

SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

26° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI GIOVEDÌ 1° MARZO 1990

Presidenza del Vice Presidente MELOTTO

INDICE

Disegni di legge in sede deliberante

«Modifica dei requisiti per l'assunzione degli ausiliari socio-sanitari ospedalieri» (1393), d'iniziativa del senatore Azzaretti e di altri senatori

(Discussione e rinvio)

| | |
|---|---------------------------|
| PRESIDENTE, <i>relatore alla Commissione</i> ... | Pag. 2, 15, 16 |
| AZZARETTI (DC) | 7, 9, 12 e <i>passim</i> |
| DIONISI (PCI) | 7, 11, 12 e <i>passim</i> |
| FERRARA Pietro (PSI) | 14 |
| GARAVAGLIA, <i>sottosegretario di Stato per la sanità</i> | 16 |
| IMBRIACO (PCI) | 4, 9, 13 |
| VENTRE (DC) | 2, 5 |

I lavori hanno inizio alle ore 10,10.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

«Modifica dei requisiti per l'assunzione degli ausiliari socio-sanitari ospedalieri» (1393), d'iniziativa dei senatori Azzaretti e di altri senatori
(Discussione e rinvio)

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione*. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: «Modifica dei requisiti per l'assunzione degli ausiliari socio-sanitari ospedalieri», d'iniziativa dei senatori Azzaretti, Guzzetti, Sirtori, Grassi Bertazzi, Perina, Meriggi, Dionisi, Covi, Natali, Melotto, Ferrara Pietro, Condorelli, Perugini, Lauria, Rezzonico, Neri, Giacobazzo, Parisi, Mezzapesa, Signorelli e Zuffa, sul quale sono io stesso relatore.

Come si ricorderà, il disegno di legge in esame era già stato assegnato alla Commissione in sede referente. La relazione è stata da me svolta nella seduta del 21 novembre 1989; successivamente, è stata chiesta ed ottenuta l'assegnazione del provvedimento in sede deliberante.

Riprendiamo, pertanto, l'esame del provvedimento nella nuova sede. Nel richiamarmi alla relazione già svolta, ricordo che il disegno di legge nasce dalla necessità di motivare adeguatamente le assunzioni nel Servizio sanitario nazionale, attraverso un corso propedeutico all'immissione di personale della qualifica in oggetto nel Servizio stesso. Su tale provvedimento si innesta la crisi paurosa del settore infermieristico che in alcune regioni è estremamente acuta, al punto che si rende necessaria la chiusura di diversi reparti e servizi.

VENTRE. È una crisi per eccesso o per difetto?

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione*. È una crisi per difetto.

VENTRE. Io so di realtà in cui vi è una situazione di crisi per eccesso di personale.

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione*. In diverse Regioni si assiste, come ripeto, alla chiusura di reparti e servizi per la carenza di infermieri. Del resto, per rendersene conto è sufficiente leggere quanto riportano quotidianamente gli organi di stampa. Tenuto conto della situazione appena descritta, ho ritenuto di formulare il seguente emendamento sostitutivo dell'articolo 1:

«1. È istituita la figura dell'operatore tecnico di assistenza per coadiuvare l'infermiere professionale nelle sue attività e sotto la sua diretta responsabilità. Con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sono definite

le mansioni dell'operatore tecnico di assistenza, i requisiti di accesso ai relativi corsi della durata minima di un anno, il programma di studio e le modalità di conseguimento dell'attestato di operatore tecnico di assistenza. L'operatore tecnico di assistenza è inquadrato nel ruolo tecnico.

2. Gli ausiliari socio-sanitari specializzati, gli ausiliari socio-sanitari e altre figure in servizio presso le USL o altre istituzioni pubbliche, se in possesso dei prescritti requisiti, alla data di entrata in vigore della presente legge, sono ammessi ai corsi per operatori tecnici di assistenza, con la conservazione del trattamento economico. Il tirocinio può essere svolto nell'orario di lavoro con la garanzia del rispetto delle finalità del tirocinio medesimo, mentre l'insegnamento teorico si svolge al di fuori dell'orario di lavoro. Il corso si conclude con il superamento di una prova orale e di una prova pratica per il conseguimento dell'attestato di "operatore tecnico di assistenza". Gli ausiliari socio-sanitari specializzati che non si riconvertono in operatore tecnico di assistenza conservano, ad esaurimento, la posizione giuridica acquisita alla data di entrata in vigore della presente legge e assumono i compiti e le responsabilità previste per gli ausiliari socio-sanitari.

3. L'organizzazione dei corsi per operatore tecnico di assistenza è demandata alle Regioni, alle Università e ad altre istituzioni pubbliche o private di cui agli articoli 39, 41 e 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. I corsi sono programmati annualmente a livello regionale sulla base del reale fabbisogno. Con l'entrata in vigore delle disposizioni concernenti la regolamentazione dell'operatore tecnico di assistenza viene abrogato il decreto ministeriale 15 giugno 1987, n. 590 e ogni altra disposizione contrastante con la presente legge.

4. Con decreto del Ministero della sanità, da emanarsi entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, vengono ridefinite le mansioni dell'ausiliario socio-sanitario di cui al decreto del Ministro della sanità 10 febbraio 1984, i requisiti per essere ammessi ai relativi corsi della durata minima di 3 mesi e con almeno 300 ore di insegnamento. Il corso si conclude con il superamento di un esame colloquio per il conseguimento dell'attestato di "ausiliario socio-sanitario". L'organizzazione dei corsi è demandata agli enti di cui al precedente comma 3. L'ausiliario socio-sanitario conserva la collocazione nel ruolo tecnico.

5. Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità dispone, con proprio decreto, la rideterminazione degli *standards* del personale infermieristico ospedaliero di cui al decreto del Ministro della sanità del 13 settembre 1988».

