

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

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

(Igiene e sanità)

### INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

31° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 18 APRILE 1984

Presidenza del Presidente BOMPIANI

**INDICE****Audizione di rappresentanti di unità sanitarie locali**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 4, 9 e <i>passim</i>	<i>BENVENUTI</i> .....	Pag. 4, 14
COLOMBO SVEVO (DC) .....	10	<i>GARAU</i> .....	7,13
IMBRÌACO (PCI) .....	9	<i>FERRI</i> .....	10
MELOTTO (DC) .....	9, 11, 13	<i>MARCHESE</i> .....	3, 11
RANALLI (PCI) .....	10, 12	<i>PADOVAN</i> .....	6, 11, 12
ROSSANDA (PCI) .....	9, 12		

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per la USL n. 4 del Veneto (Comunità montana feltrina), il dottor Antonio Padovan, presidente, il dottor Ugo Gasparini, coordinatore sanitario, il dottor Giuseppe Giallongo, coordinatore amministrativo; per la USL n. 70 della Lombardia (Legnano), il ragioniere Gianfranco Troielli, presidente, l'avvocato Aldo Montoli, coordinatore amministrativo, il dottor Luciano Paolo Garau, coordinatore sanitario, il dottor Ettore Piccione, responsabile amministrativo-sociale, il signor Angelo Luraghi, vice presidente, il ragioniere Angelo Marcolli, responsabile della ragioneria; per la USL n. 2 della Basilicata (Potenza), il dottor Giovanni Ferri, presidente, il dottor Vincenzo Marchese, coordinatore amministrativo; per la USL n. 12 dell'Umbria (Terni), il dottor Mario Benvenuti, coordinatore amministrativo, il dottor Giovanni Mannini, responsabile dell'assistenza sanitaria e farmaceutica.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15,05.*

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 di unità sanitarie locali: ascolteremo i responsabili della USL n. 4 del Veneto (Comunità montana feltrina); della USL n. 70 della Lombardia (Legnano); della USL n. 2 della Basilicata (Potenza); della USL n. 12 dell'Umbria (Terni).

*Vengono introdotti i signori: Antonio Padovan, Ugo Gasparini, Giuseppe Giallongo; Gianfranco Troielli, Aldo Montoli, Luciano Paolo Garau, Ettore Piccione, Angelo Luraghi, Angelo Marcolli; Giovanni Ferri, Vincenzo Marchese; Mario Benvenuti, Giovanni Mannini.*

#### **Audizione di rappresentanti di unità sanitarie locali.**

PRESIDENTE. Ringrazio gli intervenuti per aver accolto il nostro invito. Annetto alla presente audizione una notevole importanza,

perchè in precedenza abbiamo ascoltato un numero molto ridotto di rappresentanti di unità sanitarie locali congiuntamente ai sindaci e dunque alla «voce» dei Comuni, mentre oggi possiamo riservare tutto il nostro interesse unicamente alla gestione delle USL aspettandoci comunicazioni integrative e comunque diverse da quelle venute dai sindaci. Inoltre, vorrei sottolineare che, oggi, completiamo le audizioni e abbiamo voluto farlo con un «campione» delle USL, che rappresentano in qualche modo la situazione nazionale. Il campione è certamente modesto nel numero, rispetto alle 675 USL esistenti nel paese, ma siamo ugualmente convinti di poter acquisire da voi, dalla vostra esperienza diretta una serie di informazioni che altrimenti non avremmo potuto conseguire se non con grandi difficoltà.

Purtroppo, la seduta dovrà tassativamente terminare entro le 16,30, onde permettere ai Commissari di partecipare ai lavori dell'Assemblea e, pertanto, per motivi di ordine procedurale, chiedo la massima brevità per consentirci anzitutto di ascoltare le vostre esposizioni, di rivolgervi poi le domande ed, infine, di ascoltare le vostre risposte. Naturalmente sarà possibile da parte vostra integrare quanto direte oggi con appropriata documentazione che potrete far pervenire alla Commissione.

La tematica generale delle audizioni è — come sapete — quella del Servizio sanitario nazionale nelle sue tre espressioni fondamentali: istituzionale, finanziaria e del personale. Passiamo ad ascoltare la prima esposizione.

*MARCHESE.* Sarò molto breve, servendomi di rapidi *flashes*.

Il primo sulla «sburocratizzazione» del comitato di gestione. Il comitato di gestione, secondo il nostro parere, non dovrebbe perdere tempo nell'approvare delibere, perchè i passaggi sono diversi e costringono gli uffici a predisporre le delibere stesse, che poi devono essere approvate dal comitato di gestione ed ancora vistate dal comitato di controllo. Sarebbe preferibile, invece, che molte funzioni affidate al comitato di gestione fossero affidate ai vari servizi. Questo, però, dovrebbe avvenire con una avvertenza e cioè

che i coordinatori amministrativi e sanitari, nel passaggio delle funzioni, non siano aggravati nel loro lavoro. Infatti, questi stessi coordinatori attualmente sono anche capi del servizio, mentre sarebbe preferibile che sceglieressero o l'una o l'altra funzione.

Passiamo al patrimonio immobiliare e alle attrezzature sanitarie. Noi abbiamo il peso di una certa eredità da parte di enti mutualistici ed ospedalieri. Si è sempre rinviato, dal 1978 fino al 1981, il potenziamento delle attrezzature sanitarie o la revisione delle attrezzature immobiliari. Tenuto conto che per queste voci viene speso solo l'1 per cento delle spese correnti, se non si vuole continuare a lesinare oggi per spendere di più domani, è necessario incrementare i fondi di investimento.

A proposito della riqualificazione del personale, va detto che è uno dei problemi cardine della riforma. Non si può ammettere che un dirigente degli enti mutualistici od ospedalieri oggi si riqualifichi da sè, trasformandosi in tecnico, per esempio, di prevenzione infortunistica. In alcune regioni il problema non viene affrontato, ma in questi casi dovrebbe essere lo Stato, a nostro avviso, ad intervenire per aiutare le Regioni, organizzando corsi obbligatori per la riqualificazione del personale.

Ultima considerazione. Non è ammissibile il premio allo sperpero: intendo riferirmi al fatto che negli anni 1981 e 1982, praticamente, sono stati distribuiti i fondi alle varie Regioni e, quindi, alle USL sulla base della «spesa storica». Da ciò è derivato un aumento del divario tra le Regioni più ricche e le Regioni più povere dal punto di vista sanitario. La legge finanziaria per il 1984 ha ripianato il *deficit* delle varie USL, praticamente premiando quelle che avevano speso di più. Per aggravare ulteriormente la situazione è arrivato, poi, l'ultimo decreto-legge di febbraio, con il quale si è stabilito che le USL con un attivo dovranno trasferire il 50 per cento di tale attivo nel bilancio preventivo per il 1984 e non riceveranno i fondi corrispondenti. Ciò vuol dire che le USL più accorte saranno «premate» togliendo loro il risparmio realizzato e si deve tener conto che spesso, come per la mia regione, la Basilicata, il risparmio è dipeso non da una

incapacità di spendere, ma perchè per esempio, il bilancio preventivo per il 1983 è stato approvato solo il 13 dicembre del 1983 e, quindi, non ha avuto la possibilità di spendere le somme previste in bilancio.

