

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO
DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

8^o Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 24 GENNAIO 1984

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE

**Audizione del dottor Raffaele D'Ari,
direttore dell'ufficio attuazione del Servizio sanitario nazionale del Ministero della sanità**

| | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------|--------------------------------|
| PRESIDENTE..... | Pag. 3, 9, 12 e <i>passim</i> | D'ARI..... | Pag. 3, 13, 14 e <i>passim</i> |
| JERVOLINO RUSSO (DC)..... | 10 | | |
| MELOTTO (DC)..... | 11 | | |
| ONGARO BASAGLIA (Sin. Ind.) | 12 | | |
| RANALLI (PCI) | 9, 14, 15 | | |
| ROSSANDA (PCI) | 10, 16 | | |

Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il dottor Raffaele D'Ari, direttore dell'ufficio attuazione del Servizio sanitario nazionale del Ministero della sanità.

I lavori hanno inizio alle ore 16,40.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria: è in programma oggi l'audizione di rappresentanti del Ministero della sanità.

Il nostro programma comprendeva per la seduta di questa sera, cari colleghi, l'audizione del professor Poggiolini, per il servizio farmaceutico, e del dottor D'Ari, responsabile del settore dell'attuazione del Servizio sanitario nazionale; l'audizione del professor Vetere, per la medicina sociale, e del professor Polizzi, per il settore degli ospedali è invece prevista per la seduta antimeridiana di domani.

Purtroppo questa sera, a causa di un'improvvisa convocazione del Ministro, con un telegramma il professor Poggiolini ci fa sapere che non può essere disponibile e chiede un rinvio dell'audizione che riguarda il suo settore, se possibile, alla prossima settimana. Procediamo pertanto all'audizione del dottor D'Ari.

Viene quindi introdotto il dottor Raffaele D'Ari.

Audizione del dottor Raffaele D'Ari, direttore dell'ufficio attuazione del Servizio sanitario nazionale

PRESIDENTE. Do il benvenuto al dottor D'Ari: essendo rimasta la sua l'unica audizione della seduta odierna, avrà la massima disponibilità di tempo e potrà fornirci tutte le informazioni necessarie sui problemi che riguardano il settore al quale è preposto, con particolare riferimento all'obiettivo di questa indagine ed ai contenuti che noi abbiamo proposto per l'indagine, ma anche, naturalmente, proponendo una valutazione sullo

stato di funzionalità del settore sanitario, la qual cosa vorremmo conoscere da chi ne ha esperienza diretta.

Do la parola al dottor D'Ari per una esposizione introduttiva.

D'ARI. Ringrazio lei, signor Presidente, e tutti i componenti della Commissione per aver ritenuto utile il mio contributo all'indagine conoscitiva promossa dal Senato. Non sono uno dei «padri» della riforma, ma certamente sono uno dei pochi che fin dal 1974 ha seguito tutto l'iter, a livello governativo e parlamentare, della legge n. 833, e che, specie nella prima fase, ha partecipato a tutto il processo della sua attuazione.

Ritengo che, come nel 1978 si è peccato di troppo ottimismo (emblematica al riguardo è la tempistica di attuazione della legge), oggi forse si rischia di essere troppo pessimisti. Le difficoltà, sottovalutate nel passato, ora vengono eccessivamente esasperate.

Quanto mai opportuna è, quindi, l'indagine da voi promossa. I temi oggetto dell'indagine sono molti e complessi; il mio contributo sarà limitato ad alcune questioni di carattere generale e ai problemi di competenza dell'Ufficio di cui sono responsabile.

È bene chiarire, infatti, che l'ufficio da me diretto, contrariamente a quanto potrebbe far ritenere la sua denominazione, è solo in parte coinvolto nel processo attuativo della riforma. La legge n. 833, per consentire al Ministero della sanità di far fronte con immediatezza alle nuove esigenze conseguenti alla istituzione del Servizio sanitario nazionale, ha previsto, all'articolo 59 — oltre al segretariato del Consiglio sanitario nazionale —, la creazione di due strutture a livello di direzione generale: l'una preposta alla programmazione sanitaria, l'altra con compiti di studio e di predisposizione dei provvedimenti legislativi ed amministrativi connessi all'istituzione del Servizio sanitario nazionale. In particolare, per quanto concerne l'«ufficio per la attuazione della legge n. 833» — che, poi, di fatto ha assunto la denominazione di ufficio per l'attuazione del Servizio sanitario nazionale» — la previsione trova, nelle intenzioni del legislatore, giustificazione nell'eccezionale numero di provvedimenti

legislativi ed amministrativi che la legge di riforma demandava al Ministero ed ai quali non si poteva far fronte con le strutture istituzionalmente competenti, ossia le direzioni generali e l'ufficio di gabinetto con il dipendente ufficio studi e legislazione.

Di fatto però, non è stata, poi, data pratica e piena attuazione al disposto legislativo ritenendosi che fosse più produttivo demandare, a seconda della competenza, alle singole direzioni generali la predisposizione della maggior parte dei provvedimenti attuativi e, conseguentemente, si è deciso di attribuire all'ufficio per l'attuazione della legge n. 833 anche l'esercizio di taluni compiti operativi che, per la loro novità rispetto alle funzioni tradizionali o per la loro complessità, non era agevole assicurare tramite gli altri uffici a livello di direzione generale senza apportare agli stessi modifiche sostanziali. L'ufficio attuazione si è così progressivamente trasformato da struttura di studio in struttura di gestione delle nuove funzioni; trasformazione che è stata successivamente legittimata con il decreto-legge n. 402 del 1982, convertito con modificazioni dalla legge n. 627 del 1982, che ha attribuito all'Ufficio anche le funzioni concernenti l'assistenza al personale navigante, ai cittadini italiani all'estero e agli stranieri in Italia, nonché quelle concernenti la prevenzione e la sicurezza del lavoro, strutturandolo in otto divisioni. Mi scuso, pertanto, se il mio contributo per le questioni concernenti l'attuazione della riforma sarà necessariamente limitato.

La legge n. 833 — i cui principi e obiettivi non sono in discussione in quanto, oltre che essere sanciti dalla Costituzione, sono patrimonio comune di tutte le forze politiche qui rappresentate — è una legge che ha un difetto di fondo: aver sopravvalutato la effettiva capacità del paese di attuare una riforma così impegnativa; riforma che investe problematiche istituzionali, economiche e sociali e che modifica profondamente equilibri politico-amministrativi consolidati e abitudini sanitarie ormai radicate. Il Servizio sanitario nazionale, secondo la legge n. 833, avrebbe dovuto concretamente attuarsi in tutto il territorio nazionale dal 1° gennaio 1980. Ciò non si è verificato. È bene, comunque, rileva-

re che già in sede di approvazione della legge fu rilevata la incongruità dei tempi previsti per gli adempimenti, legislativi ed amministrativi, di competenza dell'amministrazione centrale e delle Regioni, in ragione sia del numero degli stessi che della loro rilevanza politico-amministrativa.

Peraltro, la generalizzata attuazione della riforma presupponeva un insieme di circostanze — stabilità di Governo a livello centrale e periferico; modelli organizzativi già sperimentati o, quanto meno, elaborati; partecipazione costruttiva degli operatori e degli utenti; *équipes* tecnico-burocratiche idonee e così via — che poi all'atto pratico sono mancate in tutto o in parte, specie in alcune Regioni. I ritardi sia del Governo che delle Regioni sono, quindi, da imputare soprattutto ad obiettive difficoltà non sufficientemente valutate in sede di elaborazione della legge di riforma.

