

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

6^o Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 18 GENNAIO 1984

(Antimeridiana)

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE

Audizione del dottor Bruno Storti, presidente del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (CNEL) e dei consiglieri professor Achille Ardigò, dottor Giorgio Coppa e professor Alberto Coppini

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 14 e <i>passim</i>	ARDIGÒ	Pag. 15, 33
ALBERTI (<i>Sin. Ind.</i>)	20	COPPA	11, 30, 31 e <i>passim</i>
BOTTI (<i>PCI</i>)	20	COPPINI	6, 25, 27 e <i>passim</i>
CALÌ (<i>PCI</i>)	21	STORTI	3, 36
COLOMBO SVEVO (<i>DC</i>)	23		
CONDORELLI (<i>DC</i>)	22		
IMBRIACO (<i>PCI</i>)	19		
MELOTTO (<i>DC</i>)	17, 23		
RANALLI (<i>PCI</i>)	23, 27, 28		
ROSSANDA (<i>PCI</i>)	27, 32, 36		
ROSSI (<i>PRI</i>)	16		
TROTTA (<i>PSI</i>)	21		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro il presidente dottor Bruno Storti, i consiglieri professor Achille Ardigò, dottor Giorgio Coppa, professor Alberto Coppini, nonché il segretario generale dottor Nino Valentino ed il responsabile degli organi consiliari dottor Mario Valitutti.

I lavori hanno inizio alle ore 9,40

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria: è in programma oggi l'audizione dei rappresentanti del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro.

Vengono quindi introdotti il dottor Bruno Storti, il professor Achille Ardigò, il dottor Giorgio Coppa, il professor Alberto Coppini, il dottor Nino Valentino e il dottor Mario Valitutti.

Audizione del dottor Bruno Storti, presidente del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro e dei consiglieri professor Achille Ardigò, dottor Giorgio Coppa e professor Alberto Coppini.

PRESIDENTE. Vorrei anzitutto ringraziare il presidente del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro dottor Bruno Storti, i consiglieri dottor Giorgio Coppa, professor Achille Ardigò e professor Alberto Coppini, il segretario generale dottor Nino Valentino ed il responsabile degli organi consiliari dottor Mario Valitutti per avere accettato il nostro invito. Vorrei inoltre far rilevare ai colleghi la particolare importanza della seduta di oggi, dato che la Costituzione prima e l'articolo 49 del Regolamento del Senato poi attribuiscono al CNEL funzioni coadiuvanti dell'attività governativa e parlamentare. La particolare composizione del CNEL, che riunisce in sé sia esperti che rappresentanti delle varie categorie del mondo della produzione e del lavoro, conferisce all'attività di

questo organo non solo un significato di supporto tecnico, ma anche una funzione di promozione politica o di «prepolitica», come oggi si dice.

Voglio ricordare il particolare impegno del CNEL nella fase di impostazione e realizzazione della riforma sanitaria, alla quale ha contribuito, così come nella fase di verifica e funzionamento della stessa riforma. Voglio ancora ricordare le indagini svolte dal CNEL in materia sanitaria, i seminari e gli incontri sia nazionali che internazionali che rimangono agli atti della istituzione e della nostra memoria e dai quali è emerso materiale che riveste grande interesse anche per la nostra Commissione.

Il Regolamento del Senato prevede prima una serie di interventi da parte di coloro che sono stati invitati; poi i senatori presenti potranno rivolgere delle domande per chiarimenti; infine gli inviati potranno rispondere alle domande e replicare.

Do quindi senz'altro la parola al dottor Storti.

STORTI. Ringrazio il Presidente e i componenti della 12^a Commissione permanente del Senato che, con un programma molto chiaro e dettagliato, affrontano un'indagine conoscitiva su un problema delicato e complesso qual è quello del funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

Il Presidente ha già presentato la nostra delegazione, ma io voglio fare un'integrazione dicendo che, oltre ad essere membri del CNEL, i componenti della delegazione svolgono altre importanti funzioni: il professor Ardigò ed il dottor Coppa sono anche membri del Consiglio sanitario nazionale; il professor Coppini, noto esperto in materia, è presidente del comitato tecnico-scientifico per la programmazione sanitaria. Quindi, oltre ad occuparsi dello studio teorico della riforma, essi partecipano ad organi, amministrativi e tecnico-scientifici, che hanno un ruolo preciso nell'attuazione della riforma medesima. Debbo dire che ci sentiamo onorati dall'essere stati chiamati a partecipare a questa indagine conoscitiva e credo che ciò non sia stato tanto dovuto al ruolo costituzionale del CNEL, quanto al fatto che il

CNEL si è occupato con continuità dei problemi del Servizio sanitario nazionale. Parlo naturalmente del CNEL di questa consiliatura che dura più di quanto dovrebbe; infatti il CNEL, che dovrebbe rimanere in carica per 5 anni, è in regime di *prorogatio*, fatto che sembra essere diventato quasi una malattia costituzionale del Consiglio.

Il CNEL si occupò del problema del Servizio sanitario nazionale già nell'aprile del 1977, durante la prima assemblea plenaria, per esprimere il parere (attività che rientra nei suoi compiti formali) sul disegno di legge concernente l'istituzione del Servizio sanitario nazionale. In quell'occasione, abbastanza presaghi di come si sarebbero svolti i fatti, prendemmo un'iniziativa di cui fu artefice proprio il consigliere Ardigò; approvammo cioè un ordine del giorno con il quale il CNEL si impegnava a seguire, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, il processo di attuazione della riforma sanitaria. Eravamo ovviamente consapevoli che si trattava di un compito non facile e non semplice.

Sia sulla base del parere che esprimeremo allora sul disegno di legge governativo, sia sulla base del nostro impegno a seguire, attraverso gli strumenti a nostra disposizione, il processo di attuazione della riforma questa fu dunque assegnata, come accade in Parlamento, alla Commissione lavoro per lo schema di parere (anche noi abbiamo una ripartizione interna per Commissioni) e nell'ambito della stessa si formò un particolare gruppo di lavoro per la sanità del quale fanno parte i consiglieri qui presenti. Essi, oltre, svolgere le funzioni proprie di consiglieri del CNEL, sono impegnati nello studio degli strumenti di attuazione della riforma sanitaria, con particolare riguardo all'attività del Consiglio sanitario nazionale.

Dopo aver espresso, nell'aprile del 1977, il parere sul disegno di legge concernente l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, si è tentato di abbinare una sorta di indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria internazionale con l'impegno, già assunto, di seguire l'attuazione della riforma.

Nel 1979 è stato pertanto organizzato un incontro internazionale di studi sulla riforma sanitaria. Fu estremamente utile, in quella

sede, acquisire dati in relazione a quanto altri paesi europei (come, ad esempio, la Gran Bretagna, per l'esperienza dei vari «Piani Beveridge») stavano realizzando in materia di Servizio sanitario nazionale sulla base di esperienze dirette anteriori alla nostra.

Nel 1981 ebbe luogo un secondo incontro internazionale sulla riforma sanitaria, preceduto anch'esso da indagini sul posto, da valutazioni sulle diverse esperienze e da contatti con i vari responsabili del settore.

Nel 1980, in attuazione dell'ordine del giorno di cui parlavo prima, che prevedeva il nostro impegno a seguire il processo di attuazione della riforma, fu elaborata una specifica pronuncia in materia, sulla quale fu incaricato di predisporre una relazione il consigliere Ravenna (che divenne, in seguito, presidente dell'INPS), in cui era contenuto un primo esame critico dello stato di attuazione della riforma.

La seconda pronuncia, che risale all'ottobre 1982 e che è stata preceduta anch'essa da una indagine accurata e capillare, fu affidata, per la relazione, al professor Coppini. Si tratta di una pronuncia che si riferisce ad una situazione abbastanza aggiornata e che presenta il solo inconveniente di essere anteriore all'approvazione della legge finanziaria, per cui si è venuta a creare una serie di situazioni di fatto delle quali non si era potuto tener conto al momento della pronuncia stessa.

Questa è l'attività svolta dal CNEL in relazione alla attuazione della riforma sanitaria nel periodo compreso tra il 1977 ed il 1982.

Vorrei ora fornire un chiarimento alla Commissione in merito agli aspetti delle posizioni assunte dal CNEL. Grosso modo, si può dire che il CNEL sia un organismo quadripartito, composto da rappresentanti dei prestatori d'opera, delle imprese, dei cosiddetti «autonomi» (comprendenti, fra l'altro, artigiani, coltivatori diretti, operatori e professionisti) e da un gruppo di esperti. I pareri vengono deliberati democraticamente dal CNEL. Perché tengo a fare questa precisazione? Perché non è un caso molto frequente che pareri, osservazioni, proposte, studi, indagini od iniziative legislative siano

approvati all'unanimità dalle quattro componenti del CNEL. Ciò non costituisce, naturalmente, un aspetto negativo, ma sta soltanto a significare che su un parere, ad esempio, possano confluire posizioni varie ed articolare. Sono però estremamente importanti, dal punto di vista dell'accoglimento delle pronuncie, le aggregazioni che si verificano, per cui vi possono essere accordi tra imprenditori e lavoratori autonomi o tra lavoratori dipendenti e così via. In altri termini, si dà conto dell'adesione e della posizione assunta in merito ad una determinata pronuncia da parte dei vari gruppi sociali.

Altra caratteristica del gruppo di lavoro che porta avanti dal 1977 lo studio sullo stato di attuazione della riforma sanitaria, è quella di essere composto essenzialmente di esperti in materia, per cui la documentazione che viene predisposta per l'esame da parte dell'Assemblea è da ritenersi più obiettiva — e più «neutra» — di quanto potrebbe essere quella delle rappresentanze di interesse.

A questo punto, anche sulla base dei fatti nuovi che si sono verificati e delle recenti valutazioni ed osservazioni in materia, si ritiene possibile dare corso ad una serie di iniziative, che terranno conto sia della relazione del professor Coppini, sia di quanto nel frattempo è stato realizzato a livello parlamentare e legislativo, sia, infine, dell'andamento del Servizio sanitario nazionale.

È attualmente all'ordine del giorno dell'Assemblea un testo, su cui sarà relatore il dottor Coppa, contenente osservazioni e proposte in merito alle spese ed al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, con il quale si intendono approfondire i seguenti temi: il Servizio sanitario nella politica delle spese e delle entrate, anche con riferimento ai caratteri di rigidità che quest'ultima presenta; i problemi relativi alla spesa sanitaria ed alle entrate; i problemi relativi all'ordinamento.

Si sta, inoltre, lavorando all'organizzazione di un terzo incontro internazionale di studio sul Servizio sanitario nazionale, che avrà per oggetto le professioni non sanitarie nell'ambito del Servizio stesso. A tale scopo, sono in corso di svolgimento alcuni sondaggi di opinione, affidati alla Doxa, nei quali

vengono ascoltati i rappresentanti delle organizzazioni del personale non sanitario.

Infine, si prevede una sorta di indagine-dibattito, sulla quale vorrei fornire qualche chiarimento alla Commissione. Tale indagine-dibattito era originariamente prevista per lo scorso novembre; il CNEL è stato, però, costretto a sospendere temporaneamente la propria attività in conseguenza di una sentenza del Consiglio di Stato, per cui se ne prevede lo svolgimento nella prossima primavera. Tale data è stata fissata anche sulla base di una lettera del Presidente del Senato, con la quale il CNEL veniva informato dei tempi a disposizione della Commissione sanità di questo ramo del Parlamento per la conclusione dell'indagine conoscitiva attualmente in corso.

L'indagine-dibattito che, come ripeto, avrà presumibilmente luogo nella prossima primavera riguarderà i seguenti temi: contratti nel settore della sanità e inquadramento del personale; politici e tecnici nella gestione delle unità sanitarie locali; formazione del personale non medico (tecnici e amministrativi) in vista di una maggiore efficacia ed efficienza dei servizi socio-sanitari.

Queste iniziative ormai abbiamo la certezza di poterle realizzare. Apro una parentesi dicendo che il CNEL ha visto annullati i decreti di nomina di alcuni componenti in conseguenza di una sentenza del Consiglio di Stato. L'attuale Governo tuttavia, che nel frattempo ha anche presentato al Senato un progetto di riforma del CNEL e cioè di revisione della sua legge istitutiva del 1957, ha proprio in questi giorni predisposto, con la firma del Presidente del Consiglio e l'invio al Presidente della Repubblica, i decreti per la reintegrazione di questi consiglieri, e quindi pensiamo e speriamo (preferirei dire pensiamo e non speriamo) che nel mese in corso il CNEL sia reintegrato e, di conseguenza, nel mese di febbraio o, al massimo, in quello di marzo si possa dare luogo a queste iniziative, alla seconda delle quali (il seminario-dibattito) doverosamente sarà invitata la Commissione sanità, e in quanto tale, e in quanto impegnata in questa indagine conoscitiva, nella speranza che almeno una rappresentanza possa intervenire.

Questa è più o meno l'attività da noi svol-

ta; ho preferito non entrare nel merito dei giudizi, dei pareri e delle osservazioni perchè sicuramente meglio di me sapranno farlo i miei colleghi. Comincerà il professor Coppini, il quale vi darà conto di questa ultima fase del nostro esame del processo di attuazione della riforma, e vi dirà anche alcune delle prospettive di questa iniziativa in corso; gli altri colleghi entreranno poi nel merito affrontando quei due o tre temi istituzionali relativi al personale ed alle caratteristiche delle unità sanitarie locali che sono poi i problemi veri e propri che voi dovrete affrontare.

Penso allora che, cominciando dal professor Coppini, il quale esporrà l'ultima pronuncia dell'ottobre 1982, possano parlare i membri della nostra delegazione.

PRESIDENTE. Grazie, presidente Storti, per la sua esposizione iniziale che ci ha dato un quadro dell'attività svolta nel passato dal CNEL in questo settore e dei programmi di attività che sono quanto mai intensi e pregiati.

Do quindi la parola, nell'ordine, ai consiglieri Coppini e Coppa.

COPPINI. Onorevole Presidente, come ha detto il presidente Storti, lo scopo del mio intervento è soprattutto quello di ragguagliarvi circa il contenuto delle «Osservazioni e proposte», delle quali ho avuto l'onore di essere il relatore secondo la pronuncia in materia di attuazione dell'ottobre 1982. Cercherò, però, non tanto di esporvi puntualmente le conclusioni alle quali il CNEL è pervenuto (anche perchè queste sono contenute nel documento che, ovviamente, sarà lasciato alla Commissione e, pertanto, potranno essere lette tranquillamente) quanto piuttosto di indicare i punti essenziali di tali conclusioni e quel tanto di nuovo che è maturato successivamente alle conclusioni stesse, il quale da un certo punto di vista è in contrasto o in contraddizione con tali conclusioni, e da un altro punto di vista merita alcune riflessioni più approfondite di quelle che abbiamo potuto fare all'epoca.

Credo che sia inutile, in questa mia esposizione, ricordare le conclusioni alle quali sia-

mo pervenuti con gli altri due atti essenziali in materia di riforma, e cioè con il parere sulla legge n. 833 (anche perchè data dal 1977, da un'epoca nella quale, evidentemente, lo scopo essenziale era quello di dare un'adesione a questo provvedimento fondamentale di riforma del nostro paese) e con le «Osservazioni e proposte» del 1980, delle quali è stato relatore il professor Ravenna, che pure avevano lo scopo di dare una prima indicazione sulla attuazione della riforma; anche queste «Osservazioni e proposte», essendo state fatte proprio all'inizio del funzionamento della riforma stessa, contengono tuttavia senza dubbio un certo numero di valutazioni in parte superate.

Vorrei però far presente che in questi tre atti fondamentali del nostro Consiglio due elementi sono rimasti fermi: il primo è l'adesione piena ai principi della riforma, cioè il fatto che da parte di tutte le componenti del Consiglio si sia sempre affermata l'esigenza fondamentale di mantenere fermi i principi con i quali è stata costruita la legge di riforma sanitaria; tali principi sono nel segno dei tempi e io, che ho avuto modo di prendere contatto con sistemi di altri paesi europei, devo dire che, più o meno, anche gli altri paesi — compresi quelli che non hanno ancora compiuto questo passo — si vanno orientando verso sistemi sempre più integrati diretti verso un Servizio sanitario nazionale.

La seconda considerazione di carattere generale, che è sempre stata ripetuta nei nostri pareri, riguarda la esigenza che le nuove istituzioni che sono state create tendano fondamentalmente alla efficienza ed a quei cambiamenti essenziali che appunto erano nello spirito della riforma: tendano cioè a creare una forma di assistenza sanitaria nuova che si discosti dalla vecchia assistenza mutualistica, una assistenza, per intenderci, che si preoccupava di fornire i servizi fondamentali della medicina, della specialistica, dell'assistenza ospedaliera, ma che non aveva l'occhio rivolto verso certe cose nuove, certe istituzioni nuove la cui coscienza si va affermando in vari paesi e naturalmente anche nel nostro.

Questi sono dunque i due elementi che si sono sempre ripetuti nei nostri pareri.

E vengo rapidamente al contenuto delle «Osservazioni e proposte» che sono state formulate nel 1982 ricordando agli onorevoli senatori che queste osservazioni e queste proposte sono state precedute da una lunga indagine per cercare di acquisire tutti i dati disponibili (che sono aggiornati al luglio del 1982), cioè tutto quello che si è potuto raccogliere a quell'epoca.

Le constatazioni che abbiamo premesso alle conclusioni del nostro parere sono fondamentalmente le seguenti.

La prima è quella riguardante la esigenza di predisporre il più rapidamente possibile la riforma del Ministero della sanità. Su questo punto non si sono avuti fatti nuovi, tranne una legge che ha trasformato il vecchio «ufficio della programmazione» in «servizio per la programmazione».

La seconda constatazione è che, poichè un altro elemento che ha creato delle complicazioni al funzionamento della riforma sanitaria è stata una certa difficoltà di funzionamento del Consiglio sanitario nazionale, nasce la esigenza che anche per questo si cerchi di provvedere.

La terza constatazione è che il procedimento di riordinamento del personale che si occupa del Servizio sanitario nazionale è andato con grande lentezza verso una omogeneizzazione del personale stesso a causa delle difficoltà considerevoli nella realizzazione di questa omogeneizzazione.

