

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

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

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO  
DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

9° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 25 GENNAIO 1984

Presidenza del Presidente BOMPIANI

## INDICE

**Audizione del professor Francesco Polizzi, direttore generale degli ospedali e del professor Carlo Vetere, direttore generale dei servizi di medicina sociale del Ministero della sanità**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 5, 6 e <i>passim</i>	<i>POLIZZI</i> .....	Pag. 5, 6, 24 e <i>passim</i>
ALBERTI ( <i>Sin. Ind.</i> ) .....	10, 21	<i>VETERE</i> .....	3, 11, 12 e <i>passim</i>
BOTTI ( <i>PCI</i> ) .....	10, 20, 22 e <i>passim</i>		
CALÌ ( <i>PCI</i> ) .....	13		
COLOMBO SVEVO ( <i>DC</i> ) .....	11, 12		
CONDORELLI ( <i>DC</i> ) .....	22, 23		
IMBRIACO ( <i>PCI</i> ) .....	25		
ONGARO BASAGLIA ( <i>Sin. Ind.</i> ) .....	23, 31		
RANALLI ( <i>PCI</i> ) .....	11, 18, 30		
ROSSANDA ( <i>PCI</i> ) .....	12, 15, 22 e <i>passim</i>		

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Francesco Polizzi, direttore generale degli ospedali, e il professor Carlo Vetere, direttore generale dei servizi di medicina sociale del Ministero della sanità.*

*I lavori hanno inizio alle ore 9,35.*

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria. È oggi in programma l'audizione di rappresentanti del Ministero della sanità. Se non vi sono osservazioni, propongo di procedere congiuntamente alle due audizioni in programma, del dottor Polizzi e del dottor Vetere, direttori generali, rispettivamente degli ospedali e dei servizi di medicina sociale.

*Vengono quindi introdotti il professor Francesco Polizzi e il professor Carlo Vetere.*

**Audizione del professor Francesco Polizzi, direttore generale degli ospedali e del professor Carlo Vetere, direttore generale dei servizi di medicina sociale del Ministero della sanità**

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per la loro volenterosa collaborazione, ma dobbiamo subito decidere su una questione: saremo chiamati alle 11 in Aula e quindi abbiamo veramente poco tempo a disposizione. C'è da decidere se conviene ascoltare ambedue le esposizioni, sia pure molto stringate, incontrando poi una certa difficoltà per il dibattito, oppure se è il caso di ascoltarne una sola, rinviando l'altra al pomeriggio con relativo dibattito.

Forse però, conviene intanto ascoltare le relazioni; poi prenderemo una decisione (nel corso della seduta) calcolando anche il tempo impiegato. Se non vi sono diverse proposte, ha quindi facoltà di parlare il professor Vetere, direttore generale dei servizi di medicina sociale del Ministero della sanità.

VETERE. Signor Presidente, ho ricevuto l'ordine del giorno solo ieri sera e ho predisposto, per quanto riguarda alcuni punti che si evincono dal programma di indagine della Commissione — relativamente ai problemi dei rapporti tra amministrazioni provinciali e unità sanitarie locali — un breve riassunto relativo ad una indagine in corso sul destino degli Istituti provinciali di assistenza all'infanzia (IPAI) che costituiscono un aspetto tipico della vecchia beneficenza e che si stanno trasformando; ho poi per gli atti della Commissione un *pro memoria* sui risultati dell'indagine sugli IPAI ed una circolare che praticamente spiega l'impostazione che viene data a questo problema.

Certamente i primi dati sono piuttosto eclatanti. Si evince una situazione difforme: in Sicilia, a Palermo, l'Istituto provinciale di assistenza all'infanzia, tuttora dipendente dall'amministrazione provinciale è di fatto una clinica ostetrico-pediatria con un reparto di terapia intensiva neo-natale ed una divisione per le gestanti a rischio. Invece in Emilia-Romagna e in Veneto si rileva una trasformazione in comunità-alloggi per bambini e per madri in difficoltà e quindi un'impostazione tipicamente sociale. Tenendo conto dell'articolo 30 della legge finanziaria 1984, è chiaro che il Ministero dovrà agire in modo da poter differenziare nettamente tali strutture ed evitare la sottoutilizzazione del personale che si evince dalle statistiche che presento alla Commissione.

Nello stesso tempo, per quanto si riferisce alla localizzazione delle strutture assistenziali degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, alle loro potenzialità e caratteristiche, rinvio ad una relazione che è stata completata recentemente per il Consiglio sanitario nazionale, in cui si accenna allo stato della ricerca svolta dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, alla situazione dei posti-letto oltre ad alcuni commenti intorno al *trend* di ricovero e al ruolo che alcuni di questi istituti, come quelli pediatrici, stanno rivestendo per attirare una serie di degenze forse non del tutto necessarie. A questo proposito devo far presente che è stata svolta di recente un'indagine commissionata dal centro studi del Ministero dalla

quale è emerso che circa il 45 per cento dei bambini che fanno lunghi viaggi dall'Italia meridionale fino a Genova e Trieste — o fino a Roma, Firenze, Bologna, Milano, citando le grosse cliniche pediatriche — presentano problemi di salute minimi, che potrebbero essere risolti in sede locale, anche se alcuni bambini in effetti tornano verso il Nord in quanto vi è la propensione da parte di queste istituzioni altamente qualificate ad effettuare un *follow-up* cioè a rivedere i bambini periodicamente. Al riguardo avrà luogo una riunione presso la Direzione generale. Ora, nell'ultima riunione che si è svolta nel comitato per le ricerche biomediche ex articolo 23 del decreto del Presidente della Repubblica n. 617 del 1980, si è impostata l'attività dei due maggiori istituti, il Gaslini di Genova e l'Istituto di infanzia di Trieste, in modo tale da istituire dei protocolli specifici validi sul piano nazionale per una buona parte della patologia pediatrica. Attraverso questi protocolli, che poi verranno concordati con le società scientifiche, si tenterà di ridurre l'afflusso non necessario e invece di specializzare queste istituzioni per alcuni trattamenti, come la dialisi dei minori a rischio o il trattamento e la stabilizzazione dei difetti congeniti del metabolismo più rari, senza peraltro interferire con quella che dovrebbe essere la normale attività di un parco-letti pediatrico che nell'Italia meridionale non è quantitativamente carente a fronte degli indici nazionali. Anche il numero degli specialisti, almeno di quelli con diploma, è sufficiente, anche se la pediatria convenzionata o di libera scelta non ha avuto successo nel Sud. Infatti la libera scelta o convenzionamento ha avuto un certo sviluppo a Torino, nell'Italia settentrionale e in parte nell'Italia centrale, ma è quasi mancata in altri grossi centri e in particolare in quelli del Mezzogiorno.

Per quanto si riferisce agli aspetti generali di applicazione della riforma, la Direzione alla quale sono preposto da meno di un anno si è trovata di fronte a numerosi problemi quali lo scorporo della Croce Rossa e la riconferma ed istituzione di nuovi istituti di ricovero e cura a carattere scientifico; in questo momento, la Direzione si trova a

dover gestire alcune «code» della riforma o della riforma della riforma (non saprei come definire la legge finanziaria per il 1984 e il decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito con modificazioni dalla legge n. 638 del 1983) che creano una serie di problemi: protocolli diagnostici della gravidanza, elenco delle malattie per le quali vi è l'esonero del *ticket*, e soprattutto una riforma estremamente importante, ossia la definizione dei criteri per l'erogazione delle prestazioni ortopediche e delle protesi per disabili. Al riguardo è stato svolto un lavoro intenso con i colleghi delle Regioni e con esperti di livello nazionale, sulla base del quale si presenta in questi giorni al Consiglio sanitario nazionale un documento nel quale per la prima volta l'erogazione delle protesi non è qualcosa di assistenziale e di amministrativo, ma diventa un punto preciso di un piano di lavoro teso al recupero globale in un quadro riabilitativo che supera il concetto di una prestazione più o meno occasionale.

Vi sono poi alcuni problemi legati all'interpretazione corretta delle leggi, e in effetti va detto che alcuni aspetti delle disposizioni più recenti non sono affatto chiari, come per esempio l'articolo 32 della legge finanziaria 1984 che praticamente elimina la gratuità degli esami per l'accesso alla medicina sportiva volontaristica, termine che potrebbe interpretarsi nel senso di medicina sportiva non professionale. In verità, nel testo dell'articolo, laddove dice che «per l'esercizio 1984 non possono essere prescritti a carico del Servizio sanitario nazionale accertamenti specialistici di laboratorio e diagnostico-strumentali occorrenti al cittadino per sue esigenze, legate... all'esercizio di attività volontarie sportive professionistiche», è mancata la congiunzione «e» prima delle parole «sportive professionistiche», essendo ovvio che l'accesso alle attività sportive professionali — lo diceva già la legge nel 1971 e lo ha ripetuto nel 1979 — avviene a pagamento, trattandosi di prestazioni nell'interesse privato del cittadino che si dedica talvolta ad attività molto remunerative. Questo è uno dei tanti aspetti che crea una certa dissonanza tra alcuni principi fondamentali che, anche durante la preparazione della riforma, si

credeva fossero pacifici e di cui invece la realtà attuale rende necessaria una revisione attraverso interventi ai quali si cerca di dare non solo un po' di correttezza formale, ma anche una sostanziale adesione alla filosofia della riforma.

Non avrei altro da aggiungere, rimanendo comunque a disposizione per rispondere alle domande che intenderanno fare i Commissari.

**PRESIDENTE.** Ringrazio il professor Vetere per la sua esposizione e do la parola al professor Polizzi.

**POLIZZI.** La Direzione generale degli ospedali, da me diretta, si integra molto bene con quella dei servizi di medicina sociale. Pertanto, bene ha fatto la Commissione sanità del Senato a convocare una audizione congiunta, proprio perchè le funzioni dell'una e dell'altra sono strettamente collegate.

La Direzione generale degli ospedali, dopo il decentramento dell'assistenza ospedaliera attuato nel 1972, ha mutato la propria connotazione conservando, tuttavia, talune residue attribuzioni e competenze relative all'assistenza ospedaliera, con particolare riferimento sia ad alcuni aspetti di carattere generale che ad altri aspetti specifici, quali, ad esempio, i trapianti di organo. La Direzione ha altresì acquisito nuove competenze, che si sono via via rese necessarie e che sono previste dalla normativa vigente.

Ad esempio, è stato creato un apposito ufficio equivalente ad una divisione, alle dirette dipendenze del direttore generale, che è l'ufficio convenzioni, al quale è attribuita la competenza in tale materia, disciplinata dall'articolo 48 della legge di riforma. Altre competenze ed adempimenti si sono aggiunti, ad esempio, in ordine alla problematica relativa all'articolo 47 della già citata legge di riforma, la cui competenza primaria è però attribuita al Dipartimento della funzione pubblica, con il quale la Direzione che ho l'onore di dirigere collabora soprattutto nel settore amministrativo attraverso la partecipazione a riunioni di propri rappresentanti ed esperti.

La Direzione generale degli ospedali ha, pertanto, acquisito competenze molteplici e

diversificate. Nell'ambito, quindi, del riordinamento normativo del Ministero della sanità, previsto dall'articolo 59 della legge di riforma, si dovrà anche provvedere alla ristrutturazione della Direzione generale, da me peraltro già proposta in sede di consiglio di amministrazione.

Riferirò ora alla Commissione sullo stato degli adempimenti svolti dalla Direzione degli ospedali in relazione soprattutto all'applicazione della legge di riforma. Uno degli impegni più importanti è costituito dalla predisposizione di uno schema-tipo dei requisiti minimi di strutturazione, dotazione strumentale e qualificazione funzionale del personale dei presidi che forniscono prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, onde rendere le caratteristiche di tali strutture uniformi su tutto il territorio nazionale, sulla base di quanto previsto dall'articolo 25 della più volte citata legge di riforma. Tale schema-tipo è già stato elaborato ed esaminato dal Consiglio sanitario nazionale e — a conclusione dell'*iter* previsto dal secondo comma dell'articolo 5 della legge n. 833 del 1978 (delibera del Presidente del Consiglio dei Ministri d'intesa con il Ministro della sanità) — sarà oggetto di un atto di indirizzo e di coordinamento da parte della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Inoltre, è all'esame della Direzione generale uno schema-tipo di convenzione tra le Regioni e le università per la gestione dei policlinici universitari, sulla base di quanto previsto dall'articolo 39 della legge di riforma. L'*iter* per l'adozione di tale schema-tipo è da tempo in corso e dal Ministero della pubblica istruzione, con il quale il Ministero della sanità collabora in vari settori, è stata trasmessa una bozza che, dopo essere stata esaminata e messa a confronto con una analoga bozza da noi stessi predisposta, è stata rinviata ai competenti uffici di quel Dicastero in vista di un suo esame congiunto, che consenta di elaborare un provvedimento da sottoporre infine all'approvazione del Consiglio sanitario nazionale, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

La Direzione generale degli ospedali si è inoltre occupata dell'attuazione della legge n. 244 del 1963, relativa agli onorari ed ai compensi per le prestazioni medico-chirurgi-

che ed alla istituzione della corrispondente tariffa minima nazionale. La legge in realtà si limita a fare riferimento alla tariffa minima, mentre da parte nostra è stato opportunamente suggerito al Ministro di prevedere per le prestazioni libero-professionali anche una tariffa massima. Al riguardo, è stata predisposta da parte dell'ufficio studi e legislazione del Ministero una bozza di disegno di legge, che verrà poi trasmessa al Gabinetto del Ministero per il suo ulteriore iter.

La Direzione generale si è poi occupata della predisposizione di uno schema di atto di indirizzo relativo allo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali, ex articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, attuando, al riguardo, anche forme di collaborazione con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del personale stesso.

**PRESIDENTE.** Ritengo che ci si riferisca, in particolare, agli aspetti relativi alle incompatibilità.

**POLIZZI.** Sì, signor Presidente. Si fa riferimento alla questione relativa alle incompatibilità, che costituisce un problema molto delicato e difficile da risolvere in sede di contrattazione sindacale e che andrebbe, invece, affrontato in sede di legislazione nazionale.

Tra le attività svolte dalla Direzione generale degli ospedali rientrano, inoltre, i compiti relativi alla costituzione dei collegi in via straordinaria dei revisori dei conti delle unità sanitarie locali, in base a quanto previsto dal quinto comma dell'articolo 13 della legge n. 181 del 1982, per quelle Regioni che non vi avessero adempiuto entro i termini stabiliti dall'articolo 17 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 638 del 1983. A tale proposito, è stata elaborata una tabella aggiornata — che intendo trasmettere alla Commissione — relativa ai collegi che sono stati fino ad oggi nominati ed a quelli che sono stati, invece, costituiti in via ordinaria.

**PRESIDENTE.** La tabella cui lei ha fatto riferimento sarà acquisita dalla Commissione, che la inserirà tra i propri documenti.

**POLIZZI.** La Direzione generale da me presieduta si è poi occupata in particolare di effettuare una serie di studi riguardanti alcuni settori specifici dell'attività ospedaliera. A mio parere, uno dei compiti più importanti rimasti al Ministero della sanità in seguito alla riforma e anzi da questa potenziati, è quello dell'atto di indirizzo e coordinamento dell'attività delle Regioni e delle USL nel settore ospedaliero. Purtroppo, però, questi atti di indirizzo e coordinamento sono di difficile emanazione in quanto la legge di riforma prevede al loro riguardo una complessa procedura che spesso ritarda la loro attuazione.