In ogni caso, un dato dal quale non si può prescindere per una corretta valutazione, anche politica, dello stato di attuazione della legge n. 833, è che le riforme in generale e quella sanitaria in particolare non si attuano con la semplice emanazione delle previste disposizioni normative, ma richiedono tempi tecnici proporzionati alle capacità tecnico-operative degli organismi coinvolti nella costruzione del nuovo sistema, nonché la partecipazione e la pratica accettazione, da parte degli operatori e degli utenti, della nuova realtà. Con ciò non intendo sottovalutare o giustificare le accertate carenze, inadempienze e ritardi, del Governo e delle Regioni, nell'attuazione della riforma, né avallare la emergente fatalistica convinzione dell'impossibilità di attuare il nuovo sistema ipotizzato dalla legge n. 833. Io ritengo che la legge n. 833 può e deve essere attuata; sono solo necessari alcuni correttivi che l'esperienza di questi anni suggerisce, non tanto perchè la legge stessa è fatta male, ma forse soprattutto perchè è stata per alcuni aspetti attuata male. Infatti, i larghi margini di autonomia volutamente attribuiti alle Regioni e al Governo da alcune disposizioni o non sono stati utilizzati (vedi per esempio la particolare disciplina per la gestione dei presidi multizionali), o sono stati utilizzati male (vedi per

esempio la disciplina nazionale e regionale sull'ufficio di direzione).

Gli interventi correttivi che, a mio giudizio, sono necessari per assicurare una maggiore governabilità del sistema e una effettiva attuazione della riforma dovrebbero essere limitati. Essi dovrebbero essere diretti soprattutto a meglio definire o chiarire i ruoli e, limitatamente alle USL, anche la struttura degli organi del Servizio sanitario nazionale. La USL è attualmente definita «struttura operativa dei Comuni» (articolo 15 della legge di riforma), ossia «complesso dei presidi degli uffici e dei servizi dei comuni» (articolo 10 della stessa legge). L'esigenza di una più puntuale configurazione della USL sotto i diversi profili (istituzionale, organizzativo, funzionale e finanziario) è da tutti condivisa sia pure con diverse motivazioni.

La predetta esigenza, secondo alcuni, postulerebbe la collocazione della USL in uno dei modelli già codificati, ossia la definizione della USL come azienda comunale o ente funzionale.

Il modello gestionale della USL, desumibile dalla legge n. 833, è nell'essenziale riconducibile a quello previsto per le aziende speciali dal testo unico n. 2578 del 1925. Le aziende speciali, infatti, secondo l'orientamento anche giurisprudenziale dominante, sono organi comunali dotati di particolare capacità giuridica. Non hanno, quindi, come le attuali USL, una propria personalità giuridica distinta da quella del Comune singolo o associato; è riconosciuta alle stesse, come all'USL, autonomia amministrativa e patrimoniale-contabile.

Non ritengo, tuttavia, che sia essenziale definire espressamente l'USL «azienda speciale» in quanto, anche se lo si facesse, l'USL resterebbe sempre una azienda atipica; forse è più opportuno lasciare nella specialità l'azienda speciale USL e limitarsi ad accentuarne in concreto le caratteristiche di azienda. Ciò consentirebbe, oltretutto, maggiore elasticità per eventuali soluzioni differenziate secondo la tipologia delle USL. La soluzione della suesposta questione ha in ogni caso scarsa rilevanza pratica; importante è ridisciplinare gli organi delle USL.

Se si ritenesse di definire espressamente le USL «aziende comunali», la disciplina degli organi non dovrebbe sostanzialmente discostarsi da quella delle aziende stesse, prevenendo: una assemblea generale con compiti di indirizzo e controllo politico-amministrativo generale; un comitato amministrativo, nominato dall'assemblea, con poteri generali di amministrazione; un presidente; un direttore con poteri di direzione e sovrintendenza di tutta l'attività delle USL e con competenza ad adottare la maggior parte degli atti e dei provvedimenti gestionali.

Io personalmente non condivido la proposta di prevedere, almeno in questa fase, la figura del direttore generale dell'USL.

La inversione di tendenza mi sembra troppo drastica; peraltro la astrazione (amministrativa o sanitaria) del direttore potrebbe ripercuotersi negativamente sulla funzionalità dei servizi.

La nuova disciplina degli organi delle USL dovrebbe, a mio avviso, tenere conto delle seguenti esigenze: evitare modifiche che rimettano in discussione — o possano essere interpretate in tal senso — l'impianto della legge n. 833; evitare modifiche che, per la loro portata, richiedano necessariamente tempi lunghi per il loro approfondimento in sede politico-sociale e per la loro approvazione in sede parlamentare; limitare le modifiche a quelle essenziali per assicurare una maggiore governabilità del sistema soprattutto nel breve periodo; non introdurre modifiche sostanziali sugli enti di riferimento e sui controlli tenuto anche conto della prossima auspicabile riforma delle autonomie locali.

Conseguentemente gli organi dell'USL dovrebbero essere ridefiniti come segue: l'assemblea generale (da limitare nel numero dei componenti in rapporto alla popolazione) dovrebbe essere un organo di indirizzo e di controllo politico-amministrativo generale. Essa dovrebbe: nominare i membri del comitato di gestione; nominare il presidente del comitato di gestione; avere il potere di chiedere il riesame, entro termini perentori, dei bilanci; dei conti consuntivi e dei programmi di attività; esprimere parere obbligatorio e vincolante sulle iniziative necessarie per il

ripiamento dei disavanzi; esprimere parere obbligatorio sulla localizzazione dei presidi sanitari. Proporrei quindi di modificare le attuali competenze dell'assemblea generale, in senso riduttivo.

Quanto al comitato di gestione, esso dovrebbe essere l'organo di governo dell'USL, composto da tre a sette membri scelti fra persone fornite di specifica competenza tecnica o amministrativa non appartenenti ai consigli comunali: tre membri dovrebbero essere previsti nelle USL che non gestiscono ospedali o che gestiscono un solo ospedale zonale; cinque o sette nelle altre USL a seconda del numero degli ospedali gestiti. Il comitato dovrebbe poi avere il potere di direttiva nei confronti dell'ufficio di direzione; il potere di approvare i bilanci e i conti consuntivi; il potere di approvare i programmi di attività; il potere di approvare i regolamenti e la pianta organica; il potere di procedere all'annullamento per vizi di legittimità, e alla revoca o riforma per motivi di merito, degli atti o provvedimenti dell'ufficio di direzione; il potere di nominare il coordinatore sanitario e il coordinatore amministrativo.

La modifica più sostanziale nella situazione attuale si dovrebbe tuttavia riferire all'ufficio di direzione, che dovrebbe essere l'effettivo organo di governo delle USL. Esso, composto dal presidente del comitato di gestione, dal coordinatore sanitario e dal coordinatore amministrativo, dovrebbe avere: l'obbligo di predisporre i bilanci, i conti consuntivi, i regolamenti, la pianta organica e i programmi di attività; il potere di compiere tutti gli atti e di adottare tutti i provvedimenti in attuazione dei programmi di attività; la competenza esclusiva in materia di organizzazione del lavoro e dei presidi, dei servizi e degli uffici; il potere di compiere tutti gli atti e di adottare tutti i provvedimenti, non riservati ai dirigenti degli uffici e servizi competenti, relativi alla amministrazione economico-finanziaria e all'amministrazione del personale, del provveditorato, dell'economato e del patrimonio; la competenza esclusiva in materia di personale, compresa la irrogazione delle sanzioni disciplinari, ferme le competenze proprie dei singoli

dirigenti; la competenza alla preposizione ai servizi ed agli uffici dei dirigenti e dei responsabili di livello apicale.

Al presidente del comitato di gestione dovrebbe infine essere conferita la rappresentanza dell'USL e, oltre appunto la presidenza del comitato di gestione, la presidenza dell'ufficio di direzione nonchè la possibilità di adottare, in caso di urgenza, i provvedimenti di competenza dell'ufficio stesso.

Una particolare disciplina dovrebbe poi essere prevista per gli ospedali che svolgono un'attività prevalentemente rivolta agli utenti di più unità sanitarie locali.

Alcune USL, specie nelle grandi città, debbono infatti gestire direttamente strutture ospedaliere che — per la popolazione servita, il numero di posti-letto e le caratteristiche della specializzazione — sono chiamate a soddisfare esigenze che manifestamente superano il ristretto ambito territoriale dell'USL e comportano un impegno finanziario e organizzativo che di norma assorbe quasi per intero le reali potenzialità delle stesse.

Tale possibilità, già prevista dall'articolo 18 della legge n. 833, dovrebbe essere sviluppata per assicurare ai predetti presidi ospedalieri — che sono nella sostanza vere e proprie aziende — una gestione più manageriale e maggior autonomia.