Ho terminato. Grazie.

**PRESIDENTE.** Sono io a ringraziarla per la estrema sincerità, brevità ed efficacia nell'esporre i suoi punti di vista. Proseguiamo nelle esposizioni.

**BENVENUTI.** Il punto centrale a mio avviso è questo: le USL dovrebbero essere strumenti efficaci dei Comuni e non enti strumentali delle Regioni come di fatto avviene, in quanto il fondo viene ripartito tra le Regioni e i Comuni sotto questo profilo sono deresponsabilizzati. Invece, siccome il settore della sanità non è omogeneo per tutto il paese, la dimensione delle USL deve essere commisurata ai bisogni sanitari esistenti nel territorio e a questo, quindi, dovrebbero essere commisurati anche gli interventi. Il fatto che questi aspetti siano incentrati nelle Regioni apre un conflitto tra il sistema delle autonomie e le Regioni stesse: per esempio per la ripartizione del fondo questa situazione influisce sui criteri di ripartizione adottati all'interno delle Regioni e su questo agiscono i motivi più diversi, quali la presenza o meno dell'università.

Per quel che riguarda i comitati di gestione, a nostro avviso, se vi è una misura da prendere (a parte il fatto che si tratta di organismi abbastanza anomali in quanto rappresentano un po' tutti ed è difficile gestire un complesso di servizi) è quella di una riduzione drastica del numero dei componenti dei comitati stessi per renderli organismi effettivamente di gestione e attribuendo loro nuovamente competenze di direzione e responsabilizzazione delle assemblee delle associazioni dei Comuni, in coerenza con quanto ho detto prima.

La nostra è una realtà abbastanza omogenea, però abbiamo qualche preoccupazione quando sentiamo parlare di scorporo delle gestioni ospedaliere dalle USL. Mentre questo discorso può avere significato nelle realtà delle grandi metropoli, in dimensioni come la nostra, con 130.000 abitanti e un solo

ospedale, l'ipotesi di configurare due gestioni aprirebbe ulteriori possibilità di conflitto e difficoltà alla gestione stessa.

Per quel che riguarda le questioni delle convenzioni, nella realtà umbra in generale e in quella ternana in particolare non ci sono cliniche convenzionate. Esiste, invece, il problema delle strutture convenzionate. Ho portato, per lasciarla in visione ai membri della Commissione, una ampia documentazione dalla quale si rileva, per esempio, che vi è stata una forte compressione degli accessi al convenzionamento esterno ambulatoriale per le prestazioni che attengono la radiologia, il laboratorio di analisi, eccetera. In circa due anni abbiamo ridotto la spesa di quasi due miliardi di lire su quattro miliardi che complessivamente si spendevano. Riteniamo che questo sia un risultato particolarmente significativo anche se riteniamo che le strutture pubbliche e quelle private possano coesistere, però ciascuna sovrana del proprio ambito problematico e non inquinate da accessi che non siano quelli della integrazione fra i servizi.

Qui si recupera un'altra questione che, credo, se si riformerà la legislazione del settore dovrà essere affrontata: quella delle incompatibilità dei medici. I medici che lavorano per il servizio sanitario e dipendono dai presidi pubblici, secondo me, dovrebbero essere inibiti ad intrattenere rapporti di convenzione; devono scegliere se fare il medico pubblico o fare il medico privato, con tutte le implicazioni che questa scelta comporta, perchè la libera professione ha il vantaggio di offrire sbocchi diversi, ma devono essere quelli offerti dal mercato e non concretarsi nell'utilizzo della struttura pubblica per convogliare o incentivare la domanda verso le strutture private.

Nella documentazione che ho portato vi è anche un atto del nostro comitato di gestione sui rapporti con l'università: non abbiamo scelto la via della proliferazione delle sedi universitarie, ma abbiamo ritenuto più giusto il decentramento universitario. In particolare, per ciò che riguarda la formazione del medico, riteniamo che il modo più adeguato per formare un medico, secondo i principi della riforma, sia quello di farlo crescere con le strutture che si rinnovano continua-

mente; riteniamo che questo processo di decentramento sia particolarmente importante e positivo anche se vi sono problemi per quel che riguarda la gestione dei rapporti tra la Regione, l'università e la USL per le diverse logiche che animano l'università e le competenze di ricerca e didattica che non sempre si conciliano con l'organizzazione dei presidi assistenziali. Sotto questo profilo il problema non è risolto neppure dallo schema di convenzione tanto è vero che — per quanto mi risulta — in Italia non è stato applicato da nessuna parte per le difficoltà e i conflitti che solleva.

Un'altra questione particolarmente delicata è quella del fondo, soprattutto in realtà come la nostra. La nostra è una regione per molti aspetti di frontiera: molte delle difficoltà assistenziali che si verificano nel Lazio producono infatti conseguenze nella nostra regione; il nostro presidio ospedaliero si occupa per il 25 per cento di situazioni dovute alle carenze della regione Lazio. Abbiamo applicato nei primi mesi di quest'anno 215 *pace-maker* e più della metà a pazienti provenienti dalle province di Viterbo e di Rieti ed è evidente che al cittadino che si ricovera nel nostro ospedale non possiamo non applicare questo apparecchio.

La sottostima del fondo sanitario così accentuata da non tener conto (non voglio affrontare il problema della spesa farmaceutica sul quale è aperto un dibattito generale) della dinamica dei costi dell'insieme delle strutture sanitarie, è il rischio più grosso. E non si può neppure considerare una soluzione brillante quella di ritenere — come prevede la legge finanziaria — che possono essere le Regioni a integrare il fondo sanitario, perchè una Regione come la nostra, con 800.000 abitanti, con le carenze assistenziali alle quali si deve far fronte, non sarebbe in grado di farlo. Se si esperimenterà il traguardo finale del commissariamento, previsto dalla legge finanziaria, saremo curiosi di vedere come i commissari gestiranno queste situazioni in carenza di risorse. Voglio solo portare ad esempio una cifra: abbiamo speso nel 1983 complessivamente circa 97 miliardi e l'assegnazione per il 1984 è di 91 miliardi, quindi sicuramente dovremo fare variazioni al bilancio o all'esercizio provvisorio in sfon-

damento e questo provocherà immediatamente i rigori previsti dalla legge finanziaria.