Altra constatazione importante riguarda la mancanza del Piano sanitario nazionale che ha fatto sì che, mancando certe direttive di carattere generale, ciascuna Regione legiferasse — alcune di esse hanno anche pianificato — con dei criteri che sono stati autonomamente scelti dalle Regioni stesse.

Altra constatazione importante è quella della assoluta carenza di elementi di giudizio. Io preferirei parlare di carenza di dati statistici, in quanto sono uno che professionalmente si occupa di statistiche, ma in generale si può parlare di carenza di dati di conoscenza sul funzionamento del Servizio. La storia di questi dati è veramente impressionante e ne riparlerò quando dirò del servizio informativo: devo dire comunque che lo sforzo che io ho compiuto per cercare di

acquisire, con i miei collaboratori, tutti i dati disponibili al luglio del 1982, mi ha dato un risultato che è soltanto parziale rispetto a quello che ci si poteva aspettare. Alcuni dati essenziali — addirittura alcuni dati di spesa — si riescono a raccogliere con difficoltà e in parte debbono essere stimati.

Le constatazioni forse più importanti dal punto di vista di un giudizio sull'andamento della riforma sono invece le seguenti.

La prima è che la riforma ha portato ad un maggiore divario nei livelli di assistenza nell'ambito delle singole Regioni. Abbiamo cercato di fare un'inchiesta attraverso la distribuzione di formulari ai rappresentanti sindacali nelle varie sedi; abbiamo ricevuto circa 500 risposte che sono state elaborate e che confermano che i divari nelle varie zone del paese sono aumentati.

Dal punto di vista di quella che è l'efficienza del servizio poi, tramite tutti gli elementi raccolti si può dire che in parte ha raggiunto i vecchi livelli del sistema mutualistico, in qualche caso li ha superati, ma in molte Regioni è ancora al di sotto del livello precedente, con riferimento al mese di luglio del 1982.

L'efficienza inferiore a quella precedente pare avere carattere più generale nell'ambito ospedaliero: l'assistenza ospedaliera sembra infatti essere decaduta rispetto ai livelli del passato. Queste sono le constatazioni fondamentali alle quali siamo pervenuti attraverso un'indagine paziente e la raccolta dei dati che erano disponibili all'epoca.

Una prima conclusione che ha fatto il CNEL è che se si deve fare qualcosa bisogna tener presente che occorre mantenere i principi della legge n. 833; modificare i principi fondamentali di quella legge sembra infatti inopportuno, perchè sarebbe un tornare indietro rispetto a quella che è l'evoluzione dei tempi, creando maggiore confusione. La legge n. 833 è una buona legge: le difficoltà riguardano le modalità di applicazione, dove non è detto che non si debbano apportare varianti.

Altre conclusioni si riferiscono all'esigenza di una rapida riforma del Ministero della sanità (su questo argomento probabilmente si soffermeranno i miei colleghi, riferendosi

a quelle che possono essere le prospettive che in questo campo il CNEL tenta di elaborare), nonchè al riordinamento del Consiglio sanitario nazionale: vi sono due colleghi che fanno parte di questo Consiglio e che meglio di me potranno esporre tale aspetto.

Un'altra affermazione importante che abbiamo fatto è quella di aumentare e rendere più efficaci e penetranti i poteri del Ministero della sanità per quanto concerne l'indirizzo e il coordinamento. Ho già detto che il divario dal punto di vista dei livelli di assistenza tutto sommato è cresciuto nel paese, non è diminuito. Bisogna constatare che il modo con cui il Servizio è stato organizzato nell'ambito delle varie Regioni e zone del paese si presenta con differenze essenziali, per cui l'indirizzo e il coordinamento sembrano importanti. Questa osservazione che, secondo me, è ancora pienamente valida, è resa ancor più attuale per l'accrescersi in quest'ultimo periodo di differenze per quanto riguarda l'organizzazione dei livelli di prestazioni che si sono realizzati.

Ci sono poi le conclusioni attinenti agli enti locali. Per quanto concerne il problema dell'organizzazione delle unità sanitarie locali, il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro nelle sue osservazioni e proposte auspicava un completamento degli organi di gestione perchè ci sono alcune zone in cui tali organi, almeno all'epoca, non erano costituiti; un completamento degli organi di direzione; e ancora, una netta ripartizione dei compiti, sia tra le Regioni e i Comuni, sia tra organi di gestione e organi di direzione.

Infine, veniva auspicato che la nomina del comitato di gestione avvenisse per elezione diretta da parte dei cittadini.

Dopo quel periodo, e dopo quella pronuncia, evidentemente sono state emesse, o si stanno per emettere, delle norme che in parte risolvono alcuni problemi. Ad esempio, criteri di maggiore responsabilità sono stati inseriti nella legge finanziaria; vi è la partecipazione dei coordinatori negli organi di gestione, che è una delle indicazioni che si trovano nel disegno di legge di piano. Quando parlo del disegno di legge di piano, mi riferisco allo stralcio della legge finanziaria

non so se; tale stralcio — che i commissari conoscono meglio di me — sarà modificato con nuove proposte da parte del Governo: io mi riferisco alle disposizioni contenute in questo disegno di legge.

Vorrei però dire che probabilmente, dopo tutto quello che è accaduto e le constatazioni che si sono avute successivamente, i provvedimenti presi e quelli auspicati dal CNEL non sono sufficienti per risolvere il problema fondamentale della gestione delle unità sanitarie locali. Sembra che nell'ambito di tale gestione si trovi infatti il punto più carente di tutto il funzionamento del Servizio sanitario e di questo credo non sia difficile rendersi conto, perchè in definitiva l'erogazione dei servizi avviene a livello locale. Il giudizio degli utenti nei confronti del funzionamento del Servizio dipende dal modo con cui funzionano gli sportelli e gli ambulatori delle USL, come pure gli ospedali che sono emanazione diretta dell'unità sanitaria locale. S'impone quindi in pieno, secondo me, il problema di vedere se questo organismo, così come è stato concepito dalla legge, debba essere mantenuto con le caratteristiche attuali, oppure se queste debbano essere sostanzialmente modificate. Non intendo esprimere giudizi personali sull'argomento perchè avrebbero forse valore relativo; posso fare intanto una prima osservazione fondamentale, che è quella che esiste attualmente una certa confusione, potremmo dire, per quanto concerne il criterio di organizzazione delle unità sanitarie locali. Confusione in che senso? Nella legge n. 833 e nelle norme successive questo organismo ha due poli dai quali fondamentalmente dipende: da un lato dipende dalla Regione perchè questa concede gli stanziamenti e stabilisce una serie di criteri di funzionamento, opera certi controlli e fa o dovrebbe fare il piano sanitario, dà quindi disposizioni ed indirizzi che le USL debbono attuare. D'altro lato, la Composizione dei suoi organi ha origine dai comuni: in alcuni casi l'assemblea coincide con quella del Comune, in altri casi è costituita da un consorzio di Comuni; in altri casi ancora, come a Roma, è costituita da componenti espressi dal consiglio comunale. Naturalmente non dobbiamo dimenticare che il Co-

mune ha un suo Assessorato alla sanità il quale anch'esso emana delle norme. Allora questo primo aspetto, questa prima forma contraddittoria delle due direzioni che influiscono sull'unità sanitaria locale, è uno dei punti che va chiarito.

L'altro è quello del funzionamento della direzione: attualmente le unità sanitarie locali sono organizzate con una direzione collegiale e v'è da domandarsi se un organismo può funzionare in tal modo. Se lo chiedete a me dico di no, ma non vorrei entrare troppo nei pareri di carattere personale.

Voglio aggiungere un'altra osservazione: non dobbiamo mai dimenticarci che le difficoltà che insorgono nell'ambito delle unità sanitarie locali sono sì effetti di questa duplicità di criteri, di questa loro costituzione che probabilmente non risponde ai principi di efficienza; tuttavia sono anche la conseguenza inevitabile della crisi che subisce la Pubblica amministrazione in questo momento in tutti i suoi livelli ed organi. Nell'ambito della Pubblica amministrazione ci troviamo di fronte ad una alternativa: o garantire i diritti di tutti ed in tutti i sensi — non voglio entrare nei dettagli — oppure ottenere l'efficienza. Non vorrei che ciò fosse interpretato in modo non corretto; non v'è dubbio però che l'efficienza si garantisce con una certa semplicità di organismi ignorando certe regole eccessivamente garantiste che arrivano fino a impedire di trasferire l'impiegato da una sede all'altra. In questo modo l'efficienza non può essere assicurata. Naturalmente la scelta tra questi due principi fondamentali e la graduazione tra di essi è un problema politico. Gli organi deputati possono scegliere come vogliono, ma non possono ottenere ambedue i vantaggi; forse è proprio nella impossibilità di conciliare in pieno questi due aspetti, che sta la crisi anche delle unità sanitarie locali. Aggiungo su questo punto che la questione delle USL è resa ancor più difficile, dal punto di vista di una riorganizzazione, dalle soluzioni molteplici che sono state prese dalle Regioni, con le leggi regionali per la istituzione delle stesse unità sanitarie locali. Persino i problemi di aggiornamento sono stati interpretati in modo completamente diverso. Vi sono unità sanitarie

locali come quella di Torino che comprende circa 400.000 abitanti ed altre unità cui fanno riferimento soltanto 50-60 mila abitanti.

Per quanto riguarda il problema del piano, un'altra conclusione di un certo rilievo prendeva in considerazione l'aspetto della reciproca interdipendenza tra piano e legge finanziaria. Nella nostra pronuncia avevamo auspicato che il piano (la legge di piano e poi il documento di piano: questo è un problema di tecnica legislativa) rappresentasse il documento fondamentale con il quale si stabiliscono i livelli di assistenza, si stabilisce il fabbisogno ed i criteri di ripartizione, si stabiliscono gli indirizzi fondamentali e le priorità. La legge finanziaria avrebbe dovuto invece essere, secondo la nostra opinione, lo strumento attraverso il quale, di fronte a difficoltà che si manifestano in un certo determinato anno, alcuni livelli di assistenza venivano temporaneamente ridotti o venivano introdotte norme particolari per ottenere una minore spesa. La soluzione — non ho bisogno di illustrarla — che è stata assunta è diversa: la legge finanziaria ha fissato gli stanziamenti e i criteri di ripartizione mentre la legge di piano (il disegno di legge presso il Senato, lo stralcio) dovrebbe fissare una serie di priorità; e v'è da domandarsi quale significato avranno tali priorità, quando ad esse non vengano connessi dei mezzi finanziari. Inoltre il piano avrà il compito di fornire tutta una serie di indicazioni sui livelli di assistenza (anch'essi saranno condizionati dallo stanziamento e quindi sono la conseguenza di esso); e finalmente v'è da domandarsi che cosa conterrà il piano, cioè il documento informale che, sembra, sarà sottoposto all'approvazione delle assemblee legislative mediante un atto non legislativo.

Questi sono gli elementi di riflessione che volevo indicare come conseguenza delle nostre pronunce.

Il Consiglio dell'economia e del lavoro si è anche espresso in materia di iniziativa per rendere più efficaci le prestazioni. Per esempio ha sottolineato l'esigenza della conversione degli ospedali: questo è uno di quei progetti nuovi che si sarebbero dovuti realizzare. La rete ospedaliera italiana va riorganizzata con criteri di distinzione tra le funzioni

degli ospedali stessi. Non devo dire certo a loro che esistono degli ospedali altamente qualificati che recepiscono persone lungodegenti, le quali potrebbero essere tranquillamente sistemate altrove. Dunque, riqualificazione degli ospedali e creazione di una serie di strutture sul territorio che servano ad impedire che gli ospedali stessi siano invasi anche da coloro che non hanno immediatamente bisogno di essere ricoverati. Qualcosa in questo senso si farà se verranno adottate le indicazioni del disegno di legge di piano nel quale si accenna a questioni di tal genere. Tuttavia devo fare presente che nei confronti della soluzione di questo problema, dalle indagini conoscitive che abbiamo svolto a livello di Assessori regionali si è dimostrata la estrema difficoltà sul piano politico di fare qualcosa: chiudere un ospedale o affidargli altre attribuzioni nell'ambito di una zona sembra essere la fine del mondo, sembra creare delle difficoltà insormontabili a livello politico locale che poi si riflettono a livello parlamentare. Il CNEL si è anche espresso in materia di farmaci e su tale argomento ha emesso una pronuncia particolare che sarà certamente consegnata alla Commissione. Le conclusioni che abbiamo inserito nell'ambito delle osservazioni e proposte di cui sto parlando, sono costituite dal ridimensionamento del numero dei farmaci di supporto, dalla graduale eliminazione dei farmaci associati (perchè questo è uno dei problemi che incide sui prezzi), dalla cancellazione dei vecchi farmaci. Sembra che le norme della legge finanziaria, accennando ai nuovi criteri con i quali deve essere creato il prontuario farmaceutico, possano dare un utile ausilio in tale direzione.

Per ciò che concerne il personale, il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro si è limitato ad affermare che deve esserne sollecitato il processo d'integrazione e di riqualificazione. Anche questo è un punto di estrema importanza ed un altro elemento nuovo che dovrebbe introdursi. Il personale a tutti i livelli e a tutti i gradi è in parte non idoneo alle nuove funzioni che gli sono state affidate. L'azienda sanitaria è nuova: quella parte di personale esperto delle vecchie istituzioni mutualistiche, specialmente quello ammini-

strativo, per motivi vari, anche di opzioni personali, conosce poco della gestione manageriale della nuova azienda sanitaria. È dunque indispensabile qualificare rapidamente questo personale, oltre che creare unità particolarmente idonee attraverso il reclutamento e la creazione di specializzazioni, anche universitarie, in questo campo. Bisogna qualificare al più presto il personale che già c'è: anche qui, tranne qualche iniziativa sporadica da parte delle Regioni, realizzata talvolta insieme alle università, talaltra senza grandi garanzie, ben poco è stato fatto.

Altra osservazione espressa dal Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro è quella di una rapida attuazione del sistema informativo. Su ciò è stato fatto un importante passo in avanti attraverso l'affidamento all'«Italsiel» dello studio e della realizzazione del servizio informativo a livello centrale e regionale. Tuttavia, attualmente ancora esiste una carenza di dati incredibile; il buio inizia soprattutto quando si va oltre il livello regionale e si cerca di penetrare all'interno delle unità sanitarie locali. Non sono riuscito ad avere un dato da tali organismi. Abbiamo inviato con l'Istituto centrale di statistica un modulo alle USL per avere una serie di notizie anche di ordine finanziario, ma ci sono state rinviate solo pochissime schede, tanto che non è stato utile nè opportuno elaborarle.

Non si riesce poi a realizzare l'anagrafe degli assistiti: addirittura si versano quote per individui che non sono più in vita. Oltre alle notizie di carattere fondamentale che devono affluire attraverso il servizio informativo, sono necessarie indagini più penetranti che permettano di conoscere, attraverso sondaggi campionari, alcuni fenomeni. Non si riesce ancora a sapere, ad esempio, se i *tickets* hanno avuto o meno un reale effetto sul contenimento dell'uso dei farmaci.

Per quanto riguarda gli aspetti di carattere finanziario, ho fatto elaborare recentemente alcune cifre che rappresentano l'aggiornamento di quelle contenute nella relazione. La conclusione che si trae dall'esame di queste cifre — che saranno distribuite ai membri della Commissione — è che la spesa, anche quella del 1982, è al di sotto del 6 per cento

del PIL. Siamo cioè tra le nazioni che spendono meno per la sanità; si rileva inoltre che aumenta la diversità della spesa *pro-capite* tra Regione e Regione.

Vorrei ricordare che il CNEL aveva dato per le questioni di ordine finanziario due indicazioni che sono state largamente disattese. La prima era che si doveva agire o con l'eliminazione di alcune prestazioni considerate superflue, o attraverso un eventuale aumento delle entrate, ma non comunque attraverso l'aumento dei *tickets*, soprattutto per le prestazioni di carattere diagnostico, fondamentali per la prevenzione — che resta uno degli obiettivi più disattesi della riforma sanitaria —. La seconda indicazione era che si doveva cercare di realizzare una maggiore equità nell'ambito dei sacrifici che i cittadini sostengono per il Servizio sanitario. Gli ultimi elementi raccolti fanno invece pensare che ci si stia sempre più allontanando da questa equità.

Non ho bisogno di ricordare il complesso sistema con il quale è finanziato il Servizio sanitario nazionale: contributi ormai cristallizzati, con notevoli disparità tra diverse categorie; imposte speciali per i professionisti e infine la parte spettante allo Stato, ottenuta attraverso le imposte stesse. Nella relazione alle «Osservazioni e proposte» delle quali ho parlato vi sono alcune tabelle che andrebbero aggiornate ma che comunque danno un'indicazione, categoria per categoria, individuo — tipo per individuo — tipo, di quanto incide complessivamente sul reddito di un individuo, tenuto conto delle imposte e della contribuzione, il peso dell'assistenza sanitaria. Esistono, a parità di reddito, disparità enormi. L'ultima indicazione data dal CNEL era appunto quella di realizzare, sia pure con gradualità, una maggiore uniformità dei sacrifici sostenuti dai cittadini, perchè anche questo è uno degli elementi di consenso dei cittadini, stessi verso la riforma sanitaria, riforma essenziale che non ha ancora l'efficacia che potrebbe avere.

COPPA. Il presidente Storti e il relatore Coppini hanno accennato all'impegno del CNEL per affrontare il problema delle entrate e delle spese del Servizio sanitario nazio-

nale. Ritengo interessante, prima ancora di avviare questo lavoro, fornire alcune indicazioni.

Nel libro di Paolo Barile e Carlo Macchitella «I nodi della Costituzione», la riforma sanitaria è presentata come uno dei punti centrali dell'attuazione della Costituzione stessa. Le affermazioni di Barile sull'attuazione della legge n. 833 sono pienamente condivisibili. L'attuazione della riforma costituisce un momento settoriale dell'applicazione complessiva delle norme costituzionali, e tale settorialità è in un certo senso aggravata dalla determinazione di provvedere con il sistema della amministrazione per fondi. Se questa presenta dei vantaggi, ha tuttavia alcuni inconvenienti dal punto di vista dell'attuazione complessiva della Costituzione, per cui si corre il rischio di disgregare la riforma tributaria per dare piena attuazione a quella sanitaria.