Pertanto gli organi di amministrazione dei presidi ospedalieri maggiori, in genere quelli già classificati provinciali e regionali, dovrebbero essere nuovamente ridefiniti. Dovrebbe essere previsto un comitato amministrativo composto da un membro del comitato di gestione dell'USL dove il presidio è ubicato, nominato dal comitato stesso e con funzioni di presidente, dal direttore sanitario, e dal direttore amministrativo del presidio; tale comitato amministrativo dovrebbe avere il potere di compiere tutti gli atti e di adottare tutti i provvedimenti di competenza dell'ufficio di direzione, il potere di approvare i bilanci ed i conti consuntivi nonchè il potere di approvare ed attuare i programmi di attività.

Il presidente del comitato amministrativo rappresenterebbe l'ospedale davanti al comitato di gestione, all'ufficio di direzione e ai terzi, adotterebbe, in casi di urgenza, i provve-

dimenti di competenza del comitato amministrativo e parteciperebbe, con voto consultivo, ai lavori dell'ufficio di direzione delle USL per le questioni di interesse ospedaliero.

Il finanziamento dovrebbe essere a destinazione vincolata, tramite l'USL in cui è ubicato il presidio; dovrebbero essere previsti bilanci autonomi allegati a quelli dell'USL e i rapporti con le altre USL dovrebbero essere disciplinati con convenzioni.

Il collegamento funzionale e il coordinamento dei presidi ospedalieri in questione con i servizi dell'USL dovrebbero essere assicurati conferendo al comitato di gestione o all'ufficio di direzione dell'USL il potere di direttiva nei confronti del comitato amministrativo ospedaliero nonché il potere di vigilanza, con possibilità di procedere all'annullamento o alla revoca di alcuni atti del comitato amministrativo e di chiedere il riesame dei bilanci e dei conti consuntivi.

Per quanto concerne gli altri organi del Servizio sanitario nazionale sarebbe necessario: per le Regioni, confermare l'orientamento, scaturito dai provvedimenti successivi alla legge di riforma e condiviso sostanzialmente da tutte le forze politiche, di conferire alle Regioni stesse maggiori poteri di intervento e di controllo (sarebbe opportuno peraltro unificare organicamente le disposizioni contenute nei vari decreti-legge e nelle leggi finanziarie); per il Ministero, provvedere al suo riordinamento.

L'esigenza di una trasformazione delle attuali strutture ministeriali privilegiando il momento dell'indirizzo, del coordinamento, della programmazione e del controllo rispetto a quello di gestione è infatti da tutti condivisa.

È noto che si è proceduto, anche attraverso il coinvolgimento di una società di studi straniera, all'approfondimento delle varie soluzioni organizzative, anche alla luce delle esperienze di altri paesi ad ordinamento simile a quello italiano.

È necessario, tuttavia, tener presente che prefigurare nuovi modelli organizzativi, al di fuori del generale riordinamento degli uffici centrali dello Stato, se è ammissibile per amministrazioni che gestiscono funzioni «esclusive» dello Stato — per esempio i Ministeri finanziari —, è poco attuabile per quei

Ministeri che, a seguito delle leggi di decentramento regionale o di riforme, hanno perduto parte delle proprie funzioni operative o che ne hanno acquisite o dovrebbero acquisirne nuove, di altre amministrazioni, ed il cui riordinamento conseguentemente presuppone una generale rideterminazione dei settori d'intervento stessi.

L'assenza di criteri generali in ordine ai modelli organizzativi e alla ripartizione, per settori di attività, delle attribuzioni di questi ultimi Ministeri condiziona fortemente qualsiasi disegno riformatore.

Per quanto concerne il personale del Servizio, sarebbe, inoltre, opportuno un approfondimento dei problemi relativi a quello dipendente e a quello convenzionato.

In particolare per il personale dipendente sarebbe opportuno: rivedere la disciplina dei ruoli e quella concorsuale, demandando alle USL l'assunzione del personale che non appartenga alle qualifiche apicali; rivedere la disciplina delle compatibilità per il personale sanitario; ipotizzare per la dirigenza sanitaria e amministrativa un diverso rapporto di lavoro, anche a tempo determinato, per esaltare la responsabilità e l'impegno. Ciò sarà agevolato da una eventuale opzione per l'USL-azienda. Ma anche se non si riterrà di scegliere il modello dell'azienda sarebbe comunque opportuno, così come avviene in altri paesi, sperimentare almeno nuovi modelli di rapporti. Infatti uno degli aspetti più preoccupanti del Servizio sanitario nazionale è la progressiva burocratizzazione, nel senso deteriore del termine, oltre che della dirigenza amministrativa anche di quella sanitaria e ritengo che gli incentivi economici siano inefficaci per modificare la situazione.

Ulteriori esigenze, sulle quali ritengo di richiamare la vostra attenzione, riguardano l'individuazione, in rapporto alle dimensioni delle USL, delle principali funzioni amministrative, delle relative articolazioni organizzative e delle connesse responsabilità, così come era previsto dal decreto del Presidente della Repubblica n. 128 del 1969 per gli ospedali; individuazione che, per evidenti motivi di ordine tecnico, è attuabile solo attraverso una delega al Governo o un'apposita legge.

Di grande importanza è anche la definizione

ne delle competenze delle USL, dei Comuni, delle Provincie e delle Regioni in materia sanitaria, in quanto la vigente normativa dovrebbe essere riordinata attraverso deleghe al Governo per settori di materie e il rinnovo della delega al Governo, già prevista dall'articolo 62 della legge n. 833, per l'emanazione del testo unico di tutte le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale, ivi compresa la zooprofilassi, e di malattie infettive e diffuse, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie.

Inoltre, sottolineo l'esigenza del rinnovo della delega al Governo, già prevista dall'articolo 24 della legge n. 833, per l'emanazione di un testo unico in materia di sicurezza del lavoro, che riordini la disciplina generale del lavoro e della produzione al fine della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.

Mi soffermerò, infine, brevemente sui compiti non istituzionali attribuiti all'ufficio.

L'ufficio assicura, per quanto concerne l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero e agli stranieri in Italia, le funzioni già svolte dal Ministero del lavoro, che è l'autorità competente per la stipula e l'aggiornamento delle convenzioni internazionali; dall'INAM, organismo di collegamento e istituzione già competente per i rapporti finanziari con le istituzioni estere per le prestazioni di malattia; dall'INAIL, limitatamente alle prestazioni sanitarie conseguenti ad infortuni; dal Ministero dell'interno per gli stranieri in Italia; dal Ministero dei trasporti, con i centri pronto soccorso aeroportuali; dall'ENPAS e dagli altri enti mutualistici soppressi, relativamente all'assistenza diretta ed indiretta ai lavoratori nei paesi con i quali non vigono convenzioni internazionali.

L'ufficio deve, altresì, assicurare direttamente l'assistenza a circa 20.000 naviganti (marittimi e personale dell'aviazione civile), gestendo — tramite i tre uffici di porto di Genova, Napoli e Trieste — 28 poliambulatori, 460 medici e tutte le restanti strutture e personale convenzionato.

Ciò ha comportato la creazione di un'articolata struttura in grado di svolgere complessi compiti gestionali (trattazione di mi-

gliaia di documenti contabili, rimborsi e recupero di spese sanitarie per miliardi di lire, eccetera).

Sono state definite, anche attraverso una complessa e delicata trattativa a livello CEE, tutte le partite debitorie e creditorie dell'INAM per l'assistenza erogata in base ai Regolamenti comunitari dal 1974 al 1979, con un saldo passivo per l'Italia di oltre 100 miliardi.

Sono in corso di liquidazione migliaia di pratiche (1.700 arretrate ex ENPAS, INPGI eccetera) e 7.000 successive al 1° gennaio 1981) di rimborso di spese sostenute all'estero dai dipendenti pubblici e privati.