Il provvedimento si propone di inserire nel sistema socio-sanitario una nuova figura, scindendo nettamente la parte sanitaria da quella assistenziale-alberghiera, essendo oggi gran parte dell'attività dell'infermiere dedita in pratica più alla seconda che alla prima. Non si vuole però reintrodurre surrettiziamente la figura dell'infermiere generico, ma per essere in linea con la normativa comunitaria si vuole distinguere la figura del sanitario, che è e rimane infermiere professionale, da quella dell'operatore tecnico di assistenza, che coadiuva l'infermiere professionale nelle sue attività e sotto la sua diretta responsabilità

esclusivamente per la parte assistenziale-alberghiera. Così facendo si supererebbe la dizione impropria dell'ausiliario socio-sanitario specializzato, che diventerebbe una figura ad esaurimento. Si potrebbero avere così due figure: quella dell'ausiliario socio-sanitario e quella dell'operatore tecnico di assistenza, ciò che renderebbe possibile una integrazione degli organici. Si demanda poi al Ministro della sanità il riordino degli *standards* alla luce della istituzione di questa nuova figura professionale.

L'emendamento da me presentato trova il consenso delle organizzazioni sindacali, da me ripetutamente contattate, anche se da talune parti è stato manifestato il timore che attraverso questa nuova figura si possa in qualche modo minare la competenza sanitaria. Tuttavia, per evitare qualsiasi commistione tra l'una e l'altra attività si prevede una linea di demarcazione molto netta e precisa.

Le associazioni di categoria si battono da anni per una revisione complessiva delle figure professionali del settore paramedico. Come si ricorderà, nella scorsa legislatura si discusse a lungo tra Ministero della pubblica istruzione e Ministero della sanità senza però giungere ad una conclusione. Il Governo presentò un provvedimento di riordino nel quale, all'articolo 22, si dava al Ministro della sanità la delega per il riordino; non si fece però alcun passo avanti.

Ho chiesto ieri al Ministro se, visto l'intasamento dell'altro ramo del Parlamento, non sia il caso di presentare qui in Senato il provvedimento di riordino, onde avviare un riesame complessivo delle figure professionali del settore paramedico in tempi rapidi.

Il provvedimento in esame si propone, attraverso corsi propedeutici, di motivare chi entra a far parte del Servizio sanitario nazionale dotandolo di quella informazione-formazione minima necessaria per accedere al servizio. Inserendo la figura dell'operatore tecnico di assistenza e sdoppiando le mansioni tra sanitarie e assistenziali-alberghiere si può superare, di fatto, la crisi infermieristica del paese ripetutamente denunciata.

Dichiaro aperta la discussione generale.

IMBRIACO. Signor Presidente, mi vedo costretto a chiedere una pausa di riflessione, motivando la mia richiesta attraverso una serie di considerazioni. La prima di esse credo trovi il consenso del senatore Ventre.

L'articolo unico di un provvedimento al nostro esame riguardava figure professionali ormai scomparse dall'organizzazione sanitaria del nostro paese, come ad esempio quelle dei puericultori.

Quindi, la prima questione che si pone è che dovremmo richiamare quella proposta per abbinarla a questo disegno di legge. Ho citato questo esempio perchè effettivamente il problema esiste. Noi, in tutto il settore del paramedico, delle scienze infermieristiche e delle varie gerarchie che regolano il mondo sanitario e ospedaliero, dobbiamo fare un discorso per avviare anche una riflessione organica che rifugga dalle misure-tampone, come potrebbe apparire questo provvedimento al nostro esame, anche se riconosciamo tutta l'urgenza di fare fronte a questo vuoto che si è determinato nel campo delle gerarchie ospedaliero-sanitarie dal momento che i profili medio-bassi di questa

organizzazione allo stato non trovano, nell'ordinamento, una sistemazione ed un punto di riferimento certi.

Quindi, si rende necessario un discorso complessivo superando le remore, i ritardi ed anche quelle lentezze già evidenziate dal Presidente. Anzi, annuncio per conto del mio Gruppo che, se la mia proposta verrà accettata, cioè una pausa di riflessione anche per abbinare il testo di legge relativo alle puericultrici, noi approfitteremo di questa occasione per presentare un testo che è già all'esame dell'altro ramo del Parlamento per quanto riguarda la riforma del settore infermieristico e per tentare da questo versante di dare una accelerata al problema stesso che il Presidente ci ha sottoposto.

Quindi, non entro nel merito del provvedimento, però riconosco la necessità di far fronte ad una carenza che esiste, rifuggendo da alcune sottolineature che, soprattutto nella relazione introduttiva, sono state poste in evidenza e che, a mio giudizio, non possono essere accettate. Faccio riferimento a quel punto della relazione nel quale si addebita il decadimento dei livelli assistenziali nel nostro paese, la dequalificazione e il progressivo abbassamento di queste soglie ad una sorta di responsabilità degli operatori che sarebbero stati assunti in modo anomalo e quindi sarebbero queste le ragioni per le quali il sistema decade. Non posso accettare questa interpretazione e questa analisi, anzi, mi permetto di respingerla perchè se dovessimo accettarla si tratterebbe di uno dei tanti modi per evitare di affrontare di petto la vera questione alla base delle nostre analisi, e cioè che esiste una sorta di non-governo della sanità nel nostro paese, che certo chiama in causa altre responsabilità; ma non vi è dubbio che chiamare in causa per le infezioni ospedaliere gli operatori sanitari, sia pure quelli di basso livello, mi sembra una fuga rispetto all'analisi reale del problema. Vi sono altre considerazioni che io annuncio soltanto. Infatti, che significa decidere di pretendere dei corsi di aggiornamento professionale per i coadiutori amministrativi? Significa forse che un dattilografo deve fare un corso di otto mesi? Si tratta di profili professionali che hanno già una loro sistemazione ordinamentale. In altri termini occorrerebbe riflettere meglio su una questione che ha una sua valenza. Ora, se volessimo renderci utili e contribuire a risanare questo settore, varrebbe la pena di mettere questo problema insieme ad altri che meritano altrettanta sensibilità ed attenzione.

