

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO
DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

4^o Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 11 GENNAIO 1984

(Pomeridiana)

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE**Audizione del professor Enzo De Cesare, del dottor Antonio Petrella e del dottor Domenico Poli**

PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 11 e <i>passim</i>	DE CESARE	Pag. 11, 18, 31
ALBERTI (<i>Sin. Ind.</i>)	19	PETRELLA	3, 23, 24 e <i>passim</i>
CONDORELLI (<i>DC</i>)	16	POLI	9, 30
IMBRIACO (<i>PCI</i>)	18		
JERVOLINO RUSSO (<i>DC</i>)	21		
MELOTTO (<i>DC</i>)	15, 25		
MONACO (<i>MSI-DN</i>)	20, 24, 25 e <i>passim</i>		
ROSSANDA (<i>PCI</i>)	17, 18, 22 e <i>passim</i>		
SELLITTI (<i>PSI</i>)	15, 22, 24		
TROTTA (<i>PSI</i>)	20		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Enzo De Cesare, il dottor Antonio Petrella ed il dottor Domenico Poli.

I lavori hanno inizio alle ore 16,35.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria: è in programma oggi l'audizione del professor Enzo De Cesare, docente di anatomia chirurgica presso l'Università di Roma; del dottor Antonio Petrella, dell'Assessorato alla sanità della regione Veneto, e del dottor Domenico Poli, dell'Assessorato alla sanità della regione Toscana.

Vengono quindi introdotti il professor Enzo De Cesare, il dottor Antonio Petrella e il dottor Domenico Poli.

Audizione del professor Enzo De Cesare, del dottor Antonio Petrella e del dottor Domenico Poli

PRESIDENTE. Proporrei di dare subito la parola al dottor Petrella, invitandolo a riferire in particolare sulle questioni che gli sono state proposte nella nostra lettera di invito all'audizione odierna, cioè quelle riguardanti la politica del personale. Per quanto riguarda l'ordine dei lavori, proporrei di far svolgere una breve relazione introduttiva a tutti gli invitati, cui seguirà una serie di domande da parte dei membri della Commissione con le relative risposte.

PETRELLA. Onorevoli senatori, vorrei precisare di essere venuto senza una precisa documentazione scritta, ma, a dire il vero, ne avrei fin troppa perchè sono vari anni che coordino i gruppi interregionali del personale. Ho però fatto un piccolo esame della problematica e, analiticamente, passo a dire come la penso in proposito.

Il primo problema è quello del censimento del personale del Servizio sanitario nazionale. Abbiamo già operato delle verifiche in questa materia in occasione dell'ultimo accordo nazionale di lavoro, tentando di avere quantomeno un dato certo in ordine al personale dipendente di ruolo a livello nazionale. Abbiamo dichiarato, come voi sapete, circa 620.000 dipendenti globalmente individuati, mentre dai dati accertati da noi risultavano qualcosa in meno di 600.000 persone. Va anche detto che in quell'occasione, per due Regioni — mi pare per la Sicilia e la Calabria — avevamo proceduto mediante calcoli, proprio perchè esse non erano state in grado di fornirci i dati relativi al personale in servizio.

Una manovra ancor più difficile è rappresentata dalla ripartizione delle qualifiche professionali nei vari livelli. Questo per due ordini di motivi: innanzitutto perchè, come voi sapete, se è vero che un'immediata risposta la potremmo avere dai ruoli regionali del personale del Servizio sanitario nazionale, credo però che le Regioni che hanno i ruoli pubblicati ufficialmente allo stato dei fatti siano tre o quattro, mentre altre Regioni hanno già il «malloppo» pronto, ma non formalizzato con delibera; inoltre, vi è l'articolata problematica in ordine all'allocazione di alcune figure in certi livelli delle tabelle del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979.