In materia è essenziale, poi, un intervento legislativo nazionale per uniformare le vigenti leggi regionali sull'assistenza straordinaria all'estero. Dette leggi, di cui è dubbia peraltro la legittimità dopo l'emanazione del decreto del Presidente della Repubblica n. 618 del 1980, assicurano infatti trattamenti altamente differenziati da Regione a Regione, con un costo globale, per il 1982, di circa 50 miliardi.

Per quanto concerne infine la prevenzione e la sicurezza del lavoro, oltre ai problemi già rappresentati dal dottor Moccaldi, direttore dell'ISPESL, ritengo di dover richiamare la vostra attenzione sull'urgente esigenza del riordinamento degli uffici e dei servizi a livello centrale preposti all'esercizio delle funzioni riservate allo Stato, unificando in una sola amministrazione le funzioni attualmente esercitate da più Ministeri (sanità, lavoro, trasporti, industria, eccetera).

Mi sia consentita, per finire, un'ulteriore considerazione di carattere generale.

Per esprimere un giudizio obiettivo sulla legge di riforma e sulla sua pratica attuazione, è necessario tenere presente l'attuale stato di degrado di tutta la Pubblica amministrazione a livello centrale e periferico.

È quindi erroneo ritenere che le disfunzioni e le inefficienze del settore sanitario possano essere tutte eliminate con modifiche o correttivi della legge; sarebbero invece necessari interventi di carattere più generale che modifichino l'attuale rapporto fra diritti e doveri sia degli operatori sia degli stessi utenti.

PRESIDENTE. Grazie, dottor D'Ari, per questa ampia e panoramica relazione. Lei si è trovato in una posizione particolare di «osservatore privilegiato» nella vicenda dell'attuazione del Servizio sanitario nazionale; la sua è stata una relazione precisa, ma le chiediamo di usufruire anche della possibilità di redigere un testo scritto, che lei potrà consegnare (insieme ad altri documenti se vorrà) alla Commissione e che potrà essere utile per il nostro futuro lavoro.

Invito quindi i commissari a rivolgere le loro domande al dottor D'Ari.

RANALLI. Ho ascoltato il dottor D'Ari e ho capito che egli ha una notevole chiarezza nel determinare le ipotesi di correzione e di cambiamento, che, a suo giudizio, bisogna introdurre per rimettere in sesto la riforma sanitaria, per disincagliarla e quindi per andare avanti.

Mi domando, Presidente, con molta sincerità, se noi da questo Ministero, quindi da queste direzioni generali, compresa quella per l'attuazione della riforma sanitaria (unica novità insieme alla realizzata direzione generale per la programmazione sanitaria nazionale), abbiamo avuto eguale chiarezza e fermezza nell'attuazione della legge n.833 e la promozione di quegli atti di indirizzo e di coordinamento che sono propri — in base agli articoli 4 e 5 della legge n.833 —, di un Ministero riformato; questa fermezza purtroppo non c'è stata, come riconosce anche il dottor D'Ari.

Dico queste cose, signor Presidente, non per innescare una polemica con il nostro interlocutore (che anzi ringraziamo per essere venuto qui a manifestarci le sue opinioni), quanto piuttosto per esprimere la preoccupazione che si vadano solidificando tesi risolutive — siamo a livello di Ministero, quindi ai più alti livelli — della legge n. 833. Infatti noi più modestamente, come rappresentanti del popolo, riteniamo di essere in uno stadio nel quale c'è ancora bisogno di capire, di comprendere, di afferrare se occorre arrivare a delle correzioni.

Ciò detto, vorrei rivolgere alcune domande al dottor D'Ari. Lei, dottore, sostiene che bisogna ridisciplinare gli organi delle unità

sanitarie locali e fa delle proposte. Mi chiedo sulla base di quali analisi e risultanze, che sicuramente deve avere, lei giunge alla conclusione che la ridisciplina degli organi deve essere fatta in un certo modo; badi bene che sono in tanti a ritenere che uno dei punti da focalizzare bene, da studiare attentamente, sia questo. Lei, tuttavia, dà alla soluzione un taglio che, ad esempio, non condivido, ma questo vorrebbe dir poco. Vorrei capire tuttavia sulla base di quali e quante analisi, incontri con gli Assessori regionali alla sanità, rendiconti, relazioni annuali, lei è arrivato a tale conclusione. Questa è la prima domanda.

La seconda domanda è attinente alla sua direzione generale. Mi domando come mai, nonostante fosse semplice, son venuti meno alcuni atti di indirizzo e di coordinamento. Desidererei una risposta chiara: c'è un'obiezione, una preclusione di carattere politico? La direzione generale aveva pensato a questo, ma qualcuno ha ritenuto che invece non si dovesse andare avanti? Mancano infatti atti di indirizzo decisamente pertinenti allo stato di attuazione della riforma sanitaria nel suo complesso. In una precedente audizione, abbiamo sentito il direttore dell'Istituto superiore di sanità, professor Pocchiari, il quale ci ha detto che si è aperto un capitolo nuovo del rapporto tra il suddetto Istituto e le Regioni; doveva però intervenire un atto di indirizzo del Governo e questo atto non c'è stato: quel che si è fatto lo si è fatto perchè è stata raggiunta qualche intesa tra l'Istituto e le Regioni (le Regioni che hanno maggiore iniziativa sotto questo aspetto), ma non vi è stato un impegno promozionale di alto livello della principale autorità politica.

Quando si parla di riforma sanitaria si parla anche del Ministero della sanità, di come agisce ed è organizzato. Cosa fa in modo che questi atti non si producano? Mi può anche rispondere, se vuole, che c'è una superiore autorità politica e che praticamente si viene messi nella condizione di non potere, anche se si vuole, andare avanti. Ce lo faccia capire però un pochino meglio, se è così. L'episodio cui mi riferisco riguarda l'Istituto superiore di sanità, la cui legge di riforma è del 1974, e risale cioè a quando

evidentemente eravamo ancora in una fase di formazione della legge n.833. Forse i colleghi ricordano che qualche mese fa, in occasione della discussione sullo stato di previsione del Ministero della sanità (tabella 19) per l'anno finanziario 1984, sollevai molte questioni e uno dei punti da me indicati era proprio questo: la ragione per cui non si vuole arrivare all'attuazione della riforma del Ministero; in quell'occasione, feci anche riferimento all'esistenza della direzione cui lei, dottor D'Ari, è preposto.

La terza questione che intendo sollevare è la seguente: siamo convinti che la riforma presupponeva un contesto di decentramento molto più generale, che non vi è stato. Mi chiedo però se qualche volta questo argomento, collegato a quello del degrado in generale della Pubblica amministrazione, non finisca per essere un alibi rispetto a disposizioni che la legge n.833 autorevolmente indicava, che si potevano attuare ma che sono state disattese. Sia ben chiaro che sono cosciente della necessità della riforma del sistema delle autonomie locali, sono d'accordo sul fatto che bisogna promuovere un diverso rapporto della Pubblica amministrazione con gli utenti. Mi rivolgo tuttavia a lei che è uno degli esperti a più alto livello: le chiedo se per caso questo non stia per diventare un alibi per liberarsi da certe incombenze che non si affrontano e che contribuiscono ad un'accelerazione di quel degrado che lei lamenta e che lamentiamo e lamentano tutti, soprattutto i cittadini.

ROSSANDA. Contavo molto, dottor D'Ari, sulla sua relazione in quanto direttore dell'ufficio per l'attuazione della riforma sanitaria. È noto che noi parlamentari siamo in grande difficoltà in rapporto alla scarsa informazione che abbiamo relativamente al complesso della materia riguardante l'attuazione della riforma nel paese. Ho sentito con interesse le sue opinioni in merito alle questioni discusse anche con altri esperti giuridici ma le vorrei chiedere di fare un ulteriore sforzo inviandoci anche una memoria scritta, se non può rispondere in questa sede, per informarci sulla sua esperienza in rapporto all'attuazione della riforma, facendoci

conoscere dati che ritengo il suo ufficio debba possedere, sulla distribuzione del personale nelle unità sanitarie locali, sulla materia che è stata disciplinata normativamente nei diversi settori: mi riferisco, ad esempio, alla necessità, che sentiamo tutti, di conoscere esattamente, suddiviso per settori, il corpo organico di leggi, decreti del Presidente della Repubblica, decreti ministeriali e circolari (poichè, soprattutto con riferimento a queste ultime, non siamo sempre in condizione di venirne in possesso), relativo ai diversi aspetti del problema istituzionale, di quello dei controlli, di quello della gestione del personale, eccetera. Credo che il Ministero debba esserne in possesso, penso che sia compito del suo ufficio operare questa raccolta, e se si tratta di un altro ufficio potrà dirmi quale esso sia. Mi risulta infatti che la Corte dei conti abbia bocciato la proposta di un'indagine diretta allo stesso scopo, in quanto il Ministero della sanità stava preparando tale materiale e questo rientrava nei suoi compiti. Ritengo che si tratti di informazioni preziose.