Per queste ragioni, quindi, pregherei il Presidente e i colleghi di non chiudere oggi l'esame di questo provvedimento, di accettare questo invito ad abbinare il testo in esame a quello sulle puericultrici e all'altro disegno di legge già preannunciato questa mattina e poi, in corso d'opera, verificare la fattibilità dell'intera operazione.

VENTRE. Signor Presidente, onorevoli colleghi, anch'io plaudo all'iniziativa del senatore Azzaretti e di altri senatori perchè qualificare il personale che sta nelle strutture sanitarie è certamente cosa lodevole, non solo, ma è anche una esigenza per rendere migliore il servizio ospedaliero.

Però, mentre riconosco questo con convinzione per cui ho espresso l'apprezzamento per i colleghi, primo fra tutti il senatore Azzaretti, debbo dire che condivido le esigenze prospettate dal senatore Imbriaco

per il richiesto abbinamento, essendo omologa l'altra proposta, quella di Imbriaco e mia, a quella oggi al nostro esame. Inoltre, già nella passata legislatura firmammo una proposta di legge alla Camera per riordinare tutta intera questa materia, cosa che viene invocata da ogni parte, non soltanto dai Collegi degli assistenti sanitari, degli infermieri professionali, delle ostetriche, e così di seguito perchè mentre molte figure sono superate dagli eventi, altre, invece, chiedono l'ingresso o l'aggiornamento in questa materia. Ho citato non a caso le ostetriche che svolgono una attività per alcuni versi superata, eppure ci sono tante mansioni che rientrano oggi nel concetto di assistenza infermieristica ed esigono una specializzazione. Tutti sappiamo che esistono nella realtà degli infermieri specializzati quali, ad esempio, gli infermieri che stanno in cardiologia, quelli che stanno nei reparti o servizi di emodialisi; c'è il caso macroscopico dei tecnici di laboratorio di analisi: mentre i tecnici di radiologia hanno raggiunto delle vette eccelse, i tecnici dei laboratori di analisi non hanno un riconoscimento giuridico. Vi sono solamente delle iniziative isolate: per esempio quella di un ospedale di Brescia, o di un ospedale di Verona per quanto riguarda la cardiologia. A Verona vi sarebbe una scuola per tecnici di cardiologia, ma si tratta - ripeto - di iniziative sporadiche, aggravate dalla circostanza che non vi sono programmi omogenei in tutto il territorio nazionale.

Da ciò nasce l'esigenza, a parte l'abbinamento con la modesta proposta delle puericultrici, cui abbiamo fatto cenno il senatore Imbriaco ed io, di vedere il tutto in un quadro generale.

Una seconda considerazione: la relazione a questo disegno di legge parla di reparti di diagnosi e cura e di servizi ospedalieri frequentati da questi operatori, da questi dipendenti. Vorrei allora aggiungere alle esatte considerazioni del senatore Imbriaco la seguente: mentre sono inclusi i dattilografi, i quali possono avere il posto di lavoro fisicamente distante, e cioè in un edificio che non ha nulla a che vedere con l'aspetto nosocomiale, e quindi lontano da quelle infezioni nosocomiali che spingono i colleghi a proporre questo disegno di legge, diversamente vi sono gli ambulatori che esplicano attività sanitaria vera e propria ma che non vengono ricompresi nella relazione. Noto infine una discrasia tra la relazione e l'articolato, laddove, si parla di tutte le qualifiche per le quali non è richiesto il titolo di studio superiore, cioè è richiesto quello della scuola dell'obbligo.

Che rapporto può avere con il servizio ospedaliero un conduttore di caldaie? È chiaro che occorrerebbe una precisazione nell'articolato. E infine: le strutture sanitarie sia pubbliche che private hanno il dovere e non il diritto soltanto di pretendere da coloro che vengono assunti il possesso dei requisiti necessari per l'esercizio di determinate attività. Ora io vorrei richiamare la vostra attenzione su un aspetto: dal modo in cui è formulato il testo sembra quasi che chi viene assunto presso una casa di cura privata non sia tenuto a superare un corso di formazione. Ebbene, se ci sono infezioni nosocomiali nelle strutture ospedaliere, ce ne sono anche nelle case di cura private. Pertanto mi pare evidente che, il possesso di determinati requisiti deve essere esteso anche a chi opera in strutture private. Tra l'altro, apprendo ora dei frequenti rischi di malattie nosocomiali; sapevo, infatti, che vi sono più che altro malattie iatrogene.

Ritengo inoltre opportuno estendere i meccanismi per le assunzioni previste dal disegno di legge in esame anche ai cittadini extracomunitari di cui al disegno di legge recentemente approvato dal Senato. Stando alle statistiche, infatti, su 50 milioni di morti nel mondo per malattie, 40 provengono da Paesi dell'Africa. Pertanto, esiste la probabilità e non la sola possibilità che chi proviene da certe zone sia portatore sano di malattie.

AZZARETTI. Desidero sottolineare che il disegno di legge al nostro esame è stato sottoscritto da esponenti di tutti i Gruppi parlamentari, a dimostrazione che l'esigenza di regolamentare la materia è piuttosto forte. Indubbiamente, il provvedimento è suscettibile di modifiche in senso migliorativo.

Per quanto concerne le infezioni nosocomiali, l'Italia si trova sullo stesso piano dei paesi, per così dire, meno civili; infatti, intorno al problema c'è stata finora molta negligenza. Ricordo che dal primo convegno nazionale organizzato dall'Istituto superiore di sanità risultò, dopo anni di indagini a livello ospedaliero, che quei pochi ospedali che avevano risposto ai questionari inviati loro disconoscevano la presenza di infezioni nosocomiali nelle rispettive strutture. Fu facile quindi constatare che sul problema vi era una ignoranza diffusa, non essendovi strutture esenti da tali infezioni. Tuttavia, la misconoscenza del problema induceva, nonostante tutto, taluni a ritenere di esserne esenti.