A dire il vero, ultimamente abbiamo realizzato un lavoro a livello governativo, d'intesa con il Ministro della sanità, le Regioni, le unità sanitarie locali e l'ANCI, e abbiamo individuato sia le figure atipiche, cioè quelle rilevate almeno dalle prime indagini conoscitive delle Regioni, sia tutta una serie di figure che possono essere ricondotte sotto la terminologia delle equipollenze. Vorrei ricordare che le qualifiche atipiche pongono la necessità di un decreto del Ministro della sanità. Le equipollenze sono invece rimesse, nella scelta dell'allocazione esatta del personale, all'iniziativa delle singole Regioni, perchè non si dovrebbe trattare di posizioni atipiche, ma di funzioni atipicamente assegnate a figure più o meno individuate in forma già prevista dalle tabelle di cui sopra.

Anche in questo, abbiamo trovato momenti di coordinamento ed è venuto fuori, nell'ultima seduta del Consiglio sanitario nazionale, un ordine del giorno che mirava ad ottenere, a livello regionale, un filo conduttore unico per evitare che ogni Regione se ne andasse per conto suo.

Allo stato dei fatti, avremmo anche la possibilità di procedere con una certa uniformità ad allocare il personale nei livelli funzionali, però vi è un'autonomia regionale piuttosto accesa; personalmente, per il lavoro che compio come coordinatore anche dei gruppi interregionali, mi accorgo che le interpretazioni locali molte volte deviano e non danno un senso univoco all'applicazione della normativa. Accade spesso, infatti, che lo stesso operatore, con le stesse funzioni, le stesse responsabilità e lo stesso tipo di lavoro viene allocato diversamente in diverse situazioni regionali per interpretazioni, date con maggiore o minore disponibilità, della normativa in atto. Quindi, oggi come oggi, avremmo la possibilità di conoscere con precisione — forse — il numero del personale ed anche la ripartizione per qualifiche, però di fatto esiste la problematica di cui ho appena parlato.

Per quanto riguarda il personale convenzionato, il problema è un po' più facile a livello regionale perchè, come voi ben sapete, abbiamo le tre convenzioni (di parte, specialista convenzionato esterno e specialista convenzionato interno): il ricavo dei dati è facilissimo perchè, attraverso le modalità di pagamento, già tramite i nostri uffici di ragioneria, li possiamo avere con una certa rapidità. Noi avevamo un indicatore soprattutto per i medici, ma non so a che cosa possa servire; potremmo anche fornirlo, dato che è abbastanza analitico a livello nazionale.

Un discorso un po' più serio riguarda il terzo punto del programma dell'indagine conoscitiva, relativo agli aspetti di politica del personale (adozione e consistenza dei ruoli unici regionali; adozione e consistenza delle piante organiche provvisorie). Sull'adozione e consistenza dei ruoli regionali ho già detto prima: solo poche Regioni hanno già proceduto formalmente all'approvazione di tali

ruoli. La Regione che io rappresento, il Veneto, ha già provveduto da tre anni alla loro pubblicazione formale; attualmente, essi sono in stato di aggiornamento, ma il lavoro sarà completato alla fine di gennaio del 1984. Sono comunque pochissime le Regioni che hanno provveduto in questo senso: si tratta di un lavoro molto lungo e, purtroppo, non troviamo la disponibilità, nè da parte dei colleghi, nè da parte delle USL, delle altre Regioni, e quindi si può dire che attualmente non esistono ancora i ruoli a livello regionale.

Un discorso ancora più grave, che ci vede colpevoli anche come Regione, è quello del provvedimento di adozione delle piante organiche provvisorie. Voi sapete che esisteva una legge che imponeva alle Regioni, in termini brevi, l'adozione delle piante organiche provvisorie delle USL; si trattava di un atto di responsabilità, ma pur sempre ricognitivo perchè occorreva individuare le consistenze organiche dei comparti confluiti nel Servizio sanitario nazionale. Anche in questo discorso, però, a me risulta (se necessario posso fornire dati aggiornatissimi) che siano solo dodici le Regioni che hanno approvato le piante organiche provvisorie. Questo è un discorso molto grave e pesante, perchè non solo blocca tutta una logica operativa che la pianta organica provvisoria consente, ma anche in quanto compromette in parte la serenità del lavoro degli operatori.

