutto fare i conti con i grandi problemi sociali che tormentano la società come la droga, l'alcoolismo, il fumo, problemi che devono essere affrontati con la prevenzione e con l'educazione sanitaria. Per questo vediamo con favore un ampliamento degli interventi sul sociale.

**PRESIDENTE.** Mi permetta di fare un'interruzione. Lei ammette che tutti i medici di famiglia, chiamiamoli così, debbano obbliga-

toriamente far parte del distretto. Da alcune parti è stato anche sostenuto che il distretto è una struttura poliambulatoriale alla quale possono afferire i medici di base. Qual è il suo parere in proposito?

*TRECCA.* Noi siamo contrari a questa seconda impostazione del distretto come struttura poliambulatoriale. È chiaro che nel distretto devono operare i medici di base per poter stilare e poi attuare i programmi.

*MERLINO.* La necessità di avere un modello-tipo di USL deriva dal fatto che da parte delle Regioni sono stati attuati diversi modelli delle unità sanitarie locali, che hanno provocato i disservizi che tutti ben conosciamo. Tali disservizi riconoscono la loro causa unicamente nella dimensione delle USL e nella composizione dei servizi che le compongono. Parlando della dimensione e facendo un piccolo passo indietro si può anche accennare all'attenzione che bisogna rivolgere nei confronti dell'autorità sanitaria locale. Si immagini, ad esempio, il rapporto che possono avere ventisette USL con un sindaco o, viceversa, ventisette sindaci con una USL; oppure, ad esempio, quando pur non esistendo impegni di spesa, e nonostante i provvedimenti risultino, per loro natura, urgenti, il dirigente medico responsabile non è nelle condizioni di poter intervenire rapidamente: si pensi alle epidemie, agli inquinamenti improvvisi, eccetera.

Poniamo con forza questo problema all'attenzione del Parlamento, perchè lo riteniamo un problema tecnico, che ha degli aspetti non secondari di natura politica entro i quali, ovviamente, non intendiamo entrare.

L'altro aspetto riguardante il modello-tipo di USL è quello relativo alla composizione. Certo, non sta a me affermare che in ogni parte del paese il cittadino deve essere assistito allo stesso modo; la Costituzione stessa lo impone. Così come è comprensibile che un modello operativo debba essere adattabile alle varie situazioni locali, topografiche, eccetera; ad esempio è molto più importante un servizio di medicina del lavoro in una zona altamente industrializzata che in zone montane, laddove altre esigenze possono es-

sere assolte adeguatamente dalla struttura sanitaria con la previsione di altri servizi. Il modello-tipo deve rispondere alla necessità di una dimensione gestibile e di una qualità dei servizi che deve saper rispondere ai fini e agli obiettivi della legge di riforma sanitaria. È necessario erogare un'assistenza in regime di ricovero (e per questo ci sono gli ospedali), un'assistenza di base (e si pensa al distretto con tutto quello che tale termine implica) e, infine, distinguere i servizi, di natura specialistica assistenziale medica da quelli che sfumano nel sociale. Sottolineiamo il concetto secondo il quale il sociale, che è un aspetto moderno di indubbia rilevanza, deve essere tenuto distinto, per quanto riguarda l'aspetto finanziario, dall'assistenza sanitaria vera e propria, così come è ormai opinione diffusa che alla previdenza non possano far carico i problemi dell'assistenza.

Così individuato il problema, va da sé che i servizi non rappresentano la scelta o l'interesse di un gruppo, bensì gli obiettivi e le finalità della legge. Per quanto riguarda l'igiene e la sanità pubblica, da prima a dopo la riforma non è cambiato quasi niente. Determinati provvedimenti coercitivi sul territorio, come ad esempio le prevenzioni di massa, igiene sociale, eccetera, esistevano ed esistono anche oggi. Ho già accennato ai problemi della medicina del lavoro, come pure a quelli della medicina legale e dell'assistenza sanitaria di base. L'altro aspetto che va tenuto presente nel modello-tipo è quello di evitare la ipertrofia dei servizi, soprattutto di quelli amministrativi. Le altre questioni afferenti l'assistenza psichiatrica, farmaceutica, veterinaria, si commentano da sole, come pure tutto ciò che concerne l'assistenza socio-sanitaria.

L'ultima considerazione è quella relativa al modello-tipo, per cui una volta previsto — entro certi limiti e con l'adattabilità necessaria ai diversi territori — esso possa rispondere con facilità anche ad altre esigenze che sono state qui poste, relative alle funzioni delle Regioni nei riguardi del controllo, dell'organizzazione, della programmazione e, inoltre, alla verifica da parte dell'autorità sanitaria centrale. È inammissibile esercitare funzioni sanitarie senza che esista una

previsione di indirizzi. Non intendiamo qui aprire il discorso, ovvio ma comunque da rispettare, della divisione della responsabilità in politica, amministrativa e sanitaria. Nel momento in cui la nave ha bisogno di essere governata, è necessario comunque individuare un organo responsabile.