Pertanto, molto spesso abbiamo ritenuto utile effettuare degli studi conoscitivi e delle verifiche, in collaborazione con le autorità sanitarie regionali, su alcuni determinati settori, il che si è dimostrato altrettanto utile di un formale atto di indirizzo e di coordinamento.

Siamo partiti dall'esperienza fatta all'epoca del compianto professor Stefanini per quel che riguarda il settore della cardiocirurgia, ed abbiamo verificato che questo sistema di contatti e di colloqui informali con gli operatori sanitari è molto efficace e consente al Ministero non solo di avere un flusso di informazioni notevole, ma anche di incidere, attraverso suggerimenti, verifiche e contatti, sulle decisioni che responsabilmente le autorità regionali prendono nell'esercizio delle loro funzioni.

Ricordo che la commissione Stefanini pubblicò alla fine dei suoi lavori un volume sullo stato della cardiocirurgia in Italia che è stato oltremodo utile per le Regioni come punto di riferimento per tutte le programmazioni regionali che si sono susseguite in materia. Per la verità, non tutte le Regioni hanno seguito gli indirizzi e i suggerimenti della commissione Stefanini, ma certamente — ripeto — il lavoro da essa svolto ha rappresentato un sicuro punto di riferimento con cui confrontarsi. Molto spesso, poi, tale commissione è riuscita a risolvere anche dei problemi di difficile soluzione; cito per tutti il caso di Torino dove una situazione locale difficilissima non consentiva lo sviluppo dell'attività cardiocirurgica. La commissione si recò sul posto e riuscì a portare un contribu-

to determinante per la soluzione del problema.

Forti di questa esperienza abbiamo ripetuto e intendiamo ripetere questo tipo di lavoro, basato, come dicevo, su contatti anche informali, tramite la presenza di funzionari e di esperti del settore. A tale scopo abbiamo attivato recentemente la commissione per l'emergenza sanitaria ospedaliera. Spetterà al presidente di tale commissione organizzare i lavori in funzione di una indagine conoscitiva sulla situazione del settore, al fine di predisporre, attraverso la programmazione nazionale da trasfondere in quella delle singole regioni, l'organizzazione dei dipartimenti di emergenza nei singoli ospedali e soprattutto — cosa che non è stata ancora fatta e che deve essere invece realizzata al più presto — il raccordo tra il dipartimento di emergenza ospedaliero e il territorio. Tutto ciò sarà oggetto di indagine e di approfondimento da parte della commissione per l'emergenza sanitaria e dovrebbe trasformarsi, se ne avremo la possibilità, in un atto di indirizzo e coordinamento governativo. In caso contrario, avrà lo stesso effetto e lo stesso significato dei risultati raggiunti dalla commissione Stefanini per la cardiocirurgia, ossia rappresenterà un punto di riferimento per le Regioni.

Un'altra commissione che abbiamo istituito è quella per l'igiene, la tecnica e l'organizzazione ospedaliera, sempre con lo stesso tipo di finalità, cioè quello di fornire degli indirizzi e dei suggerimenti alle Regioni nel settore ospedaliero.

Questo per quanto riguarda l'attività di indirizzo e di coordinamento. Un'altra attività, ultimamente svolta, è stata quella relativa alla deroga al blocco degli organici. È un'attività che ha impegnato moltissimo la Direzione generale, ma che è stata recentemente giudicata illegittima dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 307 del 1983, secondo la quale le deroghe sono state riconosciute di competenza delle Regioni.

Un altro tipo di funzioni svolte dalla Direzione generale riguarda il riconoscimento del servizio sanitario prestato da italiani in ospedali esteri. Di volta in volta, cioè, vengono esaminate tutte le documentazioni, defi-

niti i riconoscimenti e approvati i relativi provvedimenti.

Un altro tema affrontato è stato quello relativo all'attuazione dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, riguardante l'equiparazione ai fini degli esami di idoneità ed ai fini dei concorsi di assunzione, dei servizi e dei titoli acquisiti dal personale medico nelle strutture ecclesiastiche, di cui all'articolo 41 della legge n. 833 del 1978. Vengono infatti esaminate le numerose pratiche relative al personale degli enti ecclesiastici ai fini del riconoscimento della loro carriera per i concorsi di assunzione.

Ancora, la Direzione generale si è occupata dei requisiti tecnici delle case di cura, in quanto è opportuno che questa materia venga aggiornata. La questione è stata devoluta all'esame del Consiglio superiore di sanità, che è l'organo tecnico di consulenza del Ministero della sanità, per il parere di competenza.

Un altro tema importante di cui ci siamo occupati è poi quello dei diritti del malato. Recentemente, su tutta la stampa è stata richiamata l'attenzione sul problema della umanizzazione del rapporto medico-malato e attività ospedaliera-malato. Il Ministero della sanità a questo proposito ha affidato alla Direzione generale da me presieduta il compito di esaminare tutta questa complessa tematica, e di costituire un gruppo di lavoro. Saranno prese in particolare considerazione le raccomandazioni del Consiglio d'Europa, con il quale siamo strettamente in contatto e che ha già inviato dei suggerimenti ai ventun paesi, affinché inseriscano nelle singole legislazioni nazionali una sorta di regolamentazione al riguardo. Questo è un argomento molto delicato e complesso, che affrontiamo per la prima volta e che ci impegnerà moltissimo.

Un altro vasto settore di attività della Direzione generale degli ospedali è ancora il settore psichiatrico. La psichiatria infatti è oggi uno degli argomenti che è oggetto di maggiore attenzione nel mondo sanitario, del nostro paese, ed anche nel mondo non sanitario, a causa delle innovazioni, in un certo senso rivoluzionarie, apportate dalla legge

n. 180 e dalla legge n. 833 (la quale ha recepito in gran parte i principi ispiratori della legge n. 180). L'argomento è all'attenzione della Direzione generale da molto tempo e già in passato, con il precedente Ministro, avevamo affrontato il problema di modificare in parte l'attuale legislazione vigente, in particolare quella che si riferisce agli articoli 34, 35 e 64 della legge n. 833. Tali modifiche sono state suggerite da una apposita commissione presieduta dal sottosegretario di Stato Orsini, che ha consentito di predisporre un apposito disegno di legge. Probabilmente non tutti i cambiamenti introdotti nel nuovo disegno di legge di modifica della legge n. 833 riguardo gli articoli 34, 35 e 64 sono esaustivi, in quanto altri settori della psichiatria dovrebbero essere analizzati; ci riserviamo infatti di proseguire tali discussioni in sede parlamentare poichè resterebbero fuori problematiche non certo secondarie (per esempio la problematica relativa ai rapporti con l'università, in particolare con le cliniche psichiatriche; il problema della formazione del personale specializzato, soprattutto infermieristico, nel settore dell'assistenza psichiatrica; il problema dei manicomi giudiziari che è stato sempre trascurato mentre è un settore da inserire criticamente nello spirito generale della riforma psichiatrica). Tutti questi argomenti, ripeto, sono oggetto d'esame e di studio approfondito da parte della Direzione generale.

Un'altra parte del nostro lavoro riguarda poi gli esami di idoneità nazionale per le posizioni apicali del personale medico e sanitario in genere che dovrà operare nelle strutture ospedaliere. Tale materia è molto gravosa per la Direzione generale a causa della ricezione delle domande, dell'esame delle stesse, della nomina delle commissioni esaminatrici; il lavoro nonostante tutto prosegue alacremente tanto che prevediamo di esaurire entro il 1984 gran parte degli esami di idoneità nazionale.

Il problema che maggiormente preoccupa la Direzione generale riguarda tuttavia i trapianti d'organo; l'argomento è ancora di competenza governativa, non è stato decantato a livello regionale e pertanto impegna moltissimo il Ministero della sanità soprat-

tutto per quanto riguarda le autorizzazioni. La procedura richiede infatti una visita ispettiva per accertare l'idoneità dei locali e i requisiti tecnici; è invece di competenza del Consiglio superiore di sanità l'accertamento dell'idoneità dei *curricula* formativi del personale.

Esiste un decreto autorizzativo che consente ai centri di effettuare trapianti d'organo. Sinora sono stati autorizzati centri per il trapianto di rene, di cornea, di pancreas, di fegato ed attualmente la Direzione generale è impegnata nella difficile problematica dell'autorizzazione dei trapianti di cuore. Il Consiglio superiore di sanità ha espresso parere favorevole per la possibilità di effettuare i trapianti di cuore nel nostro paese (che arriva buon ultimo rispetto ad altri paesi più all'avanguardia nel settore) ed ha demandato alla Direzione generale degli ospedali il compito di preparare adeguati protocolli riportanti i requisiti minimi degli ambienti, delle attrezzature, del personale. Anche tale lavoro è stato svolto recentemente e con molto impegno da parte del personale tecnico della Direzione generale; il lavoro è stato ora trasmesso al Consiglio superiore di sanità che nelle riunioni dei prossimi giorni dovrà, sulla base dei requisiti minimi e dei protocolli, decidere a quali centri italiani affidare l'attività dei trapianti di cuore. Secondo l'orientamento della Direzione generale, l'autorizzazione dovrebbe essere rilasciata a pochissimi centri (nella relazione ho indicato un massimo di due centri) e dovrebbe anche avere caratteristiche di attività sperimentale. Non dovrebbe verificarsi, cioè, una completa liberalizzazione e un'autorizzazione simile a quella per i trapianti di rene e di cornea, ma dovrebbe invece essere un'autorizzazione a breve termine (due anni), quasi una sorta di esperimento clinico da verificar gradualmente e da controllare nei risultati.

Analogamente, stiamo affrontando il problema dei trapianti della catena ossiculare dell'orecchio medio e il problema dell'orecchio artificiale. A proposito di trapianti d'organo, già il precedente Ministro ha ritenuto opportuno istituire presso la Direzione generale degli ospedali un comitato di esperti che



sta seguendo analiticamente tutto il settore: di tale comitato fanno parte i massimi esperti nel settore dei trapianti nel nostro paese. Il comitato ha collaborato anche nella stesura del nuovo disegno di legge sui trapianti già approvato dal Consiglio dei Ministri e che adesso è all'esame del Parlamento. Il medesimo disegno di legge era già stato presentato in precedenza dal ministro Altissimo. Per motivi di tempo il ministro Degan ha ritenuto di non modificarlo nella struttura originaria in modo da inserirlo in una corsia preferenziale. Naturalmente sia il comitato che la Direzione generale stanno lavorando per apportare ulteriori contributi che potranno servire al Ministro nel corso della discussione parlamentare.

Un altro argomento importante di cui si occupa una divisione della Direzione generale riguarda poi le direttive comunitarie che, a seguito del Trattato di Roma, devono essere recepite con legge dello Stato. Al Consiglio dei Ministri sono stati presentati alcuni disegni di legge relativi al recepimento di queste direttive. I più importanti disegni di legge di recepimento che vorrei ricordare in questa sede sono: il disegno di legge sulla libera circolazione dei veterinari (è stato approvato recentemente dal Consiglio dei Ministri ed è stato presentato alla Camera dei deputati); il disegno di legge sulla libera circolazione delle ostetriche (è stato approvato dal Consiglio dei Ministri in una delle ultime sedute ma non risulta ancora presentato al Parlamento); il disegno di legge che modifica la legge sulla libera circolazione dei medici per quanto riguarda le specializzazioni (questo è oggetto di confronto con il Ministero della pubblica istruzione in quanto la competenza primaria nel settore, come è noto, è di tale Ministero).

Inoltre è stato predisposto un disegno di legge che consente al Ministero della sanità, d'intesa con il Ministero della pubblica istruzione, di effettuare il riconoscimento dei diplomi paramedici conseguiti da cittadini italiani in paesi esteri, per i quali non esiste un rapporto di reciprocità. Oggi ad un cittadino italiano che va a conseguire diplomi tecnici o infermieristici all'estero, una volta tornato in Italia, non viene riconosciuto il titolo ac-

quisito. Quindi c'è questa esigenza di riconoscimento. Il disegno di legge è stato già approvato dal Consiglio dei Ministri ed è in fase di avanzato esame presso la Commissione sanità della Camera.

Un altro grosso problema è il disegno di legge sulla formazione del personale infermieristico e tecnico — la cosiddetta leggequadro — che è stato predisposto dalla Direzione generale con il concorso del Ministero della pubblica istruzione.

Ancora, c'è il problema dell'istituzione della professione di odontoiatria nel nostro Paese, come recepimento di una direttiva comunitaria e a tale scopo è stato o predisposto dalla Direzione generale un disegno di legge che recepisce tra l'altro la direttiva comunitaria sulla libera circolazione dei dentisti, a seguito di appositi studi. Il testo, che è stato presentato dalla Direzione generale, è adesso all'esame dell'ufficio legislativo del Ministero della sanità e potrà presto essere diramato per il successivo *iter*.

Seguiamo poi con particolare interesse l'attività per la formazione del personale paramedico, in quanto, pur essendo questa una competenza regionale, il Ministero della sanità partecipa con propri rappresentanti agli esami di Stato finali (quest'anno gli esami si sono svolti in 400 scuole per infermieri e in 78 scuole per tecnici di radiologia). La distribuzione di queste scuole nel territorio nazionale non è uniforme e su questo problema sarebbe il caso di intervenire con indirizzi un po' più precisi. Per esempio, ce ne sono molte in alcune Regioni, come la Campania, dove non c'è poi un completo assorbimento di questo personale.

Non vorrei dire nulla sulle convenzioni, perchè penso che tutti conosciate le difficoltà che incontriamo attualmente per l'avvio delle convenzioni *ex* articolo 48 della legge di riforma. Ma naturalmente in prosieguo potremmo tenervi informati sugli sviluppi delle trattative ancora in corso. Oggi pomeriggio alle 17 il Ministro ci riunisce per una riflessione su quello che deve essere l'atteggiamento del Governo su tale problema.

L'ultimo ufficio, ma non per ordine di importanza, perchè svolge un'attività intensissima nell'ambito della Direzione generale,

è l'ufficio del contenzioso, che ha una gran mole di lavoro per tutte le problematiche relative a ricorsi, istruttorie, impugnative, eccetera.

Una cosa che ho dimenticato di dire è quella del tariffario per le incentivazioni alla produttività, previsto dal contratto nazionale unico per il comparto sanitario (decreto del Presidente della Repubblica n. 348 del 1983). Questo lavoro è stato fatto dall'ufficio della programmazione sanitaria in collaborazione con la mia Direzione generale. È stato un lavoro impegnativo che ha previsto riunioni lunghissime e che ha prodotto risultati apprezzabili. Il tariffario, pronto per la firma del Ministro, non può non avere ripercussioni sulle tariffe dell'attività libero-professionale e sul convenzionamento esterno.

Questi due raccordi, è necessario effettuarli e rappresentano certamente un momento delicato da esaminare.

Il tariffario suddetto inoltre ha un'importanza che va al di là della semplice elencazione di cifre e di compensi, perchè è anche una sorta di indirizzo e di guida per le prestazioni. Infatti il nomenclatore è anche una guida, quasi un'anticipazione dei protocolli diagnostici; se è superato e riporta voci di prestazioni obsolete, può indirizzare verso un tipo di prestazioni superate, mentre un nomenclatore moderno ed adeguato fornisce una guida importante. Sotto questo profilo sarebbe opportuno che in futuro venisse completamente rielaborato ed aggiornato.

