

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO
DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

1° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 20 DICEMBRE 1983

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE

Audizione dell'avvocato Giulio Olivi e dei professori Fabio Roversi Monaco e Giorgio Pastori

PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 13 e <i>passim</i>	<i>OLIVI</i>	Pag. 3, 23
CALÌ (PCI)	21	<i>PASTORI</i>	13, 18, 26 e <i>passim</i>
COLOMBO SVEVO (DC)	19	<i>ROVERSI MONACO</i>	7, 24, 25
MELOTTO (DC)	3, 22		
ROSSANDA (PCI)	18, 20, 24 e <i>passim</i>		
ROSSI (PRI)	21		
SELLITTI (PSI)	22		
TROTTA (PSI)	22		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, l'avvocato Giulio Olivi, il professor Fabio Roversi Monaco e il professor Giorgio Pastori.

I lavori hanno inizio alle ore 17,20.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria con l'audizione di esperti in materia sanitaria.

MELOTTO. Vorrei sollevare una pregiudiziale, signor Presidente. Credo che sarebbe interessante che noi, oltre ad ascoltare gli esperti, permettessimo loro di seguirci stabilmente nel corso della indagine conoscitiva. Chiedo quindi che almeno a turno uno di loro assista alle audizioni che terremo; in tal modo ascolteremo i suggerimenti che provengono dal mondo della sanità, ma potremo anche avvalerci delle osservazioni che in merito svolgeranno gli esperti. L'indagine conoscitiva non si perderà così nei meandri dei volumi, ma coglierà l'essenza di tali audizioni.

PRESIDENTE. Registro questa richiesta; tuttavia faccio presente che il Regolamento a proposito delle indagini conoscitive prevede di norma una sola audizione per ogni esperto, fatta salva la possibilità in via informale di approfondire il confronto con altre modalità, ma ciò non rientra nell'ambito dell'indagine conoscitiva. Anch'io auspico che ad un certo punto si presenti nuovamente l'occasione di ridiscutere insieme, ma, se questo deve avvenire nell'ambito dell'indagine, deve essere ufficializzato, ed il nostro calendario-programma deve essere integrato dalla Presidenza.

Mi limito quindi a registrare la proposta del senatore Melotto; in seguito scioglieremo anche questo nodo. Resta peraltro ferma la mia disponibilità personale a ricercare altri momenti di incontro, che non comportino registrazione stenografica e ufficializzazione.

È oggi in programma l'audizione dei professori Pastori e Roversi Monaco e dell'avvocato Olivi. Il professor D'Albergo, per indisponibilità, non potrà invece essere presente; lo ascolteremo in una prossima riunione.

Vengono quindi introdotti l'avvocato Giulio Olivi, il professor Fabio Roversi Monaco e il professor Giorgio Pastori.

Audizione dell'avvocato Giulio Olivi e dei professori Fabio Roversi Monaco e Giorgio Pastori.

PRESIDENTE. Voglio ringraziare coloro che sono intervenuti e scusarmi se il numero dei presenti non è ancora congruo; in Aula si sta svolgendo il dibattito su tematiche molto importanti di politica estera ed in particolare quelle riguardanti il Libano e ciò ha sconvolto un po' i nostri programmi. Tuttavia, oltre alle esperienze che potrete comunicarci a voce, avrete la possibilità di farci pervenire memorie, articoli e documenti (già disponibili o eventualmente da preparare) che insieme allo stenografico ci permetteranno un esame più approfondito della materia.

La procedura prevede che ognuno di voi possa introdurre l'argomento, finalizzando il suo intervento a quanto richiesto nel programma generale dell'indagine conoscitiva. Dopo la vostra esposizione, che potrà durare venti minuti circa, ogni Commissario potrà rivolgervi delle domande, alle quali cortesemente risponderete.

Ricordo che non è ammessa alcuna forma di dibattito nè tra i Commissari, nè tra gli auditi ed i Commissari stessi.

Do pertanto la parola all'avvocato Olivi per un'esposizione introduttiva sull'argomento dell'indagine.

OLIVI. Signor Presidente, onorevoli senatori, desidero innanzitutto presentarmi visto che sono sconosciuto alla vostra Commissione. La mia esperienza è forse un po' particolare nell'ambito della sanità; sono direttore amministrativo dell'unità sanitaria locale n. 25 di Verona, una USL cui fanno capo 300.000 abitanti circa, con un presidio ospe-

daliero di oltre 3.000 posti-letto comprendente anche un policlinico universitario di circa 1.000 posti-letto; una USL che fa fronte a tutti i problemi della sanità, compresi anche quelli particolari dei rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed università.

La singolarità della mia esperienza è determinata anche dal fatto di essere stato per diversi anni il segretario generale dell'ente ospedaliero, scioltosi con la costituzione dell'unità sanitaria locale. La differenza, peraltro, tra la mia esperienza e quella dei professori Roversi Monaco e Pastori sta proprio nel fatto che io, per le responsabilità passate ed attuali, posso essere considerato «di trincea», mentre essi sono i veri esperti della materia dal punto di vista scientifico.

Devo dire subito — non prendetela come iattanza — che nella mia unità sanitaria locale, la sanità funziona: ed è proprio perchè funziona che credo di potere individuare ed indicare quei punti che potrebbero essere modificati o ritoccati nella revisione della legge di riforma sanitaria, 23 dicembre 1978, n. 833, e dei suoi successivi sviluppi. Infatti, quando dico che la USL a cui faccio capo funziona, voglio dire che le cose vanno meno peggio che altrove, nonostante certe carenze, anche pesanti, della riforma.

In premessa devo anche dire che complessivamente il quadro previsto dalla riforma sanitaria, cioè quello della unitarietà e della globalità dell'intervento, tiene. È un quadro a mio avviso assolutamente realizzabile. Ci sono, logicamente, come ho detto prima, cose che non funzionano e che vanno cambiate. Di queste cose voglio parlare senza *cahier de doléance* individuando le difficoltà della gestione quotidiana derivanti dalla attuale legislazione, sia dalla legge n. 833 che dalle successive disposizioni.

Innanzitutto vorrei sottolineare un problema: quello della mancata qualificazione giuridica della unità sanitaria locale. So bene che vi è chi giustamente afferma che soprattutto le unità sanitarie locali che sono consorzi od associazioni di Comuni, hanno di fatto la personalità giuridica. Ma nella realtà quotidiana la mancata qualificazione in questo senso è di grave ostacolo. Faccio un esempio risibile, ma sintomatico: proprio

prima di venire a Roma, ieri ho avuto sul mio tavolo il problema dell'acquisto da parte dell'unità sanitaria locale di un'automobile. Come si fa di solito per l'acquisto della automobile nuova si cede al venditore l'automobile vecchia, la quale, nel nostro caso, per legge è intestata al Comune. Allora è avvenuto che, fatto il contratto, il Comune ha fatto sapere che la vendita della macchina vecchia non poteva effettuarsi se non da parte del Comune stesso. Forse la questione non è stata sollevata soltanto per principio, ma anche perchè probabilmente non vi è stata comprensione fra funzionari. Comunque, ho fatto l'esempio per dire che ogni giorno nella gestione quotidiana ci troviamo di fronte a problemi che intralciano una gestione che, invece, deve essere puntuale, precisa, efficiente ed efficace. A proposito di questa efficienza ed efficacia, che la legge ripete ad ogni pie' sospinto, devo dire che un ulteriore grosso ostacolo lo troviamo ancora nella mancata ripartizione precisa, almeno nella prassi, delle competenze tra la gestione strettamente politica della unità sanitaria locale e la gestione tecnica. Questa mancata, precisa individuazione delle rispettive competenze produce disarticolazioni, discrasie, interferenze che ritardano spesso e rendono più pesante e meno efficiente l'intervento. Se potessimo pensare ad una gestione efficiente dell'USL, dovremmo pensare ad una gestione politica con competenze di indirizzo, di programmazione, di controllo, e ad una gestione tecnica con competenze più strettamente manageriali, che determinino una conduzione di tipo aziendalistico, e quando dico aziendalistico — scusate il termine forse poco preciso — intendo riferirmi ad un'articolazione organizzativa di strutture che siano tecnicamente adeguate al servizio che rendono, per soddisfare alle esigenze in modo tempestivo ed efficace. Prima non ho detto a caso che, tutto sommato, nelle USL la sanità può funzionare, ma quello che ora voglio dire è che proprio nelle unità sanitarie locali dove è più qualificata la presenza tecnica e, quindi, vi è maggiore tensione a rendere il servizio nel modo più puntuale e preciso possibile, spesso si sente più forte il contrasto tra le esigenze giuste dell'intervento poli-

tico, del metodo politico, che è più lungo, più lento, per la continua ricerca delle convergenze, e l'intervento tecnico che, appunto, ha da essere tempestivo ed efficace. Quindi, proprio il fatto di non aver individuato una precisa distinzione tra competenze politiche e competenze tecniche nella gestione delle USL porta alle discrasie e agli inconvenienti che riscontriamo ogni giorno.

Sto esponendo alcuni appunti che ho preso, riflettendo su quello che vorrei fosse cambiato, pur non avendo alcuna pretesa di indicarvi come si debba operare il cambiamento. Ed allora, andando avanti nella precedente riflessione, devo dire che, per esempio, anche l'aver previsto un ufficio di direzione con competenza tecnica, con responsabilità tecnica complessiva della unità sanitaria locale, forse è stato un errore e questo perchè esso è un organo collegiale che stenta a funzionare non tanto nel momento della ricerca, quanto in quello della decisione, che è il momento più importante. Nella mia unità sanitaria locale l'ufficio di direzione è composto da dodici persone e ne fanno parte tutti i capo-servizio, o capo-settore come sono chiamati nella legge regionale del Veneto. Ebbene, un tale ufficio o finisce per portare avanti una defatigante discussione sui problemi, anche di poca importanza, proprio per il tentativo di ogni responsabile di scaricare sulla responsabilità collettiva la propria responsabilità, oppure finisce per essere occasione di litigio. In un momento come questo, che è un momento di avvio nel quale — non bisogna dimenticarlo — debbono essere riunite insieme le più svariate esperienze professionali, con differenze di mentalità e di metodo di gestione riferibili a dirigenti provenienti dalla struttura *ex* ospedaliera e da quella *ex* mutualistica, addirittura medici e non medici, sarebbe necessario un momento unificante, un punto di riferimento unitario delle singole responsabilità.

A mio parere, quindi, questo istituto andrebbe riformato per ricreare la figura di un direttore generale che abbia responsabilità decisionali anche nel comitato di gestione o nel consiglio di amministrazione congiuntamente agli amministratori, figura corrispondente nelle linee generali al direttore ammi-

nistrativo dell'*ex* ente ospedaliero. Questo perchè è necessario che vi sia qualcuno responsabile di tutti i settori, ferma restando l'autonomia tecnico-funzionale che la legge prescrive per i settori medesimi.

Per quanto concerne il sistema dei controlli devo dire che a mio parere l'unità sanitaria locale è controllata in modo da appesantirne la gestione e da arrecare meno danni effettivi alla sua attività. Infatti dal comitato regionale che controlla le unità sanitarie locali spesso vengono sospese o annullate deliberazioni in base a considerazioni di carattere meramente formale. Bisogna quindi decidere se si vuole che le unità sanitarie locali abbiano una vera e propria gestione manageriale oppure una semplice gestione per atti. Questo è un rilievo di fondamentale importanza dato che troppo spesso vengono impediti realizzazioni a favore dei cittadini con interventi estranei addirittura al contenuto degli atti che vengono esaminati. Le USL, però, oltre ad essere controllate dal comitato regionale sono controllate in maniera più incisiva dal collegio dei revisori. Tale collegio svolge un importante controllo sull'attività economico-finanziaria che dovrebbe consistere in indirizzi e suggerimenti per la corretta conduzione di tale attività; ma esso, talvolta, tende a svolgere anche controlli che non gli competono, come, ad esempio, quello sulle presenze del personale medico e non medico in servizio! A mio parere questo controllo deve essere individuato più esattamente e non deve esplicitarsi — come ho già detto prima — esclusivamente sugli atti; esso dovrebbe essere un controllo *ad adiuvandum*, dato che in un momento di evoluzione come quello che stiamo vivendo si avverte la necessità di esperti che stabiliscano prassi e metodologie in questo settore. Il controllo esercitato da questo collegio non deve essere repressivo; non dovrebbero più esserci revisori che sottolineano nei loro verbali solo le manchevolezze, denunciandole anche alla magistratura, ma dovrebbero esserci dei veri e propri esperti di amministrazione economico-finanziaria, che consigliano, indirizzano ed aiutano la corretta gestione dell'ente. Tutte queste considerazioni derivano dall'esperienza quotidiana

della mia attività in seno alla USL 25 di Verona.

Dovendomi limitare ai problemi di carattere istituzionale voglio riprendere il discorso — cui ho accennato prima — dei rapporti con le università. A mio parere è indispensabile riformare il sistema delle convenzioni; in particolare nel momento in cui i parlamentari saranno chiamati (e spero che ciò avvenga molto presto) a discutere la riforma della facoltà di medicina sarà necessario riesaminare i suoi rapporti con il Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 39 della legge n. 833 del 1978 stabilisce che la normativa convenzionale si applica «fino alla riforma dell'ordinamento universitario e della facoltà di medicina».

Ciò significa che il legislatore ha ritenuto che il sistema convenzionale non deve considerarsi definitivo, anche perchè in questo decennio di esperienza si è costatato che lo strumento della convenzione bilaterale tra università e ospedale — oggi università-Regione-unità sanitaria locale — da contrattarsi per ogni singola sede non è idoneo a regolare una materia complessa nella quale le parti contraenti sono spesso costrette a scontrarsi per recepire — il più delle volte con compromessi devianti — esigenze, interessi istanze a contenuto e finalità assai diverse e spesso fra loro contrastanti. Ne è riprova, peraltro, lo scarso numero di convenzioni effettivamente operanti sino ad oggi.

Giustamente, quindi, il legislatore già prefigura il superamento del sistema convenzionale, indicando nella riforma della facoltà di medicina la via da perseguire per ottenere il risultato dell'integrazione effettiva fra didattica, ricerca ed assistenza.