Un'ultima questione riguarda i farmaci e la loro erogazione attraverso le prescrizioni dei medici di medicina generale; sotto questo profilo siamo in una situazione anomala: la nostra USL è quella tra le dodici dell'Umbria che ha la maggiore spesa per farmaci. Nel 1983 abbiamo speso 120.000 lire *pro capite*, mentre la USL della Val Nerina ha una media di 70.000 lire e quella di Perugia di 93.000 lire. Questo divario all'interno della regione si spiega solo con una incentivazione ed una sollecitazione dell'industria sui medici che ordinano la spesa che è al di là di qualsiasi ragione epidemiologica e non ha nessuna rispondenza nelle patologie, rispondendo solo alla logica dell'assistenza dell'industria e dei canali di distribuzione del farmaco. In relazione alla questione abbiamo notato che la politica dei *tickets* non ha assolutamente contenuto la spesa farmaceutica, perchè quando un medico fa le prescrizioni il cittadino ritira i farmaci anche se poi questi finiscono nell'inceneritore municipale. Abbiamo anche attivato una serie di controlli incrociati ma non riusciamo a venire a capo del problema.

Avrei voluto dire qualcosa sul problema del personale, ma eventualmente ne parlerò in sede di replica.

**PADOVAN.** Dal punto di vista istituzionale noi ci troviamo in una situazione particolare in quanto l'ambito territoriale dell'USL n. 4 della regione Veneto coincide con la comunità montana Feltrina e tale coincidenza riguarda sia l'assemblea che il comitato di gestione. Sotto questo profilo siamo avvantaggiati rispetto alle associazioni dei Comuni in quanto la USL è una struttura operativa della comunità montana che è ente di diritto pubblico. A questo proposito credo che se una modifica della legge n. 833 deve essere fatta, deve riguardare la precisazione della natura giuridica di queste associazioni, perchè i Comuni — per quanto riguarda la sanità — se ne disinteressano, e gli unici rapporti che mantengono con le USL si hanno con l'invio dei bilanci di previsione, dei

programmi, per l'espressione di un parere e poi l'amministrazione e la gestione rimane affidata alle USL. Mi sembra che questo problema sia di fondamentale importanza.

Vorrei anche accennare alla questione istituzionale che riguarda lo scorporo dall'USL dei grandi ospedali e la loro gestione. La legge n. 833 ha compiuto a mio avviso un salto di qualità dal punto di vista culturale per cui è necessario mantenere l'unità di governo della USL evitando di compiere nuovamente l'errore di spezzettare la gestione della sanità, perchè solo attraverso l'unità di governo della gestione e della programmazione sul territorio si può realizzare la prevenzione, la cura e la riabilitazione in maniera conforme.

Anche per quanto riguarda la natura giuridica del comitato di gestione, se cioè abbia la effettiva possibilità di amministrare nelle associazioni dei Comuni, dove l'elezione dei rappresentanti avviene mediante votazione su liste presentate dai vari gruppi politici con voto di preferenza, ho grossi dubbi. Tutto questo può creare dei problemi: il comitato di gestione deve essere un organo di governo; se nello stesso vi è una maggioranza ed una minoranza come purtroppo si verifica, distinzione che rispecchia *in nuce* quella dell'assemblea, è molto difficile amministrare. Dovrebbe quindi essere posta una particolare attenzione alla natura giuridica e soprattutto alla unità di governo.

Per quanto riguarda il problema finanziario mi limiterò a dire che ritengo opportuno che l'entità del fabbisogno finanziario della sanità sia determinata dal Ministero della sanità e non da quello del tesoro, perchè credo che i 34.000 miliardi previsti dalla legge finanziaria per il 1984, siano carenti per almeno 4.500 miliardi.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica e la revisione del relativo prontuario, nella nostra USL dal 1983 al 1984 abbiamo avuto un aumento di un miliardo, che non va considerato di notevole entità in rapporto alla popolazione che somma a 70.000 abitanti. Noi stiamo vivendo l'esperienza di una convenzione con la provincia autonoma di Trento in forza della quale effettuiamo tutte le prestazioni a favore del comprensorio del Primiero pur facendo parte della regione

Veneto, per cui l'aumento di un miliardo della spesa farmaceutica impone il coraggio di tagliare sul prontuario. Anche su questo punto bisogna compiere una scelta; o si mette in crisi l'industria farmaceutica considerando che gli addetti del settore andrebbero in cassa integrazione che però non può pesare sulle spalle della sanità e allora non si potrà più dire che la sanità sperpera il denaro pubblico o si stralciano dal prontuario terapeutico nazionale i farmaci non necessari che possono benissimo essere pagati da chi li vuole assumere non essendo essenziali per la salute.

Sempre in materia finanziaria mi pare che sia necessario vengano emanate norme per le compensazioni tra le varie USL; nella regione Veneto per esempio vi è un afflusso di cittadini che provengono dalle altre regioni d'Italia, ma il fondo sanitario viene ripartito dal 1984 in base al parametro della popolazione; o teniamo quindi conto di questo movimento e lo compensiamo, oppure creeremo dei notevoli squilibri finanziari.

A proposito dei beni degli *ex* enti ospedalieri per la relativa trasformazione in capitali da reinvestire in strutture sanitarie da parte delle USL, va detto che l'articolo 69 della legge di riforma è formulato in maniera infelice. Infatti ci troviamo a dover approvare i programmi di intervento e chiedere l'autorizzazione alla Regione per la vendita ma, una volta ottenuta l'autorizzazione, incominciano delle discussioni a non finire a livello di Comuni — che sono solo intestari dei beni vincolati con destinazione alle USL — per cui non si riesce a vendere. Si dovrebbe porre in essere, secondo me, un meccanismo che preveda la possibilità di negare la concessione dei finanziamenti in conto capitale fino a quando non venga alienato tutto il patrimonio degli *ex* enti ospedalieri per investirlo nelle strutture; è inutile che le USL detengano dei beni, in quanto si devono dedicare ad amministrare la sanità e non possono occuparsi, per esempio, di aziende agrarie.

Per quanto riguarda il personale vorrei fare una raccomandazione: quando vengono stipulati i contratti, bisogna che la parte pubblica sia molto attenta. Non è possibile

demandare contrattazioni su contrattazioni a livello locale e regionale, perchè vi è una estenuante perdita di tempo con la conseguenza che i servizi ne risentono anche a causa delle continue e lunghe riunioni sindacali; bisogna quindi che nel momento in cui si rinnova un contratto questo sia chiaro in tutte le sue parti, perchè si sta ancora discutendo del vecchio contratto, quando è già entrato in vigore quello nuovo.