Ho finito; ringrazio per l'attenzione, e mi riservo ovviamente di intervenire successivamente per rispondere alle domande.

**PRESIDENTE.** Ringrazio il dottor Polizzi e spero che egli ci fornirà la sua documentazione, perchè sarà opportuno acquisirla *in extenso* per la Commissione.

Abbiamo a disposizione trenta minuti ancora e direi di offrire la precedenza alle domande per il professor Vetere. Le domande al professor Polizzi e la sua replica potranno essere effettuate nel primo pomeriggio.

**ALBERTI.** Professor Vetere, vorrei sapere se il Ministero della sanità aveva approfondi-

to il problema del pendolarismo dei bambini ammalati e della pediatria. Si tratta di piccole malattie, ma c'è anche il problema a volte delle grandi malattie ed esiste un certo movimento tra le società scientifiche per creare protocolli di terapia, in modo da distribuire più equamente sul piano nazionale questi protocolli.

Tuttavia resta il fatto che questi bambini sono solitamente portati al Nord per effettuare il famoso *fall out*, non per motivi sanitari. Un intervento da parte del Ministero in questo senso andrebbe fatto; il *fall out* si può fare benissimo in accordo con l'Italia meridionale.

Quindi vorrei sapere se era stata fatta un'indagine accurata per la patologia trasferita al Nord e poi vorrei conoscere la situazione dell'Istituto Gaslini di Genova, che è stato creato come ospedale specializzato per tutta l'Italia ed è diventato — man mano che sono passati gli anni — un ospedale che serve solo la regione Liguria o, se non serve solo essa, è per dare una funzione a molti reparti dell'Istituto stesso.

**BOTTI.** Professor Vetere, in parte la mia domanda si riallaccia a quella che ha fatto il senatore Alberti. Lei ha parlato di un notevole flusso di bambini con patologie minime che dal Sud si reca ai centri pediatrici del Nord, in particolare in quelli di Genova e di Trieste. Le chiedo: qual è lo stato dell'assistenza pediatrica nel Sud, se ci si preoccupa di questo particolare aspetto di migrazione, e quali provvedimenti sono stati presi in merito?

La seconda domanda si riferisce alla medicina sportiva. La legge istitutiva dell'obbligatorietà degli accertamenti per la pratica sportiva ha indubbiamente messo in crisi le unità sanitarie locali; vorrei soltanto ricordare, per esempio, che il servizio di medicina sportiva di Parma dovrebbe fare in un anno — mi riferisco al passato 1983 — circa 15.000 accertamenti cardiologici comprensivi di prove da sforzo: un impegno che non può certamente soddisfare. Come si intende ovviare a questa insufficienza operativa dei servizi di medicina sportiva, che si ripercuote sulla impossibilità da parte delle unità

sanitarie locali a potenziare organici ed apparecchiature, stante le loro carenze finanziarie?

RANALLI. La mia domanda non riguarda le materie aggregate nella Direzione generale a cui è a capo il professor Vetere, ma riguarda il direttore generale professor Vetere, come protagonista del palazzo in cui opera insieme ad altri direttori generali.

VETERE. Veramente la mia sede è distaccata.

RANALLI. Mi sembra che ci siano cinque Direzioni generali di cui due di contenuto nuovo, quella per l'attuazione della riforma sanitaria e quella per la programmazione sanitaria. Ebbene, come si coordinano queste cinque Direzioni generali, a che livello avviene tale coordinamento, ed esiste davvero questo livello o le cinque strutture verticali agiscono con tale autonomia da non sapere l'una quello che fa l'altra, producendo in tal modo in periferia un numero notevole di circolari? Compiono degli studi insieme, od ogni Direzione generale ha il suo centro studi?

Seconda domanda. Diceva il professor Polizzi — ma la cosa può riguardare anche il professor Vetere — che gli atti di indirizzo e di coordinamento governativi sono difficili da realizzarsi perchè presuppongono delle premesse che si basano su indagini lunghe. Quindi, se ho ben capito, avete rinunciato ad un simile tipo di coordinamento talchè gli atti di indirizzo governativi forse si contano sulle dita di una sola mano nell'arco di tutti questi anni. Vorrei osservare che non adempiere a tale impegno significa violare uno dei punti principali della riforma e significa venir meno alle novità istituzionalmente codificate del nuovo Ministero della sanità, di un Ministero che programma e realizza la riforma. Cioè — ecco la domanda che le rivolgo, professor Vetere — non è forse il risultato della mancata applicazione dell'articolo 59 della legge n. 833 — anche per mancanza di volontà, sottolineei la situazione come vuole — che produce strutturalmente una inadeguatezza del Ministero, una dimensione cul-

turale impropria rispetto ai nuovi compiti? Capisco che la domanda che le rivolgo può forse in qualche misura provocare dei risentimenti; ciò nonostante chiedo una valutazione oggettiva: aiutateci a capire quello che avviene all'interno del Ministero.

Terza questione. Vengono emanate leggi in materia sanitaria di cui molte sono d'iniziativa governativa: chi controlla dal Ministero la corretta applicazione di tali leggi? C'è qualcuno che se ne occupa o si abbandona tale applicazione all'iniziativa delle Regioni in base al decentramento? Non sarebbe utile che anche dall'interno del Ministero vi fosse chi in qualche misura vigilasse sull'esatta e corretta applicazione di queste leggi nei Comuni e nelle strutture operative locali e si facesse carico eventualmente di fornire gli indirizzi appropriati per l'omogenea e unificante applicazione in sede nazionale delle suddette leggi in materia sanitaria?

COLOMBO SVEVO. Ringrazio gli intervenuti perchè in poco tempo hanno dato una messe di notizie estremamente importanti, tanto è vero che ritengo si debba prorogare illimitatamente l'indagine conoscitiva perchè è l'unico strumento che abbiamo per acquisire determinate informazioni. È un problema questo, che a mio avviso va correttamente posto al signor Ministro per trovare le modalità corrette per una informazione completa.

Al professor Vetere desidererei comunque avanzare una richiesta che riguarda soprattutto il rapporto tra spesa sociale e spesa sanitaria; ho già fatto questa domanda ad altri, ma penso che lei, professore, possa forse entrare nel merito prima di tutto per quanto riguarda l'interpretazione che si sta dando del famoso articolo 30 della legge finanziaria 1984, che era teso a modificare il rapporto tra le due spese facendo assumere al Fondo sanitario la parte di spesa sanitaria connessa con alcuni servizi socio-assistenziali. Mi sembra invece che l'interpretazione che se ne sta dando sia del tutto diversa. Si stanno scorporando cioè anche quelle spese e quindi quelle prestazioni che prima erano riconosciute e integrate come socio-sanitarie. Esse, quando si stabilì e si determinò il Fondo sanitario, furono fatte rientrare nella

spesa sanitaria, mentre ora invece si sta cercando di scinderle impoverendo così ancora il settore sociale. Vorrei sapere innanzitutto qual è l'orientamento del Ministero, e in secondo luogo come si orienta quella commissione che dovrebbe istituzionalmente essere competente a distinguere tra spesa sanitaria e spesa sociale e a definire il grado di integrazione. La domanda mi sembra tanto più importante perchè lei stesso, nella sua relazione, ha individuato alcune trasformazioni che stanno avvenendo in modo distorto e in genere tali distorsioni si verificano quando non c'è chiarezza, quando ognuno cerca di trasformare i servizi in cliniche o in comunità a seconda non tanto delle necessità, ma dell'opportunità finanziaria di determinati servizi. Vorrei sapere dunque come sono state seguite queste trasformazioni e quali indicazioni sono emerse dall'evolversi delle varie situazioni regionali.

Il secondo argomento attiene alla riabilitazione, dove per quello che risulta stanno accadendo delle cose molto strane soprattutto in termini di distinzione tra competenze sociali e sanitarie.

Su questo punto specifico vorrei chiedere se non sia possibile distinguere, ad esempio, le strutture di preminente interesse sanitario (dalle quali, a mio avviso, non si può scorporare la parte socio-assistenziale includendola come finanziamento, nell'ambito del Fondo sanitario nazionale), da quelle che hanno un prevalente carattere socio-assistenziale, e che potrebbero trovare finanziamenti in parte coperti con il Fondo sanitario, in parte coperti con finanziamenti dei Comuni o degli utenti.

Vi è, attualmente, uno stato di malcontento a livello generale, in quanto non solo non state ancora state stabilite le quote annuali, ma non è stata nemmeno istituita l'apposita commissione a suo tempo richiesta e della quale doveva far parte anche un rappresentante del Ministero del tesoro. Vorrei, pertanto, che mi venisse fornito qualche chiarimento in ordine alla situazione attuale del settore ed alle eventuali iniziative che si intendono adottare in proposito.

Vorrei inoltre alcune precisazioni sulla medicina sportiva, per quanto riguarda in parti-

colare l'articolo 32 della legge finanziaria 1984, che non consentirebbe alle Regioni di operare risparmi così com'era nella intenzione del legislatore, in quanto, sulla base della terminologia usata, vi potrebbero rientrare, anche professionisti veri e propri.

*VETERE.* Guardi che persone come quelle da lei citate pagano. Le spiegherò più avanti, nella mia replica.

*COLOMBO SVEVO.* Ritengo che sarebbe opportuno chiarire questo punto, anche perchè una interpretazione più restrittiva di tale articolo consentirebbe, a mio avviso, alla normativa di produrre effetti positivi, in termini di contenimento della spesa.

*ROSSANDA.* Vorrei innanzitutto unirmi alla richiesta avanzata dalla senatrice Colombo Svevo in relazione ad un più continuo contatto del Parlamento con il Governo in materia e ben venga l'indagine conoscitiva della Commissione sanità del Senato a questo scopo.

In merito alle osservazioni comparative del professor Vetere in ordine ai diversi comportamenti degli IPAI in Sicilia ed in Emilia-Romagna, vorrei chiedere se egli abbia con ciò inteso mettere in evidenza la contraddizione insita nel fatto che tale istituzione, laddove si è dedicata alle sue vere finalità, non sarà più finanziata dal Ministero della sanità, mentre, laddove ha mantenuto quei poteri che avrebbe, invece, dovuto cedere ad altri organismi, conserverà il proprio finanziamento. Si tratta, infatti, di una contraddizione che deve essere sanata.

Vengo ora ad un'altra questione. La normativa vigente è, a mio avviso, molto esplicita nel non consentire — come invece sarebbe stato preferibile — che il Fondo sanitario nazionale si faccia carico di parte delle spese sociali e miste. È chiaro che se tali spese fossero state gestite dalle USL, lo sarebbero state a spese dei Comuni. Ricordo che avevamo a suo tempo espresso il nostro dissenso in proposito.

Per quanto riguarda gli Istituti di ricovero e di cura a carattere scientifico, appare, a mio giudizio, molto interessante l'indirizzo

che la Direzione generale dei servizi di medicina sociale, presieduta dal professor Vetere, ha dato in merito alla qualificazione degli istituti pediatrici. Mi auguro che si intervenga al più presto nel settore affinché il problema della qualificazione di tutti gli istituti scientifici sia oggetto di particolare attenzione da parte del Ministero. Intendo riferirmi, in particolare, alla necessità di definire il carattere specifico della ricerca. Ad esempio, in un recente convegno sul policlinico tenutosi a Milano è emersa l'esistenza di uno stato di confusione in merito alla sua funzione.

Vorrei inoltre chiedere al professor Vetere se la Direzione generale dei servizi di medicina sociale sia stata interpellata dal CIPE o da altri organismi quando fu deciso di erogare un finanziamento straordinario, che ammontava a circa 28 miliardi, all'Istituto Rizzoli, che disponeva già di contributi attribuitigli sulla base del Fondo sanitario nazionale. Tale nuovo finanziamento viene erogato sulla base del Fondo investimenti ed occupazione, cosa, questa, che riteniamo totalmente abnorme.

Sono in corso, attualmente, pratiche per il riconoscimento di altri istituti scientifici ed ho sentito parlare di pressioni provenienti da un istituto dalle parti di Pescara. Vorrei ricordare, in proposito, che quando si conclusero i lavori della Commissione bicamerale vi fu da parte del Governo un impegno molto preciso a non creare nuove istituzioni fino a quando non fosse stato fatto un bilancio di quelle già esistenti.

Mi auguro che le questioni relative allo svolgimento delle attività elencate dal professor Vetere trovino soluzione in tempi brevi. Innanzitutto, occorre risolvere il problema dello scorporo della Croce Rossa nell'interesse del personale, al fine di consentirne un nuovo e migliore inquadramento. È poi necessario affrontare la questione relativa ai protocolli per gli esami diagnostici in gravidanza ed all'elenco delle malattie dichiarate esenti da *tickets*, tanto più che ci si sta avvicinando alla scadenza dei termini fissati dalla legge finanziaria ed un ritardo nell'emanazione dei decreti sarebbe certamente lesivo degli interessi di molte categorie.

CALÌ. Porrò alcuni quesiti in merito ai problemi della ricerca scientifica.

Innanzitutto, vorrei conoscere l'entità dello stanziamento del Ministero della sanità per la ricerca scientifica e sapere se, nell'ambito di tale stanziamento, venga privilegiata la ricerca di base o quella applicata.

Inoltre, sarebbe, a mio avviso, opportuno sapere con esattezza chi valuta, ed in base a quali criteri, la validità dei piani di ricerca.

Vorrei chiedere, infine, se venga effettivamente verificata la reale possibilità per un ricercatore di svolgere contemporaneamente più ricerche. Infatti, in qualità di membro del consiglio d'amministrazione dell'Istituto dei tumori di Napoli, mi è capitato sovente di notare che i ricercatori (tenuti ad indicare, come è giusto che sia, la percentuale di tempo che prevedono di dover dedicare ad una determinata ricerca) forniscono indicazioni poco comprensibili. Alcuni, per esempio, attestano di potervi dedicare più del 100 per cento del proprio tempo, fino ad addirittura il 300 o il 350 per cento. Si rende, pertanto, necessario un chiarimento in proposito.

PRESIDENTE. Vorrei chiedere al professor Vetere ed al professor Polizzi se sia possibile disporre di un organigramma delle loro Direzioni, con particolare riferimento alla quantità ed alle funzioni del personale ivi impiegato. Sarebbe, inoltre, opportuno disporre dell'elenco delle varie commissioni che fanno capo alle rispettive Direzioni generali, con l'indicazione dei presidenti e dei membri.

Sarebbe poi utile conoscere quale sia il flusso di informazioni dalla periferia agli uffici centrali del Ministero sotto la loro competenza, e se esso sia o meno regolare.

Vorrei chiedere, infine, se si intenda approfondire il problema degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico; punto, questo, compreso anche nel nostro schema di indagine conoscitiva e sul quale potrebbe anche aver luogo un apposito e più ampio dibattito, al quale dovrebbero prendere parte i responsabili del settore.

Si potrebbe risentire il professor Vetere, in altra occasione: c'è infatti il grosso problema della educazione sanitaria che mi sembra

pertinente, per quanto riguarda il Ministero, al settore diretto dal professor Vetere stesso. Sarebbe opportuno avere al riguardo qualche informazione, sia pure con un successivo documento scritto. L'altro grosso problema è quello delle tossicodipendenze e del controllo sanitario di tutto il settore; anche qui c'è il problema del flusso delle informazioni circa lo stato dei servizi periferici, del loro grado di attività, di efficienza e così via. Se il professor Vetere ritiene che su questo argomento non ci sia oggi il tempo di essere esaurienti, troveremo il modo di riparlare al momento opportuno; ma sarebbe utile aver almeno qualche documento scritto per informazione preliminare, da allegare all'indagine conoscitiva.