Nella relazione introduttiva al disegno di legge sono richiamate le risultanze di un'importante ricerca scientifica condotta negli Stati Uniti d'America, diffuse anche e soprattutto dalla stampa quotidiana non specializzata, che hanno suscitato preoccupazioni ed interesse. Se ne ricava che la stragrande maggioranza dei decessi registrati negli ospedali è dovuta a cause diverse da quelle che hanno determinato il ricovero; ciò significa che la gente muore in ospedale per malattie contratte durante la degenza. È facile capire il perchè, soprattutto se si tiene conto che l'ammalato è sempre una persona debilitata, che va quindi maggiormente soggetta ad infezioni.

DIONISI. Questa è una forzatura.

AZZARETTI. Resta il fatto che si muore di malattie contratte in ospedale. Prendiamo, ad esempio, l'ammalato «chirurgico». L'operazione riesce, ma il paziente muore perchè subentra un'infezione. È questo il «gioco» che si fa finta di non conoscere. La febbre in chi è stato operato è parzialmente dovuta alla necrosi cellulare, ma può essere successivamente determinata anche da un'infezione che si innesti sulla ferita o su altro. Se fossimo in un paese civile, si insegnerebbe già nella scuola dell'obbligo come comportarsi per evitare l'insorgenza di infezioni: si farebbe, cioè, opera di informazione e di prevenzione. Si dovrebbe insegnare già nella scuola dell'obbligo le regole fondamentali dell'igiene personale ed ambientale. Infatti, a chi frequenta un ospedale non è sufficiente l'igiene personale. Tutti devono conoscere le regole fondamentali dell'igiene e della profilassi, poichè anche i visitatori sono vettori di diffusione di infezioni.

Allora, poichè la scuola questo compito non lo ha mai assolto, in attesa che l'educazione sanitaria vi venga introdotta, abbiamo ritenuto che tutto il personale che entra in ospedale senza concorso, cioè per chiamata diretta, debba frequentare un corso di qualificazione per fargli capire l'attività che va a svolgere; perchè la cosa incomprensibile è che se uno va in una fabbrica, in una fonderia, dove esistono turni, eccetera, va a svolgere un certo mestiere e magari gli insegnano questo mestiere. Quindi, non si capisce perchè in ospedale, dove si va vicino alla macchina più sofisticata che esiste, cioè l'uomo, queste preoccupazioni noi non ce le dobbiamo porre. Quindi, non è che soltanto provocatoriamente siano stati introdotti questi elementi nella relazione che, come tutte le relazioni, è un po' enfatizzata per richiamare l'attenzione, altrimenti non la leggerebbe nessuno. Devo dire con assoluta tranquillità che, per il semplice fatto che la normativa del decreto del Presidente della Repubblica n. 130 del 1969 riguardava l'assunzione per chiamata diretta ammessa soltanto per speciali categorie del personale esecutivo per le quali siano stati predisposti, di intesa con le organizzazioni sindacali interessate, adeguati criteri selettivi, voi sapete meglio di me a che cosa si sono ridotte queste commissioni: amministratori e sindacati si mettevano d'accordo non per assumere i migliori, ma per dividersi parimenti il personale che doveva essere assunto, tanto è vero che quel provvedimento è stato modificato con la famosa legge n. 56 del 1987, che ha introdotto un'altra cosa che non sta nè in cielo nè in terra, cioè l'elenco speciale per il pubblico impiego nel collocamento. Quindi, quando l'USL ha bisogno di questo personale, lo attinge da questi elenchi. Vi rendete conto che non è pensabile che un povero diavolo, che magari ha perduto il lavoro o non l'ha mai avuto e va a finire in ospedale a fare l'ausiliario socio-sanitario, sappia sostanzialmente che cosa vuol dire provvedere all'igiene ambientale? Vi rendete conto che per fare l'igiene ambientale in ospedale bisogna sapere quello che si fa perchè una igiene ambientale impropria conduce immediatamente alla diffusione di infezioni? Non c'è nulla di trascendentale in questo: se uno non sa come si deve lavare il pavimento, e non assume determinati comportamenti, è inevitabile che trasferisca da una sala all'altra i germi patogeni presenti in quella sala e la catena si moltiplica all'infinito.

Si potrebbe dire: «che cosa c'entra il muratore»? Ma nell'ipotesi che noi abbiamo introdotto diciamo che c'entra il mutatore, così come l'operaio che va a sgorgare i gabinetti, perchè se essi non sanno dove vanno e che cosa vanno a fare non solo diffondono le infezioni dentro l'ospedale, ma possono portarle anche a casa e possono regalarle ai familiari e agli amici.

Pertanto credo che una norma che elevi il livello culturale di coloro i quali vanno a fare certi lavori dentro un ospedale dovrebbe essere estesa, non solo a chi lavora negli ospedali, ma a tutti, perchè anche gli impiegati di quarto livello che vanno in giro a raccogliere determinati dati riferiti al ricovero, se sanno dove vanno e sanno anche come comportarsi, probabilmente evitano di diffondere malattie infettive o di prendersela e di portarle a casa. È chiaro ed evidente che l'infermiere professionale dovrebbe conoscere tutto, anzi, potrebbe essere questa figura ad insegnare agli altri. Tuttavia, il tecnico di laboratorio fa un corso. Nel nostro paese abbiamo due categorie di tecnici: quelli di