Altro elemento che aggrava questa situazione è non solo la mancata attuazione del Piano sanitario nazionale, ma lo smembramento del processo di formazione stessa del Piano sanitario. Sono stati ormai istituzionalizzati cinque livelli: la legge finanziaria, che include anche i criteri per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale; la legge di piano; il Piano sanitario; gli atti di indirizzo e di coordinamento, adottati con il parere del Consiglio sanitario nazionale; i piani regionali. Dal punto di vista finanziario vanno sottolineati due fenomeni: il primo è che l'economia sanitaria è ormai subordinata alle esigenze della finanza sanitaria; il secondo è che i piani regionali rappresentano in molti casi un momento precedente al Piano nazionale, mentre dovrebbero essere a questo successivi. È difficile dal punto di vista sostanziale stabilire quali sono i diritti soggettivi e quali invece gli interessi legittimi dell'utente del Servizio sanitario nazionale. Infatti, per gli uni ci si muove nell'ambito del diritto privato, mentre per gli altri ci si inoltra nella sfera del diritto pubblico, ed è molto difficile stabilire le effettive possibilità di iniziativa del cittadino per quanto attiene alla sfera pubblica.

Il rifugiarsi, poi, nei «tribunali del malato» o in altri surrogati, come ad esempio i difen-

sori civici, non credo che aiuti a dare un respiro costituzionale al regime del Servizio sanitario. Non vi è dubbio che gli utenti del Servizio si trovano in una situazione atipica dato che la situazione transitoria rischia di diventare definitiva. Rischia infatti di diventare un sistema il fatto che i contributi vengono pagati dagli utenti in quanto lavoratori, cioè *ex-mutuati*, mentre i benefici vengono goduti in quanto cittadini. Questa situazione doveva essere transitoria; invece esso rischia di divenire permanente, e se questo accadrà verranno acuite le tensioni esterne ed interne al Servizio sanitario nazionale.

La legge n. 833, all'articolo 76 stabiliva che la riscossione dei contributi a carico degli *ex* assistiti delle mutue era trasferita all'INPS fino alla completa fiscalizzazione degli oneri sociali. In realtà non bisogna dimenticare che i contributi sociali colpiscono le retribuzioni da lavoro dipendente prima che esse diventino reddito per la parte che incide sul lavoratore; vi è una parte che viene ritenuta a carico del lavoratore come il costo sociale del lavoro che in realtà è un costo di impresa e di produzione del reddito. Invece il concetto di reddito, sia reale che imponibile, e quello di contributo sulle retribuzioni da lavoro dipendente sono diversi e non armonizzabili. Tra l'altro il contributo prescinde dalla considerazione della capacità contributiva poichè opera automaticamente. Il passaggio al prelievo sui redditi, cioè la fiscalizzazione prevista dall'articolo 76 della legge n. 833, è totalmente diverso dalla fiscalizzazione attuale che si risolve nell'assunzione da parte dello Stato di una quota degli oneri contributivi.

Ritengo che sia anche utile soffermarsi sulla valutazione della situazione reale. Per quanto riguarda la partita più generale e complessiva, cioè quella trasferita all'INPS per la riscossione, vorrei citare alcune parti di un documento di studio interno all'INPS stesso per far comprendere la complessità della questione e la ragione per la quale i dati sono forniti a stima e non vi è un bilancio delle entrate per gli *ex*-contributi di malattia. Questo documento dimostra che vi è stata una mutazione qualitativa. Leggo un paragrafo di questo documento: «La denun-

cia contributiva è effettuata mensilmente dalle aziende attraverso il modello DM10M che riepiloga i dati retributivi, le somme a debito e a credito del datore di lavoro, i dati statistici o richiesti da apposite disposizioni di legge, ad esempio quelle relative all'IRPEF. È evidente l'ampiezza, la complessità e la diversità dei dati da esporre; la determinazione dei contributi da versare deriva non solo dall'inquadramento dell'azienda, ma anche dalle posizioni soggettive dei singoli lavoratori. I crediti del datore di lavoro in particolare (assegni familiari, cassa integrazione guadagni, indennità di malattia, indennità di maternità, trattenute pensionistiche, fiscalizzazione e sgravi) non rendono certamente di facile compilazione il modulo in parola. Questo accade perchè nella denuncia in parola si compendiano in un'unica operazione di conguaglio i rapporti debiti-crediti intercorrenti tra il datore di lavoro e l'Istituto in relazione ai lavoratori occupati, rapporto derivante dall'applicazione di innumerevoli disposizioni di legge amministrative, caratterizzate dall'estrema capillarità, dalla mancanza di coordinamento ed alta frequenza delle modificazioni». Quindi attraverso l'unificazione della riscossione dei contributi di malattia e di quelli per l'assistenza sociale in realtà si è creato un unico meccanismo di conguaglio all'interno del quale si giocano delle partite estranee all'assistenza di malattia, intesa sia come erogazione delle prestazioni che come erogazione dei trattamenti economici. Ritengo perciò che sia molto interessante esaminare questo documento, anche perchè esso costituisce il *caput fluminis* di tutte le difficoltà che poi si riscontrano nella determinazione della consistenza effettiva, e non della consistenza a stima e teorica, delle entrate del Fondo sanitario nazionale. Ci proponiamo di svolgere un'analisi estremamente accurata per arrivare alla determinazione di questi elementi di fatto che sono condizione necessaria per conoscere i flussi finanziari e la loro consistenza.

Ho già detto prima che l'onere reale per le imprese è diverso dall'onere per i lavoratori dipendenti, e che esso va comunque calcolato deducendo quanto lo Stato versa a titolo di fiscalizzazione. Anche per quanto riguarda

l'onere a carico dei lavoratori dipendenti vi è un'estrema sperequazione soprattutto nel settore del lavoro subordinato, perchè la condizione dei dipendenti del settore pubblico nel suo complesso (Stato, Regioni ed enti locali) dal punto di vista contributivo è sostanzialmente diversa, per quanto attiene le somme versate, da quella dei lavoratori del settore privato dell'industria, dell'agricoltura, del commercio e dell'artigianato. L'ordine di grandezza è di uno a due. Vi è una parte delle somme che lo Stato versa che gli sono addebitate nella sua qualità di datore di lavoro; cioè vi è una parte delle somme, che si riferisce alle contribuzioni individuali (poichè vi è anche una parte riferita alle esigenze collettive) che è stimata, dato che vi è un conto complessivo delle somme versate dal Ministero del tesoro al Fondo sanitario nazionale da cui è difficile scorporare le varie somme in un modo diverso dalla stima; in particolare è difficile all'interno di queste somme capire quali sono quelle versate come erario e quali sono invece quelle che lo Stato trattiene ai propri dipendenti come contributi e integra nella sua qualità di datore di lavoro, se posso usare questa espressione impropria. Quindi non è chiaro nè quanto lo Stato riscuote, nè quanto versa nella sua qualità di datore di lavoro. Non bisogna dimenticare, poi, che nei contributi dei lavoratori dipendenti sono comprese coperture per le indennità economiche di malattia.

Infine non risulta dai conti resi pubblici quanto viene versato ad esempio dall'INAIL al Fondo sanitario, dato che si tratta di una somma calcolata a *forfait* nell'ordine di 100-120 miliardi, che dovrebbero corrispondere alle spese sostenute precedentemente dall'INAIL stesso in campo sanitario e che sono state addossate al Servizio con il trasferimento ad esso di tutte le funzioni in campo sanitario. Vi è una parte delle spese (credo indebitamente addossata al Servizio sanitario nazionale) alimentata dai contributi degli utenti; mi riferisco alla parte delle spese relativa all'assistenza ai bisognosi, all'igiene pubblica, alla sanità animale, all'educazione sanitaria e all'opera di prevenzione che prima era finanziata diversamente.

Non è possibile «sanitarizzare» tutto ed addossare al Fondo sanitario nazionale, alimentato attraverso alcuni contributi e prelievi contributivi, anche una serie di oneri — che sono, invece, di ordine generale, in quanto propri della parte collettiva e non della parte individuale — relativi al funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

A tutto ciò si è aggiunta la questione relativa alle quote di partecipazione. Si è venuta, infatti, a creare una situazione tale per cui il cittadino paga tre volte: paga in quanto corrisponde tributi, paga in quanto soggetto a prelievi contributivi, e paga in quanto versa quote di partecipazione. Il problema si pose già quando fu attuata un'articolazione della politica tariffaria riferita, ad esempio, all'Enel e all'energia elettrica. Vorrei, pertanto, richiamare (poichè le condivido pienamente) le riflessioni del professor Zanetti in materia di prezzi, di tariffe e di inflazione contenute in uno scritto intitolato: «La perequazione dei redditi tramite interventi tariffari. Illusioni ed effetti distorsivi».

Se, da una parte, è legittima e comprensibile la necessità di alimentare le entrate del Servizio sanitario nazionale, dall'altra è molto discutibile che ciò possa avvenire nel momento in cui si determina il bisogno ed attraverso interventi che si differenziano in relazione al livello dei redditi, in quanto cioè, l'obiettivo anzichè essere attuato attraverso una sana politica fiscale, viene attuato, invece, con strumenti che da un lato alimentano illusioni e dall'altro determinano distorsioni.

Accennerò ora anche al problema del terzo pagante. Si dice, di solito, che non essendo il centro di alimentazione della spesa anche il centro di decisione della spesa stessa si vengono a creare situazioni anomale. È chiaro che se vi è una certa corrispondenza tra la provvista del Fondo e la erogazione della spesa si guadagna in efficacia ed in efficienza.

Tuttavia, il problema del terzo pagante è sempre esistito ed esisteva anche nel regime mutualistico. Quindi, o si ritorna alla medicina individuale (e allora sarà l'interessato a pagare direttamente) oppure la questione del terzo pagante va risolta attraverso strumenti

di organizzazione e di controllo volti ad assicurare economicità dei costi ed efficacia del servizio.

Per quanto riguarda le spese, mi limiterò ad accennare al fatto che, da un lato, la legge finanziaria giustamente stabilisce tetti di spesa, mentre, dall'altro, essendo la spesa sanitaria non determinabile *a priori* e costituendo, soprattutto per il settore pubblico, una spesa corrente, cioè una spesa dovuta, lo strumento che poi finisce per attuare in concreto alcune linee fondamentali della politica di spesa è quello della contrattazione collettiva.

È chiaro che si deve salutare con soddisfazione il primo accordo nazionale unico della sanità; tuttavia, non si può non rimarcare che tale accordo, per quanto riguarda il datore di lavoro, cioè la pubblica autorità, viene gestito attraverso la costituzione di una delegazione occasionale che ha il compito di condurre la trattativa contrattuale collettiva. Si è, pertanto, in assenza di uno strumento del tipo dell'Intersind, dell'Associazione sindacale per le aziende petrolchimiche e collegate a partecipazione statale (ASAP) o del Comitato permanente per la politica contrattuale già presente nella Pubblica amministrazione. Si aggiunga, inoltre, che i prestatori d'opera hanno calato all'interno del contratto nazionale la propria organizzazione non di categoria ma per mestiere, piuttosto atipica rispetto alla tradizione sindacale del nostro Paese. Ad esempio, sono organizzati separatamente i medici ospedalieri, i medici ambulatoriali, i medici che operano sul territorio e così via.

Vi è poi da osservare che il contratto del settore della sanità presenta un carattere atipico rispetto alla contrattazione collettiva ordinaria. Infatti solo in alcuni ristretti settori bancari, in periodo corporativo, esisteva l'istituto del «contratto-regolamento». Ancora oggi, invece, nel contratto collettivo della sanità, materie concernenti l'organizzazione generale del servizio vengono definite attraverso lo strumento della negoziazione. È chiaro, quindi, che il primo accordo nazionale non poteva farsi carico di tutta questa complessità di problemi. Tuttavia, risulta anche evidente che se si vuole, come si suol

dire, imboccare un binario permanente di politica della spesa — oltre che di politica dell'entrata — bisogna prestare maggiore attenzione a quegli elementi che operano a monte, che sono cioè la causa che determina gli effetti ai quali si tenta poi di porre riparo attraverso misure di emergenza ed attraverso una vera e propria alluvione legislativa del tipo di quella alla quale abbiamo in passato assistito.

Nella futura pronuncia del CNEL, di cui ho già anticipato le linee portanti, il problema del raccordo tra informazione ed informatica di contenuto amministrativo e gestionale, ed informazione ed informatica di contenuto sanitario, terapeutico e preventivo, dovrà essere chiarito dando un contributo a quanto stabilito dalla legge finanziaria in ordine alla eventuale introduzione, attraverso atti di indirizzo e di coordinamento da parte del Governo, di norme e criteri che, d'altra parte, almeno per il settore sanitario, avrebbero già dovuto essere introdotti in base a quanto previsto dalla legge n. 833 del 1978; sulla situazione attuale influiscono infatti la spontaneità, le oscillazioni e le variabili che intervengono sia per spinte oggettive che per fattori di carattere soggettivo.

Ritengo che sarebbe utile, nei prossimi mesi, tornare a discutere, anche sulla base delle conclusioni (unanimi, se possibile) del CNEL, sul tema, centrale ma ignorato, mai discusso finora all'interno del Consiglio sanitario nazionale, che riguarda la politica delle entrate come aspetto quantitativo e qualitativo, che finisce, in qualche modo, per condizionare la politica della spesa e, di conseguenza, l'effettiva efficacia dell'intervento sanitario preventivo, curativo e riabilitativo nel nostro paese.

PRESIDENTE. Desidero ringraziare il dottor Coppa per la sua esposizione così chiara, e sottolineare l'interesse della Commissione ad acquisire, nei prossimi mesi, gli ulteriori elementi di riflessione che egli ha voluto in questa sede anticipare e che assumono grande rilevanza proprio per l'impostazione della politica delle entrate e delle spese sanitarie, come pure per la politica dei contratti. Ci

rendiamo perfettamente conto dell'importanza di tali riflessioni.

Do quindi la parola al professor Ardigò.

ARDIGÒ. Signor Presidente, avrete percepito forse che la filosofia in generale cui mira il gruppo di lavoro sulla sanità del CNEL è di concentrare l'attenzione su alcuni temi, per le opportune revisioni al vertice e alla periferia. Questo è il punto sul quale ci permettiamo di richiamare sinteticamente l'attenzione. Al vertice, l'attenzione particolare fa riferimento alla riforma del Ministero della sanità, al potenziamento del Consiglio sanitario nazionale, alle strutture della contrattazione e del Fondo sanitario nazionale; in periferia il riferimento è alle strutture gestionali e partecipative delle unità sanitarie locali.

Mi permetterò di sottolineare solo tre punti relativi alla tematica periferica secondo alcune riflessioni che stiamo elaborando in vista dell'incontro-dibattito di cui ha parlato il presidente Storti su «politici e tecnici della riforma sanitaria». Tre temi mi sembra infatti che emergano con una certa importanza: il primo è quello già chiaramente esposto dal relatore Coppini, e riguarda la riforma delle strutture gestionali e direttive delle unità sanitarie locali; il secondo riguarda l'articolazione dei servizi da portare su tre poli anziché sul solo ospedale. Gli altri due poli sono la medicina di base, che non può essere lasciata all'individualismo dei medici di base e isolata dalle USL, e il polo territoriale (quello dei poliambulatori integrati in modo moderno, dei consultori, delle *équipes* mobili), che invece è completamente disatteso. Credo si possa dire che se c'è una tendenza regressiva che emerge con forza nella attuale crisi della riforma sanitaria, essa è la deterritorializzazione, la riduzione del decentramento nella gestione del Servizio sanitario nazionale. Il polo intermedio tra l'ospedale e il medico generico è quello che subisce le maggiori limitazioni.

C'è un terzo tema che mi permetto, anche come sociologo, di prospettare all'attenzione degli onorevoli senatori, un tema che non è soltanto tecnico: quello della mancata partecipazione degli utenti, anche perchè — salvo

poche Regioni, e per non tutte le USL delle medesime — sono completamente assenti i distretti socio-sanitari previsti dall'articolo 10, della legge n. 833 del 1978 che dovrebbero essere l'ambito di integrazione socio-sanitaria e che dovrebbero fare affidamento, in un modo diverso da quello seguito finora, sui consigli circoscrizionali, anche secondo quanto previsto dal quarto comma dell'articolo 15 della legge n. 833.

Si tratta di tre temi, a mio giudizio, che cercheremo di affrontare nel nostro incontro-dibattito su politici e tecnici.

Introduco poche riflessioni sulla riforma delle strutture gestionali e direttive delle unità sanitarie locali. Attualmente il presidente della USL è eletto dal comitato di gestione e, quindi, in seconda istanza. Il comitato di gestione è espressione della assemblea generale. Per via di normativa regionale, vengono poi istituiti gli uffici di direzione.

È molto diffusa oggi una situazione anomala di questo tipo (con alcune correzioni recenti introdotte dalla legge finanziaria): le responsabilità dei due coordinatori (ai quali spero si possa aggiungere in futuro, la figura del coordinatore dei servizi sociali) amministrativi e sanitari sono in larga parte disattese nella prassi delle USL in quanto appropriate da componenti di maggioranza del comitato di gestione (e ciò provoca anche un processo di deresponsabilizzazione dei tecnici). Il comitato di gestione, così come si è venuto formando in base all'articolo 15, tende ad essere — nelle sue componenti di maggioranza — una specie di giunta comunale in cui ciascun componente si occupa di un settore, andando a toccare direttamente anche problemi del personale. Di conseguenza, l'autorità che è necessaria per lo svolgimento dell'attività gestionale propria dei due coordinatori viene compromessa.

In conclusione, propongo sinteticamente (anche sulla scorta di quello che ha detto il professor Coppini) di applicare alle USL quel principio che anche la CEE (con apposita direttiva) sta faticosamente cercando di introdurre nelle società per azioni: distinguere il momento della programmazione e del controllo (che potrebbe essere affidato ad un

organismo elettivo della assemblea generale) dall'istanza vera e propria della gestione che potrebbe essere (questa è un'idea che propongo a titolo personale) composta dal presidente della unità sanitaria locale, eventualmente eletto in maniera diretta o attraverso l'assemblea generale dei Comuni, più i coordinatori. Questo sarebbe un modo per distinguere il momento della partecipazione e del controllo (che è un momento essenzialmente politico) dal momento della gestione, per la quale si devono valorizzare molto di più le competenze tecniche anche per responsabilizzarle. Altrimenti, rischiamo di avere una sorta di commistione per cui i politici fanno i tecnici e viceversa e non c'è chiaramente distinzione di responsabilità.