**VETERE.** Comincerò dall'ultimo punto, signor Presidente, per dirle che per quanto riguarda le tossicodipendenze è all'esame del Ministro — che ha voluto rivederla in alcune parti e farvi una premessa che va ancora definita — una relazione sullo stato della prevenzione e dell'assistenza ai tossicodipendenti che si riferisce al 1982, anno in cui l'attuale Ministro non era in carica alla sanità. In questo momento l'argomento più pressante è la disciplina delle comunità terapeutiche per evitare quei fatti tra l'altro riportati dai giornali. Si è svolta una riunione con rappresentanti regionali che ha dato avvio alla formulazione di un atto di indirizzo e coordinamento governativo *ex* articolo 5 della legge n. 833, articolo che ritengo debba essere applicato, tanto è vero che, a suo tempo, è stato formulato un atto relativo alla tutela materno-infantile («Azione donna») ed al ruolo dei consultori, atto sul quale l'attuale Governo non si è ancora pronunciato.

Per quanto riguarda l'educazione sanitaria e gli altri problemi per i quali lei, signor Presidente, ha chiesto elementi, invierò un quadro della situazione attuale della Direzione, la quale con circa ottanta dipendenti svolge un rilevante lavoro di applicazione di non poche leggi. Farò anche pervenire copia di una relazione che periodicamente predispongo per il Ministro, divisa per settori e con numerazione in codice, in modo da consentire un aggiornamento e, al limite, una computerizzazione.

Per quanto riguarda l'intervento del senatore Cali comincerò anche per lui dall'ultimo punto; da quando ho la responsabilità della Direzione generale, si è studiata e quindi introdotta una scheda di ricerca analoga a quella adottata dal CNR. Pertanto doppioni e riedizioni del tipo di quelle denunciate dovrebbero verificarsi molto difficilmente; pur non possedendo un microcomputer, la Direzione può verificare manualmente l'originalità delle ricerche commissionate. Comunque è sempre possibile un raccordo personale con un sistema privato o pubblico di elaborazione, allargando la misera dotazione di copia dattilografica della Direzione, spesso rappresentata dalla macchina da scrivere di chi vi parla.

Presidente, quando si crede in qualche cosa, ci si mette nelle condizioni di realizzare gli obiettivi, anche a costo di sacrifici personali.

**PRESIDENTE.** La mia domanda aveva anche questo scopo, di metterla cioè in condizione di operare.

**VETERE.** Per quanto riguarda la ricerca di base e quella finalizzata, rinvio in parte alla relazione sugli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico che ho or ora consegnato. Lo stanziamento per la ricerca finalizzata è stabilito dalla legge finanziaria sia per lo Stato sia per le Regioni; per lo Stato trattasi di 7 miliardi per il 1982, 7 miliardi per il 1983, 10 miliardi per il 1984 e 13 miliardi per il 1985, da destinarsi agli Istituti in argomento. Detto stanziamento non è il frutto di una sommatoria di richieste, ma costituisce una scelta del Ministero che commisiona le ricerche.

La ricerca finalizzata presuppone l'esistenza di una ricerca corrente sulla quale si articola, a seconda delle potenzialità scientifiche degli Istituti. Questi ultimi hanno ricevuto indirizzi generali e proposte da parte della commissione nazionale *ex* articolo 23 del decreto del Presidente della Repubblica n. 617 del 1980; indirizzi che tengono conto delle caratteristiche di ciascun Istituto, oltre che delle priorità del Servizio. Ad esempio, l'Istituto Besta di Milano è stato invitato a formulare un piano di ricerca sulla sorve-

gianza neurologica dei pugili, argomento questo di attualità che richiede una indagine approfondita oltre che esami ripetuti.

ROSSANDA. Bisogna vedere se le TAC servono.

VETERE. Esiste, in realtà, una letteratura rilevante, specie anglosassone, sugli effetti dei K.O. sul sistema nervoso centrale; nella citata relazione sugli Istituti non mancano accenni al problema.

Altri esempi di collegamenti sono costituiti dal morbo di Hansen che sarà oggetto di una ricerca incrociata fra vari Istituti, in quanto è un modello fondamentale di immunodeficienza; il morbo di Down verrà, invece, collegato con le ricerche geriatriche perchè è, in fondo, un invecchiamento precoce. Credo quindi che la Direzione si stia muovendo su questa base sia pure con notevoli difficoltà.

Per quanto riguarda la ricerca di base, chiamata dal legislatore «ricerca corrente», l'attuale decisione di stanziare 80 miliardi per il 1984 è ancora da sottoporre al parere del Consiglio sanitario nazionale per quanto riguarda la sua distribuzione; su questo punto vi sono cenni nella relazione, anche se trattasi soprattutto di una documentazione — che si sta completando con il professor Rossi-Bernardi — e che dovrà essere discussa da un apposito comitato che poi a sua volta riferirà al Consiglio sanitario nazionale stesso. Nessun nuovo riconoscimento di Istituti verrà proposto, non solo in adesione alla precisa richiesta di moratoria votata dal Consiglio sanitario nazionale in occasione dell'ultima tornata di riconoscimenti, ma anche per attendere da parte dello stesso Consiglio la discussione e la definizione di nuovi criteri, già proposti dalla Direzione. Criteri che sono in gran parte commentati nella relazione suaccennata e che, superando le polemiche, tendono a non sopravvalutare il peso delle pubblicazioni scientifiche che hanno rilevanza, specie se accettate da riviste citate dal *current index*, rispetto a quelle comparse su riviste a diffusione limitata e non internazionale. Si ritiene, infatti, che debbano essere meglio valutati, fra i criteri, i protocolli diagnostici e terapeutici elaborati

non per uso interno ma per committenza di società, ed il parere espresso dalle società scientifiche e dagli altri Istituti monotematici e pluritematici intorno alle nuove istituzioni da riconoscere. In linea generale non sembra opportuno allargare l'area degli Istituti se prima non si è chiarita l'utilizzazione di quelli esistenti.

Nella relazione si constata come l'Italia, rispetto ad altri paesi che hanno lo stesso tipo di istituto a mezza via tra università e istituto di ricerca pura, si trovi ad essere scoperta in due settori: l'oculistica, che è importante per quanto si riferisce al glaucoma e alle problematiche della lotta contro la cecità, ed il settore delle cardiopatie intese come fattore di rischio. Però per questa area si individuano sempre nella relazione linee di agganci che sono stati già realizzati attraverso ricerche finalizzate del 1982-1983.

Per quanto si riferisce al problema sollevato dal senatore Alberti, va rilevato che la ricerca, promossa dal professor Auricchio e da altri pediatri meridionali e resa nota in questi giorni, ha dimostrato che in più della metà dei casi, la causa fondamentale del ricorso ad Istituti pediatrici centro-settentrionali era rappresentata dalla sfiducia nei confronti dei servizi locali. Pertanto si è predisposto un piano di interventi presso la presidenza della RAI-TV per il lancio di una campagna articolata, non tanto per «popolarizzare» ma per far conoscere le strutture esistenti nel Sud e nelle Isole attraverso la rete regionale della televisione di Stato, non essendo, evidentemente realizzabile un collegamento con le reti private. Comunque, non si mancherà di predisporre, sulla base di esperienze anche personali di collaborazione con lo strumento televisivo, pacchetti informativi ed educativi, basati sull'illustrazione di attività ospedaliere ed ambulatoriali non sempre oggetto di visite, discussioni e collaborazioni. In tal modo ci si propone anche di ridurre l'analogo fenomeno riscontrabile negli adulti, fenomeno facilmente constatabile, ad esempio, frequentando un ambulatorio universitario urologico romano dove almeno la metà dei pazienti in attesa di un semplice esame cistoscopico hanno fatto un lungo viaggio per una indagine che avrebbe potuto

essere effettuata nel territorio di residenza.

Quindi, questo è un problema soprattutto di impostazione e si è già preannunciato che la soluzione dovrebbe essere quella dei protocolli che sono stati affidati, come ricerca finalizzata, ai due Istituti pediatrici, con particolare riguardo a quello di Trieste. Naturalmente, c'è una patologia di cui non si può non tenere conto; il problema del bambino uremico, ad esempio, è un problema molto grave e serio, così come quello dell'uremico che è anche diabetico. In proposito, vorrei sottolineare che in tutta Italia soltanto il 5 per cento dei diabetici trova posto nei centri di dialisi contro la media del 20-25 per cento degli altri paesi. Gli altri muoiono o l'Italia è infatti il paese in cui la mortalità per diabete è maggiormente aumentata rispetto alla diminuzione che si è verificata negli Stati Uniti, in Canada e in Gran Bretagna. Al riguardo verrà utilizzato l'Istituto di San Romanello (Segrate) dove la diabetologia è molto approfondita, per proporre protocolli di trattamento della nefropatia diabetica.

Per quanto riguarda lo stato dell'assistenza pediatrica nel Mezzogiorno, esso si desume facilmente dai dati relativi al tasso di mortalità infantile, che nel nostro paese passa dal 4,9 per mille di Trieste (1982) dove va pure tenuto conto della bassa natalità, a valori intorno al 20 per mille in alcune province meridionali, quali Benevento e Caserta; quindi, siamo ancora piuttosto in ritardo.

Sempre a questo riguardo, informo la Commissione che dopodomani a Reggio Calabria avrà luogo una riunione di ostetrici e pediatri organizzata dalla Direzione generale con il gruppo europeo di studio sulla mortalità perinatale, riunione predisposta allo scopo di programmare un'indagine approfondita attorno alle cause della mortalità materna e perinatale. Devo dire che la mortalità materna in tutto il paese è notevolmente ridotta: 15 morti ogni centomila nati nel 1982; però, l'obiettivo degli Stati Uniti per il 1990 è di arrivare ad un tasso del 5 per centomila, mentre quello attuale si aggira intorno al 12-13 per centomila con punte di 30-40 sulle donne di colore. Noi abbiamo, come ho detto, questo tasso di 15 morti ogni centomila nati con punte di 27-30 in alcune regioni

meridionali, ma certamente non è questo il problema essenziale. Il vero problema infatti è quello della mortalità perinatale che va affrontato con protocolli che sono già stati predisposti in sede europea, per cui alla fine di quest'anno, a ricerca effettuata, saranno anche i colleghi di altri stati europei a discutere intorno ad un approccio pratico di controllo che non si risolva però esclusivamente in una forma di moltiplicazione di esami non sempre utili.

A questo proposito, mi riallaccio al problema, conosciuto dal presidente Bompiani, dell'applicazione della legge n. 638 del 1983. I protocolli per la tutela della gravidanza sono già stati presentati al Consiglio superiore della sanità molto prima della scadenza del termine, ma il Consiglio, per motivi di organizzazione interna, li esaminerà soltanto il 13 febbraio prossimo. Il Consiglio superiore della sanità aveva già studiato protocolli per la gravidanza che alla Direzione sono sembrati troppo estesi, dovendosi invece applicare una legge che è finalizzata alla riduzione della spesa. Alcuni esami, come l'ecografia, stanno destando qualche perplessità. Ultimamente, sono stati resi noti, ma solo in via preliminare, casi di labirintite in neonati di donne sottoposte ad ecografia e sappiamo che gli ultrasuoni, oltre una certa frequenza, provocano fenomeni patologici. Inoltre, non vi è ancora una sufficiente chiarezza per quanto riguarda la competenza interpretativa e quindi si è talvolta in presenza di reperti ecografici non da tutti letti allo stesso modo, aspetto questo che dovrà dar luogo ad una discussione seria sulla limitazione di queste indagini. Ciò allo scopo di evitare che tale provvedimento, che parte da una premessa di freno economico, diventi di per sé generatore di spesa, fermo restando il calcolo costi-benefici.

Per quanto riguarda la medicina sportiva, ci si trova di fronte a non pochi problemi. L'articolo 32 della legge finanziaria 1984 è un articolo di limitazione di spesa; ora, come si è ricordato nelle premesse, le attività professionistiche già prevedono un pagamento delle indagini diagnostiche, altrimenti il legislatore avrebbe dovuto abrogare le precedenti disposizioni del 1971 e del 1979.



L'interpretazione autentica deve essere ancora enunciata dall'ufficio legislativo del Ministero; personalmente ritengo tuttavia che l'aggiunta di «e» fra volontarie e sportive possa migliorare l'interpretazione.

Comunque, il problema politico è quello di sottoporre o meno a pagamento indagini di laboratorio e di diagnostica strumentale legate all'accesso ad attività sportive di incentivazione all'attività fisica, quali i Giochi della gioventù. Si delinea, così una contraddizione fra le enunciazioni sull'incremento dello sport di massa, le esigenze di un controllo sanitario degli aspiranti, e la imposizione di *tickets*; personalmente ritengo che lo stile di vita attivo debba prevalere ed essere incentivato. Ma è bene rendersi conto, a proposito del disposto in argomento, delle difficoltà nelle quali si viene a trovare l'amministratore pubblico che deve applicare normative alla cui definizione non è stato chiamato a concorrere, sia pure sotto il punto di vista tecnico. Il termine «volontarie» non è compreso nelle disposizioni vigenti: semmai si dovrebbe distinguere fra attività agonistiche (comprendenti anche i Giochi della gioventù che si svolgono su base nazionale e che richiedono controlli più accurati) ed attività non agonistiche, secondo la impostazione contenuta nella circolare ministeriale del dicembre 1982, circolare formulata previa intese con le Regioni. Oltre a tutto, parlare di attività volontarie potrebbe sottintendere l'esistenza di attività sportive coatte, il che non è il caso!

Per quanto riguarda poi il problema specifico delle prove da sforzo, si discute presso il Consiglio superiore della sanità circa l'esigenza di avere un apparecchio di elettrostimolazione, o meglio di un defibrillatore, nei locali dove si effettuano tali prove. Personalmente, non sono d'accordo su questa impostazione che provocherebbe un aumento dei costi e creerebbe soltanto dei problemi, mentre, viceversa, l'attuale *test* da sforzo è semplice ed è paragonabile a quello suggerito alla popolazione canadese come *test* domestico.

Sempre riguardo questo argomento, ritengo che si debbano non solo potenziare i servizi di medicina sportiva, che secondo

l'articolo 14 della legge n. 833 del 1978 fanno parte dei servizi che le USL devono prestare ai loro assistiti, ma anche utilizzare in maniera polivalente gli altri servizi. A tale riguardo, una commissione, in via di istituzione, provvederà a delineare un atto di indirizzo e coordinamento per i servizi di medicina dello sport ai fini di una utilizzazione più razionale dei servizi diagnostici esistenti sul territorio. In tal modo si potranno anche concentrare i dati in una cartella dell'attività sportiva che favorisca la diffusione fra la popolazione del concetto di attività fisica quale unica prevenzione attualmente nota nei confronti di una serie di malattie croniche e degenerative.

Per quanto si riferisce ai quesiti che mi ha posto il senatore Ranalli, premetto che il legislatore ha riconosciuto l'esigenza di riformare *ab imis* il Ministero della sanità. Io non credo però che una riforma, che stenta a venire per una serie di difficoltà interne, possa di per sé, per il solo fatto della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*, colmare le lacune esistenti derivanti da una mancanza di approccio culturale verso la salute e la prevenzione.