A mio avviso, le Regioni dovrebbero individuare con rapidità le piante organiche provvisorie, procedendo quindi ad allocare personale in residuo di ruolo nei posti e nelle strutture delle USL, e determinare così l'eventuale sovrannumero, attivare momenti di mobilità volontaria e coatta nel loro ambito territoriale e solo dopo, se del caso, procedere ad ipotesi di concorso, perchè altrimenti non si potrebbe portare avanti questa logica. Credo che l'aver mancato a questo adempimento sia una delle colpe più gravi. Peraltro, anche qui esistono dei tentativi di forzatura, cioè qualche Regione che ha tentato disperatamente di inserire nelle piante organiche tutta una serie di ipotesi configurandole come posti di organico di cosiddetti «incarichi professionali»; di questi, alcuni

erano effettivamente veri e propri incarichi di lavoro subordinato, e quindi avevano un nome atipico, ma in realtà erano posti di lavoro, seppur in sovrannumero, mentre per molti altri casi non era così, e questa interpretazione diventava un rubinetto d'ingresso per inserire personale nel Servizio sanitario nazionale. Di qui proviene anche qualche perplessità governativa e dei commissari di Governo.

Sull'individuazione dell'entità e della composizione professionale del personale precario delle USL, si può notare che esiste un'area di precariato molto vasta tra i medici, perchè da anni si sono in realtà sospesi i concorsi. Qualche Regione ha potuto procedere, utilizzando la normativa transitoria, nel creare piante organiche provvisorie; il Veneto, ad esempio, ha operato circa 2.500 concorsi con la normativa transitoria, dei quali quasi 2.000 riguardanti personale sanitario medico; ma nel resto d'Italia questa attività mi risulta che sia praticamente bloccata. Quindi, in attesa della legge di sanatoria, l'area medica presenta moltissimo personale in posizione di precariato (si diceva l'altro giorno che ammonta al 10 per cento, ma anche qui potremmo fornire dati più precisi).

Per quanto riguarda i livelli professionali atipici, che hanno richiesto cioè un decreto ministeriale, torno a dire che sono pochi e sono stati individuati — se non sbaglio — in quattro categorie: i giornalisti (addetti stampa), gli educatori, gli ausiliari socio-sanitari e — credo — la figura professionale derivante dai tecnici dell'Associazione nazionale per il controllo della combustione (ANCC). Nelle altre ipotesi — ripeto — non si tratta di figure atipiche, ma spesso di funzioni atipicamente date ad operatori tipici oppure create volutamente, ma non riconducibili agli schemi figurativi. Allo stato dei fatti, non esiste più alcun problema relativo alle categorie perchè l'ordine del giorno del Consiglio sanitario nazionale è stato approvato all'unanimità e verrà trasmesso come tale alle Regioni, superando quindi gli indirizzi di Governo.

Un problema ancora più grande è quello del contratto di lavoro. Anche su questo

punto potrei parlare a lungo, ma non so che cosa occorre conoscere alla Commissione. Voi sapete che, con una trattativa abbastanza lunga, abbiamo portato a termine, almeno come firme a livello nazionale, il primo accordo di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale. In questo campo, ci eravamo posti un po' tutti una bandiera per così dire fasulla, perchè ci eravamo detti che il problema era quello di ricondurre in un solo contratto cinque precedenti contrattazioni. Questo ad essere sinceri non era un grosso problema perchè avevamo un contratto, quello ospedaliero, che per dimensioni ed analisi di istituti ci consentiva una «riconduzione» piuttosto facile; semmai il problema era quello di regolare tipi di lavoro in aree di diversa importanza e responsabilità con un solo contratto. Voglio dire che una cosa è fare l'infermiere presso una corsia o in terapia intensiva ed un'altra cosa è farlo in un poliambulatorio delle mutue: si tratta sempre di un infermiere, ma la differenza di quantità e qualità di lavoro è notevole.