I due obiettivi della integrazione sociale e sanitaria (anche solo in termini organizzativi tra servizi sociali comunali e servizi di base dell'USL) e della partecipazione degli utenti dovrebbero essere avviati nei distretti socio-sanitari, i quali potrebbero appoggiarsi se non proprio identificarsi, con le circoscrizioni laddove queste esistono e funzionano; ciò anche per evitare la moltiplicazione dei luoghi di partecipazione istituzionale.

Ho voluto dunque ricordare tre punti importanti. In primo luogo, la riforma della struttura gestionale e direttiva della USL; in secondo luogo l'esigenza di portare l'articolazione della riforma su tre poli e non solo sull'ospedale, che oggi assorbe circa il 60-70 per cento del Fondo sanitario nazionale con una progressione di spesa relativa che è certamente preoccupante; in terzo luogo l'attivazione della integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari e di forme e canali di partecipazione come controllo popolare: funzione nella quale si può pensare ad una valorizzazione dei consigli circoscrizionali in questo ruolo che riguardi soltanto i servizi sanitari di base, come sono appunto quelli previsti dall'articolo 10 della legge n. 833 del 1978 concernente i distretti socio-sanitari.

PRESIDENTE. Grazie, professor Ardigò, per la chiarezza estrema dell'esposizione e per la sintesi, e soprattutto per aver sottolineato questo dato nel quale credo che molti di noi confidano: la direzione di marcia ver-

so l'integrazione del «sanitario» con il «sociale», che è un punto di arrivo obbligato per evitare che la riforma sia «monca» e non sia degna di questo nome.

Possiamo dare inizio, adesso, alla serie di domande da parte dei senatori.

ROSSI. Desidero associarmi al ringraziamento che il Presidente ha già rivolto alla delegazione del CNEL capeggiata dal suo presidente, dottor Bruno Storti, per il contributo che ha fornito alla nostra indagine conoscitiva sul funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

Le tre introduzioni sono state, a mio parere, molto ricche, e soprattutto molto interessanti. I tre relatori hanno portato qui il parere di una struttura rappresentativa della realtà produttiva del paese, non sono considerazioni personali, quanto posizioni emerse attraverso un dibattito, una sintesi operata all'interno del CNEL, che sappiamo appunto rappresentare la realtà produttiva, sindacale, professionale del paese. Si tratta quindi di un contributo che ha anche un alto valore politico, proprio perchè costituisce un tentativo di rappresentare l'opinione di vaste categorie; cosa che costituisce un fatto di mediazione politica molto importante, che noi sappiamo quanto possa valere nel nostro lavoro.

Vorrei fare due domande, evitando commenti. La prima riguarda il problema del personale: nel corso dell'audizione è emerso (anche per le conoscenze che ognuno di noi ha in proposito, ed io sono uno di quelli che ne ha di meno) che questo è un grosso nodo nell'ambito del funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Il professor Coppini, nella sua introduzione, si riferiva, con termine preciso e anche un po' secco, al modo di conciliare efficienza e garanzie offerte dal contratto e dalla legislazione al personale. Noi abbiamo avvertito essere questo uno dei nodi da sciogliere per migliorare l'efficienza e la produttività del Servizio non solo dal punto di vista dei costi ma anche dal punto di vista della qualità e della migliore funzionalità di esso.

Ho l'impressione che la mancanza di norme o una serie di norme troppo rigide non

abbia consentito fino ad ora la migliore utilizzazione del personale.

La domanda che faccio è questa: abbiamo due problemi ed io intendo riferirmi al più importante di questi che è quello riguardante l'utilizzazione del personale amministrativo. Questo spesso viene assorbito da unità sanitarie locali in capoluoghi di provincia che a volte fanno registrare una certa abbondanza del personale suddetto, in altri casi delle carenze.

Il secondo importante problema è quello relativo alla ristrutturazione. Le questioni di campanilismo che sorgono, le conosciamo; mi pare che a Montevarchi il trasferimento del personale di un reparto dell'ospedale abbia diviso tutti i partiti e che nelle ultime elezioni sia sorta una lista civica. Ciò ci dà l'idea di quanto rilevanti siano i problemi; esistono, infatti, problemi umani di trasferimento del personale, a parte le questioni della qualificazione professionale e del riciclaggio.

La domanda che vorrei fare è la seguente: il CNEL che, per la sua natura, la sua funzione e la sua autonomia in quanto rappresentativo di vari interessi sociali, è interessato in questa materia, può offrire un contributo, ben sapendo che è materia sulla quale il sindacato difficilmente rinuncia al suo ruolo? Mi chiedo cioè se il CNEL possa indicare una normativa in grado di aiutarci a vincere le rigidità e a risolvere i problemi umani riguardanti il personale; ritengo che sarebbe un grande contributo per il nostro lavoro ed anche per quello dell'esecutivo.

La seconda domanda riguarda la questione della legge n. 833. Ho colto con grande interesse, pur non avendo letto a suo tempo le mozioni e poi i pareri espressi dal Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (ma questa è l'occasione per leggerli), quanto è stato detto a proposito del Ministero della sanità e delle Regioni, temi di grande importanza che non abbiamo mai sottovalutato né intendiamo sottovalutare. È stato posto il problema delle USL sia dal professor Coppini che dal professor Ardigò. Si è parlato di riforma istituzionale, ma forse ci sono anche altri aspetti che dovranno essere rivisti e che attengono alla funzione sia del Ministero che

delle Regioni. Mi pare però che il dibattito si sia concentrato, sia a livello politico che di esperti, sulla questione delle unità sanitarie locali.

Abbiamo avuto molte indicazioni interessanti nella prima audizione di questa indagine, da parte di persone che si occupano della materia, sulla ridefinizione della natura giuridica delle USL. Si è detto che sono una specie di ente territoriale, o che quanto meno tendono ad essere un ente territoriale con una propria autonomia politica rispetto all'ente generatore, cioè ai Comuni o al Comune. La tendenza che è emersa — non voglio esprimere pareri personali —, nelle audizioni precedenti ma soprattutto nella prima, è volta a riportare le USL nell'ambito dei Comuni e a dare ad esse una natura giuridica chiara. Se invece l'organismo di controllo dovesse essere elettivo, mi chiedo se ciò non consentirebbe più autonomia. Marceremmo, quindi, in una direzione diversa da quella emersa nelle ipotesi avanzate nella prima audizione. A noi sembra che sia un grosso problema, ragion per cui nelle repliche sono stati evidenziati problemi come la composizione e la funzione dei vari organi, del comitato di gestione e dell'assemblea. Questo sembra essere, a detta di molti, il punto centrale di una revisione di alcuni aspetti istituzionali della legge n. 833. Chiedo se, in aggiunta a tutto quello che è stato detto, ci potrà essere qualche precisazione, una risposta circa una possibile intermediazione tra l'ipotesi di riportare l'unità sanitaria locale sotto il controllo effettivo dell'ente locale, e l'introduzione di un sistema elettivo dell'organismo di controllo. Mi chiedo se si tratta o meno di strade contrastanti tra loro e come sia possibile conciliarle.

MELOTTO. Ringrazio il presidente ed i rappresentanti del CNEL per l'esposizione che hanno fatto. C'è un convegno in preparazione; chiederei pertanto di avere, per quella data, delle risposte più complete anche alle domande che farò. Credo che ci aiuterebbero molto a capire che cosa è avvenuto. Il professor Coppini afferma che questo studio propeudeutico alle «Osservazioni e proposte» risale al luglio 1982; ora, è passato un anno e

mezzo di attività della riforma sanitaria, dal luglio 1982 ad oggi e nel 1982 tante unità sanitarie locali dovevano essere ancora istituite. Intendo riferirmi all'affermazione del professor Coppini secondo cui la riforma ha portato ad un maggiore divario tra i livelli di prestazioni nelle diverse Regioni, chiedendo se tutto ciò continua. Credo che la legge n. 833 sostanzi la sua scelta nel decentramento, non nell'accentramento. Essa ha ideato un sistema, a mio avviso, coerente con l'articolo 117 della Costituzione: si dice chiaramente che la responsabilità è delle Regioni e dell'associazione dei Comuni. Ci sono adesso ogni tanto colpi di coda neocentralistici e soprattutto momenti ispettivi che snaturano la responsabilità. Non si tratta di sovraordinazione, bensì di livelli di governo autonomi, diversi quindi ma nella pienezza delle funzioni, per cui credo che così non si ottenga né l'una né l'altra cosa. Ritengo che, facendo riferimento al principio informatore della riforma secondo cui il Servizio sanitario nazionale è incentrato sul decentramento attraverso la corresponsabilizzazione delle Regioni e dei Comuni, si potrebbe vedere che cosa può nascere concretamente per superare un divario che, invece di assottigliarsi, oggi si è allargato.

Non sono molto d'accordo con il professor Coppini il quale dice che le quote *pro capite* di spesa si sono allontanate fra di loro. A mio avviso esse si sono invece avvicinate, nel riparto tra le Regioni: vi è semmai un allontanamento, e cioè un ulteriore divario, per le singole voci di spesa. Il 22 per cento della spesa farmaceutica in Sicilia contro il 9 per cento a Bolzano rappresenta un ulteriore divario. Ma se noi prendiamo in considerazione le 595.000 lire, media del 1984, rispetto alla generalità delle Regioni, notiamo che si è assottigliata molto la differenza rispetto al 1976, anno di partenza del processo riformatore.

La prima domanda è quella con la quale vorrei capire che cos'è avvenuto — condivido pienamente — nel buio informativo che abbiamo davanti; non avendo noi gli strumenti per poter usufruire di momenti di indagine campione, oltre l'indagine conoscitiva (ma spero invece che il CNEL li abbia), non ci è

consentito di comprendere quanto è accaduto negli ultimi tempi.

Stavo per dire inoltre che abbiamo «tolle-rato» la convenzione con i medici generici. Comunque, stabilizzato un certo *quid* garantito, con relativa tranquillità economica, si sarebbero dovuti inserire nel processo di attuazione della riforma e quindi di territorializzazione della stessa (perché se non riqualifichiamo la prima sentinella che c'è sul territorio non so quale territorializzazione andremo a fare) elementi nuovi che cos'è avvenuto rispetto a questa tranquillità di carattere economico? Anch'io ho esperienze limitate e vorrei capire che cos'è avvenuto, se questo soggetto cioè — il medico generico cioè —, si è inserito nel processo, se partecipa come momento di aggiornamento e di maggiore qualificazione nella prestazione che offre al cittadino: questa scelta, che non è più mutualistica ma di fiducia, sta concretamente avvenendo, o si tratta soltanto di un elenco di iscritti, che ovviamente producono un certo reddito? Come partecipa alla diminuzione della spesa farmaceutica e specialistica? Cioè, qual è l'integrazione, l'ausilio ed il supporto ad ulteriori ricerche? Qual è il rapporto tra medico generico, medico specialista, ospedale e viceversa?

Queste domande servono a capire esattamente se ciò che il paese ha pagato, ritorna comunque, in termini di efficacia ed efficienza almeno, oppure se si è trattato soltanto di una pia affermazione.

Vorrei anche capire di più in merito ad un altro problema: il professor Coppini ha affermato che la legge finanziaria dovrebbe essere il momento di raffronto con le risorse del paese ed eventualmente il provvedimento che deve limitare le prestazioni, se le risorse non coprono tutta la generalità dei possibili ipotetici servizi. Vorrei capire se questo rappresenta una politica più consona a governare la spesa, ovvero se possa esserlo la compartecipazione a determinate prestazioni (*tickets* magari gestiti in modo diverso). Su questa scia va indagato come avvicinare il discorso del terzo pagante. In un sistema decentrato, che però trae origine soltanto da un centro di erogazione della spesa a cui non interessa che cosa accade negli altri livelli, è

tale la distanza che genera solamente lamen-
tazioni e richieste di maggiori risorse e non
corresponsabilità maggiore in quel senso.

Il professor Coppini dice che il personale è
largamente inidoneo alla gestione di un'a-
zienda sanitaria. Abbiamo premesso che po-
co è stato attuato della riforma e molto di
vecchio continua a vigere; chiedo al profes-
sor Coppini perchè anche nell'ospedale, no-
nostante il fatto che questo centro sia lo
stesso di ieri, si accenna a momenti di degra-
do, anzichè a momenti di qualificazione ul-
teriore.

Vorrei poi che il professor Coppa appron-
disse un po' di più il discorso del contratto
unico, perchè anche lì si è trattato di mero
assemblaggio.

Visto che la «compagine occasionale senza
autorità» gestisce almeno 26.000 miliardi dei
34.000, vorrei capire se ha ancora senso che
nel contratto vi sia tutta quella parte regola-
mentare che esautora di fatto e di diritto
l'organo gestionale; perchè anche questo po-
trebbe dimostrare un superamento, sia pure
parziale, del superpagamento in essere.

Pongo l'ultima domanda. Se da questa
ulteriore indagine potessimo avere anche tali
indicazioni, essa ci tornerebbe molto utile.
Vorrei capire come si possa fare per distin-
guere sempre più la responsabilità politica
da quella tecnica. È chiaro che oggi vi è
soltanto commistione; oggi il membro del-
l'organo gestionale fa il tecnico e ci chiede di
essere «distaccato» dal proprio impegno, per
poterlo fare a tempo pieno; d'altro canto ci
si viene a chiedere la managerialità (non so
a che cosa debba servire: se vada sommata
soltanto al gestore oppure se debba assume-
re precise responsabilità); come dovrebbe
essere distinto questo momento per dare
efficienza e responsabilità nelle gestione del-
le scelte per l'attuazione di quello che il
politico ha deciso?

IMBRIACO. Vorrei porre una domanda al
professor Coppini. Immagino che io debba
anche dichiarare che la risposta è già conte-
nuta nella sua esposizione, perchè egli parte
da un assunto: la legge buona bisogna appli-
carla. La mia domanda fa riferimento ad un
aspetto del suo discorso che potrebbe essere

già racchiuso in questa dichiarazione. Tutta-
via, per l'importanza che ha la questione,
credo che valga la pena di soffermarsi. Tra
le altre cose il professor Coppini ha detto che
i livelli ospedalieri, dopo l'avvento del refor-
ma sanitaria, sono decaduti rispetto ai prece-
denti livelli dell'era mutualistica; convengo
con lui su questa affermazione. Credo che
anche altre forze siano d'accordo, tant'è che
da qualche parte è nata o è stata suggerita
l'ipotesi, che si è tradotta anche in qualche
iniziativa legislativa, di scorporare dalla ge-
stione unitaria e globale dell'assistenza sani-
taria il momento ospedaliero. La mia do-
manda è dunque la seguente: crede il profes-
sor Coppini che questa sia una soluzione
giusta, oppure pensa che possa peggiorare il
male? Non ci porta ciò indietro? Non crea
ciò maggiore confusione?

La seconda domanda è rivolta al professor
Ardigò. Anche con lui credo che si possa
convenire che è recuperabile il momento
della programmazione e del controllo a livel-
lo locale, cercando di portare la gestione
propriamente detta nei confini tipici. Perso-
nalmente, non sono d'accordo però con l'ipo-
tesi, che da qualche parte è stata suggerita,
di pervenire alla elezione diretta del presi-
dente della unità sanitaria locale. Probabil-
mente anche questa soluzione potrebbe rive-
larsi un *escamotage* che finisce per complica-
re ulteriormente la situazione. La questione
principale è però quella di evitare lo schiacciamento di questi organismi locali, tutti
presi dal momento gestionale. La domanda
che pongo è pertanto la seguente: è d'accor-
do il professor Ardigò di salvaguardare i
principi fondamentali della riforma? Cioè
secondo lei, professore, l'autorità politica ri-
mane il Comune e l'assemblea nella fattispe-
cie, o l'associazione dei Comuni; ma essa
diventa soltanto il momento politico di pro-
grammazione e di controllo; il comitato di
gestione addirittura scompare. A quel livello
potrebbe essere sufficiente allora il presiden-
te dell'unità sanitaria locale con due coordi-
natori? Vorrei capire se è esattamente questo
che lei intendeva dire e le chiedo comunque
chiarimenti al riguardo. Anch'io sono dell'av-
viso che per rimettere in sesto l'intero mec-
canismo è necessario correggere le distorsio-
ni determinatesi in questi anni.

BOTTI. I relatori ci hanno fornito un importante materiale di discussione.

La prima domanda che vorrei rivolgere loro si ricollega a quanto detto dal senatore Imbriaco. Il professor Coppini ha affermato che solo in qualche caso eccezionale sono stati superati con la riforma i livelli assistenziali del sistema mutualistico ed ha in particolare denunciato un decadimento dei livelli assistenziali negli ospedali. Su quali dati il professor Coppini basa le sue affermazioni, e possono tali dati essere messi a disposizione della Commissione?

Il professor Coppini ha parlato inoltre, a proposito degli organismi locali delle USL, dell'ufficio di direzione affermando che esso non dovrebbe essere collegiale. Come prevede allora il professor Coppini la composizione di questo ufficio di direzione?

Si può essere d'accordo sulla riorganizzazione e ristrutturazione degli ospedali e su una chiara definizione del loro ruolo, che li riporti cioè alla loro funzione fondamentale di centri altamente qualificati e specializzati di diagnosi e cura, ma al tempo stesso aggiungo anche come sede qualificata di didattica postuniversitarie e di ricerca applicata. In quale direzione si intende operare? Quali sono le indicazioni del CNEL per ridurre una rete ospedaliera proliferata in questi anni indiscriminatamente ed irrazionalmente?

Altro problema assai grave è poi quello dei farmaci. Abbiamo in Italia oltre 9.000 specialità medicinali quando l'Organizzazione mondiale della sanità ha stabilito che per operare compiutamente e decorosamente in campo sanitario sono sufficienti non più di 400-500 farmaci. Il professor Coppini è stato al riguardo molto cauto, parlando semplicemente di un razionale ridimensionamento del numero dei farmaci. Quanti farmaci si intendono eliminare dal prontuario farmaceutico? Ricordo una polemica di qualche anno fa quando il professor Garattini, direttore dell'istituto Mario Negri di Milano, propose l'eliminazione di 150-200 farmaci: si scatenò un putiferio. Il professor Coppini ha parlato di una graduale eliminazione dei farmaci di supporto e di una cancellazione dei farmaci vecchi. Occorrerebbe operare in

questa direzione molto rapidamente. Quali sono le proposte del CNEL in merito a questo problema?