L'ultima considerazione che voglio fare si riferisce alla sede delle decisioni politiche nella gestione delle unità sanitarie locali. Questa sede dovrebbe essere l'assemblea, ma per esperienza personale posso affermare che nelle USL le assemblee funzionano male e spesso sono motivo di contrasto tra l'attività gestionale e l'attività politica e di appesantimento nella gestione burocratica. Se si pensa che alle assemblee è demandata la competenza anche della approvazione di atti stret-

tamente negoziali come i contratti, si può facilmente comprendere come questa confusione tra competenze strettamente politiche e competenze gestionali generi appesantimenti spesso gravi nella complessiva gestione del servizio. Personalmente sono impegnato, nell'interesse della corretta gestione del mio ente, a ricercare ogni motivazione giuridica, anche la più sottile, che possa sopportare ogni pretesto per non sottoporre tali atti all'assemblea, perchè ciò comporterebbe un ritardo medio che si aggira intorno ai tre mesi!

Questa considerazione credo che sia sufficiente per giustificare la necessità di ricercare con urgenza soluzioni diverse e garantire la partecipazione politica con altro più adeguato istituto.

Un'ultima considerazione riguarda i distretti. Secondo me, è estremamente importante l'organizzazione sul territorio. Parlo evidentemente non come politico bensì come tecnico responsabile dell'organizzazione di una grossa unità sanitaria locale: abbiamo fatto l'esperienza dei distretti ma, proprio per la mancata corrispondenza tra decisione politica e intervento tecnico, con tali distretti si è provveduto puramente e semplicemente a territorializzare le attività burocratiche che prima venivano espletate dagli enti mutualistici; certi distretti meglio, altri addirittura peggio. È necessario riesaminare all'interno delle unità sanitarie locali la figura di questa istituzione: il distretto, a mio parere, è estremamente importante dal punto di vista tecnico per l'effettiva gestione dei nostri servizi. Esso va istituito e gestito come effettivo principale punto di riferimento per facilitare l'unitarietà e la globalità dell'intervento. Non può ridursi a presidio terminale di una attività burocratica.

Vorrei riferirmi, infine, ai rapporti tra intervento sanitario e intervento sociale. Nel Veneto questo problema è molto importante, devo anzi dire che nei confronti dei Comuni, soprattutto quelli minori, è l'unico problema sentito.

Se si dovesse interrogare, ad esempio, il sindaco di Rovere Veronese, che è un piccolo paese della collina veronese, egli sottolineerebbe subito che il problema della sanità,

dal punto di vista gestionale non interessa il suo Comune, che tutto sommato ha agevolmente scaricato nell'USL anche le poche competenze che ancora gestiva. Quello che invece chiede riguarda la presenza nel sociale, quello che l'unità sanitaria locale organizza per rendere al Comune servizi nel sociale: intendo assistenza agli anziani e agli handicappati, ai tossicodipendenti, intendo assistenza psichiatrica. Le unità sanitarie locali, forse anche la mia, su quest'ultimo punto non hanno capito l'importanza della legge n. 180 del 1978: si tratta di un provvedimento, non pretendo certamente di dire cosa nuova, che deve essere applicato in modo esatto secondo certi principi. Ad esempio, nella mia USL si sta ancora dopo oltre tre anni parlando di programmi, di obiettivi per l'assistenza psichiatrica, mentre le uniche esperienze di effettiva applicazione della legge sono portate avanti da operatori di grande sensibilità, che tuttavia restano isolati operando in modo volontaristico, proprio per le lunghe diatribe con cui si continua a rinviare ogni decisione sul problema. In questo campo vi sono strutture e capacità tecniche, ma manca la volontà politica di usarne in modo corretto.

Questa, signor Presidente, è la mia esperienza. Chiedo scusa se per caso non sono stato molto chiaro; sono comunque a disposizione per eventuali chiarimenti.

PRESIDENTE. La ringrazio per la sua chiara esposizione. Do la parola al professor Roversi Monaco.

ROVERSI MONACO. Cercherò, signor Presidente, di essere breve come lo è stato l'avvocato Olivi.

Forse la mia posizione potrà sembrare per alcuni aspetti eccessivamente critica nei confronti della legge di riforma sanitaria. Devo però ricordare che con il professor Pastori organizzammo nell'ottobre del 1978 un seminario di studi, proprio nel momento in cui il provvedimento, già approvato dalla Camera dei deputati, veniva trasmesso al Senato. Nel corso di questo seminario (eravamo numerosi e di varie tendenze) individuammo alcuni evidenti difetti nella legge, difetti che furono

riconosciuti e condivisi dai numerosi parlamentari che intervennero — c'erano fra l'altro i presidenti delle Commissioni sanità del Senato e della Camera dei deputati —; tuttavia non si riuscì a introdurre alcun cambiamento; si ipotizzò un gruppo di studio al fine di predisporre modifiche al testo non definitivo, ma non se ne fece nulla, ed in tal modo numerose carenze, pure individuate, rimasero tali.

Credo che allo stato attuale nessuno possa dire se il quadro generale della riforma tenga oppure no. Non si è in grado di dare un giudizio sui principi con riferimento alla loro operatività poichè i meccanismi istituzionali non hanno funzionato e non funzionano.

Pur con l'intesa di seguire la scaletta degli argomenti indicati, non credo sia precluso fare altre considerazioni: a partire dal ruolo svolto dal Ministero della sanità e dal Consiglio sanitario nazionale. Credo sia a tutti evidente che non si è trattato assolutamente di un ruolo di coordinamento della politica sanitaria nazionale o della produzione normativa. Il Ministero ha svolto, infatti, un ruolo diverso non soltanto da quello che la legge di riforma aveva ipotizzato ma anche da quello che usualmente un Ministero dovrebbe svolgere nello Stato delle autonomie.

E quando si dice che è stato l'ex senatore Andreatta a svolgere le funzioni di Ministro della sanità, più che il Ministro della sanità stesso, si dice una cosa giusta; la sanità negli anni 1981-1982 è stata governata a colpi di decreti: decreti emanati dal Ministro del tesoro che hanno inciso sulla sanità stessa in misura molto più pronunciata di quanto abbiano potuto fare altri provvedimenti posti in essere dagli organi statali direttamente competenti.

Se dovessi cominciare dalle cose che non funzionano menzionerei, anzitutto, la legge di piano. Essa è arrivata a questa Commissione nell'aprile del 1979 e qui giace ancora, per quanto mi risulta. Da allora, nonostante vi siano state riunioni interlocutorie, affermazioni di principio, comunicati dai quali sembrava che il piano fosse già pronto, non si è andati avanti. Personalmente ritengo sbagliato che si approvi il piano con le procedure proprie della legge: se potessi dare

un primo suggerimento proporrei di rivedere questo aspetto, trasformando l'approvazione del piano in una deliberazione del Parlamento e ponendo in essere le cautele idonee a superare il rischio, prospettato da più parti, che in tale modo il piano venga a perdere di ogni forza cogente.

A livello nazionale il discorso non può fermarsi alla pianificazione.

C'è il problema della contrattazione collettiva. L'interpretazione che è stata data alla legge n. 833 segue quella più generale che viene data alla contrattazione collettiva nel settore del pubblico impiego. A seguito di tale interpretazione un ampio spazio della contrattazione collettiva tende ad investire le strutture e la loro organizzazione, più che il rapporto di lavoro nei suoi contenuti di carattere economico. Ciò ha fatto sì che siano state emanate varie prescrizioni che assumono un carattere organizzativo regolamentare e che vengono poste in essere a seguito della contrattazione collettiva. Vi sono state, quindi, leggi o decreti successivamente emanati dallo Stato che contravvengono alle disposizioni organizzative procedurali dettate dalla contrattazione collettiva, sollevando dei grossi problemi interpretativi di rapporto tra fonti di diritto. Anche questo è un aspetto di grande importanza e delicatezza.

Passiamo ora all'argomento della copertura della spesa. Io sono anche un libero professionista e quindi posso essere, da questo punto di vista, accusato di partigianeria, ma mi sembra che il meccanismo di prelievo applicato soprattutto nei confronti dei professionisti prima attraverso un provvedimento di carattere amministrativo, e successivamente la sua recezione in una serie di decreti-legge, sia un sistema in piena e totale contraddizione con i meccanismi previsti dagli articoli 57 e 63 della legge n. 833. È vero che la legge successiva può modificare o derogare la legge precedente, ma quando ci troviamo di fronte ad una legge organica, ad una specie di «superlegge», come dovrebbe essere la legge di riforma sanitaria, che definisce in modo coerente o globale certi meccanismi, lo squilibrarne uno (nel caso in ispecie quello riguardante il prelievo) costituisce una grossa incongruenza, una deroga di portata imprevedibile.

Passo ora al tema delle Regioni, dato che nel documento che ci è stato consegnato si parla dei vari livelli di governo. Anche il ruolo delle Regioni è stato finora prevalentemente normativo. La legge di riforma sanitaria — a questo ormai non si può più porre rimedio — ha previsto l'emanazione di un numero eccessivo di provvedimenti normativi di attuazione, delle specie più varie: leggi statali, decreti delegati, leggi regionali, contratti collettivi destinati ad essere recepiti in decreti presidenziali, eccetera. Le Regioni fino adesso hanno svolto soprattutto un'attività normativa e l'hanno svolta, bisogna dire, all'insegna di una univocità e di un appiattimento abbastanza preoccupanti. Infatti, le strutture del Servizio sanitario nazionale, pur in presenza di notevoli diversità nel territorio nazionale e di una legge che certo non è stata a maglie troppo larghe come la legge n. 833, sono state disciplinate dalle Regioni in maniera uniforme, anche laddove ciò non sarebbe stato opportuno, perchè è chiaro che le unità sanitarie locali emiliane e lombarde, siciliane e calabresi non si trovano nelle stesse condizioni e non operano in contesti sociali e territoriali uniformi. Eppure le strutture organizzative sono le medesime, anche laddove la legge nazionale lasciava un più ampio spazio alla discrezionalità dell'iniziativa legislativa regionale. Le Regioni inoltre, a loro volta, non fanno programmazione. È vero che questo discorso può essere ribaltato: lo Stato non fa la programmazione e quindi le Regioni si adeguano; certo è tuttavia che quel meccanismo ascendente e discendente, di relazioni continue fra autonomie regionali e Stato, per cui la programmazione dovrebbe essere avviata dalle Regioni e recepita dallo Stato, per ridiscendere sulle Regioni finora non è entrato in funzione.

Il problema fondamentale è però quello delle unità sanitarie locali e soprattutto dell'unità sanitaria locale nei suoi rapporti con il terzo dei livelli di governo, il Comune. Mi baso sulla mia esperienza personale che è un'esperienza abbastanza ampia anche se inevitabilmente personale e relativa. Non ho assolutamente la pretesa di fare affermazioni certe e inconfutabili. Il Comune nel Servizio sanitario nazionale, mentre teoricamente è

disegnato come il soggetto di maggiore rilevanza (perchè, in definitiva, tutte le funzioni che non fanno capo allo Stato o alle Regioni sono di spettanza del Comune, dice la legge) è invece, alla resa dei conti, la struttura che ha il ruolo meno rilevante nell'ambito della legge n. 833. Praticamente il Comune come tale non ha nessun ruolo, tanto che il problema dei rapporti tra Comune e unità sanitaria locale sussiste anche in quei casi in cui l'assemblea delle unità sanitarie locali coincide con il consiglio comunale. Si tratta veramente di un grosso problema poichè investe non soltanto le grandissime o le grandi città e quelle con popolazione superiore ai 100.000 abitanti, ma anche la miriade di cittadine e di paesi che danno luogo, attraverso le associazioni tra Comuni, ad unità sanitarie locali che le sopravanzano di gran lunga dal punto di vista dell'importanza sociale, economica, politica. Non è raro il caso di sindaci di Comuni, anche di un certo rilievo, che hanno abbandonato la loro carica in vista della loro nomina a presidenti delle unità sanitarie locali, ritenendo quest'ultima una carica politicamente più qualificante. Se ci riflettete bene, ciò è singolare e urta in parte con il concetto di autonomia comunale; specie se pensiamo alla carica di politicità che dovrebbe avere l'ente Comune, in quanto ente di fini generali e, in contrapposto, all'unità sanitaria locale come struttura di servizi. Il problema del rapporto tra unità sanitaria locale e Comuni è, a mio avviso, uno dei principali. Consentitemi di tornare indietro al momento in cui la legge fu discussa e approvata. A mio parere, a quel punto si doveva effettuare una scelta decisa, che invece non c'è stata tra l'unità sanitaria locale intesa come azienda e l'USL intesa come struttura dotata di pronunciata autonomia o addirittura come ente. Credo che non sia produttivo discutere ora, meno che mai in questa sede, della natura giuridica della USL, e se essa abbia personalità giuridica o non, con i problemi processuali e di rapporto con l'esterno che ne discendono. Certo è che le USL si comportano largamente non soltanto come fossero enti, ma enti dotati di una vera e propria autonomia politica. Questa è almeno la mia esperienza. Quindi non è significativo risolvere in via solo teorica il

problema della natura giuridica dell'USL; certamente la struttura cui si è dato luogo non è una struttura strumentale, tende a cogliere — anzi ha colto — molto più rapidamente gli elementi di somiglianza con l'ente autonomo territoriale, del quale in larga parte ripete gli organi fondamentali, che non le caratteristiche dell'azienda municipalizzata. Le Regioni, secondo me, hanno enfatizzato questa tendenza. Ho discusso varie volte con il professor Pastori in proposito; egli sosteneva la rilevanza dell'associazione dei Comuni in quanto tale ed ha ragione, dal suo punto di vista, o forse ha ragione anche in assoluto, se tutte le Regioni si fossero comportate come la regione Lombardia, che ha chiarito con assoluta precisione che l'associazione fra Comuni è una persona giuridica, cui possono essere affidati altri compiti. Allora il discorso ha una logica precisa, ma le altre leggi regionali sono in massima parte o contrarie a tale impostazione o talmente fumose da far risultare, sotto questo profilo, la legge n. 833 come un modello di chiarezza. Quello che si doveva fare era — e scusate se parlo del passato, ma penso sia utile per il futuro — era o riconoscere la natura di ente all'USL, o, se non si riteneva di farlo, chiarire che l'USL era una struttura di tipo aziendalistico. Non so quale ostacolo di carattere ideologico o di carattere politico abbia impedito di fare questo; credo che abbia svolto un ruolo molto importante in questa direzione il fatto che l'anno prima era stato emanato il decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio n. 616, con quella norma (articolo 32) sulla associazione di Comuni che sembrava ricca di possibilità; nonchè il fatto che molti erano sfiduciati circa la possibilità che la riforma delle autonomie potesse andare in porto, per cui penso che si sia cercato di inserire, attraverso la legge n. 833 e l'associazione dei Comuni in essa prevista, un meccanismo che avrebbe dovuto incentivare la riforma delle autonomie o comunque costituire un precedente lungo la direzione, da tutti auspicata, dell'individuazione di livelli territoriali ottimali — nè provinciali nè comunali — idonei a gestire determinati servizi. Questa tesi, che per certi versi ha prevalso, non ha prevalso tuttavia sino in fondo, perchè — io credo — c'è stata una forte resistenza da parte di chi

sosteneva — e indubbiamente a ragione — il ruolo fondamentale del Comune, come cellula basilare del nostro ordinamento amministrativo. In effetti, in questo momento il Comune ha questo ruolo ed è stato giuridicamente corretto, sulla base della nozione di interesse di carattere esclusivamente locale che l'articolo 118 della Costituzione contiene, ritenere che per i servizi connessi alla sanità, in quanto rivolti al cittadino, ed accorpabili con altri servizi di carattere sociale sicuramente facenti capo al Comune, dovesse essere assegnato al Comune un ruolo fondamentale. Si spiega meglio allora l'affermazione, allo stato totalmente vuota di significato concreto, del Comune come organo di governo del Servizio sanitario nazionale (provate, infatti, a chiedere a qualsiasi sindaco se si sente di essere il responsabile, o comunque, l'organo di governo dell'USL). In ogni caso da questo contesto contraddittorio è nato il disegno di costituzione delle USL secondo ben note caratteristiche che hanno sostanzialmente svuotato di significato l'assegnazione al Comune delle funzioni in materia di sanità.