Noi avevamo posto tre grosse problematiche. La prima era quella della dirigenza nell'ambito del quadro amministrativo, cioè responsabilizzare e creare la vera figura del dirigente nell'ambito del pubblico impiego. C'era poi il problema della «omogeneizzazione interna», cioè allineare dignitosamente, in una contrattazione economica, personale non medico con figure più o meno simili del pubblico impiego. Infine, c'era la problematica medica che si poneva sotto un aspetto definito «omogeneizzazione esterna», relativa alla richiesta dei medici di un trattamento economico per lo meno equiparato con la retribuzione del medico convenzionato interno.

Per quel che riguarda la dirigenza avevamo tentato una ipotesi di lavoro così articolata: noi pensiamo che il dirigente stia al direttivo come l'efficacia sta all'efficienza, cioè il dirigente deve collaborare col momento decisionale, quindi col momento politico, nella individuazione e realizzazione degli obiettivi; questo impone non solo una notevole capacità professionale, ma anche una certa sintonia col momento decisionale. Quindi per noi la vera dirigenza non avrebbe

dovuto costituire un momento di carriera definitivo, che comportasse nascere e morire dirigente, ma pensavamo invece che il dirigente, individuato anche in aree libere di lavoro, potesse essere scelto dal politico ed a tempo definito. Questa offerta ha trovato enorme difficoltà a livello governativo perchè rompeva una vecchia ottica del pubblico impiego italiano ed equilibri economici del mondo statale. Peraltro anche le organizzazioni sindacali di categoria pretendevano «la botte piena e la moglie ubriaca», e cioè erano d'accordo con una retribuzione adeguata al dirigente, mantenendo tuttavia la logica del dirigente di carriera e ritornando così al concetto del vecchio direttivo, tutt'al più con la qualifica di dirigente. Ora, nei risultati, siamo riusciti a dare qualche soldo in più al cosiddetto «dirigente amministrativo» del mondo sanitario, ma certamente non abbiamo ottenuto il fine che ci eravamo proposti.

Il secondo problema era quello dell'inquadramento del personale non medico e non dirigente. Ci siamo trovati di fronte ad una tenaglia. Il mondo della funzione pubblica, il Ministero del tesoro, ci hanno posto dei vincoli di rapporto stretto con altre aree di lavoro. Ad esempio, ci è stato detto che l'infermiera della sanità non deve guadagnare di più di quella, se esiste ancora, delle ferrovie dello Stato; si è creata cioè una parametrizzazione tra aree diverse del pubblico impiego. Tuttavia, se questo è in gran parte possibile, in realtà siamo stati costretti ad una scelta ancor più pesante perchè in sostanza il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 ha posto in essere delle tabelle che configurano gli scalini su cui sono allocate certe posizioni funzionali, e noi non abbiamo potuto far altro che dare un trattamento economico alle tabelle del decreto citato. In poche parole, si è riportato nel contratto lo stesso allineamento professionale «di grado» del decreto del Presidente della Repubblica n. 761. In realtà, noi avevamo anche tentato di opporci a questa logica perchè ritenevamo e riteniamo che il decreto di cui si parla costituisce un allineamento di profili mentre il contratto nazionale della sanità dovrebbe retribuire in base alle man-

sioni. Ad esempio, il lavoro di cuoco è sempre tale sia che venga svolto alla mensa studentesca sia all'Hotel Ritz; tuttavia nel primo caso bastano 800.000 lire al mese di stipendio mentre nel secondo caso non bastano 2 o 3 milioni. Quindi, mentre il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 ci indicava chi era su certi scalini, il contratto avrebbe dovuto fissare la retribuzione di questi professionisti od operatori in base alla responsabilità sottesa all'impegno che questa area di lavoro gli riservava. A parer nostro le tabelle avrebbero sì configurato un richiamo di riferimento per l'80-85 per cento ma non potevamo essere vincolati al 100 per cento perchè effettivamente non si può confondere il profilo con la mansione che è connessa ad una determinata area di lavoro. Anche qui abbiamo perso un po' la guerra e le conseguenze già si vedono perchè, per salvare il salvabile, siamo costretti a modificare il decreto del Presidente della Repubblica n. 761. Così bisogna operare per portare i capi operai al 5° livello, perchè altrimenti sarebbero inquadriati al 4° come gli operai comuni, e basta fare questo esempio per dimostrare quanto poco funzionale sia questa logica. Questo vale anche per gli ingegneri ex ANCC che in base al decreto più volte menzionato vedono pochissimi di loro accedere alla apicalità, mentre in realtà non sapremmo chi collocare in quella posizione, con mortificazione immensa per questi operatori. Anche le qualifiche atipiche o le equipollenze ci servono per poter allocare un po' correttamente questo personale dal punto di vista del trattamento economico del contratto. In poche parole il contratto ha dato il peso economico alle tabelle del citato decreto, e non crediamo che questo sia un successo dal punto di vista delle Regioni.