Il professor Coppini ha affermato inoltre che il personale medico è largamente inidoneo ad assolvere i compiti cui è deputato, ma non ha parlato del problema delle università, da cui escono questi medici impreparati. È questa senz'altro una questione non facile da risolvere per motivi diversi, una questione che i recenti decreti sullo schema-tipo di convenzione Regioni-università, certamente non aiutano a risolvere, perchè in essi vengono favorite le università e penalizzato il Servizio sanitario nazionale. Quali proposte intende avanzare il CNEL?

Il professor Coppini infine ha accennato alle carenze del nostro sistema informativo. Nel corso dell'indagine conoscitiva, abbiamo spesso sentito lamentare questo «buio informativo». Ma che cosa si sta facendo, quali sono le proposte del CNEL, mi chiedo, pur rendendomi conto dell'importante sforzo organizzativo, e quindi economico per avere un sistema informativo efficiente ad ogni livello.

ALBERTI. Ringrazio innanzitutto gli esperti che ci hanno fornito un quadro molto dettagliato della situazione.

Vorrei in primo luogo conoscere il rapporto che intercorre tra i pareri e le proposte del CNEL e la formazione della legge finanziaria. Si è affermato, cosa che mi ha lasciato perplesso, che il CNEL si era pronunziato contro l'applicazione dei *tickets*, indicando in alternativa due modi per far fronte all'aumento delle spese: l'eliminazione di alcune prestazioni o un aumento delle entrate. Il professor Coppini ci ha inoltre detto che allo stato attuale non è dato sapere quale sia stata l'efficacia dell'applicazione dei *tickets* sulla spesa sanitaria, farmaceutica e diagnostica. Il Governo, invece, durante la discussione della legge finanziaria, ha affermato che vi era un'efficacia sicura e dimostrata, per lo meno sulla spesa farmaceutica, dell'applicazione dei *tickets*. Vorrei avere alcuni chiarimenti circa il rapporto tra CNEL e Governo. Il Governo sente il parere del CNEL prima di avanzare alcune proposte,

oppure ognuno dei due organismi agisce nella completa ignoranza delle proposte avanzate dall'altro?

È impressione ormai generalizzata che in questi ultimi anni gli ospedali siano andati verso il degrado. Abbiamo l'impressione che la crisi degli ospedali sia di carattere storico, piuttosto che essere legata a problemi di carattere contingente o alla situazione della riforma sanitaria, e ciò probabilmente perchè non si è provveduto per tempo a ristrutturare gli ospedali avviando questo processo di qualificazione cui accennava il professor Coppini. Vorrei sapere se, oltre alla proposta di una diversa qualificazione degli ospedali in rapporto alla loro capacità di intervento sia stato elaborato un progetto di ricostruzione interna degli ospedali stessi. Riferendomi in particolare a quanto detto dal professor Ardigò vorrei sapere se è stata elaborata qualche proposta per la dipartimentalizzazione dei servizi sia negli ospedali che nel territorio strettamente collegato con essi. Mi pare che questo sia un dettato della legge n. 833 e quindi vorrei sapere se sono stati fatti studi in proposito da parte del CNEL.

TROTTA. Signor Presidente, vorrei rivolgere al professor Coppini tre domande che partono da tre affermazioni fatte dal nostro esperto.

La prima riguarda il divario di assistenza fra le Regioni, che secondo il professor Coppini è aumentato dopo l'entrata in vigore della riforma sanitaria, ed è un argomento che è stato preso in considerazione anche dal senatore Melotto. Mi è sembrato però di capire, soprattutto dall'intervento di quest'ultimo — ma la mia dichiarazione è lontana da ogni polemica — che tale conseguenza non sia stata valutata a fondo nei suoi aspetti spiacevoli, perchè di questi anche bisogna parlare. Infatti, se è vero — e io sono un convinto decentratore — che la riforma stabilisce che debbono essere le Regioni e le associazioni dei Comuni ad assicurare l'assistenza ai cittadini, è pur vero che non possiamo consentire che nel nostro Stato ci siano cittadini che ricevano un'assistenza differenziata a seconda della fortuna o sfortuna che hanno di nascere o in Campania o

in Sicilia oppure in Veneto. Chiedo quindi al professor Coppini quali aggiustamenti potrebbero essere messi in atto per verificare tutto questo, che è una conseguenza negativa indubbia del decentramento riformatore.

La seconda domanda riguarda i livelli di assistenza ospedaliera, che, a dire dei nostri esperti, si sono deteriorati dopo la riforma; anche in base alle mie conoscenze, devo dire che in effetti vi è stato sicuramente un degrado.

Quindi, oltre ad associarmi a quanto chiesto dal senatore Imbriaco circa l'opportunità o meno di scorporare gli ospedali multizonali e di dare ad essi una gestione autonoma, vorrei chiedere al professor Coppini — il quale, se non vado errato, è stato presidente dell'INAM, e quindi conosce anche molto bene quel periodo dell'assistenza, di cui tanto si parla male, ma di cui forse qualcosa c'è da salvare — se non sia il caso di prendere in considerazione la possibilità di ridare agli ospedali, almeno ai multizonali, posti-letto a pagamento; infatti, da quando negli ospedali pubblici questi non esistono più, soprattutto nel Sud si è verificata una grande proliferazione di cliniche private, si sono moltiplicate le convenzioni e — come giustamente è stato rilevato — gran parte del personale delle unità sanitarie locali lavora a tempo quasi pieno non in ospedale ma nelle cliniche private.

Per quanto riguarda infine la valutazione medico-legale — e vorrei far presente che contemporaneamente nella Commissione lavoro si sta discutendo la riforma della invalidità pensionabile — mi pare che il CNEL abbia in passato espresso un proprio parere su come dovesse essere articolato sul territorio il servizio medico-legale e in particolare su come dovesse essere articolata la valutazione dell'invalidità pensionabile o dall'INPS o dalle USL. Desidererei quindi, sempre che il professor Coppini sia disponibile, sentire dalla sua viva voce qual è stato il parere, sia pure per sommi capi, espresso dal CNEL su questo tema specifico.

CALÌ. Signor Presidente, anch'io ho da rivolgere una domanda al professor Coppini, riprendendo il tema al quale ha già accenna-

to il senatore Botti. Il professor Coppini ha denunciato il basso livello informativo a livello centrale e regionale, e di questo siamo già tutti consapevoli, avendolo rilevato anche in occasione dell'esame del documento del Consiglio sanitario nazionale relativo allo stato sanitario del paese per il 1980.

Non vi è dubbio che ciò dipende dal fatto che — nonostante un articolo della legge n. 833, e precisamente l'articolo 27, relativo appunto agli strumenti informativi, prevedesse l'elaborazione da parte del Ministero della sanità di un libretto sanitario da distribuire a tutti i cittadini, come anche la preparazione di registri di biostatistica dei dati ambientali per gli ambienti di lavoro —, nulla è stato attuato di tutto questo. E ciò si configura, a mio avviso, come una grave inadempienza dello stesso Ministero, perchè la mancanza di strumenti informativi rende praticamente impossibile conoscere la reale situazione sanitaria del paese e quindi vanifica ogni discorso di programmazione.

Vorrei, considerato appunto quanto stabilito nel citato articolo della legge n. 833, rivolgere al professor Coppini la seguente domanda: ritiene che sia corretto che il cittadino custodisca il proprio libretto sanitario, così come disposto dallo stesso articolo 27, o non ritiene piuttosto che i dati dovrebbero essere comunque anche memorizzati a livello regionale affinché possano essere rapidamente consultati da chi ha titolo per accedervi, garantendo, ovviamente, il mantenimento del segreto professionale?

CONDORELLI. Signor Presidente, è stato giustamente sottolineato in questa sede il problema gravissimo della medicina di base, la cosiddetta assistenza medico-generica, che rappresenta uno dei punti più importanti ed anche più carenti nell'attuazione della riforma. Giustamente il professor Ardigò ha sottolineato che il miglioramento della medicina sul territorio rappresenta un punto essenziale.

Vorrei sapere che cosa propone il CNEL a questo riguardo. Esiste infatti, una grande disfunzione di questo servizio che, a mio modo di vedere, è dovuta al rapporto anormale tra il medico che esercita questa medici-

na sul territorio e il numero degli assistiti: è un rapporto eccessivo, impersonale, che impedisce di esercitare una buona medicina e che comporta poi delle conseguenze gravi sulla spesa farmaceutica perchè i medici si trovano spesso nella condizione di non potersi opporre adeguatamente alle richieste dei pazienti (molto spesso motivate da informazioni non esatte che provengono dai giornali, dai *mass media*, dagli stessi farmacisti, da altri pazienti), che chiedono ai medici la prescrizione di vari farmaci; e i medici, per non perdere il loro assistito (il quale poi dà una quota capitaria annua misera, per cui solo con un numero notevole di assistiti si può avere uno stipendio adeguato) cercano di accontentare il paziente che in realtà non è un vero paziente ma solo appunto un «assistito». In questo modo si crea una superprescrizione di farmaci e si verifica il fenomeno grave e diffuso del danno da farmaci. In questa Commissione si è parlato spesso di questo fenomeno. Noi medici sappiamo che tutti i farmaci sono tossici per definizione; direi che andrebbero eliminati i farmaci che non fanno nulla; un farmaco tanto più importante quanto più è tossico. Naturalmente esso deve essere somministrato in particolari condizioni, per un dato periodo e solo se è veramente necessario.

Un altro inconveniente che si verifica quando l'«assistito» diventa «paziente» è quello della tendenza a trasferire il malato subito in ospedale, con notevole aggravio per la spesa ospedaliera. Credo che questo sia un punto essenziale da riformare, per dare più efficienza al sistema e migliorare l'assistenza sanitaria con minore aggravio per la spesa farmaceutica e ospedaliera e per dare la possibilità al medico, con la riduzione del rapporto medico-assistito, di svolgere veramente un'azione di prevenzione e di educazione sanitaria anche per quel che riguarda i pericoli dell'uso incongruo delle medicine. Un medico ha infatti in questo modo la possibilità di avere un colloquio con l'assistito, può convincerlo a non far uso di farmaci che egli pretende ma che possono essere tossici; così facendo si potrebbe anche ovviare all'anormale rapporto subalterno del medico rispetto all'assistito, rapporto che non

solo non è dignitoso ma che è anche dannoso per lo stesso malato e costoso per lo Stato. Vorrei dunque conoscere le proposte concrete del CNEL in questo campo.

La seconda domanda che vorrei porre riguarda il problema della spesa. Ci siamo sempre domandati per quale motivo le classi socio-economiche a reddito più elevato non debbono contribuire, se vogliono, in modo più elevato alla spesa sanitaria attraverso, per esempio, il sistema delle assicurazioni. Lo Stato potrebbe essere sollevato da una spesa che verrebbe erogata direttamente dall'assicurazione. Ho riscontrato che per le assicurazioni sulla vita esiste uno sgravio fiscale mentre per le assicurazioni sulle malattie questo non avviene e mi sembra assai strano. Credo che una certa partecipazione delle assicurazioni alle spese sanitarie, per chi lo volesse fare, sarebbe utile e potrebbe portare ad un risparmio della spesa sanitaria nazionale pubblica. Si potrebbe studiare il modo per incentivare questo sistema onde non gravare sulle casse dello Stato. Vorrei sapere se sono stati presi in considerazione modi per poter intervenire in questo campo che mi sembra di particolare interesse.

MELOTTO. Poichè abbiamo la fortuna della presenza di due autorevoli membri del Consiglio sanitario nazionale, che hanno in più passaggi ricordato il problema del riordinamento del Consiglio stesso, vorrei conoscere quali sono i loro intendimenti e le loro proposte in merito.

COLOMBO SVEVO. Volevo porre qualche domanda su quell'«araba fenice» che si chiama «distretto socio-sanitario». Di fronte alle speranze che suscitava questa organizzazione distrettuale, abbiamo una realtà assai poco positiva. Volevo sapere se, in base alle vostre ricerche, c'è relazione tra il tipo di organizzazione delle USL e dei suoi servizi e la possibilità di applicazione del distretto, e in particolare se c'è relazione tra i modelli organizzativi impostati in senso verticale o dicasteriale e la difficoltà nell'ottenere questa organizzazione distrettuale, ed infine quali sono i suggerimenti di tipo legislativo

o organizzativo o di pianificazione che ci potete dare per far procedere questa distrettualizzazione.

Il secondo gruppo di domande riguarda il problema della integrazione sociale e sanitaria che a mio avviso sta facendo degli spaventosi passi indietro. Penso che sarebbe molto utile un chiarimento e anche il vostro istituto può darci una mano in questo per distinguere i tipi di costi all'interno della spesa sanitaria che possono essere differenti da quelli per la spesa sociale, visto che i servizi sociali in genere non sono gratuiti ma vedono un concorso dell'utente e possono essere integrati dal Fondo sanitario. Questo è un punto fondamentale che va chiarito altrimenti si rischia, non riuscendo a far quadrare i bilanci, di far saltare anche il principio della integrazione del servizio, che è differente dalla integrazione della spesa. Inoltre vorrei sapere se è possibile tracciare una linea di demarcazione dei servizi integrati ed al limite fissare la percentuale dell'integrazione. Abbiamo saputo che esiste una Commissione di cui fa parte anche lei, professor Ardigò, che avrebbe il compito di individuare questa separazione fra il sociale e il sanitario. Sarebbe invece opportuno individuare non la separazione, ma il grado di integrazione, in modo da fornire alcune indicazioni sul problema. In questo senso l'articolo della legge finanziaria in cui si riconosce che col Fondo sanitario nazionale può essere pagata la parte sanitaria dei servizi socio-assistenziali costituisce un'indicazione a parer mio positiva ma che andrebbe sviluppata.

RANALLI. Vorrei porre una domanda che per la verità non è strettamente collegata alle tre relazioni ascoltate ma che fa parte del discorso più generale dell'attuazione del Servizio sanitario nazionale. Vorrei sapere se, attraverso gli studi che avete compiuto e le pronunce emesse, prevedete una possibilità di sviluppo, organizzato in maniera diffusa ed equilibrata su tutto il territorio nazionale, del servizio sanitario pubblico, in modo tale da renderlo autonomo ed indipendente dalle strutture private che oggi, soprattutto in alcune Regioni, sono convenzionate in grande misura col Servizio sanitario nazio-

nale e drenano un flusso di denaro pubblico notevole.

Formulo meglio la domanda: vorrei sapere se, a vostro giudizio, l'attuazione della legge n. 833 attraverso il Piano sanitario nazionale ed i piani sanitari regionali, può prevedere un raccordo da definirsi, tramite i parametri, con le strutture private (che quindi dovrebbero essere considerate coesistenti con le strutture sanitarie pubbliche), o se invece il dettato della legge n. 833 deve svilupparsi sopperendo a tutti i bisogni con strutture pubbliche, fino al punto da escludere il ricorso alle strutture private.

La seconda domanda è una diretta conseguenza della prima. La disciplina sulle incompatibilità, riveduta e corretta dal contratto unico nazionale di sanità, è infatti una disciplina che, allo stato attuale, favorisce la prosecuzione di un «sistema binario» di strutture pubbliche e private, e quindi dequalifica sostanzialmente le strutture sanitarie pubbliche, soprattutto ospedaliere, nel senso che consente di fatto la presenza di professionisti ospedalieri all'interno delle strutture private. Ora, stando così le cose, vorrei sapere se non si ritenga opportuna una revisione radicale delle incompatibilità, per impedire che un dipendente del servizio sanitario pubblico operi all'interno delle strutture sanitarie private.

PRESIDENTE. Vorrei aggiungere una domanda che investe un'area non esplorata da parte dei colleghi, con le loro richieste. Voglio riferirmi, cioè, alle iniziative prese dal CNEL nel 1982 con un convegno internazionale sulla formazione del personale delle strutture sanitarie. Credo che vada sottolineata l'importanza di questo convegno e soprattutto di questo problema, che è uno dei più scottanti in materia sanitaria.

È diffusa la consapevolezza che la formazione «primaria», a livello di scuola infermieristica, di diploma o di corso di laurea, sia solamente una fase dell'apprendimento, e forse nemmeno la più importante, per la futura capacità di agire del personale. Quindi, tutti ci rendiamo conto della necessità che il personale «continui a studiare», ma in pratica vi sono pochi criteri di controllo di

questa attività di apprendimento continuo che viene troppo spesso lasciata alla libera iniziativa dell'individuo. È vero che vi sono i concorsi per le strutture pubbliche che prevedono anche prove culturali (anche se sempre più spesso si va incontro a sanatorie); ma è anche vero che non è attivato ancora un meccanismo come quello previsto dalla legge n. 833 per la «formazione permanente» del personale. Vi è un aggiornamento periodico per alcune categorie (soprattutto per i laureati), che si basa esclusivamente sull'iniziativa privata; anzi bisogna riconoscere che l'aggiornamento volontario è frequente e, entro certi limiti, è anche riconosciuto, dato che le strutture concedono permessi nel corso dell'anno, proprio per permettere la frequenza ai vari corsi.

Credo però che sia giunto il momento di studiare una normativa per la formazione permanente o quanto meno per l'aggiornamento periodico obbligatorio del personale, quindi una normativa legata a sistemi di incentivi e disincentivi di carriera ma anche di qualificazione obbligatoria per accedere a determinati livelli. Sarebbe opportuno che fosse regolamentato obbligatoriamente il passaggio per strutture di acculturamento, come cliniche universitarie, ospedali e servizi territoriali prima di entrare nella convenzione, sistema adottato fra l'altro dal servizio sanitario nazionale inglese. Vi sarebbe così un rodaggio obbligatorio nelle strutture pubbliche, che permetterebbe un «salto di qualità» dell'assistenza anche a livello della successiva attività territoriale. Certo, è difficile agire concretamente in questo senso!

Dato che siamo in una fase di studio, vorrei sapere se il CNEL ha continuato ad occuparsi di questo problema e se i consiglieri qui presenti possono fornirci una opinione a questo proposito, dato che ritengo che l'attività formativa continua programmata sia una delle chiavi di volta per migliorare il Servizio sanitario nazionale.