C'è solo da ringraziare che, ad un certo punto, ci si sia resi conto che il tipo di funzioni già di competenza del sindaco nell'ambito della sanità e dell'igiene erano caratterizzate da un tipo di esercizio del potere di carattere schiettamente giuridico — autorizzativo e di controllo — per cui si è introdotta l'espressione «rimangono ferme le funzioni del sindaco quale autorità sanitaria» che è stata estremamente opportuna.

Scusate se mi dilungo, ma ritengo questo punto molto importante. Dicevo che la scelta del modulo organizzativo dell'USL è stata scorretta: se, infatti, ne consideriamo gli organi — l'assemblea, il comitato, i componenti del comitato, il presidente — vediamo seguito un modulo che ricorda molto da vicino quello dell'ente territoriale, non quello dell'azienda di servizi. Questo ha pesato in modo fortissimo sulla successiva attuazione della riforma e sulla sua operatività; le leggi regionali e la stessa prassi hanno poi esaltato il ruolo delle assemblee, che nelle aziende municipalizzate non esistono. Le assemblee si sono poi divise in commissioni; queste

ultime si sono date dei compiti e perfino regolamenti; in certi casi tengono contatti diretti con gli apparati amministrativi; spesso, inoltre, a capo della commissione consiliare è posto un componente del comitato di gestione, che diventa così una specie di Assessore con un ruolo fondamentalmente politico, non certo gestionale, e comunque non certo equiparabile a quello di un componente della commissione amministratrice di un'azienda municipalizzata.

Ritengo che la previsione della assemblea, fortemente equivoca dal punto di vista funzionale, non sia assolutamente utile dal punto di vista funzionale e sia infine una delle cause principali di quel fenomeno di eccessiva politicizzazione delle USL che — volente o nolente — la popolazione ha recepito come uno dei difetti principali della riforma sanitaria. Un'assemblea con poteri amministrativamente decisionali, anche soltanto per i regolamenti o i grossi contratti, o le piante organiche, è a mio parere assolutamente priva di senso. Non credo che attraverso l'assemblea si realizzi la partecipazione; al limite è allora preferibile adottare un modulo diverso e rendere l'assemblea dell'USL direttamente elettiva secondo modalità da definirsi. Allora l'assemblea avrebbe un senso (anche se si dovrebbe poi, una volta riconosciuto che debba essere una azienda, inserire l'assemblea in una gestione di tipo aziendale)!

In ogni caso così come è prevista l'assemblea non ha significato. Conviene tornare al modulo della azienda municipalizzata che sta dando, anche ora, dei frutti buoni, perché le aziende municipalizzate hanno, se non in tutto, certo in larga parte, rivisto il loro comportamento e il loro tipo di gestione e sono indubbiamente una struttura viva, almeno in certe parti d'Italia, come lo sono le loro organizzazioni di categoria, pur con una legislazione che risale al 1925 e al 1903 (legge e rispettivo regolamento, già emanato in relazione alla precedente legge, sostituita da quella del 1925).

Dunque si può tornare, con le opportune modificazioni, al modulo della azienda municipalizzata, ma questo prevede che l'assemblea non sia considerata — scusate se insisto

su questo punto ma lo ritengo importante — organo dell'USL.

Non dico di abolire le assemblee evidentemente: soprattutto dove esse coincidono con il consiglio comunale o con una comunità montana; ciò sarebbe privo di senso. L'assemblea, tuttavia, deve (e può), a mio parere, fungere soltanto da organo di nomina del comitato di gestione, che deve scegliere tra persone tecnicamente preparate, nonché da organo di compensazione tra scelte che attingono all'igiene e alla sanità e scelte di carattere generale effettuate dal Comune (o dai Comuni): deve avere, quindi, compiti ben individuati di indirizzo politico, destinati ad attuarsi significativamente una o due volte l'anno in sede di approvazione del bilancio ed in sede di approvazione del programma dell'USL.

A questo punto però l'assemblea deve esaurire il suo compito e pertanto non vi è alcun bisogno che essa diventi organo della USL. Rimane organo del Comune o sarà organo dell'associazione dei Comuni, autonomo dall'USL ed al quale eventualmente affidare altri compiti.

L'unità sanitaria diverrebbe così una volta per tutte un'azienda di servizi con un comitato di gestione, o un consiglio di amministrazione ed un presidente. Ho già avuto occasione di formulare questa ipotesi al convegno annuale della associazione dei dirigenti amministrativi delle USL e credo che complessivamente essa abbia raccolto una forte adesione, non soltanto per quanto riguarda la natura dell'USL come azienda municipalizzata, ma anche e soprattutto per quanto riguarda la soppressione dell'assemblea quale organo dell'USL. Certo, sorgono in questo modo problemi dal punto di vista della partecipazione, esigenza tenuta presente in modo particolare dalla legge di riforma. Per la verità io non sento molto, in questo momento, questi problemi, ma capisco che essi possano essere sentiti da altri: se mi è permesso dare un suggerimento direi allora che ci si debba indirizzare ad una maggiore partecipazione dell'utenza, anche perchè esiste comunque un filtro alla partecipazione dei cittadini, vale a dire il Comune o l'associazione dei Comuni, o la comunità montana o, in certi casi, la circoscrizione.

Un altro aspetto rilevante riguarda l'ufficio di direzione. Anche in questo caso l'indirizzo originario del legislatore nazionale è stato svisato sulla base di compromissioni che il legislatore nazionale e quello regionale ad un certo punto hanno ritenuto di dover seguire. Il legislatore nazionale nella legge n. 833 parla di un ufficio di direzione, di un coordinatore amministrativo e di un coordinatore sanitario. Rileggendo gli atti parlamentari della Camera e del Senato, emerge con chiarezza che si tratta di due persone distinte: un coordinatore amministrativo ed un coordinatore sanitario. E ciò perchè all'originario intento di creare solo un coordinatore, come sarebbe stato preferibile, si è opposta la dualità, già esistente negli ospedali, del direttore amministrativo e del direttore sanitario. Ma, con il pretesto di recuperare una sostanziale collegialità (*duo non faciunt collegium*), le leggi regionali prevedono uffici di direzione composti da più membri: dodici o quindici o ancor più; si tratta, dunque, di qualcosa di molto diverso dall'originaria previsione del testo legislativo. Il fatto è che questo ufficio di direzione o diviene una specie di consiglio di amministrazione di tecnici — con una separazione (artificiosa) tra comitato di gestione, composto da politici, e ufficio di direzione, composto da tecnici — oppure diviene, come più probabilmente succede, una stanza di compensazione in cui vari soggetti, che sono i capo-servizi, badano — scusate l'espressione — agli affari loro, stando soltanto attenti a che non si verifichino sperequazioni o invasioni di competenze. Ciò tanto più in quanto le leggi regionali non hanno previsto che il coordinatore debba lasciare il suo posto di capo-servizio, tollerando così che costui rivesta nello stesso tempo le due cariche. Il sistema porta alla conseguenza che, molto spesso, il coordinatore è un fiduciario del presidente o del Governo cui è legato da un rapporto di comunanza politica; esso, a seconda dei casi, o diventa un'eminenza grigia dell'unità sanitaria locale, in quanto è politicamente qualificato e tecnicamente competente, oppure diventa il semplice segretario del comitato di gestione, oltre che segretario e notaio dell'ufficio di direzione in cui svolge il ruolo di un *primus inter pares*. Ciò mentre, a mio parere,

nel servizio sanitario nazionale, vi sarebbe necessità di persone che comandano o meglio, se questa espressione può apparire un po' odiosa, che decidono ed assumono responsabilità.

Altre cose si potrebbero dire circa alcune carenze delle unità sanitarie locali, soprattutto con riferimento alla tutela dell'ambiente. Una delle innovazioni principali della legge n. 833 è stata quella di aver abbattuto qualsiasi steccato tra cura e prevenzione, tra igiene e sanità. Ma questo aspetto fondamentale, cioè quello dell'accorpamento delle funzioni, è stato realizzato effettivamente? Per esperienza, anche professionale, posso rilevare che alcune province (tra queste quella di Bologna) avevano organizzato meccanismi di controllo delle acque, dell'igiene del suolo e dell'igiene dell'aria che funzionavano piuttosto bene, poichè anche attraverso questi meccanismi le province tentavano di rivitalizzarsi, di riqualificarsi; la riforma sanitaria ha spazzato via tutto e non si sono finora costituiti organismi nuovi che abbiano sostituito quelli esistenti.

Vorrei ora affrontare tre ulteriori aspetti, di grande rilievo, sui quali peraltro mi soffermo in modo rapidissimo. Il primo riguarda il rapporto tra unità sanitaria locale ed ospedali. La riforma sanitaria ha operato come se gli ospedali non esistessero; ha dedicato loro un breve articolo richiamando per il resto la legislazione esistente. Ciò è sbagliato (lo si è detto anche nel seminario prima ricordato e lo hanno affermato in molti), poichè in realtà le unità sanitarie locali si sono spesso costituite attorno agli ospedali o quali appendici dell'ospedale: e questa è una (non certo l'ultima) delle ragioni per cui l'aspetto relativo alla cura e all'assistenza ospedaliera ha nettamente prevalso sulla prevenzione, che è risultata recessiva ancorchè maggiormente qualificante.

Perciò occorre intervenire in qualche modo sulla struttura ospedaliera; non credo seguendo la strada che qualcuno ha prospettato di costituire nuovamente enti ospedalieri come enti pubblici. Una volta entrata in vigore la legge n. 833 essa va attuata nella sua pienezza, altrimenti diventa difficile qualsiasi giudizio sulla legge stessa.

Un punto sul quale nutro qualche disaccordo con l'avvocato Olivi, riguarda il rapporto fra le unità sanitarie locali e università. Può darsi che il sistema convenzionale «faccia acqua», anche se per lungo tempo esso ha funzionato. Sono un universitario ed ho sempre difeso, per l'università di Bologna, i colleghi titolari delle cliniche: quindi il mio giudizio può essere partigiano. Detto questo però, e cercando di essere obiettivo, rilevo che non è accettabile che le unità sanitarie locali vogliano comprimere il ruolo dei policlinici universitari, riducendolo al proprio ristretto ambito territoriale, e facendone degli ospedali di terza categoria, destinati ad erogare un'assistenza indifferenziata.

Eppure ciò accade, quantomeno a Bologna, proprio nel momento in cui ci troviamo di fronte a migliaia di malati, provenienti dalla Sicilia, dalla Calabria, dall'Abruzzo, eccetera, che si dirigono a quel nostro policlinico per farsi curare. A mio parere occorre chiarire allora che il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale e i policlinici universitari deve essere caratterizzato dal ruolo particolare — principalmente di ricerca, oltrechè di assistenza particolarmente qualificata — che i policlinici stessi hanno e che, senza voler diminuire con ciò il ruolo degli altri presidi ospedalieri e delle unità sanitarie locali, impedisce necessariamente un'assimilazione.

Lo strumento convenzionale va governato in maniera più ferma dal centro. E se è vero che lo schema di convenzione è stato finalmente apprestato, va rilevato che la procedura è durata anni; e che ora debbono essere predisposti gli schemi di convenzione regionali e delle singole unità sanitarie locali.

In questo settore, tra gli aspetti che vanno affrontati con decisione vi è quello del bacino di utenza del policlinico universitario; esso non può essere quello dell'unità sanitaria locale e nemmeno di un presidio multizonale poichè non è lecito porre limitazioni territoriali da questo punto di vista.

Un ulteriore settore, sul quale occorre intervenire, a mio parere, in sede legislativa, riguarda la creazione di nuovi servizi. Se non è ipotizzabile che le unità sanitarie locali si vedano costrette a creare nuovi servizi ogni qualvolta le facoltà universitarie chia-

mino nuovi titolari (ordinari o associati) dando luogo ad una proliferazione di posti, è indubbio che il legislatore deve intervenire per garantire in condizione di eguaglianza un giusto spazio a tutti i titolari di insegnamento. La facoltà di medicina di Bologna ha chiamato numerosi associati, dei quali soltanto una parte erano titolari di insegnamento e, quindi, già dotati di un servizio o nella legittima aspettativa di conseguirlo. Gli altri non sono preposti ad alcuna struttura ma, nel momento in cui rivendicheranno l'integrità della propria funzione di docenti, di ricercatori e di medici, poichè assistenza, ricerca scientifica e didattica all'interno di un policlinico universitario sono strettamente connessi, essi richiederanno la titolarità e comunque la disponibilità di strutture e di servizi, che il Servizio sanitario nazionale non potrà, allo stato, dare, con la conseguenza che lo stato di tensione e di oggettiva ingiustizia è destinato a protrarsi e ad acuirsi. Segnalo questo aspetto come aspetto di grandissimo rilievo, sul quale occorre intervenire legislativamente per soddisfare le giuste pretese dei medici associati universitari.