Per quanto riguarda i premi di incentivazione, la parte pubblica aveva fatto al riguardo precise raccomandazioni: i premi di produttività, prima chiamati premi di incentivazione, dividono e creano lacerazioni che lasciano il segno tra il personale. Se è possibile, nel nuovo contratto bisognerebbe eliminarli.

Un'altra notevole difficoltà, per quanto riguarda il personale, è rappresentata dal blocco delle assunzioni. C'è stata una modifica della legge finanziaria in base alla quale è stata delegata alle Regioni la facoltà di stabilire le deroghe: è necessario però che tali deroghe siano tempestive. Fa sorridere leggere sugli organi di informazione che le USL devono avere una gestione manageriale. Gestione manageriale significa innanzitutto possibilità di decidere immediatamente. Se ad esempio va via il primario, il *manager* ha il potere di trovare subito un sostituto. Oggi invece dobbiamo richiedere l'autorizzazione, attendere che questa venga concessa, predisporre l'avviso pubblico, costituire la commissione, formare la graduatoria: passano così dei mesi. Queste procedure devono essere snellite, pur con tutto il rispetto che esige la gestione del pubblico denaro.

La formazione e l'aggiornamento professionale nella regione Veneto proseguono bene: si organizzano corsi per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti, per i medici della guardia medica notturna e festiva.

GARAU. Sono il coordinatore sanitario dell'USL di Legnano. Le mie sono note di ordine esclusivamente tecnico-sanitario. Per quanto riguarda gli aspetti professionali, abbiamo seguito una politica tecnica di contenimento al massimo delle degenze ospedaliere. Nonostante nel 1980 la nostra media di

degenza fosse già una delle più basse della regione Lombardia — era di 11 giorni — siamo riusciti a farla diminuire gradatamente, prima a 10,54 e ora a 10,13 giornate per paziente, proiettando il nostro sforzo sul territorio, insistendo molto, cioè, sulla medicina di base e abbiamo ottimi risultati anche per quanto riguarda la spesa farmaceutica (lire 63.249 annue per assistito).

Abbiamo convenzionamenti ereditati dagli *ex* enti mutualistici con case di cura, con istituti e con medici, oltre ai medici convenzionati interni, quelli cioè provenienti dalla specialistica mutualistica. Abbiamo cercato di contenere al massimo il ricorso a questi istituti convenzionati — parlo naturalmente di convenzionamento esterno —: le prestazioni di radiodiagnostica, ad esempio, che erano, al gennaio 1983, 22 milioni e 900.000 lire si sono ridotte quest'anno a 9 milioni e 800.000 lire.

Abbiamo dovuto assorbire interamente le funzioni passate dalla competenza provinciale alla USL: dalle pratiche di invalidità al centro antitubercolare, alle incombenze dell'*ex* medico provinciale, anche nell'ambito igienistico, compreso il controllo sulle radiazioni ionizzanti. Eravamo impreparati sul piano tecnico; per l'assolvimento di alcune funzioni abbiamo tuttavia cercato di aggiornarci. L'esperienza, dopo un certo periodo di tempo, ha dato risultati positivi. Abbiamo infatti registrato un netto abbassamento dei tempi di attesa per le domande di riconoscimento delle invalidità civili: si oscilla da un minimo di quindici giorni a un massimo di due mesi per accertamenti altamente specialistici. Le uniche difficoltà incontrate nell'assunzione delle funzioni prima affidate alla competenza provinciale sono state quelle inerenti all'organico degli operatori. Il passaggio di funzioni infatti non sempre ha corrisposto a un passaggio di organico, oppure a un certo organico, stabilito sulla carta, non corrispondevano posti effettivamente coperti; ed è stato impossibile provvedere alla copertura a causa del blocco delle assunzioni.

L'USL di Legnano ha ereditato dall'ente ospedaliero una scuola per infermieri profes-

sionali. Avevamo anche una scuola per generici, poi abolita dalla legge. La scuola per infermieri professionali prosegue la sua attività a pieno ritmo. C'è ancora una notevole carenza nella copertura dei posti di infermieri specializzati, alla cui formazione provvediamo senza poter effettuare assunzioni: ciò crea uno stato di crisi notevole.

Per quanto riguarda l'istruzione del personale, abbiamo cercato di incentivare la partecipazione dei nostri medici, attraverso l'istituto della missione, a una serie di manifestazioni culturali (seminari, convegni, eccetera) di particolare interesse per l'attività che svolgiamo. Abbiamo inoltre cercato di farci parte diligente attiva nel processo culturale, organizzando, in collaborazione con la Regione o con l'Università, varie manifestazioni, non solo di carattere clinico, ma anche su aspetti più squisitamente ambientali. Abbiamo organizzato, ad esempio, con la Regione una giornata di studio sull'inquinamento atmosferico, un incontro sull'inquinamento idrico che è, per una zona industrializzata come la nostra, problema estremamente importante. Altre manifestazioni sono state organizzate per la medicina del lavoro. Per il personale non medico, oltre a gestirne l'educazione permanente, abbiamo organizzato con l'università milanese «Bocconi» dei corsi specifici: uno indirizzato ai capo-sala ospedalieri, l'altro rivolto a tutti gli operatori sanitari (medici e non) del territorio, cioè dei distretti socio-sanitari. Tutte le funzioni attribuite dalla legge al servizio di medicina di base che, come dicevo poc'anzi, è stato uno dei capisaldi su cui ha puntato la nostra USL, conseguendo poi i risultati di cui ho parlato, sono assolte in sede centrale, con le difficoltà create dalla carenza di organico. Abbiamo realizzato inoltre i distretti socio-sanitari. A differenza di quanto era stato fatto prima di noi dal consorzio sanitario di zona attraverso i consultori, abbiamo cercato di armonizzare l'operatività su tutto il territorio, colmando alcuni squilibri esistenti. Attualmente sono completamente svolte le attività relative alla medicina preventiva dell'età scolare, le attività consultoriali pediatrica e ostetrico-ginecologica. Esistono due tipi di



assistenza a supporto della medicina di base: l'assistenza infermieristica e il decentramento dei prelievi per gli esami di laboratorio.