Mi permetto a questo punto, senatore Ranalli, di ricordarle anche Marx, non perchè sia filosoficamente marxista ma perchè non ritengo che siano gli uomini soltanto che possono condizionare gli eventi o le leggi, ma tutto il contesto culturale. Naturalmente, sono favorevole, così come lo è il legislatore, ad una riforma del Ministero della sanità; possiamo non essere d'accordo sulle cause remote che hanno portato a questa situazione ed ho, in merito, una posizione personale, secondo la quale alcuni provvedimenti presi dalle Regioni tra il 1972 ed il 1978 per l'estensione dell'assistenza farmaceutica avrebbero potuto essere sostituiti da impegni finanziari per la formazione di un corpo tecnico regionale nonchè da provvedimenti a favore della medicina preventiva. Trattasi comunque di problemi generali che non incidono direttamente sulle riforme del Ministero.

In proposito, credo di aver diffuso le mie idee con scritti, come studioso della materia. Come Direttore generale non posso che dirle

che il coordinamento è assicurato dall'ufficio di gabinetto. Però questo coordinamento non è ancora effettivo ed è questo uno dei problemi più seri, in quanto non esiste ancora l'abitudine al lavoro di gruppo, permangono tradizioni burocratiche...

RANALLI. È proprio questo che volevo sentirle dire!

VETERE. La ristrutturazione del Ministero deve raggiungere questo obiettivo; ci troviamo in un momento in cui la medicina di comunità, chiamiamola alla maniera inglese (non la medicina di medico condotto) ha un suo *plafond* culturale, scientifico, epidemiologico tale che può consentire di ottenere risultati concreti attraverso programmi finalizzati e coerenti. Questo, tuttavia richiede conoscenze culturali e motivazioni specifiche, purtroppo nulla è stato fatto, e non per colpa di qualcuno, ma a causa di un indirizzo generale che ha visto prevalere alcuni aspetti della terapia sofisticata, o alcuni problemi del sovvenzionamento, coi medici di famiglia, coi pediatri di libera scelta, con gli specialisti, con gli ospedalieri, rispetto al momento di formazione di quadri sanitari pubblici. L'Italia è l'unico paese del mondo a non avere una Scuola di sanità; ce l'ha il Ghana, il Niger, e gli altri paesi africani. L'Organizzazione mondiale della sanità in realtà aveva favorito, nei lontani anni cinquanta la costituzione di una Scuola di sanità italiana, prevedendo anche contributi per attrezzature; tale intervento non si è tuttavia concretizzato, forse per l'accendersi di rivalità fra Università, Istituto superiore della sanità ed amministrazione sanitaria (allora rappresentata dall'Alto commissariato per l'igiene e la sanità). Attualmente, viene così a mancare un corpo tecnico centrale preparato ai compiti che la riforma ha affidato al Ministero, nonostante i giovani medici della sede centrale chiedano provvedimenti di aggiornamento della propria formazione. Personalmente non lesino interventi nei confronti dei colleghi che collaborano nella Direzione generale, ma il tempo è pochissimo ed il corso già svolto ha avuto uno svolgimento prevalentemente formale.

Tornando al quesito del senatore Ranalli, il coordinamento interdirezionale attualmente esiste; non è esatto che una Direzione faccia una circolare contro un'altra Direzione; possono esserci delle Direzioni che hanno una corsia preferenziale. A questo proposito mi è stata rivolta una domanda relativa alla composizione della commissione per le trattative della retta dei centri di recupero; devo dire che ancora dal mese di ottobre non si riesce a definire questo aspetto, non per colpa della Direzione, che ha provveduto a recepire gli orientamenti regionali facendoli propri, ma in quanto, e a questo punto accenno all'articolo 30 della legge finanziaria 1984, non è stata definita una linea di demarcazione del Ministero e delle Regioni fra il sociale, il socio-assistenziale e il sanitario puro. Il problema verrà affrontato il 2 febbraio da un comitato *ad hoc* del Consiglio sanitario nazionale, comitato che prevede la partecipazione di esperti non facenti parte del Consiglio stesso. L'articolo 30 è da interpretarsi come applicazione pratica; l'attuale esperienza conferma la prevalenza di motivazioni di cassa, per cui una impostazione ministeriale, personalmente non del tutto condivisa, circa l'esclusione del «sociale» dai ruoli sanitari è stata localmente applicata talvolta con zelo eccessivo. Ma va considerato che il Fondo sanitario è un abito stretto che costringe a contorsioni e che crea problemi appunto per la sua rigidità.

La differenziazione netta è quanto mai difficile mentre emerge sempre più l'importanza del rapporto fra fattori sociali e salute; comunque sarà necessario evitare contraddizioni interpretative e spero che attraverso la discussione sia possibile in seno al Consiglio sanitario nazionale pervenire a formulazioni concordate che diano origine a successivi atti governativi di indirizzo e coordinamento. Ritengo che l'ente comunale in teoria depositario dell'autorità sanitaria (realizzazione questa non sempre presente, con l'eccezione delle città più grandi), essendo anche il gestore dell'assistenza sociale, debba attuare forme di integrazione tali da risolvere alcuni problemi urgenti. La soluzione globale, tuttavia, è da ritrovarsi in una effettiva ristrutturazione dell'assistenza; è bene indicare il

termine di ristrutturazione e non di riforma, in quanto quest'ultimo presuppone l'esistenza di un vero e proprio servizio da modificare. Attualmente, la molteplicità delle impostazioni non consente di delineare uno schema unitario che non sia caratterizzato da forme di assistenzialismo passivo e che si riconduca a quei principi della sicurezza sociale che abbiamo appreso dai libri e leggiamo sulla stampa.

Per quanto riguarda il controllo sull'applicazione delle leggi e le funzioni di vigilanza del Ministero, è noto che il Ministro intende presentare un disegno di legge in materia; attualmente i poteri sostitutivi sono quelli che il collega Polizzi ha richiamato limitatamente alla inadempienza ad un preciso disposto di legge. Sarebbe, invece, necessario tradurre in normativa un concetto che, già presente nella legislazione ospedaliera *post-1968* ha dato luogo ad una miriade di interpretazioni giuridiche, ma, a quanto mi risulta, a nessuna applicazione pratica: intendo riferirmi all'alta sorveglianza che il Ministero avrebbe dovuto svolgere, *illo tempore*, nei confronti degli enti ospedalieri. Le difficoltà esistenti prima della riforma si sono peraltro accentuate, con particolare riguardo per la delicatezza dei rapporti Stato-Regioni, con il rischio evidente di interferenze arbitrarie sulla potestà regionale. Gli interventi dell'autorità centrale richiedono, per non essere spinti da motivazioni contingenti, talvolta da semplici notizie e comunicati-stampa, un flusso di informazioni a doppio canale fra centro e periferia tale da consentire un giudizio e, quindi, un intervento obiettivo.

Il cenno ai flussi informativi mi consente di rispondere al quesito relativo all'attuale sistema di comunicazioni, sistema quanto mai carente come può rilevarsi anche dalla semplice lettura della breve relazione relativa agli IPAI, che pure rappresentano un settore minimo rispetto alle informazioni relative alle interruzioni volontarie di gravidanza, ai centri sociali di assistenza sanitaria per tossicodipendenza ed agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Con questi ultimi, probabilmente, potrà essere realizzata una rete di telecomunicazioni che consentirà comunicazioni molto più rapide delle

attuali. È anche prevedibile che gli Istituti adottino sistemi di determinazione dell'occupazione di posti-letto del tipo del nomogramma di Weber, citato nella relazione relativa. Ciò consentirà di fornire dati uniformi e, nello stesso tempo, di estendere l'indagine alla identificazione dei flussi di ricovero provenienti da altre Regioni, problema quanto mai importante per la gestione dell'assistenza altamente qualificata.

Oltre alla paucità e ritardo nelle informazioni, va lamentata una ridotta utilizzazione delle informazioni esistenti; basterebbe, al riguardo, interpellare un campione di operatori con responsabilità di gestione intorno all'andamento dei principali indici demografico-sanitari della propria Regione o Provincia. La risposta errata o la mancanza di conoscenze, è da attribuirsi alla già citata scarsa cultura della prevenzione e dell'analisi epidemiologica, oltre che a livelli non elevati di educazione e cultura della salute.

La menzione di quest'ultimo aspetto vitale per la riforma induce ad informare che quanto prima verrà predisposto un atto di indirizzo, reso necessario, se non altro, dall'esigenza di formulare criteri di ripartizione dei fondi vincolati per l'educazione sanitaria previsti dalla legge finanziaria 1984. È chiaro che si cercherà di evitare dispersioni, di ridurre le impostazioni unicamente propagandistiche puntando a pochi obiettivi, alcuni dei quali sono già contenuti nelle varie versioni del Piano sanitario nazionale. Altri, evidentemente, potranno derivare dalle diverse realtà regionali. Laddove, come presso la Clinica ematologica di Ferrara, vi sono terzogeniti con morbo di Cooley che si recano periodicamente in *day hospital* per essere trasfusi insieme ai due fratelli, i problemi dell'educazione dei portatori del tratto talassemico sono emergenti, rispetto a quelli che sono propri della maggioranza delle altre aree. In alcune zone del paese, l'invecchiamento è tale e la denatalità così rilevante che i problemi dei consultori familiari e della tutela materno-infantile passano in secondo piano; possono citarsi situazioni del genere anche in centri urbani del Veneto!

Il cenno alle differenze locali è scontato, mentre il problema del ruolo del personale

responsabile delle attività educative merita un cenno particolare. Vi deve essere lo specialista *ad hoc*? Essendomi occupato da sempre del problema, ritengo che l'educazione sanitaria non debba essere monopolio di una categoria ristretta, ma debba essere un *ad-dendum* qualificante da introdurre, quale volano, nel bagaglio professionale di tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari. Il rischio della specializzazione settoriale è evidente: si possono avere attività fini a se stesse che si giustificano attraverso costose moltiplicazioni di interventi non coerentemente finalizzati alla modificazione di comportamenti, ed atteggiamenti negativi per la salute.

Debbo precisare che sono in fase avanzata lavori di una commissione di esperti sui problemi dell'alcolismo, mentre si sta individuando un nuovo strumento legislativo per la lotta contro il fumo. La situazione relativa a quest'ultimo settore è quanto mai contraddittoria. In Italia non si può fumare nelle sale di aspetto delle stazioni ferroviarie ed aeroportuali, mentre in ospedale il *no smoking* è presente solo nelle corsie. Pertanto, nella sala d'aspetto di un ambulatorio medico si può fumare e sino a prova contraria coloro che attendono in questi locali hanno problemi di salute più importanti rispetto a quelli dei viaggiatori seduti in ambienti tra l'altro di dimensioni, in genere, più ampie.

Sono queste tipiche contraddizioni che rientrano in un costume generale; del resto, i medici italiani non sembra che abbiano seguito l'esempio dei colleghi di altri paesi, in testa nella classifica dei gruppi professionali che hanno ridotto il consumo di sigarette. Basta partecipare ad una delle tante riunioni per le trattative con i sindacati medici: in poco tempo i livelli di carbossiemoglobina anche dei non fumatori raggiungono quote di rischio. Il che, forse può fornire una interpretazione «biologica» a decisioni adottate a suo tempo, con ripercussioni clamorose, e siglate verso le tre-quattro del mattino in preda a cefalea ed agli altri effetti collaterali della viziatura ambientale! Grazie.

**PRESIDENTE.** Sono costretto adesso a sospendere la seduta. Lei, professor Vetere, ha accennato anche ad un documento di studio

sulla riorganizzazione del Ministero: potrebbe essere un gradito apporto personale alla discussione. Se ritiene di dovercelo inviare, sarà certamente utile alla Commissione (naturalmente potrà inviarlo a titolo privato, senza ufficializzarlo).

La ringrazio ancora per il suo intervento. Nel sospendere i nostri lavori chiederei al professor Polizzi di venire oggi pomeriggio alle 15 per rispondere alle domande.

Poichè non si fanno osservazioni, la discussione è sospesa.

*I lavori, sospesi alle ore 11,20, sono ripresi alle ore 15.*

**PRESIDENTE.** Riprendiamo i nostri lavori con il seguito dell'audizione del professor Polizzi.

*Viene introdotto il professor Francesco Polizzi.*

**PRESIDENTE.** I Commissari che intendono porre quesiti al professor Polizzi ne hanno facoltà.

**BOTTI.** Questa mattina, professor Polizzi, lei ci ha parlato di studi particolari che la Direzione generale da lei diretta ha attuato in specifici settori, ed ha accennato a quello che è stato fatto dalla commissione Stefanini per l'organizzazione della cardiologia e cardiocirurgia nel nostro paese. Io conosco molto bene questa relazione, anche perchè mi è molto vicina per il lavoro che svolgo. Indubbiamente la commissione ha rilevato luci ed ombre, direi molte più ombre che luci, sullo stato della organizzazione cardiologica e cardiocirurgica nel nostro paese. Ma — e questa è la domanda —, dopo questa relazione certamente importante, quali iniziative sono state intraprese a livello organizzativo e strutturale per mettere, per esempio, i nostri centri nelle condizioni ottimali di funzionalità e di operatività, questo anche per ovviare, o contenere, l'esborso di quella quota di fondi per l'assistenza straordinaria all'estero, di cui la cardiocirurgia rappresenta la voce più rilevante? Il dottor D'Ari ieri ci ha infatti parlato di circa 80

miliardi per il 1982, una cifra che nel 1983 sarà stata certamente superiore.

La seconda domanda con la quale la vorrei stimolare, professor Polizzi, visto che lei è il direttore della programmazione sanitaria, riguarda il trapianto di cuore. Lei ha detto che il Ministero della sanità ha deciso di avviare anche nel nostro paese, a titolo sperimentale, questa attività. Si è riflettuto su questa iniziativa, anche alla luce di quella che è l'esperienza internazionale, di centri cardiocirurgici indubbiamente più qualificati dei nostri, dei costi molto rilevanti e del fatto — ad esempio — che in America si stanno perseguendo ora le possibilità del cuore artificiale? Ed ancora: non sarebbe forse meglio cercare di potenziare i nostri attuali centri cardiocirurgici in attività più routinarie, di cui abbiamo maggiormente bisogno, quali la chirurgia del *bypass* aorto-coronarico, e la chirurgia delle cardiopatie congenite, interventi per i quali molti dei nostri pazienti vanno all'estero? Grazie.

ALBERTI. Vorrei intanto ringraziare il professor Polizzi per la sua relazione di questa mattina e per la messe di dati che ci ha fornito.