In generale ritengo che il rapporto tra università e unità sanitaria locale possa essere risolto soltanto in sede di riforma della facoltà di medicina, perchè qualsiasi ipotesi normativa, necessariamente di accomodamento o di contenimento, risulterà ingiusta e presto superata nei fatti. D'altra parte so che il progetto di legge relativo alle riforme degli studi medici è già stato ripresentato, per cui l'opportuna «riforma» della riforma sanitaria potrebbe andare di pari passo con la riforma della facoltà medica.

Un discorso ulteriore ed analogo si potrebbe fare per gli istituti scientifici di ricovero e cura, ma ho già largamente superato il tempo a mia disposizione. Vorrei tuttavia rilevare che il Ministero non ha ancora emanato i regolamenti tipo, impedendo di fatto ad alcuni di questi istituti di funzionare. Eppure si tratta di atti normativi, che non comportano spesa; nel frattempo gli organici tendono ad ampliarsi; e così le strutture, poichè è difficile a resistere a certe pressioni: e ne deriva che ci si troverà di fronte alla necessità di ratificare l'esistente, anzichè alla possibilità di intervenire in modo organico.

Infine, vorrei dire qualcosa sulle strutture private. Ho visto che sono stati convocati i più noti esperti di economia sanitaria, quindi mi scuso se dirò delle sciocchezze, ma quando si parla della spesa della riforma sanitaria e si dice che si spende il 6 o il 7 per cento del reddito nazionale e che in fondo non si tratta di una spesa eccessiva, faccio osservare, anzitutto che ogni spesa va considerata in relazione ai servizi che da essa discendono, ed inoltre e soprattutto che in questo modo non si considera la massa di denaro che ormai fluisce verso il settore privato. Su questo punto la riforma sanitaria ha fallito il suo scopo. Ricordo che cinque o sei anni fa alcuni presidi sanitari privati chiudevano o comunque non se ne costituivano di nuovi: oggi, nel settore vi è un'industria assolutamente fiorente.

Tenete poi presente che anche i discorsi di tipo restrittivo che vengono fatti nei confronti dell'attività privata, con riferimento, ad esempio all'attività libero-professionale dei medici — un argomento rilevante per gli interessi che tocca e per i problemi cui dà luogo — sono sbagliati concettualmente. Ogni tanto mi si domanda se un medico dipendente dal Servizio sanitario nazionale può andare in una casa di cura privata convenzionata, in un presidio sanitario convenzionato ed io gli rispondo che può andarci liberamente, poichè la struttura privata integra quelle pubbliche. Questo rapporto con le strutture private deve essere regolamentato tenendosi conto che le strutture private proliferano soprattutto dove i posti-letto ed i presidi sanitari pubblici mancano. Di ciò deve tenersi conto anche nel valutare le spese che ne dipendono.

Ho concluso e ringrazio per l'attenzione.

PRESIDENTE. La ringraziamo per la sua chiarezza e per aver strettamente seguito lo schema da noi inviato. La parola, ora, al professor Pastori.

PASTORI. Molte delle considerazioni che volevo sottoporre alla Commissione, sulla base della traccia che mi è stata trasmessa, sono già state avanzate. Desidero, però, svolgere una considerazione sull'impianto della legge sanitaria, la legge n. 833 del 1978. Mi

pare che nelle sue linee, nelle sue strutture fondamentali sia un impianto largamente valido. La legge sanitaria è moderna nel modo in cui ha concepito il Servizio sanitario nazionale, perchè è una legge che ha fissato innanzitutto degli obiettivi, ha previsto poi un sistema di procedure di programmazione, per la specificazione ed il perseguimento di quegli obiettivi e, infine, ha previsto le unità sanitarie locali quali strutture per la gestione unitaria della salute in sede locale. Se queste erano le scelte che caratterizzavano la legge di riforma sanitaria, devo dire che sono scelte che si confermano ancora oggi. Peraltro, dobbiamo riconoscere che la legge era impegnativa e, come è stato spesso rilevato, rappresenta solo l'avvio della riforma in quanto legge di obiettivi e di procedure di programmazione. Essa presupponeva, in particolare, una certa capacità di riconversione, da parte dell'Amministrazione sanitaria, della sua organizzazione e delle modalità del suo funzionamento al fine di cambiare la qualità e il tipo dell'intervento sanitario, riducendo l'entità degli interventi curativi individuali e migliorando l'intervento collettivo e, in tal modo, anche l'efficienza dell'intero Servizio sanitario nazionale. Questo è un dato da tenere presente. D'altronde è normale che le riforme vengano disposte sì con le leggi, ma che queste non rappresentino che il primo momento delle riforme.

Per la riforma sanitaria vi era tutta una serie di passaggi funzionali e strutturali che avrebbero dovuto essere realizzati, pena l'insuccesso. Tre erano le funzioni essenziali, da cui dipendevano l'organizzazione e il funzionamento complessivo del Servizio sanitario nazionale: il governo, l'amministrazione e il controllo. Queste tre funzioni nel Servizio sanitario nazionale si sono rivelate particolarmente carenti in questi primi anni di attuazione della legge di riforma. Certo il realizzare tutta una organizzazione nuova e complessa, così come era prevista dalla legge, era un compito difficile, in quanto essa era impostata su ruoli differenziati dello Stato, delle Regioni e dei Comuni e richiedeva un'armonia di funzionamento e di adempimenti reciproci dei diversi livelli che, invece, non si è realizzata in alcun modo. Innanzi-

tutto, è mancato il principale atto della funzione di governo: il Piano sanitario nazionale. Ora il recente decreto-legge n. 463 (convertito dalla legge n. 638 del 1983) prevedendo la sua approvazione per la parte non precettiva, con atto di indirizzo politico bicamerale, dovrebbe consentire di renderlo più agevole.

Per quanto riguarda la programmazione sanitaria, non occorre che mi soffermi poi sul problema delle strutture del Ministero della sanità, per potenziare le quali in una delle ultime leggi finanziarie (se non vado errato quella del 1982) si è operata una prima delega. Ho avuto l'occasione di partecipare all'indagine FORMEZ, promossa dall'allora Ministro per la funzione pubblica Giannini sulle funzioni e strutture dei ministeri. Si rileva da questa ricerca che, in seno al Ministero della sanità, vi sono ancora delle carenze profonde in relazione all'esigenza di trasformarlo in un effettivo centro di governo, di programmazione e coordinamento del Servizio sanitario nazionale. Dico questo senza voler togliere alcunchè agli uffici centrali di programmazione e di attuazione della programmazione ed ai loro dirigenti. Ma è anche vero che per il resto il Ministero della sanità ha continuato ad operare in base al tipico modello ministeriale come ministero di amministrazione. È chiaro che, quando si inserisce nell'ambito di un ministero così impostato, la nuova funzione di governo con le nuove strutture e non vi è una riconversione delle vecchie strutture create per compiti eminentemente amministrativi, si determina una sorta di rigetto (per parlare in termini sanitari), o di emarginazione o, quanto meno, una difficoltà di funzionamento per le nuove strutture, data la coesistenza di due mentalità e di due tipi di strutture. Tale carenza della funzione di governo all'interno del Ministero in termini programmatori ha portato (come si vede dalla legislazione e in specie dai decreti-legge di questi anni) alla necessità di realizzare un governo dei servizi sanitari in termini di atti puntuali di amministrazione — con i blocchi e divieti disposti e le relative autorizzazioni in deroga — fino ad arrivare allo scontro tra Regioni e Stato. Con la sentenza

n. 307 del mese scorso la Corte costituzionale ha sancito però l'illegittimità costituzionale di tali interventi amministrativi puntuali in quanto si tratta di competenza riservata alle Regioni e, quindi, non attribuibile al Governo o ai singoli Ministri.

Per quanto riguarda il consiglio sanitario nazionale non ho esperienza diretta e, quindi, posso fare soltanto considerazioni di ordine teorico. Conviene sempre distinguere fra gli organi che costituiscono un momento di coordinamento politico e quelli che costituiscono un momento di rappresentanza e partecipazione delle varie categorie interessate. Nel Consiglio sanitario nazionale si mescolano invece i due momenti: quello del coordinamento Governo-Regioni e quello della rappresentanza categoriale. Andrebbero quindi riesaminati la struttura e i compiti del Consiglio sanitario nazionale alla luce del criterio indicato. Richiamerei come esempio il recente progetto di legge sulla istituzione del Servizio nazionale di protezione civile nel quale si distingue il comitato Governo-Regioni per la protezione civile ed il comitato strategico-operativo che comprende le rappresentanze dei vari organi, enti e categorie interessati.

Per quanto riguarda poi lo stato della programmazione regionale, vi sono stati dei ritardi che sono in parte giustificati dalla mancanza di un piano sanitario nazionale e dalla difficoltà che si è creata in alcune Regioni — come ad esempio in Lombardia, che pure era stata la prima a varare un piano ospedaliero nazionale elaborato tra la fine degli anni '60 e l'inizio degli anni '70 — nel trovare una rapida via di composizione dei vari interessi e delle diverse prospettive di impostazione dei piani. Quindi, si è creata una carenza anche a livello regionale nella definizione dei piani sanitari, tranne che in poche Regioni fra cui Emilia Romagna e Veneto. Ciò ha comportato la mancata definizione specifica degli obiettivi e dei termini di riferimento adeguati per il riparto programmato delle risorse, sempre invocato dagli amministratori locali, al fine di intraprendere in condizioni di certezza iniziative proiettate su un arco di tempo abbastanza ampio.

Il secondo momento — quello della amministrazione o gestione del Servizio sanitario nazionale — è quello che specificamente attiene alle unità sanitarie locali. Su di esso ho ascoltato gli interventi dell'avvocato Olivi e del professor Roversi che mi hanno trovato perfettamente consenziente, anche perchè si tratta di indirizzi da me più volte espressi dall'entrata in vigore della legge n. 833 del 1978 in poi. Credo che nella legge di riforma sanitaria non sia stata effettuata una scelta precisa: infatti, vi è ambiguità sul fatto se le unità sanitarie locali siano considerate come un nuovo potere locale o come «il complesso dei presidi, dei servizi e degli uffici» e «struttura operativa» dei Comuni singoli o associati e delle comunità montane (articoli 10 e 15 della legge n. 833). È vero che dalle citate norme della legge n. 833 si desume che le unità sanitarie locali sono state considerate non come soggetto, ma come un complesso di strutture organizzate per l'esercizio delle funzioni sanitarie nel territorio. Nell'ambito della legge n. 833 vi sono però delle incongruenze, come ad esempio la disciplina dei controlli (articolo 49 e seguenti) che è quella degli enti territoriali. Per alcuni interpreti, ciò va preso in considerazione come elemento a favore della ricostruzione delle unità sanitarie locali come potere locale autonomo.

Non si può dimenticare poi che nella legge n. 833 si riflette la mancanza di un ordinamento generale delle autonomie locali. La legge ha dovuto anticipare alcune norme in materia di ordinamento delle autonomie locali, e credo che non sia necessario soffermarsi sull'opportunità che ciò fosse stato fatto sulla base di un disegno organico di impostazione e riordinamento.

Vi sono poi notevoli incertezze per quanto riguarda la configurazione delle unità sanitarie locali come struttura operativa nei loro rapporti con i centri istituzionali di riferimento. Le incertezze e le difficoltà derivano non solo dal rapporto tra unità sanitarie locali e Comuni singoli o comunità montane (incertezze che sono state più volte segnalate), ma anche e soprattutto dal rapporto tra unità sanitarie locali e associazioni intercomunali.

Le associazioni intercomunali, come già ricordato, sono state introdotte dal decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977 e poi richiamate dalla legge n. 833, ma senza però che la legislazione nazionale le abbia ben definite. Questa si è limitata sostanzialmente a prevedere la facoltà delle Regioni di costituirle, il che ha portato a profonde disparità. Da un lato la Lombardia (e forse la Sicilia) hanno previsto la personalità giuridica delle associazioni, dall'altro tutte le rimanenti Regioni per non allentare i rapporti tra unità sanitarie locali e singoli Comuni, hanno ritenuto che le associazioni di Comuni non dovessero essere entificate o dotate di personalità giuridica. Devo però dire che la personalità giuridica riguarda il piano di imputazione degli effetti e dei rapporti conseguenti agli atti compiuti e non riguarda il piano dell'azione politica e gestionale. Sono invece sorte non poche difficoltà e complicazioni dal non aver entificato le associazioni intercomunali, come ad esempio in tema di intestazione e circolazione dei beni e di atti e rapporti negoziali, in quanto oggi spesso si imputano ai singoli Comuni.

In Lombardia è stata accettata invece l'idea dell'associazione intercomunale come ente gestore delle unità sanitarie locali, anche per rafforzare, e distinguere nello stesso tempo, il momento politico-istituzionale rispetto a quello aziendale-operativo.

Credo perciò che si debba cercare di proseguire sulla strada, solo accennata ma non definita in modo univoco dalla legge sanitaria, precisando la configurazione dell'unità sanitaria locale. Anch'io sono d'accordo che questa configurazione deve essere determinata in relazione ai tipi di attività e di funzioni esercitate, ed all'esigenza di rendere più economica e funzionale l'operatività delle unità sanitarie locali. Senza pensare ad un'azienda municipalizzata vera e propria, che porterebbe fra l'altro ad una privatizzazione del rapporto di lavoro del personale, si dovrebbe fare dell'unità sanitaria locale un'azienda speciale locale dotata di un regime modellato coerentemente. Bisogna in sostanza effettuare una scelta e da questa dedurre le conseguenze sul piano istituzionale, organizzativo, funzionale. E partendo dall'i-

dea di unità sanitaria locale come azienda di servizi, si potrebbe, in analogia a quanto previsto per l'azienda municipalizzata, definire intanto i rapporti tra ente politico istituzionale di riferimento e l'azienda-unità sanitaria locale. Come si sa, i consigli comunali nei confronti delle aziende municipalizzate hanno una serie ridotta di competenze di indirizzo e di controllo politico-amministrativo generale, come l'elezione della commissione amministratrice, l'approvazione di bilanci e rendiconti, le decisioni di ripianamento finanziario. Analogamente si potrebbero definire le competenze delle assemblee nei riguardi delle unità sanitarie locali limitandole ai momenti essenziali di indirizzo e di controllo politico-amministrativo, proprio per rafforzare la distinzione tra momento politico-istituzionale e responsabilità di conduzione aziendale. D'altro canto, per venire incontro alla richiesta di una maggiore immedesimazione delle associazioni intercomunali con i Comuni, mi chiedo (qualora non si scelga la strada accennata dal professor Roversi Monaco dell'elezione diretta) se non sia opportuno stabilire che le assemblee (magari con un numero più ridotto di componenti ciascuna) debbano essere composte solo da consiglieri comunali. In tal modo si equilibrerebbe l'esigenza di immedesimazione associazione-Comuni con quella di distinzione dei ruoli.