categoria «minore», che frequentano dei corsi dopo la scuola dell'obbligo, e i tecnici di laboratorio che frequentano i corsi universitari dopo il conseguimento del diploma di scuola media superiore. Tutte queste persone, quindi, hanno già una loro qualificazione, sanno dove vanno e che cosa vanno a fare e le nozioni le hanno apprese durante i corsi. Sono tutti gli altri che queste nozioni non le conoscono. Nessuno di noi, presentatori di questo disegno di legge, ha mai voluto dire che la causa della caduta dei livelli assistenziali è dovuta alla professionalità di questo personale, ma non c'è dubbio che la prima barriera contro le infezioni nosocomiali deriva da questo tipo di personale, tanto è vero che si usa dire abbastanza frequentemente che in un ospedale ci può essere anche il chirurgo più bravo del mondo, ma se coloro i quali provvedono alle pulizie, cioè a garantire l'igiene ambientale e personale, non sono qualificati e non sono capaci di farlo, quello che ha fatto il chirurgo viene inevitabilmente distrutto dalla incapacità di garantire igiene all'ambiente. Questo è il ragionamento per cui si dovrebbe evitare questa impropria assunzione del personale in strutture delicate quali quelle a cui noi ci riferiamo, perchè siamo sempre tutti pronti a lamentarci della dequalificazione quando entriamo in un ospedale. E sto parlando soprattutto della situazione della povera gente, perchè purtroppo, siamo condizionati dal fatto che quando arriva là qualcuno di noi viene trattato bene, ma dimentichiamo che la gente comune non ha alcun «privilegio». La cosa migliore sarebbe quella di prevedere un corso trimestrale per gli ausiliari socio-sanitari. Comunque, poichè nessuno ha la verità in tasca, tutti i contributi sono positivi, come tutte le critiche servono per migliorare. Quindi, queste persone frequentano un corso organizzato dalla USL o dagli istituti di ricovero a carattere scientifico, per tre mesi, dove gli «allievi» imparano, se hanno voglia, le regole principali della profilassi e gli elementi generali dell'igiene personale ed ambientale. Tutti coloro che frequentano il corso alla fine sono sottoposti ad un esame, perchè è giusto selezionarli, e coloro che superano questa prova verranno messi a disposizione degli enti per il reclutamento attraverso una selezione, una graduatoria, o altro. Ma l'importante è che sappiano dove vanno e quale attività andranno a svolgere.

Questo è il significato fondamentale, perchè sapete tutti come è difficile conoscere il modo in cui si comportano gli agenti patogeni, qual è la sorgente di infezione, come si diffondono e da che parte dell'organismo entrano. Queste cose a raccontarle sono anche piacevoli ed ho sperimentato che quando le spiegavo qualcuno chiedeva il perchè non ne avessi parlato prima. Pertanto basta parlarne per finire con l'appassionarsi a questi problemi, perchè sapere quel che si fa e perchè lo si fa credo che sia motivo non solo di responsabilità, ma anche di entusiasmo.

Nel mio ospedale ho fatto questi corsi ed avevamo frequenze di 300-400 giovani che partecipavano e che continuavano nel tempo.

IMBRÌACO. Questi corsi si dovrebbero fare sempre.

AZZARETTI. I corsi dovrebbero essere fatti per il personale interno, ma noi li abbiamo fatti anche per i giovani che non rientravano in

questo personale prima di assumerli. Quando vengono assunti a queste condizioni, possono evitare di provocare dei danni. C'è molta gente disoccupata, se si va a vedere, non solo al Sud ma anche al Nord: ci sono elenchi lunghissimi. L'USL dell'Oltrepò ha fatto una selezione, due anni fa, per ausiliari socio-sanitari per 14 posti ed hanno concorso 1.200 persone del luogo.

Questo lavoro la gente lo fa volentieri; bisogna quindi insegnare a farlo adeguatamente. Su una proposta per così dire modesta, che aveva soltanto un significato educativo, ma pur sempre qualificante, si è innestato l'emendamento del senatore Melotto. Credo dunque che a questo punto il discorso diventi più ampio, poichè se si fosse trattato soltanto degli ausiliari non si sarebbe dovuto perdere tempo. L'argomento è quindi da approfondire.

Sono due anni e mezzo che si cerca di far capire quali sono i reali problemi del personale ospedaliero. Da quando le unità sanitarie locali hanno avviato le attività sul territorio, gran parte del personale se ne è andato dagli ospedali. Infatti, mentre in ospedale si lavora sempre, nei centri che operano sul territorio gli orari sono indubbiamente meno pesanti e lo stipendio è lo stesso. Prevalgono dunque – come è ovvio – le logiche di convenienza. Purtroppo, il provvedimento di riordino del sistema non è ancora stato presentato. Condivido la proposta del senatore Melotto di dare risposte immediate a problemi immediati. Non è vero che questo personale c'è. In un ospedale che conosco sono stati eliminati 500 posti-letto che non verranno più ripristinati se non vi sarà personale in misura adeguata. Lo stesso Ministero della sanità può anche scordarsi di aprire nuove divisioni per la cura dell'AIDS: infatti, di infermieri non ce ne sono e non si possono aprire nuove divisioni soltanto con i medici.

La proposta del senatore Melotto vuole venire incontro ad un'esigenza contingente in attesa del provvedimento di riordino, affiancando gli infermieri con operatori tecnici di assistenza in tutte quelle attività che essi non possono svolgere. Il paziente è di stretta competenza del personale qualificato; non è però necessario che a lavare il paziente sia un infermiere professionale, perchè un'operatore tecnico di assistenza che ha seguito un corso di nove mesi è in grado di farlo. Si potrebbero così sdoppiare i turni di due infermieri professionali sostituendoli con turni di un infermiere professionale e di un operatore tecnico di assistenza, raddoppiando così l'assistenza al paziente.

Un altro aspetto rilevante è quello degli incentivi. Non si può pensare di pagare il personale ospedaliero come quello che opera sul territorio. Di recente ha suscitato reazioni in qualche misura violente la proposta – non so se attuata – della regione Lombardia, che per promuovere l'accesso ai corsi di infermiere professionale ipotizzava di portare l'indennità ad 800.000 lire mensili. Ciò ha provocato le immediate proteste degli infermieri già in servizio, che percepiscono 1.200.000 lire al mese. Il problema deve essere risolto a livello sindacale. Tuttavia, noi abbiamo pur sempre il dovere di dare risposte immediate a problemi urgenti nella prospettiva del riordino. Quando il Governo presenterà il relativo disegno di legge faremo il possibile per approvarlo rapidamente, sperando che esso non vada però a morire nel cimitero della Camera dei deputati, dove sembra che tutto si fermi.