Un ultimo problema è quello dei medici. Anch'essi infatti avevano innalzato una falsa bandiera, che serviva da richiamo, onorevoli senatori, perchè parlavano di equipollenza col personale specialistico esterno o interno. Quando però abbiamo proceduto alle analisi dei costi, ci si è accorti che le cose non andavano come credevano i medici; tant'è vero che questi, mentre prima avevano chiesto l'equipollenza e l'agganciamento al medi-

co di base, poi si sono accorti che ciò non era conveniente ed hanno allora parlato di aggangiamento al medico specialista convenzionato interno. Comunque abbiamo proceduto ad un'analisi dei costi, ed indubbiamente il trattamento economico dei medici (sia tabellare che di indennità) mette oggi il medico ospedaliero ad un livello superiore dello specialista convenzionato interno. Chi parla ritiene che ciò sia giusto; può anche non essere così, tuttavia i medici questo successo lo hanno ottenuto. Dove si è persa la logica? Noi volevamo che dal contratto uscisse un medico che avesse un trattamento equiparato, o se possibile migliore, al medico specialista convenzionato interno o esterno, o col medico di base convenzionato, in una valutazione globale della figura del medico. Nel contratto occorreva dunque rivedere alcune parti partendo dal trattamento economico per arrivare a trattare l'istituto delle compartecipazioni, la libera professione e le incompatibilità. Questi quattro aspetti nel loro insieme dovevano caratterizzare la figura del medico pubblico dipendente. In queste affermazioni avevamo anche posto delle logiche tentando di ridurre l'istituto delle *ex* compartecipazioni a poca cosa; non potendolo sopprimere improvvisamente, visto il momento culturale sfavorevole, non si voleva lasciare la percentuale del 100 per cento tabellare ma portarla al 10-15-20 per cento e rivedere il tabellare, perchè non perdesse rispetto ai trattamenti complessivi precedenti. Avevamo anche proceduto a calcoli d'accordo con l'organizzazione medica interessata raggiungendo una certa intesa, ma ci siamo trovati bloccati dall'atteggiamento della parte governativa, in specie il Ministero del tesoro, che invece ha considerato la «spesa storica» del 1982 per le compartecipazioni come un fondo di vincolo, e ci ha imposto di non spendere una lira in più nel contratto rispetto alle spese del 1982 per l'*ex* compartecipazione, precisando che, ove non avessimo riattivato per le compartecipazioni l'istituto con quel costo, il risparmio sarebbe tornato al Fondo globale nazionale e non al Fondo sanitario nazionale. Quindi siamo stati costretti a ricreare un istituto che non si chiama più «*ex* compartecipazione» bensì

«incentivazione della produttività», ma vi posso assicurare che di maggiore produttività ce ne è molto poca. In realtà il vecchio istituto, allargato un po' a tutta l'area sanitaria fino a comprendere, per quanto riguarda i medici, quelli del territorio, della psichiatria, delle *ex* mutue ed anche dell'*ex* laboratorio di igiene e profilassi, prevede diverse quote, per i non medici, notevolmente superiori, che rischiano di renderlo un istituto «a regime», poichè sarà difficile togliere i soldi in più alle altre categorie. Un certo successo è stato ottenuto perchè la quota di competenza dei medici ora è divisa al 50 per cento tra il medico che produce e il Fondo comune medico; questo ci ha permesso di recuperare aree mediche che erano mortificate da tale istituto come ad esempio gli anestesisti, i cardiocirurghi e i neurocirurghi, che magari erano al vertice della professionalità ma, mortificati dalle compartecipazioni, trovavano modo di entrare solo attraverso i laboratori di radiologia o in qualche specialistica come oculistica, dermatologia e similari.