Esiste chiaramente una crisi degli ospedali in tutto il territorio nazionale, e probabilmente questo non è solo legato ad alcune disfunzioni che sono nate con le USL, ma è proprio l'«istituzione ospedale» che andrebbe rivista. L'abbiamo visto gli anni scorsi e probabilmente la situazione già si è modificata. Io devo però constatare che il Ministero della sanità ha praticamente abolito la Direzione generale degli ospedali, perchè dalla sua relazione emerge che l'interessamento verso gli ospedali è molto ridotto e si va sempre più restringendo a favore di altre cose; probabilmente invece un discorso sugli indirizzi generali degli ospedali andrebbe ripreso. Intanto vorrei sapere se c'è uno studio del Ministero della sanità sulla crisi degli ospedali e i motivi per cui si sta arrivando a questo degrado dell'assistenza sanitaria ospedaliera; vorrei quindi sapere se esiste un osservatorio dell'assistenza ospedaliera al Ministero della sanità, cioè se affluiscono dati dalle Regioni, e quali rapporti voi avete

con esse per quanto riguarda questa materia così delicata. A questo proposito bisognerebbe anche vedere i rapporti intercorrenti tra Ministero della sanità e Ministero della pubblica istruzione circa la qualificazione del personale sanitario: alludo soprattutto alle scuole di specializzazione che sono diventate un problema non più dilazionabile, dal momento che tutti sappiamo che tali scuole in Italia sono tenute per la gran parte, salvo rare eccezioni, molto male; spesso i medici si iscrivono semplicemente, facendo lezioni molto ridotte per avere un titolo di specialista che, come lei sa, non è assolutamente utile; vorrei inoltre sapere quali rapporti esistono con le Regioni per quanto riguarda le scuole di specializzazione professionale per paramedici, perchè mi risulta che nel Sud d'Italia c'è stato un degrado notevole della situazione per tali scuole. Lei parlava di tante scuole che sono nate in Campania per paramedici, ma in Calabria mi risulta che invece i corsi vengono regolarmente saltati, ed è strano questo fatto, dal momento che lei mi dice che in Campania ci sono troppe scuole e pochi posti, mentre in Calabria c'è una carenza eterna (pare che siano stati calcolati in circa settemila i posti vacanti negli ospedali).

Il degrado degli ospedali si riallaccia con questa attenzione nuova da parte del Ministero nei confronti dei diritti del malato, ma le cose fondamentali sarebbero quelle di cominciare a vedere e a garantire un minimo di assistenza negli ospedali, specialmente in quelli meridionali. A proposito della deroga che adesso dovrebbero concedere le Regioni: c'è stata una diminuzione notevole del numero dei paramedici presenti e poichè le Regioni meridionali non hanno bandito i concorsi a tempo debito (la Calabria in modo particolare), adesso, col blocco, ci siamo trovati con ospedali, come quello di Catanzaro, dove mancano 500 unità di personale paramedico.

Desidero chiederle un'ultima cosa a proposito di questi schema-tipo di convenzione fra Regioni e Università. Fino a che punto il Ministero della sanità si interessa a che le strutture destinate alle Università siano realmente funzionanti ed efficienti? Mi riferisco, anche in questo caso, alla facoltà di Medici-

na e chirurgia dell'Università di Catanzaro a disposizione della quale è stata messa un'area di tremila metri quadrati in un ospedale fatiscente, e in quest'area dovrebbero essere inserite diciotto cliniche universitarie e dieci istituti di ricerca. Credo che anche lei sia a conoscenza di ciò, in quanto questa storia di Catanzaro è apparsa su tutti i giornali. C'è da aggiungere che a Catanzaro i corsi, nonostante l'autorizzazione del Ministero della pubblica istruzione, non sono ancora iniziati per mancanza di strutture; e questo avviene in una città dove di strutture ve ne sono in abbondanza.

BOTTI. Mi scusi, signor Presidente, desidero fare una breve integrazione alla domanda del senatore Alberti. Il professor Vetere stamattina ha parlato di uno schema-tipo di convenzione tra Università e Regioni. Ma questo dovrebbe essere in aggiunta o in sostituzione al precedente schema-tipo di convenzione?

ROSSANDA. Anch'io desidero una spiegazione in proposito dal professor Polizzi. Infatti, l'articolo 39 della legge n. 833 prevede un solo schema-tipo di convenzione tra Università e Regioni, valido anche per quanto riguarda la gestione diretta di strutture. Vorrei capire che cosa motiva l'inapplicabilità dello schema-tipo di convenzione già emanato ai policlinici a gestione diretta. Tra l'altro, ci sarebbe da discutere anche sui contenuti di quello schema-tipo emanato, ma questo è un altro discorso.

Vorrei rivolgere al nostro ospite una preghiera. È stato accennato che avreste potuto fornirci anche uno schema di distribuzione delle scuole di infermieri e tecnici; ciò sarebbe molto utile e potremmo allegarlo ai documenti di questa Commissione.

Infine, mi interesserebbe molto sapere come mai non ho sentito elencare, tra i molti che sono in preparazione, il decreto concernente i profili professionali previsto dall'articolo 63 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979.

CONDORELLI. Desidero ringraziare, innanzitutto, il professor Polizzi ed il professor

Vetere per la relazione di oggi. Da questa è apparso chiaro che esiste uno scollamento tra Ministero della sanità e Regioni, perchè gli atti di indirizzo che il Ministero promuove molto spesso vengono poco recepiti dalle Regioni.

Vorrei ora fare una domanda a proposito dei risultati dell'indagine della commissione Stefanini sui problemi della cardiocirurgia. Io so con quanta solerzia, perizia e sacrificio, il professor Polizzi e gli altri membri hanno compiuto questa indagine, alla quale è seguita poi una relazione. Ho avuto anche l'onore di ricevere una loro visita a Napoli. È stato fatto un lavoro ponderoso che è costato moltissimo, e che ha impegnato persone di primissimo ordine. Secondo me però molte Regioni continuano a disattendere le linee di indirizzo stabilite dal Ministero sulla base dei risultati di questa relazione. Vorrei sapere pertanto se le Regioni sono state formalmente invitate a rispettarle; si tratta di un problema estremamente delicato. In Italia si verifica ancora un fenomeno che oserei dire vergognoso; ne parlava poco fa anche il senatore Botti. Vi è un continuo esodo all'estero di pazienti malati di cuore, che necessitano di cure le quali invece potrebbero essere prestate benissimo nel nostro paese, se ci fossero le strutture adatte, perchè gli uomini adatti ci sono.

A questo proposito, si avverte anche l'esigenza, almeno per quanto riguarda la cardiocirurgia e la cardiologia (ma sarebbe una misura opportuna anche per tutte le altre branche della medicina), di creare uno *standard* ideale di struttura in tutte le zone del paese. Compito del Ministero della sanità dovrebbe essere quello di invitare le Regioni ad attuare nei punti prescelti (in base alle indagini conoscitive) la istituzione di strutture sanitarie uguali, in modo tale che in qualsiasi parte del paese (nel Nord, nel Centro, nel Sud) il cittadino possa trovare la stessa qualità di trattamento che, naturalmente, dovrà essere al massimo della efficienza.

Il terzo punto riguarda la spinosa questione del trapianto cardiaco. Si tratta di un problema estremamente importante. In proposito, desidererei sapere quanti centri il Ministero intende creare, se ne sorgerà uno

solo in un'unica zona del paese, oppure, verranno creati centri in tutto il territorio nazionale. Nel secondo caso, potrebbe verificarsi una sorta di protagonismo fra le varie *équipes* di medici.

Pur riconoscendo la grande importanza del trapianto, sono d'accordo con il senatore Botti nel dire che è prematuro preoccuparci della sua realizzazione nel nostro paese quando ancora non riusciamo a sopperire ai bisogni della popolazione per gli interventi di cardiocirurgia più frequenti (come, ad esempio, il *bypass* (aorto-coronarico) a causa delle strutture di base deficitarie.

ROSSANDA. Vorrei aggiungere che, anche per quanto riguarda la prevenzione del reumatismo articolare, non abbiamo un piano sistematico. E questo è ancora più grave.

CONDORELLI. Esatto, sono anch'io perfettamente convinto di ciò. Anche questo è un punto essenziale. Una politica sanitaria per la prevenzione è fondamentale al fine di ridurre notevolmente le cardiopatie reumatiche. Infatti, in Italia abbiamo ancora (vergognosamente) un alto numero di valvulopatici; la nostra è una delle poche nazioni che ha questo triste primato.

L'ultima domanda riguarda il problema della formazione professionale dei paramedici. In proposito, esiste un progetto di legge del presidente Bompiani in cui la parte che riguarda questo aspetto è ampiamente trattato. Il «paramedico» deve avere la dignità di un laureato. Dobbiamo guardare al futuro e andare al passo con l'evoluzione della tecnica. Questo comporta, necessariamente, la preparazione di un certo tipo di personale qualificato, con una cultura di base molto ampia. Dobbiamo seguire l'esempio degli Stati Uniti, dove i tecnici, e in generale i paramedici, hanno un livello ed una preparazione tale da essere anche in grado ad esempio di preparare una vena safena per il *bypass* aorto-coronarico. Questi sono tecnici che hanno un'altra preparazione professionale anche per quanto riguarda l'informatica.

Infine, il professor Vetere ed il professor Polizzi hanno lamentato il fatto che nella preparazione dei progetti di legge di iniziati-

va governativa, gli alti funzionari del Ministero non vengono, di norma, interpellati. A mio parere, nella preparazione di queste leggi, sarebbe molto utile uno scambio di idee tra parlamentari che hanno una competenza specifica in materia (come, ad esempio, i membri delle Commissioni igiene e sanità della Camera e del Senato) ed i funzionari dei ministeri. Ciò porterebbe ad evitare alcune dissonanze che portano poi ai difetti di interpretazione delle leggi.

ONGARO BASAGLIA. Risulta che la Direzione generale degli ospedali ha prestato particolare attenzione al problema dell'assistenza psichiatrica, arrivando a formulare delle proposte di modifica della legge n. 180 o degli articoli della legge n. 833 relativi a questo settore. Desidererei sapere se questa proposta di modifica si fonda su una conoscenza della situazione generale creatasi in seguito alla legge n. 180, ma anche della natura delle difficoltà e degli impedimenti alla sua attuazione. Chiedo, cioè, se si dispone di dati aggiornati sull'andamento dell'applicazione di questo settore della riforma; dati che, oltre tutto, risulterebbero indispensabili anche alla discussione che dovremo affrontare sulle varie proposte di modifica già presentate sia al Senato che alla Camera.

Una seconda domanda, o piuttosto una richiesta di precisazione, riguarda il tipo di coordinamento e di indirizzo che è stato attuato in questo settore, pur prendendo atto delle difficoltà anticipate questa mattina dal professor Polizzi.

PRESIDENTE. Personalmente, devo preoccuparmi di richiedere ulteriore documentazione per la Commissione, più che di rivogere domande precise nell'esposizione.

Rinnovo, infatti, la richiesta che ho già fatto questa mattina al suo collega professor Vetere circa l'organizzazione dei propri uffici e, per quanto riguarda le competenze ed i settori attivati, l'elenco delle commissioni che hanno riferimento alla sua Direzione generale nonché la documentazione su come si verifica il flusso di informazioni dalla periferia alla sua Direzione generale. Mi associo, inoltre, alle domande circa la «map-

pa» delle scuole infermieristiche e, più in generale, alla documentazione dell'attività di formazione professionale, comprese al limite anche quelle «post-scuola», e cioè della educazione permanente e dell'aggiornamento periodico; se ve ne sono, se sono pianificate, se al Ministero avete conoscenza formale dell'esistenza di queste iniziative svolte dalle Regioni, o dalle USL, o da enti privati.

Un'altra domanda, che credo sia di estremo interesse per noi, dovendo affrontare il problema della ristrutturazione della rete ospedaliera, già evidenziato addirittura nell'ambito della legge finanziaria 1984, riguarda l'esistenza o meno di una «mappa» della distribuzione precisa degli ospedali, Regione per Regione: sono certo che essa esista ma, considerando il decentramento dei poteri sanitari alle Regioni, non so se è anche competenza del Ministero tenere aggiornati i dati. Questa «mappa» sarebbe utilissima per noi se tenesse conto non solo del numero e dell'ubicazione ma anche dello stato delle strutture, della loro vetustà, della efficienza delle attrezzature eccetera, in quanto il nostro compito di legislatori sarà estremamente complesso e non si tratterà di indicare nel Piano sanitario nazionale solamente un parametro di posti-letto per mille abitanti!

In questo contesto, credo che sia interessante per la Commissione acquisire i documenti della commissione per la igiene tecnico-ospedaliera nonché i dati sulla sua composizione e sul lavoro svolto nel passato e quello in corso di svolgimento.

Le sarei molto grato dunque, professore, se consentisse alla Commissione sanità di venire in possesso di questa documentazione.

**POLIZZI.** Cercherò di rispondere, intervenendo per intervento, collegando ovviamente gli argomenti simili toccati da più senatori.

Il senatore Botti ha parlato della cardiocirurgia, della commissione Stefanini e della organizzazione di questo settore in Italia. La commissione Stefanini ha una storia che io ho vissuto in prima persona, perchè fu l'allora ministro della sanità Dal Falco che mi chiese, in un momento di grande polemica tra cardiocirurghi, di vedere che cosa si poteva fare per cercare di chiarire i termini

reali della diatriba e, soprattutto, per cercare di conoscere la situazione della cardiocirurgia del nostro paese. Sugerii al ministro Dal Falco di nominare una commissione con la presidenza di un grande chirurgo, una personalità illustre che fosse al di sopra delle parti. La scelta cadde sul compianto professor Stefanini, che è stato un modello di efficienza e che ci ha insegnato come si poteva servire lo Stato pur essendo impegnatissimi in una attività professionale come quella da lui svolta. Il professor Stefanini diede una particolare impostazione ai lavori della commissione con la visita sistematica di tutti i centri di cardiocirurgia italiana. Personalmente, come rappresentante ministeriale della commissione, ho visitato tutti i centri e mi sono potuto rendere conto della reale situazione della cardiocirurgia nel nostro paese.

Da questa relazione, risulta che la cardiocirurgia in Italia non ha nulla da invidiare alle nazioni più avanzate in questo settore. La carenza, come risulta chiaramente dalla relazione, è soprattutto nell'organizzazione, nella insufficienza di personale, soprattutto paramedico, qualificato e nello scarso grado di collaborazione tra cardiologi e cardiocirurghi. Il colloquio sistematico che nelle nazioni più sviluppate in materia si verifica tra queste due figure professionali è purtroppo modesto in Italia.

L'esempio della commissione Stefanini è stato per noi un modello, seguito poi in altri settori, con il quale è stato possibile dimostrare che, al di fuori di formali atti di indirizzo e di coordinamento previsti dalla legge (la cui procedura è peraltro di difficile esecuzione), la stessa presenza della commissione e i rapporti di questa con le autorità sanitarie locali — il senatore Ranalli ricorderà quando siamo venuti a visitare il San Camillo — è servita a muovere le acque nel settore.

Non si è ottenuta chiaramente, come faceva notare il senatore Condorelli, quella coerenza di adempimenti che il piano per la cardiocirurgia previsto dalla commissione Stefanini indicava. Era stato approntato un modello completo che poteva benissimo essere applicato dalle Regioni, ma purtroppo ciò



non si è verificato. Alcune regioni, per motivi diversi, hanno voluto creare dei loro centri, quando invece la Commissione prevedeva una interregionalità di alcuni centri allo scopo proprio di servire più Regioni. Si è verificata così una dispersione di energie che poteva essere evitata.

**ROSSANDA.** Atti di indirizzo e di coordinamento, però, sarebbe meglio predisporli.

**POLIZZI.** Certo questo è il nostro scopo ma, come ho accennato, ciò si è dimostrato molto difficile. Abbiamo tentato di introdurre il testo della relazione della commissione Stefanini nel Piano sanitario nazionale, come progetto speciale, ma non ci siamo riusciti ed esso è rimasto lì come un volume che le autorità sanitarie locali si limitano a consultare.

**PRESIDENTE.** Scusi l'interruzione, ma il Consiglio sanitario nazionale ha espresso un voto sull'argomento?

**POLIZZI.** No; ha però ritenuto che non era opportuno trasformare la relazione in un atto di indirizzo e coordinamento e quindi il piano è rimasto accantonato.