Vorrei segnalare due inconvenienti che abbiamo vissuto in questo periodo in cui abbiamo cercato di amalgamare i vari doppioni confluiti nell'USL dai vari enti precedenti; parlo soprattutto di ospedale e di mutue. Siamo riusciti a fondere le attività di radiologia e quella di laboratorio; abbiamo eliminato un ramo secco che c'era nell'ambito mutualistico, ma è stato importante notare che quando abbiamo cercato di unificare l'operatività di questi gruppi di specialisti abbiamo trovato notevoli difficoltà ad armonizzare soprattutto gli *ex* mutualisti con la molto più dinamica ed efficace mentalità ospedaliera. Un'altra cosa in cui ci siamo dibattuti è rappresentata dai tempi estremamente lunghi che intercorrono fra la vacanza di un posto e la possibilità materiale di coprirlo, perchè la commissione pubblica negli albi ogni tre mesi il bando, poi bisogna aspettare altri tre mesi: nella migliore delle ipotesi noi restiamo scoperti per sei o sette mesi di una figura specialistica. Inoltre dovrebbe essere reso possibile all'USL, quando fa delle variazioni organizzative nell'ambito di un settore, di poter variare gli organici degli specialisti, anche eliminando le figure che dovessero risultare superflue. Vi voglio raccontare un particolare quasi aneddótico: noi stiamo vivendo la tragedia di un medico laboratorista che non inserito, nè volendosi inserire, nell'ambito del laboratorio al quale era stato attribuito, ci sta scombinando tutta l'attività del laboratorio. E siamo nell'impossibilità di eliminarlo.

**PRESIDENTE.** Ringrazio i nostri ospiti per le loro esposizioni.

A questo punto, secondo la prassi, inviterei i colleghi che lo desiderino a porre i loro quesiti.

**MELOTTO.** Ho sentito che sarebbe opportuno togliere al coordinatore amministrativo e sanitario anche la gestione del servizio. È parere di tutti i presenti? Di fatto significa istituire le due direzioni.

Se sono stati istituiti i distretti, che rap-

porto esiste fra distretto sanitario e attività ambulatoriale specialistica ospedaliera?

Quanto ai concorsi, la farraginosità del decreto n. 761 del 1979 spinge a meditare possibili trasferimenti di concorsi alle USL. Può essere una soluzione valida, oppure no?

Quarta domanda. Abbiamo sentito che nonostante le USL siano servizi dei Comuni, il Comune è estraneo. Che rapporti ci sono tra comitato di gestione e assemblea della comunità montana, soprattutto nella distinzione, e cioè quando la comunità montana si riunisce per i problemi di cui alla legge n. 1102 del 1971 e qual è l'atteggiamento quando si riunisce come assemblea della legge n. 833?

**ROSSANDA.** Sulla medicina del lavoro che mi pare interessi molto tutte le USL presenti: quali rapporti avete con l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro e con le sedi decentrate *ex* ENPI? Ho sentito i dirigenti dell'istituto parlare di fenomeni di conflittualità, vorrei sapere il vostro punto di vista. Sulla questione del personale, vorrei sapere se ritenete che sia possibile che si faccia a meno di un sistema di supplenze rapide, come previsto nel sistema concorsuale del decreto del Presidente della Repubblica n. 761, o se ritenete che il sistema degli incarichi provvisori e delle supplenze, seppure limitato nella dimensione, sia da reintrodurre per evitare le scoperture di servizi.

**IMBRIACO.** Nel corso delle audizioni qualche voce, contestando la giustezza delle scelte effettuate con la legge n. 833 a proposito dell'impianto istituzionale, ha sollevato perplessità circa il prosieguo di questo esperimento, in ogni caso di consolidamento di strutture la cui natura e struttura stessa giuridica non è lucidamente delineata e ipotizzava una soluzione di tipo aziendalistico. Premesso che io condivido personalmente quanto dichiarato da alcuni dei nostri interlocutori circa la necessità di precisare meglio la configurazione giuridica e la natura di queste strutture, lo snellimento dei comitati di gestione e il perfezionamento di strumento esecutivo di un Comune che riassume

meglio la titolarità dei poteri, premesso tutto questo la domanda che rivolgo loro, proprio perchè hanno sperimentato sul campo la vicenda, è: sarebbe proponibile e in ogni caso sarebbe una soluzione più efficace di questa cui ho fatto appena riferimento una scelta di tipo aziendalistico che sovverta di fatto l'impianto istituzionale sperimentato nel corso di questi cinque anni?

Vorrei, inoltre, sapere — se non è possibile avere una risposta immediata, magari potreste far pervenire successivamente una memoria — quale incidenza ha la spesa per la medicina privata (intendendo per medicina privata il convenzionamento che riguarda cliniche private, laboratori radiodiagnostica, riabilitazione, eccetera) sul totale della spesa sanitaria delle vostre USL e se nel corso degli ultimi quattro o cinque anni questa incidenza è aumentata o diminuita nel rapporto con il pubblico.

**RANALLI.** Secondo la vostra esperienza, chi deve gestire i servizi multizonali? Qual è la vostra opinione, quindi, in merito alla tesi che alcuni sostengono secondo la quale le province dovrebbero assumere la gestione di alcuni servizi multizonali?

Infine, vorrei sapere qual è il vostro parere in merito allo scorporo dalle USL di strutture sanitarie complesse.

**COLOMBO SVEVO.** Per quanto riguarda l'assetto istituzionale, per ribadire la centralità del Comune, che è un po' appannata, quali meccanismi, secondo voi, si potrebbero mettere in atto? In particolare, ad esempio, la configurazione di un'assemblea composta da sindaci ed Assessori alla sanità potrebbe, a vostro avviso, dare maggiore efficienza al sistema senza far perdere quel grado di democrazia e di partecipazione a cui tutti noi teniamo, essendo uno degli obiettivi della legge n. 833?

Inoltre, considerato che qualche volta è stato criticato il fatto di aver gestito il comitato di gestione con una divisione di ruoli, una specie di Assessorato all'interno del comitato di gestione stesso, se ciò si è verificato, vorrei un giudizio al riguardo e vorrei

sapere come arrivare invece ad un momento di collegialità.

Siete contrari allo scorporo degli ospedali ed accetto, nonostante sia lombarda, questa tesi. Tuttavia, vorrei sapere, nel caso che si dovesse arrivare allo scorporo, in che cosa e quanto, secondo la vostra esperienza, ne soffrirebbe l'attività di prevenzione e di educazione sanitaria che avete messo in atto all'interno delle vostre USL.

**PRESIDENTE.** Vorrei anche io rivolgere alcune domande ai nostri ospiti.

Tutte le leggi regionali prevedono a livello di USL l'istituzione dei comitati consultivi del personale medico: sono stati attivati, funzionano nelle vostre USL?

Vorrei inoltre sapere come si svolgono le procedure per le forniture e successivamente per il pagamento ai fornitori. Sono elementi, infatti, altrettanto importanti degli aspetti istituzionali o del personale di cui vorrei conoscere più la parte «negativa» (che spesso viene sottolineata dall'opinione pubblica) che non quella «positiva», che certamente è pure molto importante; tuttavia, in questa sede, dobbiamo soffermarci in particolare sulle critiche alla struttura ed alle modalità di gestione e cercare le soluzioni possibili, per migliorare il servizio.