Quanto al comitato di gestione, la legge n. 833 ora prevede che esso compia gli atti amministrativi che non siano riservati ad altri organi. A quel tempo si pensava di distinguere tra assemblea come organo di indirizzo e di controllo e comitato di gestione come organo di amministrazione. Si è andati però al di là di quello che si voleva: il comitato di gestione è diventato un organo di amministrazione puntuale, pur essendo stato composto con modalità che hanno privilegiato il criterio politico-partitico nella scelta dei componenti. Solo recentemente il decreto-legge n. 463 (convertito dalla legge n. 638 del 1983) ha cominciato a togliergli funzioni di amministrazione puntuale, proprio perchè si vuole cercare di fare del comitato di gestione un organo investito di determinati atti che esprimono il governo dell'a-

zienda e non della generalità di competenze amministrative in via residuale.

Ho sempre sostenuto che alla riduzione del comitato di gestione al ruolo di organo di governo debba corrispondere l'ampliamento delle attribuzioni dell'ufficio di direzione. Anzi, come nelle aziende private c'è l'assemblea degli azionisti, il consiglio di amministrazione e il direttore generale, potrebbe essere istituita la figura del direttore generale dell'azienda-USL proprio per dare unità e incisività di conduzione nel funzionamento delle unità sanitarie locali. In sostanza, occorre dare il debito rilievo alle esigenze della gestione amministrativa. Per tanto tempo nelle leggi (e così anche in quella sanitaria) si è proceduto come se l'amministrazione non esistesse. Si tratta invece di cercare di individuare un centro di responsabilità della conduzione amministrativa. Per la figura del direttore generale si potrebbe far ricorso sia agli amministrativi che ai sanitari, prevedendo che possono essere incaricati del compito di direttori generali coloro che hanno acquisito determinate competenze ed esperienze. Si potrebbe anche formare un albo nazionale riguardante tale particolare corpo di amministratori sanitari. Credo che in tutti i principali paesi, per quanto io ne sappia, sia prevista tale figura di professionisti, di specialisti di amministrazione sanitaria, che sono appunto quelli ai quali affidare la direzione dell'azienda-unità sanitaria locale.

E se l'ufficio di direzione venisse composto in modo più incisivo potrebbero poi essergli commesse effettivamente le competenze che la legge n. 833 prevede. Ora tale legge dice che «l'ufficio di direzione è... preposto all'organizzazione, al funzionamento e al coordinamento di tutti i servizi e alla gestione del personale», ma gli atti amministrativi relativi sono di competenza giuridicamente, formalmente, del comitato di gestione. Ciò porta ad una situazione dissociata per cui alla fine le interferenze e le incomprensioni tra comitato di gestione e ufficio di direzione si sprecano.

Non ho l'esperienza che può avere l'avvocato Olivi, ma ho visto che il modello dell'unità sanitaria locale voluto dalla riforma, dell'integrazione funzionale dei servizi, del-

l'integrazione fra servizi e presidi vecchi e nuovi si può realizzare e, in certi casi, si è realizzato. Vorrei ricordare, ad esempio, il regolamento organizzativo della USL di Busto Arsizio, da cui si vede come organi politici e dirigenti amministrativi e sanitari hanno saputo realizzare — senza aspettare il piano sanitario regionale — la nuova organizzazione dell'unità sanitaria locale, individuando servizi, presidi, distretti, dipartimenti interservizi e stabilendo le linee di autorità e di coordinamento tra ufficio di direzione, servizi, dipartimenti e distretti. Questo è uno degli esempi che si potrebbero portare, ma si cominciano comunque a vedere altre realizzazioni che testimoniano come la legge di riforma, se assistita e sostenuta da un impegno locale particolare e ispirato ai principi della riforma stessa, può tradursi in realtà strutturale e operativa.

Credo, a questo proposito, che bisogna valorizzare le capacità locali di impiegare le risorse e di gestirle nel modo migliore. Si è manifestata invece la tendenza a creare dei modelli organizzativi uniformi. Non mi sembra assolutamente che ce ne sia motivo, perchè le unità sanitarie locali sono notevolmente diverse le une dalle altre. Bisogna fissare dal centro dei criteri e degli *standards* di qualità dei servizi e degli indicatori di costo per servizi e prestazioni (come sembrano già essere stati sperimentati in altri paesi) per poter avere parametri di comparazione del funzionamento delle varie unità sanitarie locali. Bisogna impostare delle metodologie di misurazione e valutazione per disporre dei necessari termini di riferimento, ma non imporre schemi organizzativi uniformi.

Si può tuttavia fare opera di orientamento e di chiarificazione per più di un aspetto: stabilendo ad esempio un numero massimo di servizi per tipi di unità sanitarie locali, stabilendo i criteri per individuare i servizi e per collegare i presidi ai servizi. Su tali questioni la legge sanitaria ha infatti lasciato un ampio spazio di scelta alle Regioni, di cui queste non sempre si sono valse in modo adeguato. È invece importante avere una chiara idea di come i presidi (ospedali, ambulatori, laboratori, eccetera) siano strutture

strumentali di uno o più servizi, in cui debbono integrarsi. Così vi deve essere la possibilità di cambiare l'ordinamento interno degli ospedali — come affermava il professor Roversi Monaco — realizzando l'auspicata polifunzionalità del presidio ospedaliero ed un rapporto fra presidio ospedaliero ed altri presidi che dovrebbe fra l'altro superare il precedente distacco fra gli ambulatori (o poliambulatori) degli enti previdenziali e quelli ospedalieri. In questa prospettiva è appena il caso di segnalare l'indispensabilità di realizzare i distretti.

Vorrei infine dire qualcosa sull'ultimo profilo, quello del controllo. Se si conviene che la USL è azienda, non si può pensare di moltiplicare i divieti, i vincoli, i controlli, imbrigliando sempre più le amministrazioni. Bisogna trovare un sistema di raccordo fra centro e periferia basato su *standards*, sulla definizione di livelli di efficienza da raggiungere, collegandovi anche delle misure di incentivazione. Mi sembra che la stessa legislazione recente abbia imboccato questa strada: non soltanto sancisce le responsabilità di chi superi gli stanziamenti assegnati determinando disavanzi ingiustificati, ma cerca anche di incentivare il contenimento delle spese consentendo l'utilizzo delle economie ottenute nell'ambito dell'unità sanitaria locale stessa. Si tratta in sostanza di equilibrare la gestione dell'entrata e della spesa, cercando di ottenere una maggiore responsabilizzazione in sede locale. E su ciò alcune proposte contenute nel disegno di legge finanziaria mi paiono interessanti.

Per quanto riguarda in particolare i controlli, mi sembra che possa seguirsi l'esempio delle aziende municipalizzate, limitando i controlli agli atti delle assemblee e, tutt'al più, agli atti dei comitati di gestione configurati come organi di governo. Sono un po' preoccupato che vadano avanti invece due previsioni contenute nel pur pregevole progetto sull'ordinamento delle autonomie locali, presentato dall'onorevole Rognoni ed esaminato da questa Camera nella scorsa legislatura, ed ora ripresentato dall'onorevole Scalfaro. Mi riferisco alla normativa sulle associazioni intercomunali e a quella sui controlli. Quanto alla prima, non ho capito

da chi verranno gestite le unità sanitarie locali; pare infatti che scompaiano le associazioni intercomunali...

ROSSANDA. Questa potrebbe essere una previsione del Governo...

PASTORI. Nella normativa che ho ricordato sono infatti solo richiamate come forme associative le associazioni generali in vista della fusione dei Comuni e le convenzioni. È molto povero questo progetto in materia di forme associative. Vi è poi una forma finale che stabilisce che entro una certa data debba adeguarsi a tali previsioni tutto l'esistente: consorzi e anche unità sanitarie locali.

Il secondo, grosso punto interrogativo riguarda i controlli. Vengono addirittura estesi i controlli agli atti monocratici degli enti locali, cioè agli atti del sindaco e del presidente della provincia, e tale nuovo regime di controlli viene trasportato intatto nelle unità sanitarie locali.

Si tratta di una normativa assai pericolosa e da rivedere. Occorre limitare i controlli di tipo tradizionale e, nel caso, introdurre invece altre forme di controllo, come quelle dell'utenza.

Vi è, ad esempio, una legge della regione Toscana che è molto interessante in quanto si muove nella direzione di valorizzare il controllo-partecipazione ed istituisce il difensore civico per le unità sanitarie locali, o meglio, estende l'intervento del difensore civico anche nel campo delle unità sanitarie locali. Così i controlli dell'utenza sono mediati attraverso un organo tecnico come il difensore civico. Se si punta sulla qualità dei servizi, si deve anche puntare sul rapporto diretto con le popolazioni, rapporto che può svolgersi anche per il tramite del difensore civico.

Ora sulle unità sanitarie locali vi sono comunque troppi tipi di controllo: quelli dell'amministrazione giuridica e quelli della gestione aziendale. Si tratta anche qui di scegliere, e di scegliere a favore dei controlli del secondo tipo. È vero che, come ha detto giustamente prima l'avvocato Olivi, il collegio dei revisori ha ancora la mentalità del controllo formale per atti. Si tratterà invece

12^a COMMISSIONE

1° RESOCONTO STEN. (20 dicembre 1983)

di farne un organo per il controllo della gestione, ma c'è in generale l'esigenza di rendere coerente il sistema, di sviluppare e attuare quanto previsto dalla legge sanitaria e, per quanto riguarda gli strumenti carenti, introdurre strumenti nuovi che siano nello spirito di rendere efficiente quell'impostazione che si deduce abbastanza agevolmente dalla legge n. 833.

Ho dimenticato di parlare dei presidi multizonali su cui tanto ci si affatica e dei rapporti con le strutture pubbliche e private, in particolare con le università e gli istituti scientifici di ricovero e cura. Innanzitutto, si può affermare che anche i rapporti con le università e gli istituti scientifici vanno esaminati, considerando che entrambi gli enti, pur con il regime loro proprio, gestiscono dei presidi multizonali *ex lege*. Si tratta di individuare modalità di convenzioni con le Regioni (più che con le singole USL) che regolino l'apporto dell'istituto scientifico e delle università al Servizio sanitario nazionale. Dev'essere chiaro, comunque, che tali presidi rientrano nella programmazione regionale. Ci sono delle vertenze in corso fra Ministero e Regioni anche per gli istituti scientifici e dei tentativi di dare ordine sono stati bloccati.

Quanto ai presidi multizonali delle unità sanitarie locali nelle aree metropolitane — dove vi sono molte unità sanitarie locali servite — si pensi alle venti USL di Milano — si può pensare ad una dipendenza dei maggiori presidi, non dalla singola USL, ma dal Comune direttamente. Può essere anche che ci siano altri pochi grandi presidi multizonali da individuare come presidi di interesse regionale e per questi si potrebbe pensare alla Regione come ente di riferimento, oppure alla provincia, e poi definire i rapporti con le unità sanitarie locali mediante convenzione. Per il resto penso che i presidi multizonali possono essere benissimo gestiti dall'USL competente per territorio, anche mediante la preposizione di un dirigente dotato di adeguate attribuzioni, proprio come avviene per la gestione degli stabilimenti nelle grandi aziende.

PRESIDENTE. Grazie, professor Pastori, per l'ampia esposizione.

I senatori che intendono porre quesiti ne hanno facoltà.

COLOMBO SVEVO. Desidero porre una domanda rispetto ad una parte degli interventi: quella che riguarda la centralità «sulla carta» del Comune e che si è concretizzata in una ininfluenza dello stesso rispetto alla politica sanitaria. Seguendo la linea da voi proposta che è quella di una azienda di tipo municipalizzato, facevo alcune riflessioni in ordine soprattutto al rapporto che deve esistere tra Comune, USL e riforma dell'ordinamento dei poteri locali. A me sembra che nel momento in cui abbiamo stabilito l'organizzazione della USL, abbiamo, stante il vuoto dell'ordinamento dei poteri locali, inventato alcune soluzioni che si sono dimostrate nei fatti negative o comunque non rispondenti alle finalità della riforma (ad esempio la centralità del Comune) dovute non soltanto ad una scarsa chiarezza della legge n. 833 o ad incapacità legislativa regionale, ma al fatto che noi avevamo dietro un ordinamento dei poteri locali che non consentiva altre soluzioni rispetto a questo problema. È stato uno sbaglio che le Regioni forse hanno fatto non soltanto nei confronti delle USL, ma anche quando, avendo bisogno di alcuni riferimenti per la programmazione, hanno «inventato» i comprensori. In mancanza di quella che era la riforma chiave (quella dell'ordinamento delle autonomie) ogni settore faceva la propria riforma istituzionale: è stato il grande momento della fioritura istituzionale a livello delle Regioni. In questo momento si sta procedendo ad un atteggiamento del tutto diverso, cioè di semplificazione; l'ordinamento parla chiaramente di due livelli istituzionali: il Comune e la Provincia. Ora mi si pone un primo problema: vale la pena o è possibile che noi rivediamo tutto questo assetto istituzionale senza tener conto della riforma dell'ordinamento locale, o tutte quelle introduzioni di buon senso che voi stessi avete proposto? Non si rischia un'altra volta di cadere rispetto al problema centrale che non è stato affrontato? Questo sarebbe interessante anche per l'orientamento del lavoro.

In secondo luogo, se voi riconoscete — e mi pare che lo abbiate fatto nella vostra

introduzione — che c'è questo rapporto tra ordinamento locale e organizzazione di questo sistema sanitario (qualunque forma assuma: azienda o emanazione strumentale dell'associazione dei Comuni) come si può risolvere il problema se va avanti quella ipotesi dell'ordinamento locale in cui le associazioni dei Comuni sono notevolmente svuotate (perchè non soltanto vengono previste solo per i Comuni fino a 3.000 abitanti, non soltanto sono fatte in funzione della fusione dei comuni, ma, non potendo neppure essere obbligatorie, la Regione non può svolgere un'azione di promozione)? Se cade questa struttura dell'associazione dei Comuni, è possibile ancora praticare quella vostra ipotesi di azienda?