**BOTTI.** Vorrei fare anch'io una piccola interruzione: ritengo che un'eccezione sia costituita dalla regione Emilia Romagna che — come lei sa —, in conformità con la relazione della commissione Stefanini, ha fatto una legge di programmazione cardiologica inserendo in questa anche l'attività cardiocirurgica.

**POLIZZI.** Sì, sono d'accordo con lei: devo dire infatti che la commissione Stefanini, al di là delle inadempienze che qua e là si sono verificate a livello di alcune Regioni (mi riferisco ad esempio ai centri di cardiocirurgia di Chieti e di Teramo che non erano previsti), è stata molto seguita da quasi tutte le Regioni, anche perchè essa ha avuto il grande merito, ripeto, del colloquio con le autorità regionali. Non vi è mai stata un'imposizione dall'alto; tutto è stato discusso con

le autorità sanitarie locali e con gli operatori del settore. La commissione si è spostata, ha girato, ha svolto sopralluoghi, audizioni, colloqui e discussioni anche di elevatissimo livello scientifico. Le sue conclusioni derivano quindi da un processo di dialettica veramente democratica, per cui realmente si è arrivati ad un documento che — secondo me — dovrebbe essere seguito come modello per altri problemi e in altri settori. È questa la mia intenzione, perchè — ripeto — al di là della forma, la sostanza ci ha dimostrato che tale iniziativa è stata utilissima e rappresenta la strada giusta, oltre a quella dell'indirizzo governativo, per cercare di intensificare i rapporti tra il Ministero della sanità e le Regioni.

**IMBRIACO.** Condividendo in pieno quello che lei dice, soprattutto in riferimento al contenuto della relazione Stefanini; volevo chiederle se per caso questo processo di degenerazione, che si è andato sviluppando proprio perchè non si sono rispettati quegli indirizzi, non subisca ulteriori degradazioni dal momento che sembra che alcuni centri di cardiocirurgia siano stati abilitati da una commissione, che non è più quella di Stefanini ovviamente (se può darvene notizia e informazioni le saremmo grati), al trapianto cardiaco. Ora, se le notizie che sono in mio possesso dovessero corrispondere al vero, saremmo veramente di fronte ad un'opera dissennata.

**POLIZZI.** Questa domanda mi era già stata posta, ma ancora non vi ho risposto. Mi ripropongo di farlo nel corso del mio intervento.

Per quanto riguarda poi il seguito che si è dato alla commissione Stefanini, devo dire che tale commissione si è occupata della cardiocirurgia e della cardiologia afferente alla cardiocirurgia (l'emodinamica e tutto il servizio cardiologico in funzione cardiocirurgica). Però si era visto che questo era troppo poco e che si poteva allargare la competenza della Commissione. E infatti, dopo la pubblicazione della relazione, è stato creato un gruppo di lavoro presieduto dal professor Puddu che si è occupato innanzi-

tutto dell'aggiornamento della commissione Stefanini, perchè nel frattempo le cose si erano modificate, e poi di una verifica e di una programmazione per la cardiologia, compresa la prevenzione e la riabilitazione (e mi rivolgo in particolare alla senatrice Rossanda che parlava della prevenzione).

Questo gruppo ha ora finito i propri lavori, che saranno oggetto di una pubblicazione a cura del centro studi del Ministero e che quindi si affiancheranno a quelli della commissione Stefanini. Personalmente, però, vorrei fare di più: perciò ho proposto al Ministro, dopo queste cose che abbiamo fatto, che non sono altro che delle belle pubblicazioni, di creare una commissione per la verifica dell'applicazione del Piano per la cardiologia e la cardiocirurgia, che, sempre nello spirito della collaborazione tra Ministero e Regioni, e nel rispetto delle autonomie regionali, possa seguire passo dopo passo le procedure di applicazione delle norme, discuterle, verificarle e stimolarle per quanto possibile.

Per quanto riguarda il problema dell'esodo dei malati all'estero (ne hanno parlato i senatori Botti e Condorelli), bisogna dire che è un grosso problema che noi ci siamo già posti al tempo della commissione Stefanini e che ci ha impegnati in moltissime nostre sedute e in moltissime audizioni; abbiamo anche ascoltato alcuni organizzatori di quest'esodo, che fanno delle campagne per raccogliere fondi e portare i malati all'estero. È un discorso veramente penoso e noi ci siamo impegnati per evitare che si verifichi nel nostro paese. Purtroppo, le cose non sono facili da risolvere. Infatti, innanzitutto è difficile sapere esattamente a quanto ammonti l'emorragia anche di valuta che le Regioni, e quindi il Fondo sanitario nazionale, spendono per l'esodo di questi malati. Qualcosa siamo riusciti ad ottenere; addirittura vi erano Regioni che avevano fatto delle convenzioni con delle case di cura all'estero, e queste cose siamo riusciti ad eliminarle, cercando di realizzare semmai convenzioni con strutture pubbliche italiane. È una verifica che va fatta, ma che è difficile fare perchè i dati dovrebbero venirci dalle Regioni, ma purtroppo non sempre queste sono in grado di fornirli, di averli e di elaborarli.

Comunque, è stato proposto e approvato dal centro studi del Ministero uno studio *ad hoc* perchè si verifichi puntualmente l'entità di questo dispendio di energie, di questo incoraggiare viaggi che molto spesso sono soltanto «viaggi della speranza» per interventi che, come dicevano i senatori Botti e Condorelli, possono benissimo essere fatti nel nostro paese, dove esistono delle strutture idonee.

BOTTI. Abbiamo saputo dell'esistenza di un vero e proprio organizzatore che provvedeva a queste cose.

POLIZZI. Esatto, è stato sentito dalla Commissione, ma ognuno ha un suo modo di vedere le cose e, evidentemente, egli le vedeva in modo diverso. Questo problema, ripeto, è per noi veramente penoso, soprattutto se si tiene conto del fatto che il denaro che si spende per questi «viaggi della speranza» potrebbe essere meglio utilizzato per attrezzare meglio e potenziare le nostre strutture di cardiocirurgia.

Per quanto riguarda il problema dei trapianti di cuore, che è stato toccato da vari senatori, sarò molto chiaro. Il problema è molto delicato, certamente, ma è anche un problema — secondo me — di progresso scientifico. Non possiamo impedire, a mio avviso (e questo è il pensiero del Consiglio superiore della sanità), la sperimentazione *in anthropo* del trapianto di cuore e l'allineamento delle nostre strutture di cardiocirurgia a quelli che sono i centri maggiormente sviluppati all'estero. Il trapianto di cuore si fa ormai in quasi tutte le nazioni del mondo in cui la cardiocirurgia è all'avanguardia: si fa negli Stati Uniti d'America, in Inghilterra, in Francia, in Germania e in quasi tutti i paesi europei, soprattutto in quelli in cui non esiste una legislazione restrittiva, cioè la necessità di un'autorizzazione ministeriale come nel nostro paese, come ad esempio la Germania, in cui il cardiocirurgo svolge la propria attività in sua scienza e coscienza. Ora era sembrato, anche per le grosse pressioni provenienti dall'ambiente cardiocirurgico italiano, che questo allineamento dell'Italia ai paesi maggiormente evoluti in questo

settore, fosse utile e necessario anche per un confronto con le esperienze fatte all'estero, pur con le cautele che si rendono necessarie in questo particolare campo. Tali cautele hanno suggerito al Consiglio superiore della sanità — come dicevo prima — di dare un parere di massima favorevole all'attività trapiantologica e cardiaca ai nostri centri, riservandosi di identificare quali centri autorizzare in questa prima fase.

Ho dato incarico di studiare, sulla base della letteratura internazionale, i protocolli di questo esperimento clinico, le attrezzature, il personale, la interdisciplinarietà necessaria e tutti quelli che erano i requisiti minimi per cui i centri che avevano fatto richiesta potevano essere autorizzati. La fase successiva sarà quella che vedrà il Consiglio superiore della sanità pronunciarsi sul se e chi autorizzare. Nella relazione al Consiglio suggerivo di limitare questa autorizzazione sperimentale e temporanea soltanto a pochissimi centri tra i più qualificati ed avanzati in questo settore e che svolgono più intensa e qualificata attività cardiocirurgica. Mi rendo conto, senatore Condorelli, che questo può creare delle gelosie (non volevo usare il termine ma me lo suggerisce la senatrice Rossanda), quasi che si volesse dare la patente di cardiocirurgi di gruppo A a quelli autorizzati e di gruppo B a quelli che non lo sono. Non credo sia questa la finalità del Consiglio superiore della sanità che dovrà darci il parere, cui ci sentiremo vincolati, ma è necessario mettere il nostro paese al passo con la ricerca cardiocirurgica esistente all'estero. Esempio analogo, direi identico, è quello del trapianto di fegato; il Ministero della sanità ha autorizzato solo due centri trapiantologici: uno a Roma e uno a Milano.

ROSSANDA. D'accordo, ma per il cuore si sono decise le sedi?

POLIZZI. Non sono state ancora decise. È in atto una discussione. Quando si opera una scelta è chiaro che questa deve essere la più oculata possibile e deve avvenire sulla base di dati precisi. Credo che il Consiglio superiore della sanità si orienterà in questo senso, così come ha fatto per il trapianto di

fegato, cercando di fare una scelta la più obiettiva ed oculata possibile. Ripeto che l'intenzione della Direzione generale è quella di avviare un'attività di tipo sperimentale; non bisogna cioè dare autorizzazioni per cinque anni, come abbiamo fatto in altri casi, senza poi verificare il lavoro svolto, ma bisogna concederle a tempo determinato (un anno o due per esempio) e vedere che cosa succede, pronti a far rapidamente marcia indietro nel caso in cui le cose dovessero dimostrarsi impraticabili e non giustificabili.

Per dare un quadro un po' più ampio rispetto a quello che ho illustrato stamattina sulla situazione dei trapianti, volevo ricordare che il Ministro ha presentato lo stesso disegno di legge presentato nella scorsa legislatura, il Consiglio dei ministri lo ha approvato ed è passato alla Camera dei deputati che se ne era già occupata. Sono state apportate delle modifiche che sono un progresso per facilitare i trapianti; queste modifiche riguardano soprattutto il problema dell'autorizzazione ai prelievi, che in pratica vengono liberalizzati poichè si è sempre sostenuta l'inutilità di autorizzare *ad hoc* un prelievo in un ambiente chirurgico dove in fondo si fa della chirurgia d'alto livello. C'è poi il problema del consenso, all'articolo 2 del disegno di legge, che sarà modificato nel senso che emergerà dalla discussione parlamentare. Inoltre c'è la questione della cornea, per la quale si autorizza il prelievo anche a domicilio, e c'è quella del centro di riferimento nazionale la cui funzione è stata ribadita dal Consiglio superiore della sanità. Mi permetto di aggiungere, visto che siamo in questa sede, che sarebbe opportuno che questa commissione ministeriale per la programmazione dei trapianti fosse istituzionalizzata dalla legge. Se non diamo una guida precisa nel settore, si corre il rischio di creare una sorta di generazione spontanea dei centri senza una programmazione adeguata da parte governativa. Se fosse possibile istituzionalizzare questa commissione ministeriale nella legge, penso si farebbe opera utile poichè credo molto nella sua funzione. Di questo organismo, già istituito ed operante, fanno parte i maggiori esperti ed è suddiviso in quattro sezioni: a) trapianti di rene;

b) innesti di cornea; c) trapianto di pancreas; d) trapianti di midollo. Ultimamente l'assemblea generale della commissione ha proposto di istituire una sezione per l'orecchio. Anche in questo caso lo scopo è quello di stimolare l'aggiornamento e l'adeguamento dei nostri ricercatori e scienziati nei progressi che in questo campo si sono fatti anche in altri paesi. In fondo la funzione del Ministero sotto questo profilo è anche di stimolo, oltre che di indirizzo e di incentivazione dell'attività di ricerca. Per quanto riguarda le domande del senatore Botti, mi sembra di avere risposto esaurientemente.

Per quel che riguarda invece la crisi degli ospedali evidenziata dal senatore Alberti, debbo dire che questa crisi non nasce certamente con la riforma sanitaria, ma trova origini molto più antiche. È noto l'iter travagliato della legislazione sugli ospedali: la «legge Petraghiani» del 1938 che aveva dato l'assetto organizzativo e la «legge Mariotti» del 1968. Quest'ultima legge anticipò moltissimi momenti della riforma sanitaria ma aveva il grosso difetto, che ha portato conseguenze di cui ancora sentiamo le ripercussioni, di una sorta di «ospedalocentrismo», per cui tutta l'assistenza sanitaria veniva concentrata negli ospedali. C'è stato di conseguenza un grosso sviluppo della rete ospedaliera e un aumento, spesso ingiustificato, dei posti-letto, il numero dei quali in alcune Regioni è al di sopra delle medie europee. C'è stata altresì la crisi degli ospedali che si concretizza soprattutto in una crisi di finanziamento, oltre che di organizzazione e programmazione.

Per quel che concerne le scuole di specializzazione (ed è un problema che mi sta molto a cuore, il presidente Bompiani lo sa, visto che personalmente rappresento l'Italia nel «comitato alti funzionari della sanità pubblica» presso la CEE), purtroppo abbiamo una grossa inadempienza ad una direttiva comunitaria in materia che non è stata ancora recepita in Italia. Questa è una cosa gravissima, che ci mette in condizione di inferiorità nei confronti dei *partners* europei, a parte la possibilità di deferimento alla Corte dell'Aja per inadempienza a una precisa direttiva.

C'è poi il problema del numero chiuso per la facoltà di medicina e anche di questo si è parlato al «comitato degli alti funzionari di sanità pubblica». L'Italia è stata accusata di vanificare la programmazione del rapporto medici-popolazione dei paesi della Comunità europea perchè è chiaro che se non programiamo, dato il grande numero dei medici in rapporto alla popolazione che abbiamo nel nostro paese e data la possibilità della libera circolazione dei medici nei paesi della Comunità europea, noi in pratica vanifichiamo la programmazione che fanno gli altri paesi. La Francia in particolare è molto decisa nei nostri confronti perchè, avendo introdotto un sistema rigoroso di studi nella facoltà di medicina, vede vanificata la sua serietà degli studi dall'afflusso che potrebbe verificarsi da parte di medici italiani in Francia; ma anche per gli altri paesi esiste tale problema.

Noi siamo uno dei due paesi della Comunità europea a non avere il numero chiuso nella facoltà di medicina; l'altro è il Belgio.

E qui apro una parentesi. Non parlerei di «numero programmato» — ci hanno accusato di usare un termine improprio in Italia — perchè, secondo la definizione della Comunità europea, il numero programmato è legato all'accesso libero alla facoltà di medicina e, dopo il primo anno, alla selezione; è il sistema in vigore oggi in Francia. Noi impropriamente, anche nei testi di legge, parliamo di numero programmato, mentre invece si dovrebbe parlare di *numerus clausus*. (È strano che i paesi comunitari parlino in latino; noi lo abbiamo dimenticato). Spesso, in alcuni testi, il numero programmato è inteso come una sorta di programmazione in relazione ai fabbisogni, il che non è. Il nostro, quello di cui si parla, dovrebbe essere chiamato, lo ripeto, *numerus clausus*.