Vorrei sapere, poi, se il CNEL ha studiato ulteriormente il problema del raccordo della formazione del personale del Servizio sanitario con due altre grandi riforme, su una delle quali propone anche un disegno di legge (quello cioè sugli orientamenti professionali),

mentre sulla seconda, la riforma della scuola secondaria superiore, non conosco iniziative recenti del CNEL. Per quanto riguarda la famosa «canalizzazione» che attiene alla riforma della scuola secondaria superiore, debbo dire che personalmente la vedo come un fatto positivo se effettivamente è in grado di fornire una «precultura» di un certo livello. Non vorrei però che questa precultura fosse un'affrettata digestione di elementi di scienza di base e non fornisse un'introduzione anche all'area umanistica e sociologica, che mi sembra da valorizzare nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Infatti oltre alla matematica, alla chimica, alla biologia, alla zoologia od alla botanica, credo sia necessario fornire approfondimenti anche sugli aspetti umanistici, che temo vadano perduti qualora prevalga la «coerenza» con la canalizzazione biologico-sanitaria obbligatoria per accedere a facoltà universitarie come medicina, farmacia e veterinaria.

Invito quindi ora i rappresentanti del CNEL a rispondere alle domande espresse dai vari senatori.

COPPINI. Onorevole Presidente, credo di essermi troppo esposto nel mio primo intervento. Infatti ho espresso, oltre alle posizioni del CNEL, anche alcune mie personali opinioni, e nel rispondere alle domande preciserò quando sto manifestando il parere del CNEL e quando invece parlo a titolo personale.

Vorrei rispondere anzitutto al senatore Rossi, il quale ha accennato al problema centrale e fondamentale della struttura delle USL e alla questione del mantenimento o meno di un collegamento diretto tra USL e Comuni.

Vorrei precisare che più che un allontanamento dell'unità sanitaria locale dai Comuni si è venuta a determinare una grandissima confusione tra tutti gli organi che interferiscono con le stesse USL dando istruzioni, disposizioni ed indicazioni che poi è difficile attuare in concreto.

Questo aspetto costituisce, quindi, un problema di fondo sul quale bisognerà riflettere. Le opinioni in materia sono diverse, come ripeto, anche all'interno del CNEL stesso;

tuttavia, se si deve incidere sulla struttura delle unità sanitarie locali occorre farlo in maniera coerente, fissando principi chiari e precisi ai quali attenersi.

Il senatore Melotto ha contestato le mie affermazioni in ordine all'aumento del divario tra i livelli assistenziali delle varie Regioni. In proposito, vorrei dire che è vero che nelle assegnazioni per il 1983 e — credo — per il 1984 vi è stato un certo riavvicinamento. Tuttavia, le indicazioni da me fornite si riferivano alle spese effettivamente erogate nel 1982 rispetto al 1981. Tra il 1981 ed il 1982 vi è stato, infatti, un ulteriore accrescimento del divario in termini di spesa. So bene che tali spese non erano, almeno in parte, conformi alle assegnazioni, per cui hanno prodotto un *deficit*. Tali sono, comunque, le indicazioni fornite dai dati in mio possesso.

Il senatore Melotto ha poi avanzato una seconda osservazione, relativa al criterio del decentramento, che costituisce uno dei principi fondamentali della legge n. 833 del 1978 e che condivido pienamente. Tuttavia, il decentramento non comporta l'esistenza di diversi livelli di assistenza, ma significa, invece, che ci si deve adattare alle varie situazioni regionali, mantenendo il più possibile gli stessi livelli. L'uniformità dei livelli sul territorio si ottiene, a mio avviso, in un solo modo: innanzitutto, venendo a conoscenza delle differenze esistenti non solo a livello regionale, ma anche a livello di USL, sulle quali vi è, invece, una assoluta carenza informativa; in secondo luogo, attraverso una opportuna azione di controllo e di indirizzo, volta a stabilire dove e perchè vi siano situazioni di squilibrio e a tentare di colmarle.

È stato inoltre chiesto se siamo in grado, al momento, di fornire indicazioni in ordine alla collaborazione dei medici generici, il cui compenso, tra l'altro, è aumentato tra il 1981 ed il 1982 dell'80 per cento rispetto all'aumento medio del 20 per cento della spesa. Purtroppo, non siamo in condizione di farlo, in quanto ciò dovrebbe costituire oggetto di una indagine specifica che non è stata mai condotta.

È stato poi fatto cenno alla questione della limitazione delle prestazioni. Ricordo, in

proposito, che avevamo in passato formulato l'auspicio che la legge finanziaria limitasse talune prestazioni piuttosto che introdurre nuovi *tickets*, i quali, peraltro, a giudizio del Ministero della sanità (come ho sentito in questa sede sostenere) sono risultati efficaci. Non dispongo di elementi per smentire tale affermazione. Tuttavia, le esperienze pregresse hanno sempre dimostrato che i *tickets* producono un effetto immediato di riduzione della spesa ma che dopo qualche tempo si trova il sistema per eluderli, per cui si viene a creare una serie di problemi che causano l'introduzione di nuovi *tickets*. Del resto, questo non accade soltanto in Italia. Ricordo, infatti, che alcuni colleghi francesi mi hanno esposto in passato il medesimo inconveniente.

Riferendosi al problema del personale, il senatore Melotto ha inoltre osservato che da parte mia ne è stata sostenuta la scarsa idoneità. Ciò non è esatto e ritengo, pertanto, opportuno chiarire che, a mio parere, il personale non è attualmente in grado di fronteggiare le varie situazioni che si presentano nell'ambito delle singole USL in quanto si tratta di personale che per la maggior parte non proviene da ambienti mutualistici, ma da organismi diversi, per cui dovendo superare un necessario periodo di apprendimento si trova in difficoltà. A ciò si deve poi aggiungere che un personale così eterogeneo crea un'infinità di problemi. Se me lo consentite, vorrei rifarmi alla mia diretta esperienza. Quando ho assunto la presidenza dell'INAM, ricordo di aver trovato un personale proveniente da quattro diverse federazioni di Casse mutue. Erano trascorsi dieci anni dalla fusione delle varie Casse mutue ed il personale non era ancora omogeneo.

L'ultimo atto di completamento è stato adottato quando ho assunto tale incarico di presidente, atto che era stato, peraltro, già preparato dai miei predecessori, per cui non intendo certo farmene vanto. Sono quindi occorsi dieci anni per evitare che il personale dell'INAM continuasse a considerarsi appartenente alle vecchie organizzazioni mutualistiche.

Si tratta di crisi che non si superano in breve tempo e che non si superano con le

difficoltà, le incertezze, la mancanza di chiarezza delle disposizioni in materia, in assenza di norme attuative e con i problemi originati dalla questione della mobilità. Se le mie informazioni sono esatte, vi sono USL che hanno dotazioni di gran lunga superiori al necessario ed altre che non riescono ad attuare i completamenti perchè non si possono disporre trasferimenti. Si tratta, perciò, di difficoltà obiettive.

Il senatore Imbriaco ha poi posto un problema importante ed essenziale, che rientra nelle questioni relative al riordino delle strutture al livello decentrato, cioè il problema degli ospedali. La mia opinione in proposito (che ritengo condivisa dagli altri colleghi del CNEL) è che l'errore più grave sarebbe quello di creare amministrazioni ospedaliere autonome, indipendenti dalle USL, in quanto ciò significherebbe riprodurre il ben noto dualismo tra enti mutualistici ed ospedali, che risulta del tutto inconciliabile. Che gli ospedali non debbano essere scorporati dalle USL appare assolutamente incontrovertibile ed è un principio che, a mio giudizio, deve essere mantenuto. Ciò, tuttavia, non significa che nel momento della effettiva funzionalità dell'ospedale vi debba poi essere una serie di adempimenti tali che per cambiare, ad esempio, la dotazione di lenzuola si renda necessaria l'emanazione di decreti delle Regioni, se non addirittura del Ministero. Occorre, pertanto, creare una forma di organizzazione che — nell'ambito del bilancio ed attraverso i necessari controlli — consenta un minimo di autonomia agli ospedali per poter funzionare, facendoli uscire da una situazione di paralisi che, a mio avviso, costituisce uno dei motivi fondamentali del degrado dell'assistenza ospedaliera.

Il senatore Botti ha chiesto da quali fonti io tragga le indicazioni sul degrado dell'assistenza ospedaliera. La già citata relazione predisposta dal CNEL è stata preceduta da un sondaggio di opinioni (contestato, in parte, dal professor Ardigò per il modo in cui erano state formulate le domande) che fornisce una serie di dati, discutibili come possono esserlo tutti i dati di questo genere, ma comunque importanti. Ora alla domanda: «Credete che l'assistenza ospedaliera funzio-

ni meglio o peggio di prima?» è stato generalmente risposto che funziona peggio. Sono, pertanto, questi gli elementi dai quali traggo le mie convinzioni, al di là di quelle che possono poi essere le indicazioni che ognuno riceve attraverso propri contatti diretti.

Per quanto riguarda gli uffici di direzione, la mia opinione personale è che essi abbiano bisogno di un unico direttore. Non ritengo, infatti, possibile affidarne la responsabilità a più persone, in quanto ciò significherebbe non affidarla, in pratica, a nessuno. Pertanto, a mio avviso, il sistema collegiale non funziona e non può funzionare. Tengo, comunque, a ribadire che si tratta di una mia opinione personale.

È stato poi chiesto se siano state adottate iniziative in relazione al riordinamento della rete ospedaliera. Al livello generale della pronuncia del CNEL, ci si è limitati ad indicare che tale riordinamento doveva essere attuato. Non era, infatti, possibile entrare nei dettagli della questione. A mio avviso, un piano di riordinamento della rete ospedaliera dovrebbe fare innanzitutto riferimento alle singole Regioni, ed essere poi il frutto delle conoscenze che via via si acquisiscono.

Ma il problema di fondo è un altro: è la difficoltà di poter mettere in attuazione queste cose.

Inoltre voglio fare un'altra osservazione che avevo dimenticato di fare precedentemente. Esistono difficoltà riguardanti tutto quello che concerne le spese in conto capitale: le spese in conto capitale assegnate dal Piano sanitario nazionale o dalla legge finanziaria sono relativamente ridicole rispetto al problema della riqualificazione degli ospedali perchè rappresentano appena il 3 per cento della spesa totale. Ciò nonostante sembra che le Regioni e le unità sanitarie locali trovino estrema difficoltà a spendere i fondi in quanto gli adempimenti sono così tanti e complessi che si finisce per non far niente.

Esistono quindi difficoltà politiche di modificazione della situazione attuale, e difficoltà amministrative.

Per quanto riguarda il problema delle università e del personale medico, io non vorrei entrare in questo discorso, se me lo consentite, ma se poi insisterete potrò entrare anche

in questo; siccome sono un universitario non vorrei pronunciarmi sui problemi dell'università, altrimenti dovrei fare un discorso troppo generale.

Per quanto riguarda il problema del servizio informativo, il senatore Botti ha chiesto quali proposte abbia fatto il CNEL. Ebbene il CNEL ha fatto proposte per mettere rapidamente su un piano di funzionamento il servizio informativo. Naturalmente, un servizio informativo è una cosa complessa da fare, se fatta a ragion veduta, e gli studi che si stanno compiendo in questo momento ci danno la speranza che entro un anno o due si possano avere effettivamente dei frutti. Ma il dramma che noi stiamo vivendo è che non riusciamo ad avere i dati contabili! È questo il problema! Non si tratta di avere i dati statistici (conoscere, per esempio, il volume delle prestazioni sarebbe il sogno, naturalmente, di tutti gli statistici come me) ma addirittura di avere i dati contabili: sembra veramente una cosa incredibile che non si possa avere, da parte degli organi centrali, per ogni unità sanitaria locale, il bilancio, classificato in dieci voci fondamentali, eppure questa è la realtà.

ROSSANDA. È il Ministero del tesoro che non vi dà i dati.

COPPINI. Bene, allora se è il Ministero del tesoro che li possiede e non li dà, ci si può chiedere perchè non li dia; siccome non c'è niente di segreto in essi, averli ed elaborarli non dovrebbe essere estremamente difficile.

RANALLI. Se mi permettete, basta leggere la stima del fabbisogno di cassa del settore pubblico allargato e chiedere essa al Ministero del tesoro, che è in possesso della grande maggioranza di questi dati.

COPPINI. Io li ho chiesti ripetutamente, anche, per così dire «in via breve», in via di cortesia, ma non sono mai riuscito ad ottenerli: mi riferisco al livello delle unità sanitarie locali perchè a livello delle Regioni si riescono ad avere.

Un'altra cosa che non si conosce sono i criteri secondo i quali le Regioni ripartisco-

no i fondi tra le unità sanitarie locali: non si riesce a sapere come facciano! Anche questo noi lo abbiamo chiesto ma non siamo riusciti a saperlo.

Vengo alle osservazioni del senatore Alberti.

Sulla efficacia dei *tickets* ho detto già che io ho poca fiducia e quindi credo di non dover aggiungere altre risposte.

Per quanto riguarda la riforma degli ospedali, il senatore Alberti ha parlato di questo problema, ed ha accennato alla opportunità di una dipartimentalizzazione nell'ambito della unità sanitaria locale: questa può essere una giusta proposta per uno dei problemi di fondo, cioè quello di come deve essere strutturata l'unità sanitaria locale, per dare soddisfazione anche al problema degli ospedali.

A questo proposito vorrei che fossero tenuti presenti due fatti importanti in questo processo di organizzazione. Il primo è che ci sono unità sanitarie locali che hanno grandissimi ospedali e, in più, ospedali che hanno un bacino di utenza molto più largo di quello dell'unità sanitaria locale stessa. Il secondo fatto, il secondo problema che non si è riusciti ancora a risolvere, è quello del trasferimento di quote relative a utenti che appartengono ad altre unità sanitarie locali e che fruiscono dell'ospedale di una certa unità sanitaria locale: tutto ciò fa saltare completamente il piano di ripartizione dei fondi, in quanto se un ospedale deve ospitare cittadini di un'altra zona evidentemente non può più far fronte al sovraccarico con il proprio bilancio.

Si tratta di problemi difficili, complessi, ma, secondo me, non insolubili.

RANALLI. Non mi sembra ipotizzabile, in ogni USL, un ospedale, soprattutto polispecialistico, di un certo rilievo, e sarà sempre così. Voglio dire che avverrà sempre che la mobilità «inter-USL» rispetto agli ospedali sarà anche interregionale.

COPPINI. Certo, non ho detto che non debba avvenire, anzi deve avvenire per forza, anche perchè ci sono ospedali specializzati ai quali bisogna mandare i degenti. Io ho detto

che quello che non si è riusciti a realizzare è una sorta di «stanza di compensazione» in cui poi le spese vengano attribuite a chi di dovere; se viene a mancare questo, diventa difficile ripartire i fondi tra le unità sanitarie locali.

PRESIDENTE. Il concetto è chiaro e non mi sembra opportuno continuare.

COPPINI. Vengo alle osservazioni del senatore Trotta.

Egli ha parlato, ancora una volta, del divario di assistenza domandando quali mezzi si possano, secondo una opinione personale, metter in atto per ottenere una migliore uniformazione di questi livelli di assistenza. Lo ho già detto: se noi riusciamo ad avere delle indicazioni e delle nozioni sull'effettivo diverso livello di assistenza nelle singole unità sanitarie locali, le Regioni per prime, e poi gli stessi Comuni possono cercare di provvedere, di vedere perchè sia accaduto questo, di rendersene conto: non si possono dare soluzioni generali e, in ogni caso, delle soluzioni ci sono. Nella mancanza assoluta di questa conoscenza c'è poco da fare ed è difficile adottare qualsiasi provvedimento.

Vengo al problema degli ospedali e della eventuale creazione di un reparto di paganti in proprio. Questa è forse una di quelle proposte che non mi sentirei completamente di condividere: gli ospedali ormai hanno trovato un assetto che è indipendente da questo istituto dei paganti in proprio e non vedo quale utilità ci potrebbe essere nel ripristinarlo, anche perchè forse in tal modo si ricreerebbero altri grossi problemi, relativi ai famosi compensi *extra* nei confronti dei medici, che creerebbero ulteriori complicazioni.

Il senatore Calì mi ha indicato ancora una volta il basso livello del servizio informativo, ed ha posto una questione sul problema del libretto sanitario: esprimo una opinione assolutamente personale anche a proposito dei dati riguardanti i singoli individui e l'opportunità che questo libretto sia tenuto dal cittadino o sia informatizzato.

Già la tenuta del libretto da parte del cittadino comporta certi determinati proble-

mi dei quali possiamo facilmente renderci conto: il cittadino, il libretto lo tiene in un cassetto di casa, il che può dare luogo a qualche problema. Inoltre, secondo me, non ci sono problemi che non possano essere risolti per quanto riguarda l'informatizzazione: oggi ci sono certe determinate garanzie, e del resto noi affidiamo allo Stato una infinità di notizie per quanto concerne il fisco (notizie che sono di carattere personale), per cui non vedo quali difficoltà potrebbero creare le notizie che si riferiscono ai problemi della malattia.

Certo, come sempre succede in una organizzazione pubblica, possono avvenire degli abusi e degli inconvenienti, ma sono prezzi che bisogna pure pagare per non finire col non conoscere niente; quindi io, per quanto mi riguarda, sono favorevole.

Il senatore Condorelli ha accennato, tra l'altro, al problema delle cliniche e della possibilità di consentire assicurazioni private. A questo proposito bisogna intendersi: che cosa significa consentire le assicurazioni private? Intanto, evidentemente, ciascun cittadino, per proprio conto, può fare delle polizze di assicurazione privata. A questo punto aggiungo che noi ci siamo preoccupati, in un capitolo speciale di questa relazione, di vedere che cosa era accaduto a livello della assicurazione privata per malattia. Devo dire che — sempre con riferimento al luglio 1982, perchè non ci sono altri dati — non sembra che ci sia stata una esplosione della assicurazione privata per malattia, come si poteva sospettare. Vero è che si sono costituite, al di là delle assicurazioni private vere e proprie, una serie di altre associazioni che danno luogo a forme integrative, ma comunque non sembra che questo, almeno per ora, sia un fenomeno esorbitante.

Nel momento in cui noi facciamo il discorso del cittadino che può rivolgersi al privato, allora dobbiamo esentarlo dal pagamento dei contributi, cioè consentirgli di fare quello che vuole: assicurarsi privatamente (cosa che molti cittadini fanno per non andare a finire nella corsia dell'ospedale e via dicendo) oppure no. Se però noi lo esentiamo, naturalmente rinunciamo al carico delle prestazioni che sono di sua competenza. In tal modo è

chiaro che il bilancio risulta nettamente negativo per il Servizio sanitario, perchè proprio quel tipo di cittadino normalmente paga molto di più. Quindi non mi sembra che questa sia una soluzione.