A questo punto, invito i nostri ospiti a rispondere ai vari quesiti posti dai Commissari.

**FERRI.** Prima di tutto, vorrei fare molto brevemente una puntualizzazione, che non ho fatto all'inizio perchè mi ero riservato di ascoltare prima i colleghi.

Come tutti sanno, sia la legge n. 833 del 1978 che il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 hanno previsto un trattamento differenziato tra il personale ospedaliero e il personale proveniente dagli enti mutualistici, dalle Province, dai Comuni, operando una discriminazione, che deve essere eliminata, a danno di questi ultimi. Vi sono infatti sperequazioni incredibili: ad esempio, nella nostra USL, l'autista addetto alla presidenza proveniente dal Comune deve passare al secondo livello pur essendo al quarto livello del Comune, mentre gli autisti

ospedalieri restano al quarto livello. Questo è solo un esempio, ma anche per gli amministrativi, per gli altri dipendenti succede la stessa cosa. Mi domando, quindi, come si possa concepire un'unità sanitaria locale come un unico organismo addetto alla sanità, quando in una stessa stanza si trovano impiegati che, pur svolgendo le stesse mansioni, ricevono un trattamento diverso.

Inoltre, per quanto riguarda la produttività, il contratto prevedeva che entro due mesi dalla sua approvazione sarebbe stato elaborato il nuovo tariffario, ma è passato quasi un anno e ancora non è stato predisposto. Questo stato di incertezza senza dubbio non spinge i medici della struttura pubblica a lavorare di più.

Vorrei poi fare un'osservazione sui contributi per prestazioni integrative. Oggi abbiamo una situazione paradossale: si danno contributi irrisori, ad esempio, 2.000 lire per gli occhiali o 3.000 lire per elemento di protesi dentarie. Quindi, o si eliminano del tutto questi contributi ridicoli o si aumentano. Infatti, secondo me, attualmente costa di più la pratica burocratica che il vero e proprio contributo elargito.

Nella nostra USL, che è di circa 168.000 abitanti, vi sono 106 membri dell'assemblea più 4 esterni, complessivamente quindi sono 110. Ritengo pertanto che occorra trovare un sistema più snello perchè credo che sia un problema che hanno anche le altre USL. Infatti, spesso quando presiedo un'assemblea — lo dico scherzosamente, ma è la verità — sono costretto a chiudere la porta per impedire ai componenti dell'assemblea di lasciare l'aula, altrimenti non si riesce ad approvare bilanci, non si riesce a fare nulla.

Vorrei, infine, far notare la necessità di definire giuridicamente una volta per tutte, le USL. Credo che la veste giuridica della unità sanitaria locale sia uno dei problemi più scottanti, più importanti e per il quale occorre trovare una soluzione. Per fare un esempio, vorrei far presente che la motorizzazione addirittura non ci vuole intestare gli automezzi perchè, appunto, non siamo niente dal punto di vista giuridico.

Avrei voluto rispondere ad alcuni quesiti, ma non lo faccio perchè sarei costretto a

dilungarmi troppo; lo faranno pertanto altri colleghi.

*MARCHESE.* Per quanto riguarda i coordinatori, sono del parere che, se alcune funzioni vengono trasferite dal comitato di gestione a questi, certamente dovrebbero svolgere la funzione di direttori. Oggi, infatti, si verifica l'assurdo che un coordinatore, capo servizio del bilancio, è diventato anche responsabile del servizio del personale in quanto recentemente gli è stato dato l'onore di alcuni provvedimenti che prima erano del comitato di gestione.

Sono favorevole all'attribuzione di una delega alle USL in materia di concorsi; credo infatti che così sarebbero molto più snelli.

Riguardo il quesito posto dalla senatrice Colombo Svevo, ritengo positiva la configurazione di un'assemblea composta di soli sindaci ed Assessori alla sanità; cioè, potremmo risolvere il problema della partecipazione democratica e contemporaneamente avere anche, almeno dal punto di vista teorico, degli esperti.

Inoltre, i comitati consultivi, almeno per quanto riguarda Potenza, non sono stati ancora attivati e le procedure per il pagamento ai fornitori si eseguono generalmente entro novanta giorni.

*MELOTTO.* Mi scusi l'interruzione, dottor Marchese. Ieri, in questa stessa sede, il sindacato dei professionisti dipendenti — ho scoperto che esiste anche questo sindacato — ha dichiarato che la direzione dovrebbe essere composta di tre direttori, sanitario, amministrativo e tecnico. Vorrei sapere qual è la vostra opinione al riguardo.

*MARCHESE.* Sarei favorevole a tale proposta solo per le USL di grosse dimensioni.

*MELOTTO.* Qualche altro suggeriva invece il programmatore; non so se esista un direttore programmatore.

*PADOVAN.* Vorrei rispondere molto brevemente al senatore Melotto. Ritengo che ove si attribuiscono ai coordinatori talune funzioni oggi svolte dai comitati di gestione, il

coordinatore sanitario non dovrebbe più svolgere compiti di direttore di servizio.

Il coordinatore amministrativo, invece, con la preparazione che possiede, è in grado di coordinare anche la divisione tecnica, dove di solito c'è un ingegnere o un architetto.

Per quanto concerne i rapporti tra il distretto sanitario di base e l'attività specialistica ospedaliera, sul distretto devono poter essere svolte le attività specialistiche. L'attività specialistica deve essere unica, perchè c'è il presidio poliambulatoriale, dove vanno gli specialisti sia esterni che dell'ospedale. La nostra intenzione programmata è di eliminare qualsiasi distinzione: il chirurgo, il cardiologo, l'otorino, il radiologo, che devono fare le visite specialistiche, devono eseguirle nel poliambulatorio così come lo specialista convenzionato esterno.

Il trasferimento delle competenze alle USL in materia di concorsi attraverso una delega sarebbe senz'altro utile per snellire i tempi delle procedure.

Circa i rapporti tra comitato di gestione e assemblea della comunità montana, l'assemblea della USL, per questioni concernenti la propria materia, è stata sempre convocata separatamente, in giorni diversi da quelli in cui viene convocata per trattare di argomenti riguardanti la legge n. 1102 del 1971. La partecipazione è la stessa, ma ci sono delle difficoltà di altra natura in quanto la materia è nel suo primo quinquennio di vita. C'è l'esigenza che la gente entri nell'ordine di idee di amministrare la sanità in una forma diversa da quella finora attuata.

Passando alla medicina del lavoro e ai rapporti con l'ex ENPI, posso dire che sono rapporti molto difficili, almeno nel Veneto. Il tutto è stato trasferito alla USL di Vicenza con delle grosse difficoltà, perchè la USL non riesce a coordinare l'attività di questa struttura.