Vi sono poi da tener presenti i dati più disaggregati sulla situazione del personale, sui trasferimenti dei contingenti degli enti disciolti, per esempio in rapporto alla legge sul precariato che dovremo esaminare. A chi dobbiamo chiedere queste informazioni? Se il Ministero non è in grado di attrezzarsi per fornirci questi chiarimenti, a chi dobbiamo rivolgerci per ottenerli? Mi perdoni la crudeltà di questa domanda ma penso che così si possa risparmiare tempo.

Vorrei fare infine un'osservazione sugli aspetti gestionali, ad esempio sui naviganti: lei sa che la nostra parte politica era piuttosto contraria al consolidamento di questi poteri gestionali nel Ministero della sanità. Non so se ho capito bene le cifre: per 20.000 soggetti sono stati istituiti 28 poliambulatori? Se è così, ho l'impressione che laddove si concentra una gestione a livello ministeriale, essa finisce per diventare un soggetto privilegiato, al di là dell'uguaglianza dei diritti alle prestazioni medico-sanitarie.

JERVOLINO RUSSO. Dopo aver ringraziato il direttore generale per le notizie fornite

alla Commissione, vorrei proporgli tre quesiti.

La sua relazione mi parsa giustamente preoccupata dei servizi sanitari di base; tale preoccupazione è doverosa ed esprime la volontà di dare risposte effettive ai bisogni della popolazione. Mi lascia perplessa però la sottolineatura dell'aspetto aziendalistico dell'unità sanitaria locale; mi sembra infatti che nelle proposte di politiche istituzionali vi sia una negazione della filosofia della legge n. 833, ispirata soprattutto al principio della partecipazione. Questa legge infatti rappresenta in un certo senso la codificazione della logica politica del governo del territorio da parte della popolazione e può darsi che per il conseguimento di questo obiettivo occorra rimettere a punto gli strumenti istituzionali individuati nella legge stessa. Se nella logica di rispetto dei diritti del cittadino, ci si può opporre all'assemblearismo e consentire all'efficienza, si deve tuttavia essere attentissimi a non cancellare completamente l'aspetto partecipativo che ha un significato di scelta politica, quindi meta-sanitaria. Sono da questo punto di vista abbastanza perplessa, non solo rispetto alla riduzione in termini quantitativi dell'assemblea generale e del comitato di gestione, ma anche rispetto alla riduzione di competenze di questi due organi. L'assemblea diventerebbe infatti — se ho capito bene, e di questo chiedo conferma — un organo di indirizzo politico ed economico a un livello però molto generale; il comitato di gestione, con una composizione da tre a sette membri che non possono essere consiglieri comunali, diventerebbe l'organo di governo effettivo. Infine anche l'ufficio di direzione dovrebbe essere organo di governo effettivo. Mi sembra quindi che in questo modo si passi da un tipo di logica partecipativa ad uno schema di direzione collegiale nella quale di partecipativo resta ben poco.

Lei, dottor D'Ari, si è posto poi un problema che a mio avviso è di estrema importanza e gravità: quello delle USL chiamate a gestire presidi ospedalieri di dimensioni e complessità tali da assorbire, molto spesso, la quasi totalità dell'attività delle USL stesse. Anche in questo caso sarebbe necessario operare una scelta chiara degli obiettivi da

perseguire. La logica dello scorporo può essere discutibile — personalmente avrei dei dubbi al riguardo — ma, quando si parla di maggiore autonomia e al tempo stesso di finanziamento vincolato e di bilancio autonomo, si ha l'impressione che si intenda parlare di scorporo senza nominarlo.

Lei ha inoltre avanzato l'ipotesi di assunzione, anche *part-time*, di personale dirigente sanitario ed amministrativo delle USL per esaltarne la professionalità, sottolineando che gli incentivi economici non sarebbero idonei a motivare questo personale. A mio avviso — ed è implicita la mia propensione negativa rispetto a questa ipotesi — ridurre l'impegno di un dirigente sanitario o di un dirigente amministrativo in un servizio delicato come l'USL a qualcosa che non lo assorbe completamente rischia di dequalificare la professionalità. Credo che la soluzione pertanto vada ricercata in senso inverso a questa indicazione.

MELOTTO. Ringrazio vivamente il dottor D'Ari per la sua relazione, che contribuisce all'esame critico della questione periferica della sanità ma, come il senatore Ranalli, vorrei anche io capire che cosa c'è nel «Palazzo».

Si è parlato nelle passate audizioni, di buio informativo. Quali informazioni riesce ad acquisire il Ministero, oltre alla lettura dei giornali, da quali fonti acquisisce notizie dettagliate sulle realtà periferiche, ed infine come sono elaborate le informazioni?

Sono pienamente d'accordo con il dottor D'Ari nel dire che non si può verificare l'attuazione della riforma sanitaria senza correlarla al degrado della Pubblica amministrazione. Sono stato attento lettore della relazione sul riordino del Ministero. Che cosa se ne è fatto?

I tre momenti per l'attuazione della riforma a livello centrale erano: la divisione diretta dal dottor D'Ari; il Consiglio sanitario nazionale diretto dal dottor d'Alba; la direzione della programmazione diretta dal dottor Paderni. Queste tre direzioni, articolatesi per l'attuazione della riforma, sono ancora in un'ottica autorizzativa o piuttosto rappresentano il momento propulsivo della riforma

stessa? Se però queste direzioni fossero fagocitate dall'insieme del Ministero, quest'ultimo risulterebbe completamente estraneo alla riforma.

Dico questo perchè l'aver ancora una direzione degli ospedali, e molte altre strutture preesistenti, oggi non è di alcuna utilità, dal momento che la maggior parte delle competenze dovrebbe essere stata passata alle Regioni ed anzi il dottor D'Ari afferma che dovrebbe essere data maggiore pregnanza alle competenze regionali, se si vuole che le USL crescano in modo uniforme ed omogeneo.

Vorrei però riuscire a capire perchè ciò è avvenuto, con Ministri diversi e di diverso orientamento politico. Si è trattato di una autodimissione o di una volontà precisa, in attesa che qualcuno venisse a salvare e ad attuare la riforma? Vorrei capire se ha ancora senso oggi un Ministero di questo tipo nei confronti della riforma. La mia domanda può sembrare provocatoria, ma sono convinto di quello che dico. Per me non ha senso aver rinunciato ad una propria competenza, anche se ogni tanto emerge qualche «colpo di coda» centralistico (tramite telegrammi o circolari), perchè era ed è un preciso dovere quello di indirizzo e coordinamento, se si voleva e si vuole concorrere ad attestare questo processo riformatore.

Non mi soffermo sugli aggiustamenti della riforma che in parte condivido e in parte non condivido. Il dibattito in proposito sarà svolto al momento opportuno ed ognuno si pronuncerà in quella sede. Quello che vorrei capire è la funzione del Ministero rispetto all'attuazione della riforma, dal momento che non si sono realizzati nè il sistema informativo, nè l'omogeneità di comportamento nei «visti» alle leggi regionali, nè l'uniformità di interpretazione, man mano che le cose andavano evolvendosi, sebbene tutto ciò rientrasse nei presupposti della riforma. Chiedo ancora se è dipeso da autodimissione ministeriale o dal fatto che, ormai, la macchina è di difficile gestione e l'esistente è intoccabile, salvo qualche aggiustamento che non serve, però, a sostituire la macchina vecchia come sarebbe stato necessario per poter gestire la riforma in modo nuovo e diverso.