Quello che si potrebbe fare, probabilmente, sarebbe consentire che, nel caso di forme integrative e nel caso di assicurazioni private, il rimborso che viene dato al Servizio sanitario nazionale non sia fortemente penalizzante, e questo per invitare un certo esodo verso le forme di garanzia privata, di assicurazione privata; attualmente è profondamente penalizzante quello che poi dà l'unità sanitaria locale.

Ma al di là di questo, non mi pare proprio che quella prospettata possa essere una soluzione opportuna.

Credo che il mio collega ed amico, professor Ardigò, potrà rispondere chiaramente alla senatrice Colombo Svevo.

Mi avvio alla conclusione facendo un'ultima considerazione per quanto riguarda il problema sollevato dal senatore Ranalli che ha accennato all'assorbimento delle strutture convenzionate. Può darsi che in prospettiva il Servizio sanitario nazionale riesca ad effettuarlo e a costruire le strutture per assolvere tutti i compiti, ma questo è un problema a lunga scadenza. È comunque inevitabile che le strutture private ci siano: nella seconda parte delle conclusioni di carattere contingente che il CNEL ha fatto e che non ho riassunto perchè erano in parte superate dalla legge finanziaria, ci si riferisce specificamente alle convenzioni private che possono essere utile sussidio fino a quando il Servizio sanitario non sarà attrezzato: ci devono però essere certe garanzie, una serie di attrezzature nei reparti. Se si stabilisce una regolamentazione in questo senso, forse si eviterebbero gli inconvenienti che si sono presentati.

Vorrei, infine, manifestare il mio accordo con l'opinione espressa dal Presidente circa l'opportunità di una qualificazione permanente ed anche di una serie di accertamenti che si devono fare soprattutto relativamente al personale medico. Per quanto riguarda la formazione permanente, vorrei dire che questo è uno degli elementi fondamentali. La mia esperienza di professore universitario mi

ha fatto riscontrare che dal momento in cui si concede la laurea ad una persona nel 90 per cento dei casi la cultura si cristallizza, l'individuo che si è formato con certi schemi non li cambierà più perchè il flusso di cultura non viene rinnovato nel tempo. Sarebbe essenziale fare qualcosa per evitare questi inconvenienti effettuando gli opportuni accertamenti.

Chiedo scusa, signor Presidente, per la lunghezza del mio intervento.

COPPA. Credo di dover rispondere ai quesiti posti dai senatori Melotto e Ranalli. Le questioni sollevate dal senatore Melotto riguardano il personale e il Consiglio sanitario nazionale; credo comunque che nel pomeriggio si potrà su questo ultimo punto ulteriormente intervenire.

Circa la prima questione, devo dire che è chiaro che non si può eliminare il terzo pagante; pertanto, vi è il problema di renderlo il più consapevole possibile degli atti di spesa, avvicinando entrata e spesa. Una compartecipazione in questo senso alle entrate è impossibile fino a quando le entrate saranno di natura contributiva. Che cosa gli si dà? Una frazione di entrata contributiva determinata localmente? È impossibile in radice data la natura del prelievo contributivo. Pertanto il *ticket* è un palliativo rispetto al problema. La stessa imposizione contributiva ha un difetto radicale: cioè, è legata alle oscillazioni dell'occupazione e, pertanto, si determina ormai una tendenza alla riduzione della base impositiva e del gettito complessivo dei contributi, nel momento in cui per lo stesso motivo si allargano le esigenze di erogazione. Il caso tipico è quello relativo al pensionato, al «cassaintegrato»: non pagano più ma hanno bisogno delle prestazioni e seguitano ad averle. Siamo in presenza di un vizio strutturale; credo però che quanto prima si acquisterà consapevolezza della situazione, tanto meglio sarà. Del resto, c'è stato anche l'intervento della Comunità europea in questo senso e ci furono specifici colloqui al CNEL con la partecipazione di funzionari della CEE. Quanto più si accelera questo momento di passaggio da un regime fondamentalmente contributivo ad un regime tri-

butario, tanto più si raggiungono quegli obiettivi, anche complementari ma altrettanto importanti, della pluralità dei centri di introito oltre che dei centri di spesa. Una delle contraddizioni cui accennavo prima riguarda l'applicazione della Costituzione in modo settoriale, contraddizione determinata dal fatto che in sede di riforma della finanza locale si è operato nel senso dell'assoluta centralizzazione, quando contemporaneamente si arrivava ad un decentramento dei centri di spesa. Sono elementi che vanno coordinati e rimeditati per arrivare anche in questa materia ad un sistema più efficace di quello che attualmente possiamo constatare.

Per quanto riguarda il personale, credo che un primo problema sia attinente all'ordinamento delle unità sanitarie locali, al ritardo con cui viene realizzato. I ruoli, gli organici provvisori non son andati in porto sempre e dovunque, e non simultaneamente, ci sono elementi che possono turbare il quadro complessivo perchè alcuni trasferimenti di personale, tipo ENPI, non sono stati effettuati; c'è il problema del precariato che deve essere risolto, come pure ritardi nell'avvio delle attività concorsuali. C'è poi un'ulteriore questione: se venisse introdotto il ruolo medico, verrebbe sconvolto l'ordinamento delle unità sanitarie locali perchè bisognerebbe operare su quattro ruoli. Esprimo un'opinione personale: la legge delega varata dal Governo dell'epoca è tutt'altro che commendevole e penso che abbia creato problemi più di quanto abbia contribuito a risolverne. L'unico elemento di consolazione, lo diceva il professor Coppini, è che anche all'interno dell'INAM, pur trattandosi di mutue di categoria che dovevano essere omogeneizzate, questo processo è durato per dieci anni e, al termine del primo decennio, vi erano ancora problemi di allineamento non risolti. È chiaro che per quanto riguarda la funzione amministrativa, la nostra constatazione è che i provenienti dal sistema mutualistico sono più propensi a fare un discorso di carattere generale che non i responsabili amministrativi delle strutture ospedaliere, più legati ad una politica di «patriottismo di ciminiera» e di allargamento e potenziamento delle prerogative della struttura in cui operano. Pertan-

to, o si accelerano i concorsi, oppure ci si pone di fronte al problema di una riflessione, introducendo correzioni effettivamente incisive del modo con cui prima e durante la riforma sanitaria è avvenuto il trasferimento del personale; tale trasferimento è avvenuto infatti in modo abbastanza sollecito e senza grandi lacerazioni ma si trovano soprattutto difficoltà per realizzare l'inquadramento, che poi sarebbe provvisorio perchè ci sono concorsi e altre questioni che il senatore Melotto conosce benissimo in quanto le ha vissute in prima persona.

Per quanto riguarda gli strumenti contrattuali, la prima questione che va esaminata è quella relativa alla trattativa svolta, che è spuria; cioè, nel contratto della sanità vi sono contenuti che non attengono alla prestazione lavorativa all'interno del settore ma alla funzione pubblica dell'ordinamento del servizio.

E quindi tutte le volte che ci si trova di fronte a rigidità, difficoltà, inconvenienti che nascono da questo tipo di aporia, bisogna riflettere sul significato dell'articolo 47 della legge n. 833 e sul modo improprio con il quale si attua l'organizzazione sanitaria attraverso la dinamica e lo sviluppo della contrattazione, cioè qualcosa di permanente attraverso uno strumento provvisorio ed anche legato a fenomeni congiunturali.

La seconda questione riguarda gli organi negoziali che sono inadeguati alla dimensione del problema che devono trattare, non solo dal punto di vista quantitativo, per il fatto che la spesa sanitaria è in gran parte dei sanitari, ma anche per il fatto qualitativo, perchè una politica, una strategia anche contrattuale non può passare attraverso l'elaborazione di uffici non permanenti e non destinati *ad hoc*. Al Ministro della sanità fa carico oramai la gestione della contrattazione collettiva.

La terza questione alla quale non avevo accennato, ma che credo vada messa in evidenza, è che la struttura della retribuzione, che è stata introdotta attraverso questi contratti, è una struttura di retribuzione polinomiale, nel senso cioè che la giusta esigenza che vi fosse una retribuzione correlata anche alla professionalità e alla qualificazione si è

trasformata poi in un tipo di retribuzione che potremmo definire sostanzialmente a *notula*, cioè legata ai singoli atti professionali e non ad una produttività di reparto, di compartimento, eccetera. Si è ritornati ad alcuni degli elementi più negativi dei contratti del settore pubblico come era ad esempio il contratto delle aziende municipalizzate in cui i titoli di retribuzione erano moltissimi: vi era una cifra fissa e una lunghissima serie di variabili legate alla prestazione individuale e non all'efficacia complessiva del reparto.

PRESIDENTE. Mi scusi se la interrompo, dottor Coppa. C'è la possibilità di avere uno studio circa la strutturazione del contratto?

COPPA. Sì, certamente. Innanzitutto si tratta di un contratto di circa 90 articoli: già questo è un elemento che non depone a favore di esso, perchè quando i contratti hanno tali dimensioni, generalmente si tratta di contratti-regolamento, contratti disciplinari, eccetera. Vi è molto di quanto non dovrebbe esservi e molto poco di quanto invece sarebbe necessario.

Ma d'altra parte è un po' come se si volesse regolare il funzionamento della scuola attraverso il contratto di lavoro dei dipendenti della pubblica istruzione. È questa al limite e paradossalmente la situazione che si è venuta a determinare nel settore sanitario. Peraltro essa è migliorata rispetto a prima, perchè in precedenza vi era una pluralità di situazioni mentre ora tutto è inglobato all'interno di un unico *monstrum*. Il professor Ardigo diceva che su questo punto per tutto ciò che è intervenuto successivamente alla legge n. 833, svolgeremo intanto una indagine-dibattito e successivamente un'attività di carattere seminariale e una serie di riflessioni più precise e puntuali di quanto sia possibile in questo momento.

Infine il contratto, sia pure stabilendo delle incompatibilità, è assolutamente innocuo se non inefficace, rispetto al problema della circolazione tra attività pubbliche e private che possono intrecciarsi legittimamente all'interno di un rapporto complessivo tra l'operatore e l'utente, ma non all'interno di un

rapporto qualificato in relazione alla funzione che si svolge in una struttura pubblica, oppure fuori di essa. È un po' come il tempo pieno nell'università: è necessario sì che le situazioni maturino, ma il lungo permanere di esse genera conseguenze pesanti e negative.

ROSSANDA. Sarebbe già tanto che non si tornasse indietro.

COPPA. Si tratta anche di questo: non fare un passo indietro per farne due in avanti.

A questo punto vorrei introdurre un elemento di riflessione riguardo alla domanda del senatore Ranalli. Intanto concordo con l'osservazione incidentale del presidente Bompiani, cioè che anche per quanto riguarda il regime convenzionale si determina una situazione atipica. Questo regime viene stabilito attraverso atti convenzionali, atti bilaterali: manca il capitolato generale della Pubblica amministrazione, al quale l'interessato, se deve compiere un'opera pubblica, fa atto di sottomissione. Questo non si trova nell'articolo 47 della legge n. 833 perchè esso indica soltanto delle procedure ed alcuni contenuti. È mancata in realtà da parte dell'amministrazione la determinazione della propria volontà che poi si doveva confrontare sul piano contrattuale con quella dell'altro contraente. Certo, nel momento in cui si stipula un contratto la posizione formale è paritaria, ma nel momento in cui si determinano i contenuti, la Pubblica amministrazione ha il dovere di stabilire che cosa ritiene che debba essere realizzato nell'interesse generale, nell'interesse del funzionamento e in quello del raggiungimento degli obiettivi generali del Servizio. Anche qui, da questo punto di vista, si tratta di retaggio del passato: è qualcosa che è stato in via compromissoria organizzato lungo la linea della unificazione. Però questo è un fatto formale e quantitativo: gli aspetti di ordine qualitativo, di contenuto pubblicistico, in questo senso, non sono stati determinati.

Di qui arriviamo al Consiglio sanitario, quale dovrebbe essere il suo ruolo e quale dovrebbe essere quello di un Ministero riformato. Se la riforma del Ministero della sani-

tà non mette al mondo il Ministero della riforma sanitaria, proprio il vertice si trova in una situazione che renderà difficile la gestione e l'elaborazione operativa. Comunque, allo stato delle cose, tre manifestazioni di attività sono legittime all'interno dell'ordinamento sanitario: la prima è quella della medicina privata, perchè è chiaro che ciascuno è libero di rivolgersi al medico privato, e ogni medico privato è libero di esercitare la propria professione; la seconda è quella della medicina convenzionata, che è un po' il retaggio della vecchia medicina mutualistica; la terza è la medicina pubblica, cioè il retaggio della medicina di Stato che è nata con le leggi di unificazione dello Stato italiano. Allora il legislatore fu più organico, perchè un'unica legge portava in allegato il regolamento sanitario, il regolamento sull'ordinamento dei Comuni e delle Province, il regolamento sugli espropri per pubblica utilità, eccetera. Certo le cose erano più semplici allora, però la materia non era meno complessa, perchè si trattava di ricondurre ad unità la differente legislazione dei diversi stati preunitari. Noi ci siamo posti, seppure in linea di ipotesi e su un piano puramente culturale, il problema di un tentativo di approccio alla definizione della natura del Servizio sanitario nazionale. Vi sono altri due servizi che possono essere comparati a questo: quello della giustizia e quello della pubblica istruzione. Ciò che caratterizza questi due sistemi, a differenza del Servizio sanitario nazionale è che, ambedue, in linea di diritto o in linea di fatto, operano in un regime di esclusiva o per lo meno di privativa largamente predominante. Cioè: la scuola pubblica ha un peso dominante, mentre la scuola privata esiste ed è tutelata dalla Costituzione, ma non con altre caratteristiche di prevalenza (non siamo in presenza di un ordinamento di tipo anglosassone); per la giustizia vi è la possibilità del ricorso all'arbitrato volontario, ma non abbiamo una giustizia privata.

Per quanto riguarda la sanità non credo si possa operare in un regime di esclusiva, tuttavia non vi è dubbio che si potrà fare un passo avanti in un regime concorrenziale tra privato e pubblico, con un indirizzo politico

coerente con tali esigenze e con gli obiettivi di lungo periodo. La concorrenza deve avvenire sul terreno dell'efficienza, non su quello della preclusione giuridica o formale.

Sono del parere che il sistema debba molto migliorare il rapporto con l'utente. Troppi problemi sono ancora scaricati sul cittadino; forse questo è un aspetto del deperimento dello Stato moderno. Nel campo della salute, tuttavia, più che in altri campi, è necessario rimuovere ogni tipo di impedimento di carattere amministrativo; oggi invece è più facile operare con una banca che non con uno sportello del Servizio sanitario nazionale. Non siamo in presenza di eventi fatali e ineluttabili; nell'era dell'informatica ci sembra necessario rendere più facile e completo il rapporto tra utente e Servizio sanitario nazionale.

Da questa serie di riflessioni emerge innanzitutto un limite culturale del Ministero della sanità e del Consiglio sanitario nazionale. Il Consiglio sanitario nazionale è diventato infatti per molti aspetti un organo improprio di amministrazione attiva, una sede nella quale il dominio dei problemi finanziari conduce all'incontro-scontro tra il Ministero della sanità, maschera dietro la quale si cela il volto del Ministero del tesoro, e le Regioni, che assumono a loro volta la maschera dell'Assessorato alla sanità e il volto del Ministero del tesoro, nei rapporti con le USL. Questa dialettica dovrebbe essere espunta dal Consiglio sanitario nazionale e trovare spazio nella Conferenza dei presidenti, nel rapporto tra lo Stato e le Regioni, come aspetto del problema più generale del decentramento e della organizzazione delle autonomie locali. Il Consiglio sanitario nazionale ha di conseguenza svolto un ruolo passivo, facendo cose sufficienti per la sua attività e per quella del Ministero, ma ha assolto funzioni che fossero non già indotte da singoli atti dell'amministrazione, ma volte invece all'attività complessiva dell'amministrazione stessa e della sanità.

Ha difettato inoltre, nonostante la presenza delle Regioni, la rappresentanza degli interessi generali. Si potrebbe obiettare che le Regioni rappresentano per definizione interessi generali, ma la nostra società è da

questo punto di vista estremamente complessa, per cui anche la rappresentanza di tali interessi deve avere un proprio specifico canale.

Non c'è stata una politica autonoma del Consiglio sanitario nazionale, come del resto dimostra la convenzione con le Università, affrontata in modo analogo agli altri atti del Consiglio sanitario stesso. Ci si è rifugiati infatti in un comodo rinvio, in attesa della riforma degli studi di medicina. Sono passati tre anni con il risultato che oggi gli studenti delle facoltà di medicina riescono a malapena a frequentare alcune lezioni pratiche nelle corsie degli ospedali, mentre le strutture sanitarie non hanno ricevuto tutto l'appoggio scientifico e culturale che sarebbe dovuto venire loro dall'università. Il Consiglio sanitario nazionale dovrebbe invece procedere, a mio avviso, attività per attività e non atto per atto individuando alcuni filoni fondamentali di supporto e sostegno della riforma.

ARDIGÒ. Vorrei innanzitutto ringraziare la Commissione sanità che si è sempre dimostrata particolarmente attenta alle nostre indicazioni.

Emerge a mio avviso un problema più generale rispetto a quelli delineati nei singoli interventi. Il Senato si prepara ad un ripensamento del testo della riforma sanitaria che fu elaborata nel 1978 come risultato dell'integrazione delle esperienze e inclinazioni nazionali con esperienze straniere. Ora, nell'inverno del 1974 si era verificato lo *shock* petrolifero che aveva radicalmente cambiato la situazione economico-finanziaria del mondo; sembra che di ciò la riforma sanitaria non abbia tenuto conto, mentre ne ha subito le conseguenze. Siamo oggi in presenza di un fenomeno che non ha la portata di quello *shock*, ma che è importante e deve essere tenuto presente nel momento in cui si rielabora una legislazione per il futuro. Una parte crescente delle persone, soprattutto ad un certo livello di istruzione e di disponibilità economica, tende a fare a meno del servizio pubblico oppure lo utilizza in un modo che definirei «manipolatorio». In tutto il mondo occidentale, compresa l'Italia, le carenze del servizio pubblico spingono verso

forme di associazioni di mutuo aiuto, o di volontariato, con o senza oneri per lo Stato. È un movimento di riappropriazione della salute da parte dei cittadini che diventerà una forza nel prossimo futuro e sul quale occorre riflettere attentamente nel momento in cui ci accingiamo a ripensare la struttura sanitaria pubblica.