Sono favorevole agli incarichi provvisori come soluzione di tipo aziendalistico in sostituzione di quella istituzionale, bisognerebbe chiarire il concetto del termine «aziendalistico», e appurare se l'accezione è quella dell'azienda del gas o dell'azienda municipalizzata dell'energia elettrica o dell'acqua...

RANALLI. Di solito si fa riferimento a quello.

PADOVAN. Allora io non sono d'accordo in modo assoluto, perchè la gestione delle USL comprende, oltre alla gestione dei servizi sanitari, anche una programmazione di tipo sanitario, che va oltre la struttura dello stabilimento ospedaliero.

Sull'incidenza della spesa non sono in grado di fornire ora dei dati, perchè non li ho con me, ma posso trasmettere in seguito delle memorie.

Alla gestione dei servizi multizonali deve provvedere la USL dove ha sede il servizio; riconosco che ci sono delle difficoltà, ma sarebbe opportuno che l'azione fosse svolta in accordo con le altre USL della provincia, al fine di stabilire un programma comune, a meno che la Regione non finanzi direttamente il servizio multizonale, con dei riflessi sull'intero ambito della provincia.

Rispondendo alla domanda posta della senatrice Colombo Svevo, a proposito dei sindaci e degli Assessori alla sanità, ritengo che si tratti di persone con profondo senso di responsabilità civica e di adeguata preparazione culturale. Facendo rappresentare nell'assemblea i Comuni da persone direttamente responsabili, che sentono la necessità di essere sempre preparati, probabilmente si avrebbero dei buoni risultati. Circa la collegialità delle decisioni, sono sempre stato contrario ai «referati». L'orientamento che abbiamo seguito nella USL n. 4 è stato il seguente: i singoli membri vengono incaricati di volta in volta di seguire particolari problemi; nessun potere decisionale; riferiscono al comitato; il comitato decide collegialmente.

ROSSANDA. Quindi, potere istruttorio ma non decisionale.

PADOVAN. Esattamente, in modo che non vengano assunti impegni di alcun genere.

Per quanto attiene lo scorporo degli ospedali, sono contrario sotto l'aspetto istituzionale, proprio perchè dovremmo portare l'attività specialistica dall'ospedale al poliambulatorio, creando delle discrepanze notevoli.

I comitati consultivi — dei quali ha chiesto notizie il presidente Bompiani — sono in via di costituzione. Devo aggiungere però che non è cosa facile, soprattutto perchè, una volta costituiti, trovano una scarsa partecipazione. Cito ad esempio i comitati di partecipazione esistenti nell'ambito dei consultori familiari, in quanto l'unità sanitaria locale gestisce anche i servizi sociali: dopo l'avvio entusiasta sono entrati in crisi per mancanza di motivazioni.

Circa i pagamenti di fornitori, come USL n. 4 non abbiamo mai avuto problemi di questa natura, avvenendo questi entro i novanta giorni.

*GARAU.* Il senatore Melotto aveva chiesto informazioni sui distretti. Godiamo di una situazione territoriale particolarmente felice, perchè la nostra USL è raccolta e fittamente abitata; non abbiamo i problemi di una comunità montana. Ci siamo posti come obiettivo di non ripetere quello che, almeno localmente, era stato l'infelice esperimento mutualistico dei poliambulatori specialistici. Abbiamo puntato nei distretti a potenziare l'elemento medicina di base, anche se due attività consultoriali (di pediatria e ostetricia) ovviamente sono effettuate da medici specialisti. L'attività infermieristica di prelievo per gli esami di laboratorio, il rilievo di parametri grafici clinici, sono stati tutti concepiti per il potenziamento della medicina di base.

*MELOTTO.* L'attività specialistica dove la fate?

*GARAU.* La facciamo centralizzata con tutte le dotazioni in appositi poliambulatori, dove confluiscono sia specialisti provenienti dalle mutue, sia quelli provenienti dagli ex servizi ospedalieri. Abbiamo due poliambulatori: uno per le attività chirurgiche, in sede ospedaliera, che offre anche la possibilità di fare degli interventi di tipo ambulatoriale (fatto molto importante nel nostro territorio per la chirurgia plastica, per l'oculistica e per la chirurgia generale); un altro, in una sede lasciataci dall'ex Consorzio provinciale

antitubercolare (CPA), che già aveva un'attrezzatura di carattere pneumologico e che stiamo trasformando in un poliambulatorio per le attività di carattere medico internistico.

Rispondendo alla domanda posta dalla senatrice Rossanda, posso dire che non abbiamo conflittualità con l'ENPI. È in atto una discussione per avocare a noi tutte quelle funzioni normali che una volta venivano centralizzate in sede provinciale (funzioni di accertamento laboratoristico). Le vorremmo decentrate perchè abbiamo una potenzialità laboratoristica sufficiente per supportarle, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, ed è inutile far spostare di continuo la gente fino al capoluogo.

Per quanto attiene alla medicina del lavoro, siamo una delle poche USL che è riuscita a fare la «mappatura» dei rischi. Questo ci è costato certamente non pochi sforzi; il personale del servizio di medicina del lavoro ha lavorato in maniera opportuna, riuscendo nei suoi intenti. C'è stata una risposta da parte delle ditte in ragione dell'85 per cento, una cifra senz'altro rilevante.

Il comitato consultivo tecnico-scientifico, circa il quale chiedeva notizie il presidente Bompiani, funziona come strumento consultivo degli organi istituzionali dell'ente. Devo riconoscere che le risposte che loro hanno dato ai nostri problemi sono state sempre valide.

Per quanto riguarda lo scorporo degli ospedali, sono per la identificazione di alcune strutture ospedaliere, perchè, da vecchio direttore ospedaliero, ho visto un degrado dell'istituto ospedaliero in se stesso, soprattutto dove esistono istituzioni valide come a Legnano (*ex* ospedali di prima categoria, per intenderci) che avevano raggiunto mèta che oggi è estremamente difficile riuscire a mantenere; siamo legati ad un discorso di proiezione sul territorio, che va ad attingere la sue risorse nell'ospedale, l'unico pilastro portante. È necessario però fare una distinzione — e qui il discorso diventa molto personale e mi troverebbe forzatamente «partigiano» — tra gli ospedali con funzioni di base, che operano nell'ambito territoriale e che ad esso sono intimamente legati, e tutti quegli

ospedali che per la loro funzione svolgono di fatto un'attività sovrazonale. I primi è giusto che operino nell'ambito territoriale al quale sono intimamente legati, mentre non è giusto che i secondi siano legati alle USL. Per restare con gli esempi alla nostra realtà, la «geografia politica» ha smembrato l'ex circolo ospedaliero di Legnano in due USL differenti, con il risultato che l'ospedale, per tutti gli sforzi che possa fare, deve privilegiare l'USL di appartenenza, mentre l'altra USL si trova — o pensa di essere, dice il nostro presidente — in una condizione di inferiorità.