Questo mi sembra un punto fondamentale. Se anche decidessimo di praticare la vostra tesi si dovrebbe contemporaneamente fare attenzione che non vengano meno i presupposti associativi. Poi si vedrà cos'è questa associazione, se si tratta di un ente o no; quanto meno il presupposto associativo però, deve esserci.

ROSSANDA. Spero che il Presidente mi consenta di spendere pochi minuti per una osservazione che rivolgo agli esperti, alcuni dei quali hanno fatto riferimento alla questione del Piano sanitario nazionale. Proprio perchè siamo nella sede della Commissione che lo ha esaminato per tre anni, credo che sia legittimo, da parte mia (sono una dei pochi «sopravvissuti» della scorsa legislatura) puntualizzare il meccanismo che si è instaurato e che ha portato alla non approvazione di quel piano. In realtà il disegno di legge era stato approvato in Commissione e si è arenato prima di giungere all'esame dell'Aula; quindi non giaceva in Commissione. È stato approvato con diversi mesi di anticipo rispetto alla fine della legislatura e, prima, era stato modificato tre volte dal Governo; o meglio, il Governo ha fatto due importanti modifiche di stesura rispetto a quella che c'era stata consegnata, ogni volta chiedendo alla Commissione di soprassedere all'esame, fino a che la modifica di stesura non fosse compiuta. Di conseguenza penso che per una corretta informazione vada chia-

rito il comportamento tenuto dalla Commissione, anche perchè della non approvabilità del Piano sanitario si è fatto argomento per una proposta di delegificazione: far chiarezza su questo punto non vuole essere una difesa, quasi corporativa, della Commissione; bensì si intendono precisare i meccanismi politici che hanno reso impossibile l'approvazione del disegno di legge sul Piano sanitario nazionale.

Quanto è avvenuto allora temo possa verificarsi nuovamente adesso; infatti vi sono dei nodi politici all'interno di quel tanto che di piano rimane da approvare in Parlamento, cioè un certo numero di articoli stralciati da altre leggi.

Il primo nodo politico è rappresentato dalla presenza forzata del piano stesso nella legge finanziaria (che poi in parte è stata stralciata); il secondo nodo politico riguarda alcuni suoi contenuti e se essi vi siano o non vi siano iscritti.

Scusate questa premessa un po' polemica, ma siccome penso che dobbiamo collaborare, è bene fare chiarezza anche sui precedenti della nostra attività.

Vengo alla domanda. Mi sembra che gli esperti abbiano ritenuto opportuno non toccare un punto abbastanza rilevante, che nella legge di riforma sanitaria non ha avuto applicazioni utili, cioè quello della gestione e del reclutamento del personale; in effetti nel testo dei quesiti inviato ai nostri ospiti era indicato che un'altra Commissione si sarebbe occupata del personale. È tuttavia un tema collegato a problemi istituzionali e su tale aspetto voglio formulare la mia domanda. L'impressione mia — almeno personale — è che sotto questo aspetto la legge di riforma sia poco aderente ai principi costituzionali del decentramento amministrativo; cioè alle Regioni è stata affidata la funzione di gestione del personale attraverso la gestione delle assunzioni e dei concorsi. Mi chiedo se ciò, unito al meccanismo abbastanza complicato della determinazione del fondo sanitario regionale e alla permanenza di un sistema di controlli sostanzialmente centrali sulla destinazione dei fondi, non rappresenti di fatto una grossa limitazione delle autonomie locali nei termini della loro capacità residua di

effettuare scelte gestionali. Questo è un punto che è stato enfatizzato nel decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, ma era già inserito nell'articolo 47 della legge n. 833 ed è stato ulteriormente trasferito, per quanto attiene alle modalità del reclutamento e dei concorsi, in un successivo decreto del Presidente della Repubblica; in tale modo si è previsto un impianto che a me sembra non solo responsabile delle difficoltà attuative, ma anche limitativo dell'autonomia locale.

Questa domanda ha oggi particolarmente senso perchè nella legge finanziaria, a meno che essa non sia modificata alla Camera, vi è un ulteriore allargamento di spazi per eventuali funzioni gestionali delle Regioni. Assisteremmo così a una estensione del loro ruolo; oltre ai compiti normativi e programmatici, loro propri, è loro assegnata una nuova capacità di appropriazione di funzioni gestionali di competenza delle unità sanitarie locali.

ROSSI. La mia domanda riguarda il problema della utilizzazione del personale. Da parte di molti esponenti ed amministratori di unità sanitarie locali, di persone che si occupano dei problemi della sanità e del Servizio sanitario, viene rappresentata una difficoltà attinente alla particolare legislazione, allo stato giuridico ed al tipo di rapporto del personale che opera nel Servizio sanitario nazionale. Nella mia pur lunga attività sindacale non mi sono mai occupato di problemi del pubblico impiego; qui ci si dice che vi sono due grosse questioni, una attuale, l'altra attinente al momento in cui si affronterà la ristrutturazione ospedaliera.

Vi è un'irrazionale distribuzione del personale, soprattutto di quello amministrativo: vi sono alcune unità sanitarie locali di capoluogo di provincia che hanno assorbito la gran parte del personale delle vecchie mutue, mentre in altre USL manca il personale.

Il secondo problema è quello della ristrutturazione ospedaliera; a parte i problemi di campanile, sappiamo quanto pesino, rispetto ai processi di ristrutturazione ospedaliera, i problemi della mobilità del personale. Per quel tanto di esperienza che abbiamo avuto

nel campo privato, dell'industria, la ristrutturazione si è potuta attuare con dei processi affidati soprattutto alla volontà politica; non sorgevano difficoltà di carattere normativo. In questa materia, invece, pare di capire che vi sono grosse difficoltà, sulla base della normativa attuale, a realizzare processi di mobilità, di riciclaggio, di organizzazione del personale.

Vorrei porre una domanda quindi agli illustri esperti e mi rivolgo in primo luogo al professor Roversi Monaco. Nel suo intervento c'è stato un accenno ai problemi del personale che mi è sfuggito per un attimo di distrazione. Desidererei capire quali revisioni delle normative in atto si dovrebbero realizzare per poter avviare un processo di più razionale utilizzazione del personale anche in rapporto alla ristrutturazione ospedaliera.

CALÌ. La mia domanda è rivolta in particolare al professor Roversi Monaco e dico in particolare perchè anche l'avvocato Olivi ha toccato lo stesso punto, secondo me estremamente importante. Il problema riguarda il rapporto tra Comune e unità sanitarie locali. Il professor Roversi Monaco ha detto esplicitamente che il ruolo del Comune oggi è nullo e questo lo abbiamo verificato anche noi in quasi tutte le regioni. Secondo la mia opinione, anche per l'esperienza che ho maturato come Assessore alla sanità di un grande comune quale è quello di Napoli, ciò dipende dal fatto che nonostante la legge n. 833 del 1978 indichi che il sindaco è l'autorità sanitaria locale e la USL è la struttura operativa del Comune, è praticamente scomparsa la figura dell'ufficiale sanitario, che nemmeno una volta è citato nella legge di riforma. Gli ufficiali sanitari sono stati destinati ad altri compiti e quindi, praticamente, oggi il sindaco non ha più il loro supporto tecnico, ed il disagio si avverte soprattutto nelle aree, nei territori, nei Comuni dove insistono più unità sanitarie locali ciascuna delle quali, alla fine, procede per proprio conto. Sulla base di queste considerazioni la domanda che intendo porre è la seguente: non ritiene il professor Roversi Monaco che si potrebbe «riesumare» la figura dell'ufficiale sanitario con

compiti anche diversi, e soprattutto di coordinamento delle USL, oppure costituire, per esempio, un comitato di tecnici composto dai coordinatori delle varie USL?

TROTTA. Anch'io devo rivolgere due domande all'avvocato Olivi e al professor Roversi Monaco. Di quest'ultimo condivido pienamente l'affermazione fatta a proposito del fallimento della riforma in rapporto al conseguimento di taluni obiettivi come quello di evitare che ingenti risorse fluissero verso il privato. Sulla base della mia esperienza che riguarda la Campania e l'Italia meridionale devo dire che esiste una situazione disastrosa e che forse nel Veneto la situazione è migliore. Pertanto, vorrei sapere quali suggerimenti, quali correttivi potrebbero essere utili per evitare la corsa agli illeciti guadagni.

La seconda domanda riguarda la gestione degli ospedali multizonali. Mi pare che l'avvocato Olivi e il professor Roversi Monaco abbiano concordato nel ritenere che la gestione degli ospedali multizonali, polarizzando l'attenzione dei comitati di gestione finisce con il far trascurare gli altri servizi. A tal proposito ho molto apprezzato le osservazioni fatte dall'avvocato Olivi sulla legge n. 180 e sull'intera attuale sua validità. Chiedo, allora, come potremmo sottrarre o come potremmo gestire in modo diverso i servizi multizonali?

MELOTTO. Mi pare che da quanto è stato detto sugli aspetti istituzionali sia emersa chiara la tesi — e la condivido pienamente — che la USL è un organismo strumentale. Si tratterà, invece, di dibattere da chi dipende. La rilettura della legge sulle autonomie locali, dell'articolo 114 della Costituzione, alla luce del fallimento della comprensorializzazione, avvenuto nel paese, credo che debba portarci realisticamente a riconsiderare questi aspetti, perchè non si può continuare ad apportare aggiustamenti di anno in anno. Una nuova meditazione deve servire ai fini della riforma, avendo di mira non solo questa o quella regione, ma l'intero paese, con quei momenti di elasticità che, come dice il professor Pastori, rientrano nelle di-

verse tradizioni e nella cultura delle nostre popolazioni.

Passando alle domande, mi riallaccio anche io alla domanda della collega Rossanda, sul problema del personale per il quale il rapporto di dipendenza o di convenzione attesta quasi l'80 per cento dei 34.000 miliardi della spesa. In questa voce rientrano le spese per il medico di famiglia, le spese per il policlinico universitario, cioè tutto quello che è rapporto di dipendenza o rapporto di convenzione.

Ritengo perciò che nel rapporto di lavoro, alla luce dell'entità della spesa e dell'esperienza acquisita, si debbano trarre determinate conseguenze. L'azienda municipalizzata, per esempio, ha un determinato *status* di rapporto di lavoro ed è chiaro che oggi è fra gli enti pubblici che ancora eroga un servizio di alta, o comunque, discreta qualificazione. Su questo punto vorrei conoscere l'opinione degli esperti.

Per la seconda questione, sui servizi multizonali, mi associo al senatore Trotta. Il professor Pastori ha trattato l'argomento, mentre il professor Roversi Monaco lo ha sorvolato. Chiedo cosa si pensa del fatto che oggi nella concreta realtà tutto il tempo degli amministratori è rivolto verso il multizonale rispetto al territorio?

La terza ed ultima domanda è la seguente: come pensate si possa, salvaguardando unitarietà e globalità della riforma, risolvere il problema delle grandi città? Vi sono USL con il settore ospedaliero, altre prive del settore ospedaliero. Queste differenze danno origine ad una molteplicità di atteggiamenti, di discussioni che, alla fine, non attestano nè uniformità, nè globalità, nè univocità del servizio sanitario. Si tratta, quindi, di aspetti che indubbiamente meriterebbero di essere approfonditi, tanto più che, come mi è parso, da parte vostra è stata appoggiata una sentenza verso un «tipo» di unità sanitaria locale.

Questi aspetti, a mio parere, meriterebbero di essere approfonditi, soprattutto in seguito alla vostra esposizione.

SELLITTI. Il professor Olivi ha parlato di una gestione aziendalistica delle unità sani-

tarie locali e ha richiamato la figura di un direttore generale. A questo proposito devo fare una domanda specifica: questo direttore deve essere di completamento al coordinatore amministrativo e a quello sanitario, oppure è l'unico responsabile della gestione di questo ente?

PRESIDENTE. Do ora nuovamente la parola ai nostri ospiti perchè rispondano ai quesiti loro rivolti.

OLIVI. Voglio subito precisare che la domanda del senatore Sellitti si riferisce ad una mia personale opinione e non ad una concreta proposta. Infatti tra gli esperti oggi io figuro come il medico condotto rispetto al clinico, cioè come colui che, senza teorizzare, deve tuttavia affrontare quotidianamente le difficoltà del servizio. Quindi più che fare delle previsioni e delle proposte concrete io porto in questa sede la testimonianza di ciò che accade nello svolgimento del mio servizio. Nel corso di questo svolgimento mi sono reso conto di quanto incida negativamente sull'efficienza del servizio la mancanza di un responsabile finale della gestione tecnico-amministrativa della USL; non importa se si tratta di un direttore sanitario oppure di un direttore amministrativo. L'importante è che egli abbia una qualificazione manageriale, o, per parlare in senso lato, una specifica preparazione nella gestione dei servizi sanitari e che possa assumersi il ruolo di sintesi delle responsabilità tecnico-amministrative delle USL, rispondendo della gestione al comitato o a quell'organo che potrebbe sostituire il comitato stesso, cioè il consiglio di amministrazione. Esprimo questa esigenza coerentemente con la necessità di sottolineare nella gestione il taglio aziendalistico e quindi il metodo manageriale.

Per quanto riguarda l'utilizzazione del personale bisogna sottolineare che l'attuale legislazione è di gravissimo ostacolo ad una gestione del personale aderente alle esigenze dell'unità sanitaria locale. Sono convinto che l'ideatore del ruolo regionale e anche coloro che hanno sanzionato con il loro voto questo ruolo debbano sentire grossi rimorsi per quanto sta accadendo nella gestione del per-

sonale. Gli stessi rimorsi dovrebbero essere avvertiti da chi ha stabilito le norme concorsuali che sono, come è stato dimostrato dalla realtà di questi anni, assolutamente ingestibili. In verità sono sempre state gestibili dato che da oltre venticinque anni, da quando cioè lavoro nell'ambiente sanitario ed ospedaliero, ho sempre assistito all'emana-zione di leggi di sanatoria per l'impossibilità di gestire puntualmente i concorsi. A voi parlamentari che poi dovrete decidere in merito voglio portare in questa sede la mia testimonianza precisa: la legislazione attuale che riguarda i concorsi ed il personale in genere è assolutamente ingestibile.