Basti pensare, del resto, a ciò che è accaduto con la legge sui trapianti, di cui non si sono più avute notizie. Meglio quel provvedimento che niente, anche se poteva trattarsi di una discutibile legge. Diamo dunque una risposta, seppure modesta, ad un problema reale; così facendo, daremo la sensazione a chi opera nel settore che il Parlamento qualche contributo concreto ai suoi bisogni quotidiani lo dà. Diversamente, in attesa del meglio, rischieremo di far morire l'esistente.

È giusto approfondire gli argomenti in discussione. Invito però i colleghi a vedere le cose con estrema elasticità, con serenità e con concretezza, poichè il dato reale è che gli ospedali chiudono quotidianamente dei reparti. Mi rendo conto che i problemi sono diversi al Nord ed al Sud (e sono lieto che al Sud ci siano infermieri). Quando gli infermieri vanno a lavorare al Nord, vi si fermano il tempo necessario; appena possono, tornano nei luoghi di provenienza, il che è comprensibile per chi con 1.200.000 lire al mese deve pagare un affitto. Sacrificare sei mesi o un anno, in base alla normativa sul pubblico impiego, vuol dire avere il posto assicurato quando si liberino posti nella propria zona di provenienza.

Occorre dunque, come ripeto, dare una risposta immediata al problema.

Per quanto concerne l'assistenza ai malati di AIDS, occorre innanzitutto affrontare l'attuale situazione delle strutture ospedaliere, caratterizzata da estrema precarietà e da disagi. È una situazione che conosco, purtroppo, in via diretta. Se non si adotteranno misure in questa direzione, il Governo dovrà prendere atto che è del tutto inutile discutere e pubblicizzare le iniziative di lotta all'AIDS: infatti, il personale infermieristico per attuare determinati programmi non c'è.

Tutto ciò è inutile e fa soltanto arrabbiare la gente, perchè quando leggono queste cose le persone ci chiedono se siamo qui soltanto per parlare o se sappiamo quello che effettivamente diciamo. La verità vera è quella che è stata anticipata dal Presidente e che anche io ho contribuito a chiarire nei limiti delle mie possibilità, in assoluta tranquillità, senza alcun preconcetto nei confronti di nessuno.

DIONISI. Questo provvedimento mi sembra una risposta parziale ad un problema complesso e che nella nostra Commissione merita un approccio diverso. Trovo anche un pò eccessiva questa enfasi del collega Azzaretti che però si giustifica sia con la passione con la quale egli affronta tutti problemi sia anche con la conoscenza e l'esperienza che egli ha dei problemi e delle difficoltà delle strutture sanitarie per la carenza del personale infermieristico.

Esiste un problema reale. La carenza degli infermieri e dell'assistenza, non solo infermieristica, compromette il livello delle prestazioni e la qualità della vita dei pazienti ricoverati nei nostri ospedali. È del tutto ignorato l'importante problema della formazione professionale permanente di tutto il personale del Servizio sanitario nazionale. Il nostro disegno di legge è ispirato, all'esigenza di qualificare tutti gli operatori sanitari.

I fatti recenti documentano che tutti i lavoratori del Servizio sanitario nazionale, e non solo gli ausiliari, necessitano di formazione professionale permanente.

Abbiamo letto in questi giorni sulla stampa che, infermieri professionali e tecnici, i quali hanno una formazione professionale di base anche importante, si sono rifiutati di lavorare nei reparti di malattie infettive e di assistere i malati di AIDS. Ritengo che comportamenti di questa natura siano dettati non tanto da un problema di rivendicazione salariale e da una monetizzazione del rischio, ma da una scarsa conoscenza della natura di quella malattia e delle vie di trasmissione dell'infezione virale da HIV. Comunque, chi viene messo in condizione di conoscere bene i modi di trasmissione della infezione da HIV e come comportarsi nelle varie attività di assistenza sanitaria gestisce questo tipo di malati abbastanza tranquillamente.

Trovo un pò esagerato affermare l'importanza delle infezioni nosocomiali nel modo in cui viene scritto nella relazione. Non serve mettere numeri come quelli scritti in relazione. È vero che il 70 per cento dei decessi in ospedale dipende da cause diverse da quelle che hanno provocato il ricovero, ma le infezioni nosocomiali sono una delle molteplici altre cause di morte.

AZZARETTI. Non formalizziamo una cosa di questo genere.

DIONISI. Parlare del 70 per cento dei decessi in ospedale che avverrebbe per infezioni nosocomiali non è assolutamente esatto.

AZZARETTI. Il 30 per cento muore a causa delle malattie che aveva all'entrata, il 70 per cento per cause sopravvenute.

DIONISI. Non ricordo a memoria i numeri ma in questo 70 per cento c'è una parte che muore per infezioni contratte nei reparti ospedalieri e una parte ancora più consistente per altre cause come malattie iatrogene per uso incongruo di farmaci, per insufficienza cardiovascolare e altre cause. Quando ad esempio il paziente neoplastico entra per neoplasia in ospedale e muore per insufficienza cardiorespiratoria o per *shock* cardiogeno, o di altra natura, si tratta sempre di una motivazione finale diversa dal motivo di ingresso in ospedale e rientra nel calderone del 70 per cento, ma si tratta di una morte avvenuta per cause diverse dalle infezioni nosocomiali. E molti altri esempi si potrebbero fare. Tutto questo, però, non sminuisce l'importanza delle infezioni in ospedale. D'altra parte il senatore Azzaretti sa bene che tra le infezioni nosocomiali rientrano quelle da manovre chirurgiche, da cateterizzazioni, da infezioni di piaghe da decubito ecc.... Quelle dovute più strettamente alla trasmissione di infezioni da un malato ad un altro e dagli strumenti e dall'ambiente ai ricoverati attraverso l'azione degli operatori esistono, ma sicuramente non sono il 70 per cento!