ONGARO BASAGLIA. Vorrei chiedere al dottor D'Ari se l'ufficio di attuazione del Servizio sanitario nazionale dispone di dati aggiornati sull'attuazione della legge n. 180 del 1978 riguardante il settore psichiatrico, i cui contenuti sono stati successivamente recepiti dalla legge n. 833. Esistono infatti proposte di modifica degli articoli della riforma relativi a questo settore, di cui dovremmo altrimenti discutere in assenza di una conoscenza globale e aggiornata della situazione.

PRESIDENTE. Se non vi sono altre domande, possiamo passare ad ascoltare le risposte, non prima, però, di aver notato che il dottor D'Ari è stato un osservatore attento nel corso di questi anni e, con noi, è stato un onesto espositore del proprio convincimento circa la riforma, le cose da fare e le opportunità che si presentano per il miglioramento del Servizio, fornendo anche una sua «ricetta». È stato anche onesto nel dire che, in fin dei conti e sin dal primo momento, è stato espropriato nel suo ufficio da molte competenze. È questo un punto che dobbiamo mettere a fuoco, così come dobbiamo anche comprendere i motivi che hanno provocato questo stato di cose e che, comunque, non sono ascrivibili all'attuale amministrazione della sanità e riguardano, caso mai, il passato. Intendo anche domandare al dottor D'Ari se vi è «chiarezza formale» nei compiti attribuiti al suo ufficio e se vi è chiarezza nell'esigenza di coordinamento con gli altri uffici «stabili», almeno fino a questo momento, del Ministero della sanità. È chiaro, infatti, che sulla griglia verticale delle direzioni del Ministero della sanità si è andata ad inserire una griglia orizzontale, sia pure iniziale, chiamata «Programmazione», chiamata «ufficio per l'attuazione della riforma», e ciò, evidentemente, può comportare problemi di incastro.

Nel corso di questa settimana, come da programma, ascolteremo i direttori generali del Ministero, proprio per chiarire a fondo un problema fondamentale qual è quello della riforma del Ministero della sanità. Insistiamo su questo aspetto ed invitiamo tutti alla onesta esposizione dei diversi punti di vista, così come ha già fatto il dottor D'Ari,

non solo per quello che riguarda la funzionalità del Servizio sanitario nazionale, ma per ciò che possa farci comprendere quali siano i provvedimenti (e il modello) da adottare nella riforma del Ministero della sanità. Lo stesso dottor D'Ari, che invito a rispondere alle domande, potrebbe darci più specifiche informazioni sul suo pensiero riguardo alla riforma del Ministero della sanità.

D'ARI. Inizierò a rispondere dalla sua ultima osservazione, Presidente, la quale abbraccia, in sostanza, quelle fatte da altri componenti della Commissione. Ho tenuto a chiarire, nella prima parte del mio intervento, che l'ufficio sorto per l'attuazione della legge di riforma e voluto dal legislatore proprio per questo scopo, in definitiva ha sostanzialmente tradito il suo scopo, perchè le esigenze immediate hanno portato a delegare alle direzioni generali i singoli problemi nelle materie di competenza delle direzioni stesse. Tutto questo prescindendo anche, in alcuni casi, dalle competenze istituzionali di ciascuna direzione, perchè ora, quando per esempio si parla di direzione generale degli ospedali, ci si riferisce di fatto alla direzione generale del personale del Servizio sanitario nazionale, e la parola «ospedali» sopravvive solo come denominazione originaria. Quindi, le singole direzioni generali, dopo un primo momento di coinvolgimento dell'ufficio attuazione, hanno gestito in concreto tutto il processo attuativo ognuna per la parte di sua competenza, in ciò coordinate dall'ufficio legislativo. È stata una scelta politica, non dovuta alla non disponibilità delle persone preposte all'ufficio. La scelta è stata, in parte, una scelta obbligata perchè l'accentramento in un unico ufficio di compiti attuativi così come ipotizzato dal legislatore (era stato anche autorizzato a tal fine l'aumento degli organici dei dirigenti ministeriali), avrebbe comportato all'interno dell'Amministrazione gravi difficoltà operative in ragione della carenza di personale.

Ancora oggi, infatti, all'ufficio per l'attuazione del Servizio sanitario nazionale non presta servizio nessun dirigente dei ruoli ordinari del Ministero della sanità; ci sono solo dirigenti *ex mutualisti*, che sono transi-

tati al Ministero e che fanno parte del ruolo speciale.

Pertanto, l'iniziativa in ordine all'esercizio della funzione di coordinamento, che per legge (o almeno nell'intenzione del legislatore), doveva essere esercitata da questo ufficio, ai fini attuativi è mancata. Tutti gli adempimenti ai quali si riferivano il senatore Ranalli, la senatrice Rossanda, il senatore Melotto e la senatrice Ongaro Basaglia (e cioè l'acquisizione e l'elaborazione dei dati relativi al Servizio sanitario nazionale, ai fini soprattutto di creare un momento unitario di coordinamento) non sono stati assicurati dall'ufficio attuazione.

Si è ritenuto che questo momento unitario di coordinamento dovesse essere più congruamente demandato ad un ufficio tecnico-politico quale l'ufficio legislativo del Ministero, piuttosto che ad una direzione generale o ad un ufficio equiparato a direzione generale e, quindi, non sovraordinato alle direzioni generali.

D'altra parte, è necessario tener presente che le competenze aggiuntive che il Ministero ha ereditato (quelle cioè che, anche volendo, non potevano essere delegate, esclusi alcuni aspetti marginali) avevano pur bisogno di un'articolata struttura di gestione a livello centrale. Il Ministero era impreparato a gestirle poichè si trattava di funzioni completamente nuove: mi riferisco in particolare all'assistenza sanitaria all'estero in base alle vigenti convenzioni internazionali, che comporta complessi adempimenti a livello centrale che non possono ovviamente essere delegati alle Regioni; mi riferisco alle competenze in materia di assistenza sanitaria al personale navigante, alle funzioni in materia di prevenzione e di sicurezza del lavoro e cioè a quelle funzioni non rientranti nella specifica competenza delle singole direzioni generali. Per queste, bisognava trovare un punto di riferimento e si è ritenuto di individuarlo nell'ufficio attuazione. Pertanto l'Ufficio attuazione, esclusa la fase iniziale, ha finito per svolgere compiti residuali nei confronti delle altre direzioni generali, occupandosi di ciò che non rientrava in via prevalente nella competenza di queste ultime. Questa è la situazione di fatto, innegabile.

La senatrice Ongaro Basaglia mi ha richiesto dati sull'attuazione della legge n. 180 del 1978, concernente il settore psichiatrico. Onestamente devo dire che non li conosco in quanto di tale materia si è interessata fin dall'inizio la direzione generale degli ospedali. La riforma non ha modificato alcuna competenza all'interno del Ministero per questi aspetti. Il contributo dato dall'ufficio attuazione in questo e in altri settori è stato soprattutto un contributo a livello personale, sulla base dell'esperienza che ho avuto nelle vicende della riforma avendola seguita fin dal 1974, ferma restando, comunque, la competenza di tutte le direzioni generali in ragione dell'originaria competenza per materia o in ragione della ripartizione delle competenze che di fatto, a seguito della riforma, si è attuata.

Ho fatto prima l'esempio della direzione generale degli ospedali, che, ormai, non si interessa più di ospedali. Anche se sulla carta, per esempio, figura in quella direzione generale una divisione che si interessa della programmazione ospedaliera, nella pratica ciò non avviene. La predetta direzione si interessa, in via prevalente, di tutto il complesso omogeneo della materia del personale del Servizio sanitario nazionale anche se ha conservato l'originaria denominazione che, quindi, è un'etichetta anomala (come d'altronde è anomala in questo momento, almeno in via generale, l'etichetta dell'ufficio attuazione).

RANALLI. Lei, insomma, attua la riforma senza contenuti.