La polverizzazione e l'estrema eterogeneità demografica degli enti locali del nostro paese non ha precedenti nei paesi avanzati. Il tentativo puramente organizzativo, compiuto con la legge n. 833 del 1978, di ovviare alla mancata riforma degli enti locali con la istituzione delle USL si è rivelato debole. È possibile ora una revisione della legge n. 833 del 1978 senza riforma degli enti locali? L'intervento in questo tipo di realtà, che presenta condizioni di anacronismo, dovrà essere articolato in tre direzioni: quella prevalente dell'intervento pubblico, quella del settore commerciale (in fortissima espansione in tutto il mondo) e quella delle autonomie volontarie del settore dell'autogestione della salute. La crescente diffidenza verso i settori pubblico e commerciale non è certo un segnale positivo per il futuro.

Una revisione della legge n. 833 del 1978 deve poi tener conto di altre difficoltà. Ogni tendenza a riportare equilibrio nella spesa pubblica fra i tre poli, incontrerà forti resistenze. Le categorie sindacali più forti si opporranno a ridurre le quote relative della spesa pubblica destinate agli ospedali. Per quanto riguarda sempre la spesa pubblica, occorre prendere in considerazione l'evoluzione del dato demografico: il futuro del nostro paese vedrà un aumento dei *vieux-vieux*, il cui costo unitario per servizi socio-sanitari pubblici si aggraverà enormemente.

Ecco perchè mi sembra che i problemi sanitari rimarranno carichi di drammaticità; vi è però il fatto che una parte delle responsabilità relative alla sanità saranno prese in causa da strutture nuove che non sono né quelle di tipo commerciale né quelle di tipo pubblico.

Uno dei nostri drammi — e rispondo brevemente agli onorevoli senatori che sono intervenuti — è rappresentato dalle difficoltà che gli enti locali e le Regioni hanno di

corrispondere sollecitamente con innovazioni e controlli sia al peso derivante dall'aumento degli anziani, sia alla crescita delle aspettative e delle pretese dei cittadini, sia alle possibilità collaborative del volontariato. In fondo, esiste anche un problema di maggiore responsabilità morale dei cittadini verso il servizio sanitario che deve essere sollevato.

Tutto questo ci porta a dire come in qualche modo il bisogno di operare nella struttura locale una separazione quale quella che la Comunità europea ha proposto da tempo per Società per azioni, di distinguere il momento della programmazione e del controllo dal momento della gestione reale sia fondamentale. Questo può avvenire per via elettiva diretta, attraverso l'attuale struttura, attraverso l'associazione dei Comuni liberamente costituiti che producono poi un organismo; comunque, sperimentiamo qualcosa in un senso o nell'altro. Voglio peraltro aggiungere che dobbiamo considerare questi anni (1979-1983) come anni di sperimentazione della riforma sanitaria. La riforma agraria — e ne parlo per esperienza diretta — nel 1951 era stata varata con un minimo di sperimentazione preventiva, mentre la riforma sanitaria non ha avuto sperimentazioni previe, se non in qualche Regione, e parzialmente. Nelle visite che abbiamo effettuato per studiare i problemi della sanità pubblica in Europa abbiamo colto uno dei limiti della nostra organizzazione sanitaria. Non esiste, da noi, alcuna struttura formativa unitaria né per gli apici delle carriere amministrative degli ospedali o delle USL, né per gli apici delle carriere di sanità pubblica; né esistono trafilè di carriere nazionali. Ciò fa sì che qualunque funzionario sia alla mercè della struttura politica locale e in tal modo non si crea quel giusto rapporto di autonomia nella collaborazione che ci deve essere tra tecnici e politici. Quando un funzionario sa che la sua carriera nasce e finisce in quella Regione perchè non esistono concorsi né progressioni di carriera nazionali, né come *treasurer* né come direttore sanitario pubblico, è chiaro che non potrà espletare al massimo grado — a meno che non sia un eroe — indipendenza e universalismo nel suo servizio.

Perciò, sollevo l'esigenza di strutture for-

mative specifiche nazionali per le posizioni apicali sia degli amministrativi che dei sanitari, e mi permetterei di aggiungere anche dei coordinatori dei servizi sociali, che dovrebbero entrare, anche se non in una posizione così eminente, nel quadro ristretto degli uffici di gestione coordinati dal presidente della USL.

Vorrei aggiungere una considerazione sulla marginalizzazione del medico di base. Il processo di deterritorializzazione dei servizi socio-sanitari è ormai un dato in evidenza: o ci sono l'ospedale e la SAUB, oppure tutto il resto è veramente una frammentazione individualistica; il medico di base molto spesso non ha che la sua signora come aiutante e non ha molte possibilità di fare piccoli interventi chirurgici.

Non viene praticato, poi, quel principio fondamentale che credo iscritto nello spirito della riforma in base al quale il medico generico, convenzionato con l'USL, ha una responsabilità verso il proprio paziente che per problemi più gravi va in ospedale. Molto spesso oggi, il medico vede tornare il paziente, dopo che questo è passato dalla guardia medica, dal pronto soccorso e dall'ospedale, con un lungo elenco di medicine; non c'è alcuna comunicazione tra l'ospedale e il medico curante e si crea quindi una situazione per cui praticamente molto spesso il medico di base è alla mercè dei dettati che provengono sia dai *massmedia* che dall'ospedale presso il quale il paziente è stato ricoverato. C'è poi l'indotto farmaceutico e diagnostico in eccessiva crescita di spesa. Non è detto, quindi, che chi ha troppi pazienti sia colui che alimenta maggiormente la spesa farmaceutica. Devo dire che da alcune prime indagini svolte in una Regione per studiare questo problema della medicina di base, emerge che i medici con meno di 500 pazienti sono purtroppo talvolta indotti a spingere moltissimo la spesa farmaceutica. Il problema più grave che c'è nella classe dei medici di base è rappresentato dall'estrema, crescente eterogeneità nella condizione di medico di base; infatti, il medico che riesce ad avere la convenzione per pochissimi pazienti, fa di tutto per non essere schiacciato dall'organizzazione.

Anche la dipartimentalizzazione dell'ospedale potrebbe essere una strada giusta, se seguiamo il principio del realismo. Se vogliamo allora liquidare i tre poli (cioè il medico di famiglia — che diventa però polo anche territorialmente significativo, associandosi liberamente nel territorio — il polo poliambulatoriale espanso e l'ospedale), seguiamo il modello francese più moderno: cioè, l'ospedale si attrezza con un ottimo sistema di ambulanze e con presidi mobili sul territorio; così l'ospedale diventa l'unico responsabile del processo scientifico e tecnico e del controllo del territorio. Comunque, nell'attuale situazione, ci troviamo di fronte alla netta separazione fra i tre poli e alla crisi crescente dei due poli non ospedalieri.

A me sembra — e concludo — che per questi motivi sia importante il richiamo che mi sono permesso di fare al distretto socio-sanitario, e sono per questo molto grato alla senatrice Colombo Svevo che, quando era Assessore regionale, ha compiuto uno sforzo assai rilevante in questa direzione, anche se non so con quali risultati.

La logica attuale prevalente nel Servizio sanitario nazionale, che è una logica ospedalizzatrice, tende a liquidare il momento della partecipazione dei medici di base e del personale medico poliambulatoriale e paramedico alla programmazione. Certi medici delle diverse categorie si lamentano perchè non sono invitati a partecipare alla programmazione sanitaria anche in forma consultiva; ma vi è anche il fatto che nessuna struttura di partecipazione popolare è avviata, salvo in alcuni casi.

La costituzione e promozione reale di distretti socio-sanitari, potrebbe essere uno sforzo — tardivo — per contrastare il processo disgregativo del modello della riforma, un processo che potrebbe continuare anche se l'aspetto finanziario dovesse in un futuro — che temo molto lontano — essere risolto.

Vorrei ringraziare infine il presidente Bompiani che, contro il pericolo di una eccessiva specializzazione nella formazione del medico, ha messo in rilievo la esigenza di momenti di formazione socio-umanistica. Sempre di più la malattia ha a che fare non con fattori epidemiologici ma con gli aspetti

degenerativi indotti in gran parte da questa civiltà nella quale le malattie circolatorie, il cancro e gli incidenti automobilistici sono le tre cause maggiori di morte.

STORTI. Sono particolarmente soddisfatto dell'andamento di questa riunione. Ringrazio i senatori e i membri del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro.

In conclusione, vorrei fare due considerazioni di carattere generale: primo, che oltre la crisi petrolifera, come ha detto il professor Ardigò, ce n'è un'altra molto più recente; secondo, che insieme alle crisi e alle loro conseguenze c'è spesso la tendenza a concepire le riforme come poco attuali o poco destinate ad avere un futuro. Posso dire che, pur non ignorando la gravità della crisi petrolifera e di quella finanziaria attuale, questa è una riforma che va portata avanti cercando di renderla non più costosa ma più valida per la collettività.

Un'altra osservazione del tutto personale, in risposta all'unica domanda che mi è stata rivolta e che è già stata abbondantemente trattata dai colleghi, è quella che siamo convinti che qualche cosa faremo, anche se non so con quali risultati. Volevo sottolineare che esprimo grande apprezzamento per lo scambio di opinioni, pareri e considerazioni che spero siano servite alla Commissione del Senato ma che, posso assicurare, saranno utili al Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro.

Voglio ricordare che dei tre consiglieri presenti uno solo è rappresentante di interessi di categoria (che peraltro non ha ostentato), mentre gli altri sono degli esperti. Dico questo perchè quando il CNEL passerà dalla presentazione di rispettabilissime, lo dico senza ironia, opinioni personali ad atti formali, osservazioni e proposte o indagini-dibattito, la voce delle rappresentanze di interessi, che costituiscono la massima componente del CNEL, si farà sentire. Faccio degli esempi: quando è stato messo all'ordine del giorno del CNEL il tema «contratto della sanità ed inquadramento del personale» penso che se invece di questo tema avessimo parlato del contratto dei metalmeccanici saremmo stati uccisi sul posto con la rivendi-

cazione, secondo me assolutamente logica e coerente, della autonomia contrattuale della categoria. Tra le poche fortune o disgrazie vi è per noi quella che non si sa se esista una categoria della sanità e quella, che considero però una disgrazia, che la rappresentatività del CNEL è ancora incompleta. Abbiamo una rappresentanza dei liberi professionisti che, per certe tecniche procedurali di composizione del CNEL, non comprende i medici perchè la rappresentatività dei liberi professionisti è affidata al Ministero di grazia e giustizia che, avendo il compito di certificare e controllare tutti gli ordini professionali ma non quello dei medici, fa una specie di tur-nazione. Mentre sono rappresentate varie categorie, come quelle degli agenti di cambio e dei periti agrari, nel CNEL non sono quindi rappresentati i medici. Nel momento in cui dovremo affrontare il problema del contratto della sanità e dell'inquadramento del personale, mentre da una parte potremo agire più speditamente, visto che i medici non sono rappresentati, dall'altra parte, quando avremo fornito indicazioni e modelli in materia, si solleverà la classe medica e tutte le strutture rappresentative del personale della sanità.

ROSSANDA. Gli ordini dei medici trattano solo problemi deontologici.

STORTI. Infatti hanno sempre trattato le convenzioni! Per meglio dire, anzichè gli ordini è stata la federazione degli ordini, che non si sa per quale motivo esista e che sembra simile alla federazione delle Regioni.

Il CNEL intanto è impegnato a dare delle indicazioni circa il contratto della sanità e l'inquadramento del personale; riporteremo molte delle osservazioni che sono state sollevate in questa sede e cercheremo con tutti gli sforzi di trovare una controparte che abbia carattere di continuità e permanenza, perchè non sarebbe possibile, per esempio, fare un contratto dei metalmeccanici oggi con la Confindustria e domani con un'altra associazione. Inoltre, non voglio usare le parole del collega Coppa, cercheremo di dare indicazioni per fare un contratto con l'inquadramento del personale sapendo che il Servi-

zio sanitario nazionale, come ha detto il collega Coppini, è composto da figli di moltissimi padri, e che ci vorrà del tempo prima di distaccarli da questa nozione paterna. Credo tuttavia che delle indicazioni emergeranno.

Un'altra cosa che vorrei sottolineare è che anche io ho un ricordo storico, e cioè che la prima audizione cui ho partecipato come presidente del CNEL è stata quella della Commissione sanità della Camera che volle che riferissi sul parere espresso sul disegno di legge che ha dato origine alla legge n. 833, presentato dal Governo. L'ultima è invece questa, che riguarda anch'essa la sanità e non so se ne avrò altre. Sono trascorsi sette anni e così come ebbi allora un'impressione positiva, e non perchè era stato consultato il presidente del CNEL ma perchè mi parve che quel confronto fosse proficuo, così oggi mi appare positivo l'incontro che si sta svolgendo. Quel che invece non è positivo è il lunghissimo intervallo intercorso tra queste due riunioni visto che nel frattempo non siamo stati invitati in nessun'altra indagine conoscitiva sulla materia. Facciamo una grande fatica ogni volta che emettiamo un parere per fornirlo in tempi rapidissimi ai due rami del Parlamento e nelle vostre cassette giacciono innumerevoli pezzi di carta più o meno rilegati con i quali abbiamo espresso un parere in un modo che possiamo fare soltanto noi come CNEL. Infatti, nel nostro organismo sono rappresentate varie categorie produttive, ma anche la CGIL, la CISL, la UIL, la Confindustria, la Confagricoltura, la Confcommercio (anche se non è ancora rappresentata l'Intersind, poichè, quando si promulgava la legge di istituzione del CNEL, le imprese pubbliche erano rappresentate dalla Confindustria). Questi pareri, talvolta unanimi, hanno valore perchè vi forniscono, onorevoli parlamentari, l'aspetto fisico delle varie aggregazioni in genere di interessi ma che talvolta rappresentano qualcosa di più, visto che sottendono idee e prospettive sulle riforme necessarie per la vita del paese. Su queste riforme si creano delle aggregazioni ben superiori, ad esempio, di quelle che vediamo crearsi quando si discute

del salario o dell'accordo del 22 gennaio 1983 sulla «scala mobile».

Chiedo scusa per l'ultima osservazione che farò e che forse non è molto in argomento: questo Governo ha presentato un progetto di riforma del CNEL, che ha molte parti interessanti ma che per un verso mi fa tremare, perchè dovremmo costituire un centro informatico, l'archivio dei contratti, ed una banca dei dati.

Ora, se useremo la stessa velocità adoperata dal Ministero della sanità saremo a posto. Credo che cercheremo di operare in tempi brevi in modo da fornire una serie di dati che non solo saranno elaborati con serietà, ma che saranno certificati nella loro esattezza ed obiettività dall'essere stati approvati e discussi da tutte le rappresentanze. La parte più importante di questo progetto di riforma (che da quanto emerso oggi ritengo possa interessare anche i membri del Parlamento) è proprio la realizzazione di un organismo di questo genere, senz'altro migliore di quello varato nel 1957. Speriamo che in questo organismo siano comprese anche la classe medica e la rappresentanza delle imprese pubbliche e non solo di quelle private; speriamo che si siano comprese anche le strutture private che in qualche modo rappresentano le varie categorie produttive. A questo punto il confronto sarà positivo, forse anche più positivo di quello attuale.

Infine voglio chiedere al professor Coppini di investirmi di una richiesta formale al Ministero del tesoro, affinchè il Ministero stesso a norma di legge fornisca quelle informazioni che sul piano ufficioso non ci ha fornito. Vi è un preciso articolo della legge del 1957 istitutiva del CNEL che ci dà diritto di chiedere questi dati e che fa obbligo al Ministero del tesoro di fornirli, e speriamo che il Ministero non sostenga di non averli.

Spero infine che ci potremo avvalere del diritto riconosciutoci di invitare al nostro dibattito anche i Presidenti delle Commissioni parlamentari ed i rappresentanti del Governo, dato che queste iniziative sono molto importanti perchè sono successive al momento di riflessione cui siamo stati costretti dalla legge finanziaria. Spero che il Presi-

dente della Commissione sanità e chiunque altro interessato voglia essere presente al nostro dibattito.

PRESIDENTE. Ringrazio vivamente il presidente Storti per il suo invito. Credo che tutti possiamo manifestare la nostra piena soddisfazione per questo incontro, per l'andamento che ha avuto e per le cose dette. Questa collaborazione fra Parlamento e CNEL, riconosciuta dall'articolo 99 della Costituzione, non è sempre stata attuata con la pienezza opportuna. Lei stesso, presidente Storti, ha richiamato la sua vicenda personale: un primo incontro con il Parlamento sette anni fa, un secondo incontro soltanto oggi. Speriamo che questi grandi e assurdi intervalli non si verifichino più!

È stato oggi acquisito dalla Commissione un breve promemoria, in cui si fa la storia dell'interessamento del CNEL al settore sanitario ed in cui sono contenute le osservazioni più pertinenti sullo stato di attuazione della riforma sanitaria. Dato che vorremmo allegare agli stenografici anche un volume di documenti e memorie riguardanti gli argomenti di questo dibattito, per documentarci meglio ed analizzare quanto è stato esposto oralmente, vorremmo (se possibile prima del

termine della nostra indagine conoscitiva) acquisire anche un dattiloscritto contenente l'evoluzione dei vostri studi in materia sanitaria dopo il 1982, dato che il promemoria termina proprio con il documento del 1982. Vorremmo anche conoscere i programmi dei vostri gruppi di lavoro e le vostre proposte per quanto riguarda il modello di contributi, e quello delle strutture dell'unità sanitaria locale, cui qualcuno di voi ha fatto riferimento.

Credo di poter affermare che oggi si è istituito con voi un canale privilegiato di collaborazione che cercheremo di utilizzare in piena e reciproca soddisfazione. Ringrazio quindi vivamente i rappresentanti del CNEL per il contributo da loro fornito alla nostra indagine.

Dichiaro conclusa l'audizione.

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

I lavori terminano alle ore 13,30.

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