*BENVENUTI.* Sarò brevissimo, signor Presidente.

Per quanto riguarda i distretti, ne abbiamo tredici in otto Comuni, ma non tutti sono attivati. Abbiamo dato la priorità a quelli periferici, laddove abbiamo portato dei servizi che prima facevano spostare la popolazione.

Per i concorsi, sono d'accordo, li facciamo le USL.

Per quanto concerne i trasferimenti e le sedi ENPI, abbiamo avuto una serie di grossi problemi. Anche noi eravamo una esperienza pilota nel campo della medicina del lavoro, avvenuta in anni precedenti alla realizzazione della riforma. Ebbene, si sono contrapposti due modi diversi di fare prevenzione: uno piuttosto burocratico, ormai cristallizzato da rapporti con le aziende e uno che era puntato invece a rapporti con le istituzioni democratiche, con le rappresentanze operaie, per cui le stesse mappe di rischio venivano discusse sul luogo di lavoro. Abbiamo avuto, inoltre, grosse difficoltà perchè ci sono state trasferite le competenze mentre ci sono state sottratte una serie di professionalità. Pensate che per l'ANCC non abbiamo più neanche un ingegnere in grado di fare delle valutazioni tecniche, perchè sono tutti emigrati verso altre destinazioni; abbiamo quindi le competenze ma non abbiamo la professionalità. Siccome questa scelta non è stata gradita da alcuni operatori del settore, c'è una conflittualità esasperata, con tutta una serie di conseguenze (abbiamo avuto rifiuti ad adoperare le macchine della USL, eccetera). È

difficile, perciò, gestire bene la situazione; abbiamo adottato una nuova regolamentazione che però stiamo ancora sperimentando.

Per quanto riguarda l'aver come punto di riferimento le aziende municipalizzate per la configurazione delle USL, sono d'accordo con quanto è stato detto dai colleghi, cioè che non sono sovrapponibili le due gestioni. Una cosa è gestire l'energia elettrica o il gas, altra cosa è organizzare e gestire i servizi socio-sanitari.

Per i servizi multizonali, non si può aprire una discussione su chi li deve gestire, perchè li devono gestire le USL, così come prevede la legge. Naturalmente devono concorrere a questo tutti coloro che usufruiscono di questo servizio. Nel nostro caso l'abbiamo per la medicina del lavoro, per le attività preventive; lo facevamo per tutta la regione perchè la sede dell'ENPI era nella nostra città. È chiaro che adesso ne sopportiamo gli assurdi oneri in quanto si sta facendo una normativa regionale tendente alla definizione di questa situazione.

Per i meccanismi da mettere in atto per la rappresentanza dei Comuni si è sofferta la distorsione nella concezione della legge n. 833, per cui con la istituzione delle USL si è pensato di delegare tutto a questi organismi. Secondo me dovrebbero essere i consigli comunali complessivamente — non i sindaci o gli Assessori — a riappropriarsi di questa materia.

Circa l'organizzazione del comitato di gestione, abbiamo adottato — lo voglio dire, perchè è una esperienza — una formulazione di questo genere. Abbiamo costituito un ufficio di presidenza, all'interno del quale sono presenti: un presidente, due vice presidenti e i responsabili di tre dipartimenti (problemi finanziari del personale; attività ospedaliere e servizi integrativi; servizi sociali e attività istruttoria) che fanno pervenire al comitato di gestione le proposte elaborate. Naturalmente, se dovessi dire che questo funziona perfettamente, direi una cosa non vera, però è un modo perchè l'organo collegiale assuma completa cognizione della formulazione degli atti. Non abbiamo i comitati tecnici degli operatori e non li abbiamo perchè siamo ancora in attesa di una normativa regionale

e, quindi, avremmo rischiato di fare qualcosa di non omogeneo, di diverso. Vi è una importante discussione in proposito, che ci porterà alla normativa regionale. Abbiamo frequenti rapporti con i diversi operatori tecnici.

Altro discorso è quello sugli organismi consultivi della partecipazione della popolazione. Anche a questo proposito il discorso è ancora aperto e non compiuto. Anche da noi i creditori, fino a questo momento, salvo situazioni gravi e periodiche di crisi di cassa, vengono pagati entro i novanta giorni.

**PRESIDENTE.** Dichiarando conclusa questa audizione, ringrazio gli ospiti e penso che possiamo dichiararci soddisfatti di questo incontro di lavoro, sia pure breve, avuto con loro, perchè abbiamo potuto acquisire ulteriori informazioni, oltre quelle già in nostro possesso. Vorrei pregare gli intervenuti di completare il loro sforzo di collaborazione, già tanto meritevole, inviando alla Commissione memorie scritte integrative delle esposizioni orali, specie per quanto riguarda alcuni problemi, che elenco appena: l'organigramma dei vari settori o servizi o dipartimenti, essendovi il problema della omogeneizzazione dei vari modelli, previsti dalle leggi regionali; la predisposizione della raccolta dei dati statistici ed il flusso delle informazioni, sia di ordine finanziario, sia di ordine epidemiologico; i collegamenti con il comparto veterinario delle zone agricole che rientrano nelle vostre USL; le problematiche relative alla «verifica» delle condizioni di salubrità ambientale ed il controllo sugli alimenti (attività che, per informazioni ac-

quisite, sembrano molto degradate rispetto al passato). Questi ed altri elementi, che potrete ancora fornirci, saranno certamente molto graditi ed utili per la nostra indagine.

Con questa audizione possiamo ritenere conclusa la prima fase dell'indagine conoscitiva che, appunto, era dedicata alle audizioni di esperti e di varie delegazioni. Ricordo, comunque, che oltre all'audizione dei rappresentanti della Conferenza dei Presidenti delle Regioni, rimangono in base al programma originale che ci siamo dati da compiere taluni sopralluoghi, secondo un programma minimo, ma importante, che sottoporremo all'approvazione del Presidente del Senato se riterremo opportuno mantenere le decisioni iniziali. Desidero in questa occasione, ringraziare il presidente Cossiga per aver autorizzato, senza porre nè ostacoli nè limitazioni, il programma delle audizioni con tutte le «integrazioni» che di volta in volta si sono rese necessarie. Ringrazio anche i senatori che sono stati molto partecipi, attivi e collaborativi, l'ufficio di segreteria della Commissione per l'apprezzabile opera svolta e i segretari parlamentari stenografi che hanno dato valida prova e disponibilità anche di lavoro per orari particolarmente intensi.

Poichè non si fanno osservazioni, il seguito dell'indagine conoscitiva è rinviato ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 16,30.*

---

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