Non prevedere il numero chiuso è una cosa molto grave ed è aggravata ulteriormente dal fatto che noi ammettiamo l'accesso alle nostre facoltà di medicina degli studenti stranieri, i quali, non potendo accedere ai corsi a causa appunto del numero chiuso, nelle facoltà dei loro paesi di origine, vengono a studiare da noi, si laureano e poi ritornano ai loro paesi di provenienza per il principio della libera circolazione, così vani-

ficando una seconda volta, se ce ne fosse bisogno, il desiderio di programmazione dei propri paesi.

Noi abbiamo a Roma — e tutti lo sanno — un numero di studenti provenienti dalla Grecia che credo sia equivalente a quello dei medici greci che esercitano nel proprio paese. Quindi la Grecia, che opera una programmazione per quanto riguarda l'accesso alla facoltà di medicina, la vede vanificata dal fatto che noi non abbiamo il numero chiuso.

L'adozione del numero chiuso è stata oggetto di numerose richieste anche a seguito di minacce di denuncia presso la Corte dell'Aja rivolteci dalla Comunità europea. Il Ministro della sanità si è più volte attivato in tale direzione nei confronti della Pubblica Istruzione che, come voi sapete, ha la responsabilità primaria nel settore. Noi siamo convintissimi che si tratti di una cosa assolutamente indispensabile e fondamentale, che non ha rapporti con le altre facoltà. Una delle obiezioni che spesso viene rivolta infatti è la seguente: ma allora quelli che non si iscrivono alla facoltà di medicina per via del numero chiuso si iscriveranno a giurisprudenza, a ingegneria o ad altre facoltà? Lo ripeto, l'introduzione del numero chiuso nella facoltà di medicina non ha rapporto con le altre facoltà per il fatto che la libera circolazione nei paesi europei riguarda solo i medici; quindi, il numero chiuso è giustificato anche per un problema di carattere comunitario.

La mancata realizzazione delle scuole di specializzazione — lo dicevo prima e lo ha rilevato poc'anzi anche il senatore Alberti — è una delle inadempienze dell'Italia nei confronti della Comunità europea, un'inadempienza veramente molto grave, anche perchè, quando è stata discussa la direttiva comunitaria riguardante tali scuole di specializzazione con la procedura prevista, l'Italia l'ha sottoscritta, vale a dire ha permesso che venisse trasformata in normativa internazionale cogente per tutti gli Stati membri, Italia compresa. Bastava che l'Italia dicesse: non sono attrezzata, non posso pagare gli specializzandi, non ho fondi — questo è uno degli argomenti più frequentemente addotti — perchè la direttiva non venisse adottata;

invece ciò è avvenuto anche con il beneplacito del nostro paese, il quale però ancora non l'ha applicata.

In realtà, a mio avviso, il grosso problema è quello della maturazione e del recepimento del concetto di scuola di specializzazione, intesa in senso europeo; una scuola, cioè, che consenta allo specializzando un'attività a tempo pieno e retribuita, un'attività che è anche assistenziale — con il che si giustifica la retribuzione — secondo il principio del *teaching by doing*, e del *learning by doing*, cioè insegnare facendo e imparare facendo: una concezione che da noi non è stata ancora recepita neanche dalla maggior parte dei nostri cattedratici, che vedono nella specializzazione un prolungamento degli studi accademici, con lezioni ed esami. Lo specializzando spesso non si inserisce nell'attività della scuola, per cui è possibile che uno frequenti la scuola di specializzazione a Torino andanto lì a sostenere gli esami e facendo nello stesso tempo l'assistente alle dipendenze dell'unità sanitaria locale di Catanzaro.

Questo è assolutamente inammissibile secondo la direttiva comunitaria perchè in essa è previsto che il medico sia retribuito, sia pure nell'arco di tempo della durata del corso di specializzazione, e con modalità adeguate — se non vado errato, il 50 per cento dello stipendio dell'assistente —, e che quindi, come tale, si inserisca a pieno titolo nell'attività clinica di diagnostica, di ricerca, di studio, come un assistente.

Questo è il concetto della specializzazione medica, secondo l'idea e il criterio della Comunità europea, adottato dagli altri paesi comunitari. Lo specializzando italiano viene giustamente criticato da parte di questi paesi, i quali sanno che cosa significa la specializzazione in Italia e ce lo ricordano e ce lo rimproverano continuamente soprattutto perchè temono, anche qui, la libera circolazione di uno specializzando non concepito e attuato secondo criteri europei.

Questo è un altro problema che il Ministero della sanità si sta impegnando a risolvere, ma anche qui la competenza primaria è della Pubblica Istruzione. Noi premiamo in quella direzione, ma ovviamente questa iniziativa è competenza congiunta dei due Di-

casteri, quindi la nostra pressione va esercitata soprattutto a livello di quel Ministero.

In questo contesto si configura anche un altro aspetto che riguarda l'attività degli ospedali e che è fondamentale per il loro avvenire, cioè quello dello stimolo che va dato al personale medico che lavora nell'ambiente ospedaliero. Infatti non solo c'è una crisi degli ospedali in generale, ma c'è anche una crisi dei medici degli ospedali. Qual è la causa di questa demotivazione? Non è poi così difficile diagnosticarla e non si tratta solo di problemi di natura economica. Infatti il medico, quando è motivato e si interessa ad una cosa, se ne occupa anche al di fuori dell'orario di lavoro, con passione, lavorando di notte, come si faceva ai tempi in cui anch'io ero assistente universitario. La motivazione, secondo me, si può creare proprio con le scuole di specializzazione, trasformando l'ospedale da puro istituto dove si eroga assistenza — secondo la definizione della «legge Mariotti» — in un centro dove si fa l'assistenza, la ricerca e l'insegnamento, cioè la triplice attività che è caratteristica di quasi tutti gli ospedali europei.

Quando mi trovo alla Comunità europea e scrivono in qualche testo *les hôpitaux*, dico: aggiungete, per noi, «le Università», e loro mi rispondono: per noi *les hôpitaux* è tutto. Da noi invece l'ospedale e l'Università sono due cose diverse, spesso contrastanti ed in conflitto fra di loro. Il concetto dell'ospedale esistente nei paesi della Comunità europea è quello dell'ospedale integrato con l'Università che, lo ripeto, fa insegnamento, assistenza e ricerca. L'ospedale senza la ricerca muore. Ho suggerito al Ministro una cosa che probabilmente è avveniristica, che potrà forse sembrare utopica, ma che io vedo fattibile: il ripristino di un istituto analogo alla vecchia libera docenza: una sorta di qualificazione dell'assistente ospedaliero, con un riconoscimento della sua attività di ricerca attraverso esami e attraverso la presentazione di titoli.

La figura di «ricercatore clinico-ospedaliero», ad esempio, potrebbe rappresentare un'incentivazione, un modo per stimolare l'assistente ospedaliero non solo sul piano economico ma soprattutto sul piano dello studio, della ricerca e dell'interesse per un

lavoro che non è fatto solo di ripetizioni, di metodiche e di procedure.

Per quanto riguarda l'osservazione fatta dalla senatrice Rossanda debbo precisare che l'articolo 39 della legge n. 833 prevede due schemi-tipo di convenzione.

ROSSANDA. Regione e USL, ma non distingue.

POLIZZI. C'è un secondo capoverso che distingue i policlinici a gestione diretta.

RANALLI. C'è una convenzione regionale tra Regioni e Università, vi è poi una convenzione tra Università e USL per la gestione specifica, ma non si dice, come lei sostiene, che bisogna fare due convenzioni interministeriali.

POLIZZI. Una l'abbiamo già fatta.

RANALLI. Quella del novembre 1983; e adesso vi apprestate a fare quella con i policlinici a gestione diretta. Ma non mi sembra che ciò sia previsto dall'articolo 39.

PRESIDENTE. È un problema di interpretazione dell'articolo.

ROSSANDA. Quale sarebbe il senso della differenza, professor Polizzi?

POLIZZI. I policlinici a gestione diretta hanno una loro normativa che è diversa. Questa è la nostra interpretazione dell'articolo 39.

Circa la richiesta della senatrice Rossanda in merito all'articolo 63 del decreto del Presidente della Repubblica n. 751, riguardante i profili professionali, posso rispondere che esso è stato già elaborato e si trova ora presso l'ufficio studi e legislazione per l'ulteriore iter.

Circa il problema sollevato dal senatore Condorelli dello «scollamento» tra Ministero della sanità e Regioni credo che il problema sia di poteri, di autonomie gestionali delle Regioni. C'è un decentramento della sanità a livello regionale, per cui il Ministero non ha altra funzione che quella di emanare atti di

indirizzo e coordinamento, di stimolare, di essere presente in tutti i modi, anche attraverso sistemi, per così dire, non esattamente codificati dalla legge. L'esempio tipico è quello della commissione Stefanini di cui parlavo prima, ma molto spesso a livello regionale cambiano anche gli interlocutori politici dei singoli Assessorati e, quindi, vengono sovente fatte cose diverse da quelle che si erano concordate e programmate.

Dell'esodo dei cardiopatici all'estero ho già parlato. Per quanto riguarda il problema dei modelli di strutture cardiologiche e cardiocirurgiche, posso dire che ciò è stato fatto per la cardiocirurgia e potrebbe essere fatto anche per la cardiologia pur se lei sa, senatore Condorelli, che per la cardiologia la cosa è più complessa. Circa i trapianti di cuore mi sembra di aver già risposto nel precedente intervento.

In merito alla prevenzione delle cardiopatie, cui si riferiva la senatrice Rossanda, posso affermare che il problema fa parte degli argomenti di cui si è occupata la commissione Puddu.

Il senatore Condorelli mi aveva poi rivolto una domanda circa la formazione professionale dei paramedici. Si tratta di un argomento che certamente ci sta molto a cuore e che è ampiamente discusso anche in sede di Comunità europea. Ritengo che dovremmo cercare di adeguarci agli *standards* dei paesi europei. Vi sono, infatti, paesi come l'Inghilterra in cui i paramedici sono, forse esageratamente, considerati allo stesso livello dei medici per cui rifiutano addirittura il termine di professioni sanitarie ausiliarie. L'esempio che ho portato è un caso limite, ma in ogni modo vi sono enormi differenze con gli altri paesi europei attestati su posizioni certamente più avanzate rispetto alle nostre che sono, molto spesso, retaggio del passato.

È in corso di elaborazione un disegno di legge-quadro per le professioni infermieristiche e tecniche che prevede ad esempio anche la figura dei tecnici di fisiopatologia, i quali poi verranno differenziati, con ulteriori specializzazioni e corsi complementari, in tecnici di cardiocirurgia e tecnici di cardiologia. Il disegno di legge-quadro prevede insomma, anziché una formazione specializzata nelle

varie branche, una specializzazione base comune, dalla quale si ripartiranno poi le altre sottospecializzazioni.

La senatrice Ongaro Basaglia mi chiedeva dati circa l'attuazione della legge n. 180 del 1978. Il problema della psichiatria è un problema molto complesso, cui dedichiamo tutta la nostra attenzione e tutto l'interesse possibile, e di cui, fin dai tempi della commissione Orsini, ci siamo occupati per la preparazione delle modifiche alla legge n. 180 ed agli articoli 34, 35 e 64 della legge n. 833. Giustamente la senatrice Ongaro Basaglia osservava che operiamo la modifica di una legge dello Stato sulla base di informazioni e dati piuttosto lacunosi anziché sulla base di dati precisi e di un'analisi accurata.

Convengo infatti con la senatrice Ongaro Basaglia circa la gravità delle lacune informative esistenti in proposito. È stato preventivato il Servizio di informazione sanitaria che dovrebbe fornire al Ministero della sanità tutti i dati opportuni. Tuttavia attualmente se i dati non vengono raccolti alla base non possono poi essere elaborati al centro.

**ONGARO BASAGLIA.** Non si sa, insomma, su quale base discutere per una modifica.

**POLIZZI.** È proprio questo il punto: non riusciamo ad avere questi dati. Abbiamo fatto inchieste, circolari, questionari alle Regioni per ottenere i dati, ma questi arrivano con difficoltà.

Alcune Regioni, le più avanzate, hanno seguito la strada maestra della riforma della psichiatria, altre Regioni invece, sono rimaste indietro, non tengono il passo e non si sono organizzate. Sarebbe opportuno inserire nel disegno di legge che il Governo sta predisponendo (quando se ne discuterà in sede parlamentare potreste farvi portavoce di ciò) l'obbligo per le Regioni di organizzare dei servizi di informazione affinché si possano avere i dati necessari che servono poi alle Regioni stesse per la loro programmazione e servono a noi per verificare l'attuazione della legge.

È necessario infatti che una legge non vada solo studiata e scritta, ma vada attuata e seguita nella sua applicazione per essere

poi in grado di modificarla. Nel disegno di legge governativo non vi è un cambiamento di rotta per quanto riguarda la linea seguita dalla legge di riforma psichiatrica che riconfermiamo nella sua validità anche internazionale (non si tratta, infatti, di un discorso esclusivamente italiano). Vorrei che fosse sgomberato il campo da questa «esclusività» dell'Italia nell'aver operato una riforma nel senso della legge n. 180, perchè il Consiglio d'Europa, con una risoluzione del 1976, cioè anteriore alla legge n. 180, aveva dettato delle raccomandazioni che sono esattamente nella linea della nostra moderna legislazione. La legge nostra non va contro le tendenze europee, anche se va certamente più avanti, ma resta nella stessa linea. Quello che si è voluto fare con il nuovo disegno di legge sulla psichiatria è di colmare alcune lacune della legge che certamente esistono, come ad esempio quella di non aver previsto il rapporto dei posti-letto dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura con la popolazione; così, alcune Regioni hanno creato tali servizi ma li hanno fatti in modo non idoneo. Allora, creare un obbligo di rapporto posti letto-popolazione credo sia cosa utile per fare andare avanti la legge, così come colmare la lacuna delle cosiddette «strutture alternative», che spesso non esistono, anche se erano previste dalla legge. Poi c'è il grosso problema degli psicotici cronici: certamente è uno dei maggiori problemi di cui la legge non si era occupata e che va affrontato: nel paese sono sorte infatti delle organizzazioni a favore di questi poveri malati. Il recepimento di queste aspettative del paese noi lo abbiamo voluto colmare nel disegno di legge d'inizia-

tiva governativa. Ovviamente il Parlamento dovrà discutere il disegno di legge in correlazione e in integrazione con le aspettative del paese. Il disegno di legge non cambia la direttiva maestra, della legge n. 180, che consideriamo valida anche se avanzata e che, aggiungo, tutti i paesi europei ci invidiano. Ho avuto modo di sentire i commenti di esperti di altri paesi della CEE e del Consiglio d'Europa, e praticamente in questo settore ci considerano alla avanguardia e nella linea giusta di progresso. A Stoccolma, nell'aprile del 1985, si farà un congresso dei Ministri della sanità del Consiglio d'Europa e l'Italia certamente dovrà dire la propria parola in base alla sua recentissima esperienza.

PRESIDENTE. Vorrei ricordare alla Commissione che sui trapianti, sulla psichiatria e sulla riforma della facoltà di medicina, avremo altre e specifiche occasioni per approfondire l'indagine. Questa è una panoramica che riguarda l'ottica generale in cui si pongono i vari problemi nei riflessi della Direzione generale degli ospedali. In altra sede avremo occasione di ascoltare i tecnici dei Ministeri interessati (anche della Pubblica istruzione). Ringrazio il professor Polizzi e poichè nessun altro domanda di parlare dichiaro conclusa l'audizione odierna. Il seguito dell'indagine conoscitiva è rinviato ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 16,15.*

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