Per quanto riguarda il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, è stato chiesto quali sono i motivi delle frustrazioni del personale. Il Presidente di questa Commissione, come alcuni dei presenti, ne è a conoscenza; è una tematica che ha richiesto da parte di tutti coloro che vi hanno collaborato una pazienza incredibile. Infatti bisogna ricordare che erano ben cinque i comparti che confluivano nella riforma sanitaria e armonizzare cinque posizioni giuridiche diverse in uno stesso ambito è stata veramente una fatica che oserei definire di Sisifo. Non solo, ma una volta varata tale normativa doveva essere applicata subito in modo da assegnare alle diverse funzioni le rispettive figure di medici, evitando così disservizi e conflittualità.

Il comparto della sanità è quello che definisce meglio il livello culturale di una nazione o di un popolo. Vi sono dei grossi problemi è vero; pensate a quello che ha dovuto passare la Gran Bretagna che non ha ancora una situazione felice al riguardo. Pertanto il decreto n. 761 andava comunque applicato immediatamente anche perchè, in tale maniera, si sarebbe subito risolta la questione delle piante organiche, *condicio sine qua non* per il funzionamento della riforma sanitaria stessa. Se si fossero fatte subito tali piante organiche si sarebbero potuti mettere a concorso i posti vacanti.

Ebbene, diciamolo chiaramente, tanti soggetti ruotano intorno alla riforma sanitaria, ma vi sono due perni dai quali non si può prescindere: il malato e il medico. Al riguardo occorre paragonare il numero degli addetti alla sanità come medici a quello degli addetti alla sanità come amministrativi perchè non possiamo addossarci colpe che non sono assolutamente nostre.

Inoltre se si fosse applicato tempestivamente il suddetto decreto n. 761, tante storture si sarebbero potute anche «digerire»;

ma siccome ciò non è accaduto quelle storture vanno eliminate. Quando si lavora gomito a gomito con colleghi provenienti da altri comparti e ci si rende conto delle diversità giuridico-economiche dei vari enti di provenienza, il rapporto tra e con il personale diventa ingestibile.

Vi sono poi le varie interpretazioni date a livello regionale. Noi chiediamo al Parlamento che si predispongano delle indicazioni per via legislativa. È inammissibile che la norma si interpreti in Sicilia in un modo e in Piemonte in un altro. Come medici, nella nostra posizione di positivisti, non possiamo che esprimere con tutto il rispetto queste critiche.

Ci è stato posto anche un quesito relativo alla graduazione delle valutazioni medico-legali nell'ambito previdenziale. Per quanto concerne le connessioni con il Servizio sanitario nazionale mi pare di essere già stato sufficientemente chiaro; per quanto attiene all'aspetto valutativo — con riflessi finanziari molto pesanti — è da ricordare che attualmente i medici dipendenti dall'INPS e dall'INAIL sono regolati giuridicamente dalla legge n. 70 del 1975 che prevede il cosiddetto «ruolo professionale». Quest'ultimo, individua la figura di un professionista che sin dal primo momento in cui entra in servizio è in condizione di fare tutto, assumendone la piena responsabilità. All'atto pratico si è verificato come ciò sia stato un grosso errore concettuale e del resto la nostra categoria era stata contraria a tale costruzione. Abbiamo la fortuna di avere in questa sede molti medici: riesce facile quindi affermare che la medicina è una di quelle scienze che richiede oltre a una seria preparazione a monte, l'apprendimento costante e continuo, la sperimentazione, l'acquisizione di dati in ogni posto in cui si lavora. Se si deve valutare si deve preventivamente fare una corretta diagnosi che deriva, a sua volta, da una divisione di compiti e di responsabilità.

Se verrà approvata, come sembra, la legge di modifica dell'invalidità pensionabile, si verificherà che, dovendo ricadere esclusivamente sulle spalle del medico la valutazione degli stati invalidanti, anche la responsabilità della spesa finanziaria graverà in effetti a

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

28° RESOCONTO STEN. (12 aprile 1984)

suo carico. Pertanto è indispensabile avere medici professionalmente qualificati, facilmente individuabili nelle loro responsabilità, in modo che la Corte dei conti — noi medici ce ne facciamo carico e non solo da adesso — possa perseguire sempre e comunque tutti quelli che sperperano il denaro dello Stato. Questa è la nostra idea; forse sarà sbagliata, ma ci siamo sempre espressi in tale maniera.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro chiede di parlare, dichiaro così conclusa l'audizione

dei rappresentanti della Federazione italiana medici dipendenti, che ringraziamo ancora.

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

*I lavori terminano alle ore 14,10.*

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