Tutto questo va assunto come un problema importante, ma senza un'enfasi che altrimenti diventerebbe fuorviante. Si dovrebbe parlare anche dell'uso improprio degli antibiotici che si fa nei reparti ospedalieri, e di tutta la problematica delle malattie iatrogene, ma ritengo improduttivo farlo in questa sede senza un metodo rigorosamente scientifico.

Un'altra cosa mi sembra ingiusta. Già il senatore Imbriaco ne ha parlato. Nella relazione si dice che l'abbassamento dei livelli assistenziali, che ha oggettivamente degradato il sistema assistenziale nel nostro paese, è in gran parte dovuto all'impreparazione e all'insensibilità umana e sociale di gran parte di questi operatori, assunti più per bisogno occupazionale personale che per vere esigenze assistenziali e di servizio.

AZZARETTI. Il problema sta nel fatto che, pur di lavorare, si entra in ospedale senza alcuna conoscenza; però, se non esiste una sensibilità interna per fare bene certe cose, si potrebbero provocare dei danni. Parlo per esperienza perchè conosco queste cose e so quello che dico.

DIONISI. Si tratta di una affermazione ingiusta verso tutti i lavoratori che operano all'interno delle strutture sanitarie.

AZZARETTI. Sono stati loro a dirmi di scrivere queste cose.

DIONISI. Sicuramente non avranno detto di scrivere queste cose. Forse glielo avranno detto i suoi amici che non conoscono o che conoscono poco questi lavoratori.

IMBRIACO. La sensibilità umana non si affida ad un corso di tre mesi.

DIONISI. Non è vero che c'è una diffusa insensibilità umana e sociale. Non si può addossare tutto a chi sta più in basso nella scala sociale e magari è stato assunto con pratiche clientelari. È scritto nella relazione che il lavoratore è assunto più per bisogni occupazionali che per esigenze di servizio. Ci sarà anche qualcuno che assume personale per motivi clientelari o no? E chi assume personale per cause diverse da quelle di necessità? Basta mettere i soggetti e i complementi al posto giusto e la verità di ricompone.

È opportuno che questi lavoratori seguano un corso teorico-pratico; e ciò deve valere per tutti. In altri paesi si fa un'opera di formazione professionale continua. Bisogna affrontare il problema dal punto di vista generale e non ci si può accontentare di un corso di nove mesi. Il livello di ciò che un portantino deve sapere non è così elevato da non far rientrare la metodologia di assunzione di questo personale nell'ambito delle regole esistenti. In ogni caso, si dovrà prevedere che l'assunzione sia fatta sulla base delle graduatorie degli uffici di collocamento. Diversamente, si introdurranno elementi di turbativa delle regole che il Parlamento ha dettato in materia di collocamento. In base alla legislazione vigente, i lavoratori di livello funzionale inferiore al quarto sono assunti non per chiamata nominativa, ma sulla base della graduatoria degli uffici di collocamento, previo superamento di una selezione. Se si dovesse prevedere di adottare una metodologia diversa, non potremmo essere d'accordo. La maggior parte dei disoccupati è costituita da giovani diplomati, in particolare da donne. Il personale dovrà essere assunto sulla base delle graduatorie degli uffici di collocamento, dovrà seguire un corso di nove mesi e sostenere un esame finale.

Per quanto concerne la proposta del senatore Melotto, credo che essa introduca una figura professionale in più rispetto all'ordinamento attuale, inserendosi quindi in un discorso più ampio. Lavorando tutti insieme su questa problematica si potrà rivedere l'intera materia, anche perchè sul problema della funzione dell'assistenza, infermieristica e non, nel sistema sanitario, potremmo ipotizzare qualcosa di diverso e di nuovo. Potremmo anche riflettere insieme sulla tematica portata avanti dalle donne negli ultimi tempi inerenti alle funzioni di tutela e di cura, che nel paese sono espletate soprattutto dalle donne. Potremmo prendere in considerazione la stessa partecipazione dei familiari all'assistenza dei ricoverati, studiando una soluzione che non li faccia sentire totalmente estranei o di ostacolo all'attività del reparto ospedaliero, ma che li integri in una funzione di carattere non sanitario.

Il senatore Imbriaco ha fatto riferimento alla figura del puericultrice; per quanto mi riguarda, penso anche ad operatori specializzati nell'assistenza e nella cura degli anziani, poichè se c'è una specificità del bambino c'è anche una specificità dell'anziano.

Per quanto ci riguarda, dunque, la proposta del senatore Melotto può senz'altro essere riconsiderata nell'ambito più generale della revisione dell'intera materia.

FERRARA Pietro. Signor Presidente, onorevoli colleghi, posto che è necessario un dibattito approfondito su tutte le tematiche fin qui sollevate, dirò subito che la relazione sul disegno di legge, peraltro esaustiva, ha voluto essere, da parte di chi l'ha scritta, una proposta di carattere anche tecnico, considerata la situazione del paese. La relazione può essere condivisibile o non condivisibile. Si potrebbe, ad esempio, eliminare il riferimento alle reali esigenze del servizio. Non è questo il problema. È indubbio, del resto, che la carenza di professionalità per certi livelli di operatori sanitari delle strutture ospedaliere è quella che è. Le difficoltà nascono dal fatto che proprio nel nostro paese c'è una carenza di educazione e di informazione socio-sanitaria anche da parte delle scuole. Questo si riflette non solo sugli operatori socio-sanitari a tutti i livelli, ma anche nella cultura dei cittadini. I parenti non hanno una cultura igienico-ambientale in senso lato.

Ora, se noi ampliassimo questo disegno di legge con l'inserimento di aspetti nuovi, in questa legislatura non riusciremmo a portarlo a termine. Se, invece, lo approvassimo così com'è, forse riusciremmo effettivamente a risolvere i problemi che questo provvedimento si prefigge, lasciando fuori le altre tematiche che devono essere affrontate ugualmente. Guai se si ritardasse il tentativo di affrontare il problema di dare una ristrutturazione vera agli ospedali. Non sono convinto che tutti i paesi d'Italia debbano avere ospedali, così come non sono convinto che molti ospedali non possano trasformarsi in *day-hospitals*, anzichè essere ospedali che accolgono soltanto pochi malati.