Un'altra testimonianza puntuale che voglio portare in questa sede attiene la mentalità dei Comuni e al loro interesse alla gestione dei problemi riguardanti la sanità. Nella mia esperienza veneta ho avuto l'impressione che i Comuni siano tagliati fuori rispetto agli interventi per la puntuale gestione del servizio. Del resto bisogna ricordare che il Comune e la Provincia non hanno mai avuto vocazione alla sanità ed all'assistenza ad essa connessa; infatti la sanità è stata sempre gestita o dagli enti mutualistici o dagli enti ospedalieri in maniera diretta, dato che i Comuni l'hanno gestita solo indirettamente tramite gli ufficiali sanitari, i quali, più che un organo di gestione degli indirizzi politici, erano un organo di controllo sull'applicazione della legge. In particolare si può ricordare la competenza della Provincia in materia psichiatrica. Il presidente della provincia di Verona sostiene che nel giorno in cui gli ospedali psichiatrici sono stati dichiarati di competenza delle unità sanitarie locali e non più della Provincia egli, pur non essendo un cattolico praticamente, ha acceso una candela di ringraziamento nel duomo di Verona. Questo perchè non c'è e non c'è mai stata una vocazione alla sanità da parte degli enti locali.

Per quanto riguarda i presidi multizonali indubbiamente è necessario trovare ad essi un ruolo che permetta loro di operare concretamente e di assicurare un servizio che trascenda quello reso dalle unità sanitarie locali. Come sempre tutto dipende dalla sensibilità politica e dall'attenzione dei gestori

politici su questo problema. A mio parere l'unico grande problema che sussiste in questo campo sta nell'adottare delle norme che consentano ai multizonali la possibilità di avere rapporti diretti ed autonomi con altre istituzioni, al di fuori delle unità sanitarie locali alle quali appartengono.

ROVERSI MONACO. Inizierò dalla prima domanda, che ritengo la più rilevante: il problema della centralità del Comune e della configurazione della USL come azienda municipalizzata. È vero che le Regioni non potevano fare molto dopo l'approvazione della legge n. 833. L'individuazione del Comune come soggetto non superabile nel governo della sanità pubblica implicava necessariamente che le leggi regionali dovessero operare in un certo ambito. A rigore le Regioni, avendo la possibilità di disciplinare l'assistenza ospedaliera, avrebbero potuto definire parte della materia con proprie leggi, togliendo al limite competenze al Comune. Ma le Regioni sono state scavalcate quando sono stati affidati compiti gestionali in materia di assistenza ospedaliera ai Comuni: avendo la legge n. 833 operato in tal senso le Regioni non hanno avuto spazio per intervenire in modo rilevante sull'organizzazione delle competenze.

Anzi, una volta individuato il settore delle competenze comunali con legge da parte dello Stato, mi sono posto a volte il problema della legittimità costituzionale delle leggi regionali per la parte in cui tali enti incidono con proprie leggi sull'organizzazione interna delle unità sanitarie locali che sono strutture dipendenti dai Comuni. Non c'è dubbio comunque che dopo le scelte operate dalla legge n. 833, le Regioni si sono dovute muovere con un ambito di possibilità circoscritto.

È stato detto che bisogna fare i conti con la legislazione *in fieri* sulle autonomie locali, per cui si potrebbe ragionare in questo modo: per operare aggiustamenti si può aspettare l'approvazione di una nuova legge sulle autonomie. Certo il provvedimento sulle autonomie locali costituisce un punto centrale: ma il progetto del Governo mentre affronta egregiamente la parte relativa ai Comuni ed

alle Provincie, opera come se le Regioni non esistessero e tratta delle associazioni tra Comuni come se costituissero una mera eventualità. In realtà le associazioni fra Comuni sono divenute strutture necessarie in larga parte del territorio nazionale. Con la legge n. 833 (ricordavo prima l'esperienza della regione Lombardia), le associazioni esistono già e chi vuole tornare indietro deve essere consapevole che non si oppone soltanto a qualcosa di nuovo che altri propongono ma che torna indietro rispetto ad una realtà già esistente.

Altro problema è se l'associazione debba essere unica, oppure svilupparsi caso per caso, dando maggiori poteri alle Regioni e ai Comuni circa il modo con cui istituirla.

Si tratta di un punto veramente fondamentale: sotto tale profilo si può attendere l'approvazione del provvedimento riguardante la autonomie locali, anche se non credo che si possa superare la realtà delle unità sanitarie locali procedendo improvvisamente in senso contrario a quanto si è fatto fino ad oggi.

Altre proposte di modifica formulate in questa sede, mi sembra nell'intervento del senatore Melotto, potrebbero essere approvate subito. Prevedere una riduzione dei compiti delle assemblee con riferimento agli stessi compiti che ha il consiglio comunale verso le aziende municipalizzate comporterebbe, con le debite modificazioni, una variazione legislativa di non grande portata dal punto di vista tecnico e non occorrerebbe aspettare fino all'approvazione del provvedimento relativo alle autonomie locali. C'è poi da affrontare il discorso sui controlli e quello sull'ufficio di direzione. Sotto tale punto di vista non credo che si corra il rischio di tardare il varo della riforma sulle autonomie locali; si renderebbe invece e subito più funzionale il sistema.

Prendo atto della precisazione della senatrice Rossanda circa l'approvazione del Piano sanitario nazionale da parte del Parlamento. Non intendevo essere polemico con i componenti della Commissione sanità del Senato. Rimane comunque il fatto — non conosco le modifiche legislative recentissime — che il sistema relativo all'approvazione del Piano sanitario nazionale funziona male.

Se le cose sono andate così, forse è anche accaduto per la situazione contingente.

ROSSANDA. Vorrei fornire un chiarimento, signor Presidente. La soluzione di considerarlo atto complessivo, articolato, precettivo, ristretto, l'avevamo già operata noi in Commissione. È stata recepita dalla legge.

ROVERSI MONACO. Consentendo al sistema di produrre effetti a regime, le modifiche legislative si possono fare.

Altro fondamentale discorso è collegato alle problematiche relative alle strutture e al trattamento del personale ad esso addetto nelle autonomie locali. Esiste una tendenza al centralismo attraverso la legge-quadro sul pubblico impiego: non è un caso del resto che tutte le Regioni a statuto speciale l'abbiano impugnata. È una tendenza che va combattuta, poichè non è affatto detto che il coordinamento debba essere attuato attraverso meccanismi di questo tipo. Sono preoccupato, come cittadino, dello sviluppo enorme che ha assunto la contrattazione collettiva nel pubblico impiego, senza tener conto dell'articolo 97 della Costituzione e dei principi in esso contenuti.

Per quanto riguarda l'osservazione del senatore Rossi circa il personale, ritengo che il problema difficilmente si possa risolvere. Gli obiettivi di ristrutturazione, di distribuzione razionale o di aggiornamento del personale possono essere più agevolmente conseguiti nell'ambito dell'impiego privato, proprio fondamentalmente per questo irrisolto nodo della distinzione fra le sfere dell'organizzazione e dell'assetto delle competenze e la sfera di disciplina del contratto collettivo. La legge ospedaliera era abbastanza precisa; affidava l'aspetto economico e gli istituti normativi di carattere economico del rapporto alla contrattazione collettiva; ma ora questa precisazione non c'è assolutamente. Se si collega tutto ciò all'automatismo che si è venuto ad instaurare, la situazione appare preoccupante. Prima il contratto collettivo doveva essere recepito da ogni ente; poi, successivamente, doveva essere approvato dal Consiglio dei ministri: ora il Consiglio dei ministri si limita a registrare una volon-

tà che si è formata altrove. Tutto ciò comporta un'inframmettenza fra organizzazione delle strutture pubbliche e disciplina del rapporto di lavoro estremamente pericolosa.

L'avvocato Olivi ha svolto interessanti considerazioni sul ruolo regionale e sui concorsi ed accolgo in pieno le sue argomentazioni perchè il sistema, da questo punto di vista, non funziona o funziona malamente.

Per quanto riguarda l'intervento del senatore Calì, osservo che certamente il problema delle strutture di cui possa avere la disponibilità il sindaco per svolgere il suo ruolo, di autorità sanitaria, è di grande rilevanza, soprattutto nelle grandi città, ove esistano più unità sanitarie locali. Credo che le leggi regionali debbano prevedere esplicitamente — ove ciò non sia ancora avvenuto — che il Comune possa utilizzare gli uffici appartenenti ad altre amministrazioni: ciò è consentito anche dall'articolo 118, ultimo comma, della Costituzione. Certo l'utilizzazione di uffici da parte di un'altra amministrazione comporta dei problemi, perchè quando un dipendente è incardinato in una determinata struttura non è facile che sia disposto a recepire gli ordini o le richieste da un'altra struttura. È da sperare che il sindaco, che nominalmente è al vertice della sanità a livello locale, abbia l'effettivo potere di utilizzare le strutture e gli apparati dell'unità sanitaria locale, nei quali rientrano anche gli ufficiali sanitari come coordinatori. È comunque un grave problema che investe soprattutto le grandi città.

Sui presidi multizonali ritengo opportuno, anche per non essere troppo lungo, che intervenga il professor Pastori, che già aveva affrontato questo argomento.

Il problema dei presidi privati è un altro problema reale, soprattutto in certe Regioni, e non so come lo si possa affrontare. A questo proposito dovrebbero svolgere un ruolo rilevante i medici di base e i presidi delle unità sanitarie locali, nel senso di circoscrivere le richieste di esami e prestazioni. Certamente occorre ocularità nelle convenzioni che vengono stipulate dalle USL, però bisogna anche riconoscere che in molti casi, ad esempio anche a Roma, esiste un vero e proprio ruolo di supplenza dei presidi priva-

ti. Non ha caso alcune Regioni hanno previsto, ma le delibere delle unità sanitarie locali prese a seguito di circolari regionali sono state annullate, che soltanto dopo tre giorni il cittadino possa rivolgersi alla struttura privata. È questo un riconoscimento di impotenza che alla fine consente ai presidi privati di ottenere una serie di altri vantaggi che sulla carta vengono censurati, ma che è difficile evitare, proprio a causa delle carenze esistenti nell'assistenza sanitaria di certe Regioni. Per tutte queste ragioni alla domanda che mi è stata fatta non saprei trovare una risposta adeguata e applicabile a breve scadenza.

Il senatore Melotto dice giustamente che le aziende di servizi dovrebbero acquisire anche una sorta di economicità di gestione — economicità che non è evidentemente autosufficienza economica — e si chiede come possono raggiungere questo obiettivo se l'80 o 90 per cento della loro spesa è destinato alle spese per il personale, che fra l'altro è governato (Regione e contrattazione collettiva) in sedi diverse da quelle dell'unità sanitaria locale stessa. È questo effettivamente un problema enorme rispetto al quale non mi sento di dare suggerimenti. Si possono iniziare manovre di contenimento; la mobilità del personale fra le varie USL ed anche tra le varie Regioni, può essere sancita; si deve svolgere una verifica attenta dei modi di utilizzazione del personale. È, tuttavia, un aspetto molto difficile anche perchè, come rilevava in precedenza il professor Pastori, il rapporto di lavoro è un rapporto pubblicistico, e nell'attuale situazione la contrattazione collettiva tende a ridurre sempre più i margini di manovra. A mio parere una conversione del tipo di rapporto di lavoro del personale delle USL può essere discussa ma comporta la soluzione di problemi alquanto difficili.

Quanto al problema delle grandi città esso può porsi come esigenza di approntamento dei servizi e delle strutture laddove esse non esistono, ovvero come gestione delle strutture esistenti. Credo che per le grandi città la riforma delle autonomie locali giochi un ruolo più rilevante di quanto non avvenga per il resto del territorio nazionale. C'è comunque

uno squilibrio fra servizi erogabili e servizi erogati che soltanto le leggi di intervento finanziario nazionali potrebbero in qualche modo risolvere.

PASTORI. Sono lieto che sia stato sollevato il problema del personale. Noi ci eravamo in qualche modo autolimitati, perchè avevamo visto che nel programma odierno di indagine di questa Commissione non si parlava di questo aspetto. Bene hanno fatto tuttora i Commissari intervenuti a sollevare questo problema come uno dei fondamentali per la riuscita della riforma e, in particolare, per la realizzazione della visione aziendalistica delle USL, partendo dalla quale si potrebbe anche prospettare l'opportunità di superare il regime pubblicistico del rapporto di impiego per arrivare ad un regime di diritto privato del rapporto stesso. A mio avviso, vi sono comunque degli accenti nuovi nella recente contrattazione del pubblico impiego in materia sanitaria. Il decreto del Presidente della Repubblica n. 348 del 1983, che ha recepito l'accordo nazionale per il personale sanitario, ha rivolto particolarmente attenzione almeno a due questioni. In primo luogo si è affrontata la questione se la contrattazione nazionale collettiva per il comparto dovesse o meno esaurire tutti i profili di disciplina del trattamento giuridico ed economico del personale, per quanto riguarda soprattutto gli aspetti connessi con l'organizzazione del lavoro locale e si è lasciato al riguardo un certo spazio ad accordi locali, graduando i livelli di contraddizione. Non vedo il problema come il professor Roversi Monaco, che sottende una potenziale incostituzionalità della contrattazione collettiva e ritiene che si debba ripristinare la disciplina unilaterale.

La legge-quadro sul pubblico impiego ha distinto fra ciò che spetta alla legge o al regolamento di disciplinare e ciò che spetta alla contrattazione collettiva, ma quanto demandato alla contrattazione collettiva attiene agli aspetti economici, nonchè agli aspetti dello stato giuridico specificativi dei principi stabiliti per legge. Non vedo come sia stata in qualche modo lesa la riserva di legge dell'articolo 97 dato che questa riguarda l'ordinamento degli uffici.

È vero che la competenza circa l'ordinamento del personale è stata spesso fatta rientrare nell'ambito della competenza in materia di ordinamento degli uffici, ma di per sé nulla vieta che la disciplina del rapporto di impiego sia demandata ad altre fonti normative diverse dalla legge.