D'ARI. Gli atti di indirizzo e di coordinamento indubbiamente avrebbero dovuto rappresentare il momento principe delle funzioni attribuite all'ufficio attuazione, ma essi non sono stati emanati. Tuttavia, al di là dell'aspetto formale, è a tutti noto che molti problemi di effettivo indirizzo e coordinamento nelle varie materie e nei vari settori, vengono risolti in via informale.

Con l'assenso e in alcuni casi su sollecitazione degli Assessori regionali, si è ad esempio sostituita, almeno per alcuni settori, la funzione formale di indirizzo e di coordinamento con un coordinamento concordato; si

è intervenuti, cioè, con circolari preventivamente concordate con i funzionari regionali responsabili, che lasciano alle Regioni la possibilità di fare, in sostanza, ciò che era stato già concordato. Si è, quindi, addivenuti a questa modalità anomala di coordinamento.

Per le materie delegate, come nel caso dell'assistenza all'estero, detto strumento atipico è la norma. Da quando sono responsabile dell'ufficio attuazione ho fatto numerosissime circolari, ma si tratta in tal caso di funzioni, in materia di assistenza agli stranieri, delegate alle Regioni e, quindi, lo strumento della circolare è legittimo dal momento che il Ministero ha per tali materie poteri di direttiva e non occorre un atto di indirizzo del Governo. In ogni caso, anche per queste materie, le relative direttive sono di norma preventivamente concordate con i responsabili dei settori di coordinamento a livello regionale.

D'altra parte, nelle materie di competenza del mio ufficio, è necessario assicurare un coordinamento operativo che consenta di dare una risposta immediata al singolo cittadino che si presenta alla struttura. Quindi, per quanto riguarda il mio ufficio, non ci sono problemi: ciò è stato fatto. Per le altre direzioni generali, per il discorso che facevo prima, bisognerà sentire gli altri direttori generali.

Per quanto concerne gli atti di indirizzo e coordinamento sulle modalità della collaborazione tra l'Istituto superiore di sanità e le Regioni non mi risulta che il Ministro abbia boicottato una iniziativa in tal senso; quando l'Istituto ha ritenuto di proporre qualsiasi iniziativa, lo ha fatto in via autonoma: a me non risulta che sia stato mai boicottato nelle proposte che ha avanzato. Non so se ha proposto atti di indirizzo e coordinamento o se questi non sono stati condivisi poi a livello politico. Posso dire soltanto che se tali iniziative non vengono dall'Istituto non c'è alcuna struttura ministeriale che possa sostituirsi ad esso in ragione della ripartizione delle competenze che ho prima prospettato.

RANALLI. Vorrei capire se dentro il «Palazzo» c'è un ufficio, una struttura che concettualmente, correlativamente al processo

di attuazione della riforma, provvede con intelligenza, intellettualmente, a organizzare gli atti d'indirizzo e coordinamento necessari. Lei deve essere un po' più preciso su questo, dottor D'Ari, perchè ci voglio capire. C'è un cervello, c'è una mente?

D'ARI. C'è questo momento unitario che dice lei, senatore; questa funzione di coordinamento viene svolta dall'ufficio legislativo e dall'ufficio di gabinetto. In ogni caso l'*input* è sempre della direzione generale competente; il momento di coordinamento tecnico è assicurato dall'ufficio legislativo, quello politico dall'ufficio di gabinetto. Approfitto della interruzione per dire al senatore Ranalli una cosa. Il discorso del degrado della Pubblica amministrazione, non vorrei che fosse stato frainteso. Io mi riferivo al degrado come diseducazione ai propri diritti e ai propri doveri: diseducazione dell'utente e di noi tutti dipendenti della Pubblica amministrazione. Non si tratta di un problema settoriale del Servizio sanitario nazionale se la gente non lavora o lavora male, se negli ospedali non c'è più rispetto nè reciproco, nè fra i dipendenti, nè in via gerarchica o verso il malato; è un fatto non settoriale degli ospedali, ma di tutta la Pubblica amministrazione, compresi i nostri uffici, compresi noi stessi. Non volevo cioè coinvolgere livelli istituzionali, come mi era sembrato di capire lei avesse inteso, dalla sua obiezione.

RANALLI. Dicevo che molto spesso questo dato, che ormai è oggettivo e pesante, diventa un alibi dietro il quale si coprono tante altre cose.

D'ARI. Anche per quanto si riferisce alla proposta da me fatta sulla ridefinizione dei compiti degli organi dell'unità sanitaria locale (comitato di gestione, assemblea generale, eccetera) non vorrei essere stato frainteso. La mia proposta, sostanzialmente, è molto riduttiva rispetto alle proposte che emergono. Mi è stato chiesto da dove; ebbene, emergono dagli organi istituzionali, da dibattiti in seno al Consiglio sanitario nazionale, da rapporti formali o informali coi vari livelli istituzionali, da rapporti con gli operatori e la

categorie cui partecipo o sono coinvolto personalmente. Un sistema informativo come lo ipotizzava il senatore Melotto non esiste e il collega Paderni sarà molto più preciso e puntuale di me in proposito. La mia proposta è molto riduttiva: ho proposto in concreto una limitata ridefinizione degli organi lasciando immutati gli enti di riferimento. Così, per esempio, nel caso in cui il Comune si identifica con l'unità sanitaria locale il consiglio comunale è l'assemblea, soltanto che contrariamente a quanto è attualmente previsto — e cioè che il consiglio comunale approvi per esempio il bilancio — l'esperienza, o quanto meno le osservazioni che ci sono state fatte, consigliano di escludere questa possibilità, soprattutto per i Comuni della grandi città e delle aree metropolitane. L'assemblea dev'essere ricondotta, fermo restando che è il Comune o l'insieme dei Comuni a costituire l'assemblea, ad organo di indirizzo e di controllo politico-amministrativo; è il Comune che deve rimanere responsabile del sistema sanitario a livello locale, che deve assicurare il controllo e l'indirizzo politico-amministrativo generale, e non del singolo atto di gestione. L'esperienza ci dice che è questo uno dei maggiori punti di attrito: o le assemblee non hanno funzionato, cioè si sono limitate semplicemente a prendere atto di un qualcosa e non hanno svolto le proprie funzioni per quanto concerne bilanci e programmi di attività, oppure hanno travalicato le proprie competenze per cui hanno finito per bloccare tutta l'attività dei comitati di gestione e quindi degli uffici di direzione. In sostanza, con questa mia proposta, non si vogliono negare o rimettere in discussione, gli organi di riferimento, ma si vuole soltanto ridefinire le competenze degli organi stessi, fermo restando l'impianto sostanziale della legge di riforma. Sulla base dell'esperienza personale acquisita in via formale o in via informale, uno dei punti che lascia maggiore perplessità ai fini della funzionalità del sistema è l'assemblea generale che, alla fine, o è assemblea in senso di deterioro assemblearismo, o è assemblea che non può — perchè coinvolta in più grossi problemi specie nelle grandi città — essere onerata dei singoli problemi della USL; a

mio avviso, è necessario limitare le competenze dell'assemblea generale alla funzione di indirizzo e di controllo politico-amministrativo, così come avviene in particolare per le aziende municipalizzate; il comitato di gestione dovrebbe essere ricondotto ad una effettiva funzione gestionale, ma non del singolo atto di gestione; chi decide che cosa fare è il comitato di gestione, sulla base degli indirizzi dell'assemblea generale; dopo, l'attuazione pratica di come acquistare la biancheria o come far funzionare un certo servizio è un fatto meramente amministrativo che deve rientrare nell'esclusiva competenza dell'ufficio di direzione; questo ufficio deve essere presieduto da un rappresentante politico, perchè questi sia il *trait d'union* col momento politico, ma deve essere composto anche da due tecnici, uno per la parte sanitaria e uno per la parte amministrativa; si privilegia quindi il momento tecnico anche se il collegamento politico c'è sempre. Le proposte che ho rappresentato schematicamente bisogna inquadrarle nella legge di riforma. Ritengo infatti che sia necessario modificare l'impianto attuale della legge di riforma solo per alcuni aspetti marginali, non stravolgerla. Per questo i miei sono suggerimenti limitati, che salvaguardano i principi partecipativi e gli enti di riferimento.