Questo disegno di legge attiene al tentativo di dare agli ausiliari socio-sanitari una professionalità attraverso dei corsi obbligatori di formazione, sia per coloro che sono dentro le strutture sanitarie, sia per coloro che intendono diventare operatori di questo tipo.

Aggiungo qualcosa sull'emendamento del Presidente, nel senso che non sono d'accordo con la dizione «operatore tecnico di assistenza», perchè questo modifica il concetto dell'ausiliario socio-sanitario. Non si tratta solo di una questione di titolo o di nome. Continuerei invece a chiamarlo «operatore socio-sanitario» in quanto è un operatore, non si tratta di una persona a cui si chiede la laurea e si occupa di un determinato settore di servizio. In questo modo si raccoglie meglio la sintesi di questa figura.

Ora, poichè la tematica è un pò complessa, propongo di rinviare il problema e di affrontarlo con un altro provvedimento da preparare insieme; sono favorevole a cambiare la qualifica «ausiliario socio-sanitario» con un'altra, ma lascerei il disegno di legge così com'è. Preannuncio un emendamento per quanto riguarda il primo comma dell'articolo 1, cioè aggiungerei alle USL e agli istituti di ricovero pubblico anche le case di cura private.

AZZARETTI. Queste ultime non danno le garanzie necessarie.

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione*. Dopo aver ascoltato gli interventi dei colleghi vorrei dire questo: non rinunciamo alla sede deliberante che mi pare un fatto molto importante, anche se mi rendo conto che l'emendamento da me presentato questa mattina è di una certa mole ed esige un momento di riflessione ed il senatore Ferrara, giustamente osserva, che occorre confrontarci su questi aspetti. Bisogna considerare quindi soprattutto quella linea di demarcazione che proprio il personale infermieristico vuole tra il sanitario e l'assistenziale. Inoltre, bisogna vedere se si tratta di una linea confusionaria e che reintroduce di fatto figure ormai chiuse, altrimenti, alla fine, non riusciremmo ad andare molto avanti.

Quindi, poichè si esige un approfondimento e il senatore Imbriaco faceva anche la richiesta di esaminare un altro disegno di legge, a questo punto ritengo necessario fissare dei «paletti». Con questo provvedimento comunque aggiornato, integrato, modificato, eccetera, non possiamo pensare alla riforma di tutte le figure del personale paramedico. Così com'è esso ha un senso e una *ratio*, altrimenti, se abbracciassimo tutto il resto ne parleremmo chissà quando. Il provvedimento ha una caratteristica di urgenza, soprattutto quella di dare una risposta ad una larga domanda. In secondo luogo cerca di limitare il campo proprio ai problemi assistenziali-alberghieri, che non riguardano il personale paramedico di cui parleremo in un altro momento affrontandolo con un provvedimento a parte.

Ci sono, su questo piano, altre figure da inserire a carattere integrativo in un clima di razionalità; non abbiamo ostacoli nè pregiudizi ad esaminarle. Pertanto la mia proposta è di sospendere i nostri lavori e di riprenderli fra quindici giorni con una riunione informale per esaminare tutti gli emendamenti presentati. Vedremo che cosa sarà possibile produrre in questo senso, anche perchè, siccome il tutto deve ritornare all'esame della Commissione affari costituzionali, sarebbe preferibile mandare un testo concordato.

Se fossimo tutti d'accordo potremmo effettivamente accelerare il confronto che, altrimenti, potrebbe diventare molto difficile. Quindi

invito i vari colleghi a designare i loro rappresentanti che parteciperanno ai lavori in sede di riunione informale e ritengo che in pochi giorni potremo essere in grado di chiarirci bene le idee per poter formulare un emendamento che rientri in questi limiti.

Credo che il «messaggio» debba essere limitato a figure che non entrano nel livello sanitario-assistenziale. Se apriamo quella porta dobbiamo rimettere in discussione tutto.

AZZARETTI. Vorrei chiedere al sottosegretario Garavaglia se il disegno di legge governativo sul personale infermieristico, a suo tempo preannunciato, sia già stato predisposto. La regione Lombardia aveva a suo tempo assunto un'iniziativa interessante al riguardo. Oggi si accede ai corsi per infermieri professionali previo superamento di due anni di scuola secondaria superiore. Ne deriva che l'immagine dell'infermiere è quella di chi non ha saputo progredire negli studi.

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione*. Se si coinvolgerà nel discorso il Ministero della pubblica istruzione avremo davanti anni di trattative.

AZZARETTI. Sono convinto che ci vorranno degli anni, forse anche delle legislature. Limitiamoci, comunque, per ora a ciò che è possibile.

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione*. Occorre confrontarsi subito su questo provvedimento, limitato ed urgente.

Vorrei nuovamente far presente al rappresentante del Governo che sarebbe opportuna la presentazione del disegno di legge sulla formazione professionale al Senato, dati i notevoli impegni della Camera dei deputati. Tra l'altro, poichè si chiedono sempre più corsi speciali di carattere universitario, si dovrebbero prendere gli opportuni contatti con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

GARAVAGLIA, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Più i problemi saranno limitati e precisi, più sarà possibile individuare il livello di aiuto agli infermieri sulla base dello *standard* europeo. Siamo certamente interessati ad una concorrenzialità tra i nostri operatori e quelli degli altri paesi della comunità. Tra l'altro, gli infermieri sono ormai quasi tutti in possesso del diploma di scuola secondaria superiore. Il Governo è dunque intenzionato a dare sollecita soluzione al problema della formazione del personale infermieristico.

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione*. Poichè nessun altro domanda i parlare, non facendosi osservazioni, il seguito della discussione del disegno di legge è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 12.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare preposto all'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIOVANNI DI CIOMMO LAURORA