Si tratta piuttosto di un problema di distinzione fra il momento della contrattazione collettiva nazionale e quello della contrattazione collettiva in sede regionale e locale. Ci sono infatti aspetti del rapporto d'impiego che sono strettamente legati con l'organizzazione del lavoro che si vuole realizzare. Questo è il primo dato. L'altro è strettamente collegato: con riguardo alle esigenze della organizzazione del lavoro e del trattamento retributivo conseguente, si introduce, non solo nel campo della sanità con il decreto del Presidente della Repubblica n. 348 ma anche in altri comparti, la figura del premio di produttività, dell'incentivazione di lavoro dipendente caso per caso dall'organizzazione del lavoro adottata e del rendimento corrispondente. Tutte cose estremamente nuove per il pubblico impiego che era abituato a trattare tutti in modo uguale, sia che lavorassero, sia che non lavorassero, al punto che nel contratto degli statali è scritto che si dà un premio a chi è presente. Questa è paradossalmente la prima forma per realizzare la produttività, poi c'è il premio di produzione anche per chi lavora, oltre ad essere presente! In tema di personale qualcosa si sta muovendo. Bisogna anche considerare da dove si è partiti, cioè dal pesantissimo decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, che non solo è intervenuto incostituzionalmente nella materia dell'ufficio di direzione, ma ha pensato la disciplina dello stato giuridico del personale come si trattasse di personale addetto ad amministrazione autoritativa, mentre è amministrazione di servizi. Occorre oggi invece valorizzare la figura e i comparti dell'ufficio di direzione, perchè vi sia qualcuno responsabile dell'organizzazione del lavoro e della gestione del personale per le parti flessibili dell'ordinamento del personale stesso, fra cui va riscontrato, come altro dato importante, la disciplina della mobilità.

Nel decreto del Presidente della Repubblica n. 348 è stato riconosciuto che la mobilità all'interno dell'USL senza mutamento di sede rientra nel potere di organizzazione degli organi di governo dell'USL; vi è stato cioè un riconoscimento sindacale che tale mobilità rientra nel normale potere di organizzazione.

Sono poi disciplinate le procedure per il mutamento di sede, per la mobilità tra USL nell'ambito della Regione, e per la mobilità tra Regione e Regione. D'altronde, lo scopo del ruolo regionale era quello di creare un ruolo nominativo regionale per favorire la mobilità tra USL, senza riprodurre le difficoltà dei trasferimenti da ente e ente. Ciò però ha provocato un sovraccarico di attività di amministrazione, nella Regione, già in questa prima fase di inquadramento, oltre che per la gestione dei concorsi. Si è trattato di un lavoro imponente: sono state migrazioni bibliche quelle che hanno riguardato l'inquadramento del personale proveniente da tanti enti in un unico ruolo e che in molte Regioni non è ancora terminato. Così anche per i concorsi le Regioni non si sentono attrezzate a gestirle, mancando delle necessarie strutture. Vi è quindi la tendenza, che mi pare sia stata segnalata anche in precedenza, a incrementare i poteri di amministrazione del personale delle singole USL, salvo mantenere il vantaggio dell'unità del ruolo regionale, non pensato come organico, ma come ambito di mobilità del personale. Bisogna inoltre pensare a valorizzare il trattamento riservato a certe posizioni, come quella di direttore generale, eventualmente prevedendo contratti a tempo determinato, ma anche trattamenti economici in qualche modo comparabili a quelli dei dirigenti del settore privato.

L'ultimo punto concernente il personale è quello della formazione e dell'aggiornamento professionale. È un punto particolarmente qualificante su cui il decreto del Presidente della Repubblica n. 348 si è soffermato a lungo vedendolo come oggetto di contratti quadro regionali e di contratti locali, perchè formazione e aggiornamento professionale e nuova organizzazione del lavoro sono due facce della stessa medaglia.

Sugli altri punti specifici che sono stati

sollevati ha già risposto il collega Roversi, innanzitutto affermando che l'azienda deve avere comunque un riferimento politico istituzionale. Quanto al problema di quale debba essere tale centro di riferimento conviene oggi attendere la legge sulle autonomie locali, e preoccuparsi istituendo degli aspetti organizzativi, della configurazione strutturale dell'azienda, lasciando impregiudicati il più possibile gli aspetti istituzionali generali. Tutt'al più si può prevedere che le associazioni intercomunali abbiano personalità giuridica e che vi sia un determinato rapporto tra assemblea e USL, senza pregiudicare l'ordinamento generale delle autonomie locali. Vi è però chi prospetta che il centro di riferimento debba essere costruito dalla Provincia, altri invece pensa alla Regione; quest'ultima soluzione presenterebbe un grosso vantaggio di semplificazione, in quanto si potrebbe così agevolmente far coincidere nello stesso soggetto il comando dell'entrata e il comando della spesa e avere una maggiore responsabilizzazione, evitando l'attuale stato di dissociazione fra lo Stato che ha il comando dell'entrata, e gli enti locali e le Regioni che hanno il comando della spesa. In questa sede preme solo riaffermare l'esigenza di un adeguato centro di riferimento politico istituzionale. Per parte mia ho sempre pensato alle associazioni di Comuni come forme del nuovo Comune, pensando in particolare all'esperienza di certe regioni, come la Toscana e le Marche, che hanno visto le associazioni intercomunali non solo come i soggetti gestori delle USL ma come i destinatari di deleghe di funzioni e servizi in altri campi di intervento.

Se tale è l'esperienza della Toscana e delle Marche, ritengo, peraltro, che, proprio per l'importanza progressivamente acquisita, si dovrebbe trattare di organismi ad elezione diretta, così come avviene, ad esempio, per i consigli circoscrizionali, al fine di rendere più democratico il rapporto tra cittadini fruitori del servizio ed enti gestori. Questa può essere una delle ipotesi da prendere in considerazione nell'ambito del nuovo ordinamento delle autonomie locali.

Per quanto riguarda le aree metropolitane (problema sollevato dal senatore Cali, il quale si è, tra l'altro, riferito al rapporto tra

sindaci ed ufficiali sanitari), è necessario, a mio avviso, realizzare un doppio grado integrato di strutture sanitarie. Nell'ambito del Comune (o della provincia metropolitana, le cui competenze si estendano sull'intera area), determinati servizi potrebbero essere fatti dipendere direttamente dal Comune, mentre gli altri potrebbero essere gestiti dalle varie USL.

Citerò, fra tutte, l'esperienza di Milano. Al di là di quanto previsto dalla normativa della legge n. 833, a Milano è stato costituito un comitato di coordinamento fra le USL del Comune, presieduto dall'Assessore alla sanità, mentre i grandi ospedali dell'area non sono ancora stati trasferiti alle singole USL, competenti per territorio.

Tutto ciò è sintomo delle difficoltà di organizzare tutto nell'ambito delle singole USL, e dell'opportunità di attribuire la gestione dei grandi presidi strettamente al Comune, regolando poi i rapporti con le USL eventualmente attraverso convenzioni.

Per quanto concerne infine il sindaco quale autorità sanitaria locale, credo sia necessario risolvere, innanzitutto, il problema della delimitazione delle competenze ad esso spettanti, dato che la legge di riforma tace al riguardo. L'USL è stata istituita allo scopo di unificare e di concentrare le funzioni sanitarie nel territorio; le attribuzioni del sindaco quale autorità sanitaria locale sono state conservate trattandosi talora di potestà politicamente assai rilevante. Si pensava, evidentemente, alle ordinanze contingibili e urgenti emanate dal sindaco, le quali implicano valutazioni disuguali e misure a volte anche limitative delle libertà personali.

Ora, la competenza relativa alle ordinanze contingibili e urgenti deve restare al sindaco, come è stabilito dall'articolo 32 della legge di riforma. Tuttavia, è necessario definire con precisione quali altre competenze debbano spettare al sindaco quale autorità sanitaria locale. Finora vi sono state interpretazioni diverse da Regione e Regione, alcune ampliative ed altre restrittive. Ritengo, in proposito, che la legislazione nazionale dovrebbe definire in modo specifico le competenze dei singoli Comuni, fissando uniformemente le competenze dei sindaci.

Al riguardo va notato che la collaborazione

tra USL e sindaci non si è rivelata cosa facile. Giustamente è stato qui rilevato che competenze come quelle del sindaco comportano anche apparati e strutture dipendenti, anche se tutte le leggi regionali regolano le modalità di collaborazione dei servizi tecnici delle singole USL con i sindaci in particolare per quanto attiene il servizio di igiene e profilassi. Si tratterebbe, quindi, di salvaguardare solo le competenze che sono proprie della funzione e della responsabilità politica del sindaco, attribuendo la gestione di tutti gli altri servizi alle USL.

Gli ufficiali sanitari hanno subito una modificazione delle loro funzioni per effetto delle leggi regionali di organizzazione in materia di igiene e sanità. Le leggi regionali hanno infatti disciplinato l'attribuzione delle competenze, precedentemente spettanti agli ufficiali sanitari, ai responsabili dei servizi di igiene e profilassi, anche se poi sono stati preposti spesso come dirigenti a tali servizi coloro che in precedenza erano ufficiali sanitari.

Per quanto riguarda i presidi multizonali, la mia proposta iniziale andava nella stessa direzione indicata dal senatore Trotta. I comitati di amministrazione sono sovraccaricati dalla gestione dei presidi multizonali. Occorre ricordare che la legge n. 833, all'articolo 18, stabiliva che i comitati di gestione potevano eventualmente articolarsi, creando così dei sottocomitati per la gestione ordinaria. Si tratta di una facoltà della quale le Regioni hanno inteso raramente avvalersi, in quanto hanno cercato più che altro di operare un frazionamento della gestione, più che una sua articolazione.

ROSSANDA. Perché?

PASTORI. La spiegazione può essere data da una certa tendenza a moltiplicare le sedi di amministrazione.

ROSSANDA. È un metodo spartitorio!

PASTORI. Sì, in un certo senso è un metodo spartitorio.

La mia proposta si riferiva alla necessità di alleggerire i comitati di gestione dai nu-

merosi adempimenti di amministrazione ordinaria, valorizzando la figura del dirigente di presidio. È necessario potenziare le attribuzioni amministrative e di gestione del direttore di presidio, se si vuole evitare di creare sottocomitati di gestione, in modo da alleviare i comitati stessi da una infinità di adempimenti. Per fare un paragone, in una grande azienda, accanto al consiglio di amministrazione ed al direttore generale, vi è il direttore dello stabilimento, che, pur dipendendo dal direttore generale, ha propri compiti organizzativi al riguardo.

Alcuni presidi multizonali di interesse regionale, che abbiano un'estesa portata per il livello di specializzazione, per l'ambito di utenza servito o per la dimensione delle strutture, potrebbero essere costituiti come aziende a sé stanti, alle dirette dipendenze della Regione o della Provincia. Non si tratterebbe, ovviamente, della generalità dei presidi multizonali, ma soltanto di alcuni, che potrebbero essere individuati in sede di programmazione regionale.

Per quanto concerne il rapporto tra pubblico e privato, ritengo sia necessario seguire il criterio della competitività, cercando di puntare al miglioramento degli *standards*, delle strutture e delle prestazioni offerte dal settore pubblico. Esiste in materia uno studio predisposto per conto dell'AREL, che la Commissione potrebbe acquisire come documentazione. Si tratta del «rapporto Perkoff», che contiene le valutazioni di un osservatore straniero che ha rivolto la propria attenzione al funzionamento del nostro servizio sanitario nazionale, avanzando una serie di suggerimenti in ordine alla funzionalità delle prestazioni e soffermandosi fra l'altro sulle nuove figure professionali, come quella dei paramedici. Nel rapporto si sostiene che il medico da sempre è abituato ad avere una posizione di comando, mentre il paramedico è stato sempre in una posizione quasi ancillare. La riforma, invece, richiede un rapporto tra medici e personale paramedico del tutto diverso. Si tratta, pertanto, di trovare il modo di far collaborare le due categorie, che hanno avuto spesso pesanti contrasti nel primo periodo di attuazione della riforma.

Un'altra osservazione del rapporto che mi

pare molto interessante riguarda il fatto che attualmente deve essere lo stesso utente ad organizzare l'erogazione delle prestazioni del servizio sanitario a proprio vantaggio facendo la spola dall'uno all'altro presidio.

Non vi è un collegamento diretto e funzionale tra i vari presidi e servizi interessati ad una unica terapia con riguardo allo stesso paziente. Queste sono solo alcune fra le tante utili considerazioni contenute nel rapporto.

Certamente avendo a disposizione un sistema informativo adeguato e cercando di gestire tutte le risorse e le attrezzature nel modo migliore, con un impiego differenziato del personale e con adeguati incentivi, credo che si dovrebbe riuscire a far sì che il servizio sanitario pubblico, di fronte alle risorse del privato, si presenti in modo competitivo, se non addirittura superiore.

Nello stesso rapporto si diceva infatti che nel Servizio sanitario nazionale vi sono tutte le premesse perchè in Italia possa realizzarsi un livello superiore e migliore anche rispetto ad altri paesi, purchè si ponga attenzione al problema della funzionalità dei servizi sotto il profilo propriamente organizzativo-sanitario.

PRESIDENTE. Abbiamo così terminato i lavori di questo pomeriggio molto intenso e proficuo. Vorrei spendere qualche parola ancora riguardo alla procedura. I resoconti stenografici, che saranno inviati agli oratori, potranno essere corretti sul piano formale e integrati da qualche frase; tuttavia essi non possono essere modificati nella loro essenza.

Viceversa richiamo ancora la possibilità, di cui ho detto all'inizio; cioè gli esperti possono inviare memorie, dattiloscritte e tutto ciò che riterranno opportuno che la Commissio-

ne acquisisca, anche al di fuori della loro esposizione verbale, per informarci meglio circa gli argomenti inclusi nell'indagine conoscitiva. Mentre i resoconti stenografici e quindi il dibattito che vi è stato tra i senatori ed esperti andrà registrato in un volume, in un altro potranno essere stampati (o quanto meno raccolti in forma sintetica) tutti gli altri elementi di documentazione che gli stessi esperti avranno voluto inviarci. In questo senso sarà mia cura far pervenire anche il «rapporto Perkoff», essendo io — fra l'altro — socio dell'AREL ed avendo contribuito allo sviluppo dell'indagine che egli ha compiuto in qualche unità sanitaria locale italiana.

Dichiaro chiusa l'audizione, e ringrazio a nome della Commissione gli esperti che sono intervenuti; il professor D'Albergo, come ho già detto, verrà ascoltato in una successiva riunione. In modo particolare ringrazio gli intervenuti per il contributo che hanno dato con grande generosità, con spirito di ricerca della verità e con grande competenza professionale. Se riusciremo a mantenere questo stile, certamente faremo una indagine che sarà utile alla Commissione e a tutto il paese per i migliori successi del Servizio sanitario nazionale.

Non facendosi osservazioni, il seguito dell'indagine conoscitiva è quindi rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 20,50.