Per quanto riguarda gli ospedali, la proposta dà attuazione all'articolo 18 della legge di riforma; nella mia proposta l'ospedale, al di là del fatto che ha un proprio bilancio, che ha un proprio finanziamento finalizzato, resta in ogni caso direttamente collegato con l'USL, non viene scorporato, come è stato osservato dalla senatrice Jervolino. Nella mia proposta non si ipotizza nessuno scorporo, ma soltanto una maggiore autonomia; insomma ho cercato d'interpretare l'articolo 18 così come l'esperienza di questi primi anni suggerisce. Può essere opinabile, comunque è nell'ottica e nello spirito dei principi della legge di riforma, nessuno dei quali viene messo in discussione.

ROSSANDA. Questo è opinabile.

D'ARI. L'ho detto io stesso; tuttavia, così io ritengo e posso ovviamente anche sbagliare.

Per quanto concerne il personale, tengo a precisare che non proponevo il *part-time*; proponevo per la dirigenza sanitaria e per quella amministrativa una sperimentazione di rapporti a tempo determinato. La stabilità del posto porta infatti alla burocratizzazione anche dei sanitari e dei dirigenti e l'incentivo economico non serve a sollecitare la professionalizzazione, l'iniziativa, l'assunzione di responsabilità, nè consente la verifica dell'efficienza, dell'efficacia dell'azione svolta dal sanitario o dal dirigente amministrativo.

Questa è la proposta: sperimentazione di nuovi tipi di rapporto, soprattutto per il personale apicale, non il rapporto *part-time*; prevedere, per esempio, rapporti a tempo determinato, come si fa, d'altra parte, in tutte le fondazioni e in tutte le università americane.

PRESIDENTE. Vorrei sapere, dottor D'Ari, qual è il metodo di accesso alla funzione apicale: lei ha parlato di decentramento concorsuale anche a livello di USL, però non ha accennato in questo contesto alla funzione apicale. Probabilmente intende un concorso nazionale?

D'ARI. L'esperienza del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, le difficoltà successive, l'esperienza che ci viene dai funzionari regionali responsabili, per quanto attiene alla materia concorsuale, sono veramente drammatiche; il sistema ipotizzato dal decreto del Presidente della Repubblica n. 761 è difficile e forse, in alcuni casi, addirittura ingestibile. Sulla base di tale dato riterrei che almeno per tutto il personale che non ha funzioni apicali, dovrebbe essere affidata alle USL a livello locale anche la gestione delle assunzioni. Per le qualifiche di livello apicale, cioè a livello primario e della dirigenza amministrativa, il problema deve essere approfondito. Le soluzioni potrebbero essere diverse: non è consigliabile una delega alle unità sanitarie locali; la gestione dovrebbe avvenire a livello nazionale o a livello regionale. I coordinatori amministrativi e i coordinatori sanitari potrebbero meglio essere selezionati in un'ottica nazionale; per i primari invece si potrebbe procedere su base regionale.

Per quanto concerne il riordinamento del Ministero devo dire che, dopo lo studio svolto da una società straniera che aveva proposto delle soluzioni di avanguardia, ma difficilmente collocabili nel contesto dell'attuale sistema, si è fatto un ulteriore tentativo da parte del Ministero di risolvere il problema. Esiste al riguardo un testo concordato durante la precedente gestione e sostanzialmente definito. È un testo che risolve riduttivamente il problema in quanto prende atto che, al di fuori di un riordinamento generale delle Amministrazioni centrali, è illusorio ipotizzare di espropriare alcune altre Amministrazioni di competenze proprie per attribuirle ad un unico organo, e cioè al Ministero della sanità. L'esperienza dell'omologazione è istruttiva al riguardo: il braccio di ferro fra le Amministrazioni del lavoro, della sanità e dell'industria riguardo alla competenza per l'omologazione, ha portato sostanzialmente ad una perdita di tempo di tre anni per l'attivazione dell'ISPESL. La riforma dell'Amministrazione della sanità dovrebbe essere la prima grossa riforma di un Ministero coinvolto nel trasferimento delle funzioni amministrative alle Regioni, al quale attribuire il comparto omogeneo delle funzioni sanitarie complessivamente residuale allo stato; ma tutto ciò è davvero problematico. Emerge quindi una soluzione molto riduttiva, che sostanzialmente conferma l'attuale struttura, mutando solo le etichette ad alcuni uffici, per cui si giungerebbe addirittura, a mio avviso, ad una operazione inculturale.

In questo momento si parla molto di servizi socio-sanitari, di unità socio-sanitarie, ponendo l'accento su un'eccezione sociale che indubbiamente si lega al momento più strettamente sanitario. Eppure, per motivi soprattutto finanziari, si invitano le Regioni e le USL a distinguere questi due momenti che, dal punto di vista tecnico e culturale, sono senz'altro momenti scindibili. Nel momento in cui si riordina un Ministero, il momento sociale, che attualmente è gestito da altre Amministrazioni, può rimanere nelle competenze di altre Amministrazioni? È d'altra parte ipotizzabile in questo momento che il Ministero dell'interno trasferisca proprie competenze in materia? È ipotizzabile che il Ministero dell'agricoltura, per quanto

attiene a tutta la materia dell'alimentazione, trasferisca le competenze al Ministero della sanità? È ipotizzabile che il Ministero del lavoro trasferisca alcune funzioni? Sarebbe d'altra parte ipotizzabile un'unificazione di alcune Amministrazioni, come lavoro e sanità? Il discorso diventa complesso; se si opta per una soluzione riduttiva, ma riduttiva anche dal punto di vista culturale, è possibile operare un riordinamento in tempi brevi, ma se tale riordinamento deve essere visto in una più lunga prospettiva, indubbiamente senza una ridefinizione delle competenze generali delle Amministrazioni centrali, è molto difficile ipotizzare delle soluzioni. È questo il vero nodo che non si riesce a sciogliere, perchè la volontà di giungere comunque ad un riordinamento esiste all'interno del Ministero della sanità, da parte del personale, delle forze sindacali e di tutti i Ministri che si sono succeduti ultimamente. Tuttavia, alla prova dei fatti, ci si è trovati di fronte a questa alternativa: o un provvedimento riduttivo, ossia un mero riordinamento dell'esistente, sia pure in prospettiva; oppure impostare un riordinamento di grosso respiro, il che, pur rappresentando un grosso fatto politico, presenta il rischio di essere cosa sterile, perchè in questo momento è veramente difficile arrivare ad una soluzione del genere.

Per quanto concerne il problema sollevato dalla senatrice Rossanda, è vero: la Corte dei conti ha bocciato una proposta di incaricare un istituto di censire organicamente la produzione legislativa e amministrativa regionale. La Corte dei conti ha motivato la sua decisione affermando che già esiste un ufficio, cioè il mio ufficio, preposto a tali compiti, e che l'Amministrazione avrebbe dovuto dimostrare di non avere il personale in grado di svolgere questo tipo di lavoro. Direi che a livello tecnico, di funzionari, siamo in grado di impostare e gestire questi adempimenti; tuttavia la quantità del personale necessario non è sufficiente. Certo, poter procedere ad un lavoro di questo tipo sarebbe utile ed interessante, in quanto si catalogherebbero e censirebbero non soltanto i provvedimenti di natura legislativa, cosa che già avviene, ma anche i provvedimenti di natura amministrativa.

L'onorevole Altissimo, allora ministro della Sanità, cercò di superare il rilievo della Corte dei conti facendo presente l'insufficienza quantitativa del personale, anche per i servizi essenziali, ma la Corte dei conti non ha ritenuto di accettare tale giustificazione.

Su un dato possiamo tutti concordare: è senz'altro utile predisporre una rassegna completa, oltre che delle leggi statali e regionali, anche degli atti amministrativi a carattere normativo emanati dal Ministero della sanità e dalle Regioni.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor D'Ari per la sua disponibilità, per la esposizione

precisa e per le informazioni puntuali fornite alla Commissione. Lo invito, a nome della Commissione, a far acquisire alla stessa eventuali memorie scritte.

Non facendosi osservazioni, dichiaro pertanto conclusa l'audizione.

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

I lavori terminano alle ore 18,25.

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