Quindi un po' si è perso e un po' si è guadagnato.

Sulla libera professione ci eravamo fermati perchè ovviamente, anche se l'attuale legge demanda alla normativa legislativa regionale la regolamentazione della professione, si voleva vedere che fine facevano gli istituti delle compatibilità o delle incompatibilità, perchè di fronte ad un regime stretto si può allargare la libera professione, mentre di fronte ad un regime largo va rivista anche la tenuta della libera professione.

In ordine alle incompatibilità, noi avevamo innanzitutto posto l'esigenza che esse venissero definite con legge, perchè non crediamo possibile una normativa sulle compatibilità o sulle incompatibilità in contratto oppure in convenzione. Ricordo agli onorevoli senatori che se contratto e convenzione, anche se approvati con decreto del Presidente della Repubblica, rientrano nell'ambito amministrativo, ognuno può ricorrere ad un qualsiasi magistrato del lavoro, e allora un qualsiasi TAR, un qualsiasi giudice, può intervenire applicando o disapplicando; noi crediamo invece che questa sia partita di

esclusiva competenza legislativa. Infatti quando c'è una legge quella è per tutti, per noi e per i magistrati, oltre che per gli interessati. Avevamo comunque già avanzato delle proposte che avrebbero dovuto poi costituire il contenuto della norma di legge, e tali proposte più o meno erano le seguenti.

Per quanto riguarda la medicina generica, a stretto rigore avremmo potuto insistere per l'incompatibilità tra il medico pubblico dipendente e il medico di medicina generica di base convenzionato; questo perchè in teoria può capitare benissimo che il medico generico convenzionato sia chiamato d'urgenza dal suo paziente mentre è impegnato in un altro lavoro, (perchè se deve rispettare un orario nostro, sia pure a tempo definito, non può essere disponibile a quell'ora per andare a visitare il suo paziente) e, dato che la legge dice che è ammesso il dipendente a convenzionamento nei limiti delle possibilità, si poteva anche sostenere, da un punto di vista di stretta applicazione legislativa, la non possibilità di compatibilità. Noi però avevamo d'altra parte una certa necessità di vedere un po' più vicini il medico di base convenzionato ed il medico ospedaliero a tempo definito impegnati in medicina di base. La nostra offerta era di non pronunciarsi per l'incompatibilità se non, semmai, in avvenire a regime, e quindi o di lasciare la compatibilità nei limiti attuali, o di giocare al rientro, oppure di lasciarla anche a regime in termini però esattamente individuati — 500, 400 scelte, secondo quella che era l'area di convenzionamento da definire a livello nazionale —. Quindi, non eravamo per l'incompatibilità fra dipendenza a tempo definito e convenzionamento per la medicina di base.

Avevamo pochi problemi in ordine allo specialista convenzionato interno anche perchè, fra l'altro, si tratta di una figura quasi marginale in buona parte d'Italia: spesso sono professori universitari, oppure medici dipendenti a tempo definito che hanno anche un'attività specialistica convenzionata. Non avevamo problemi, anche qui, ad accettare una logica di compatibilità perchè tutto sommato poi bastava il calcolo delle ore e non si rompevano gli equilibri fra dipendenza e convenzionamento; invece eravamo per l'in-

compatibilità immediata, totale, assoluta tra l'attività di medico pubblico dipendente, sia a tempo pieno che a tempo definito, e quella di specialista convenzionato esterno. Chiaramente il discorso si rapportava soprattutto — anche se valeva per tutte le ipotesi — alle radiologie, in poche parole alle strutture diagnostiche strumentali convenzionate esterne; non indurre in tentazione: lo dice anche il «Padre Nostro». Non credevamo di mortificare la logica del rendimento di servizio: questi operatori infatti possono compiere la loro scelta, ma è assolutamente inaccettabile che un operatore sia un pubblico dipendente e poi ad una certa ora esca e apra il suo laboratorio, il suo studio radiologico privato. Purtroppo loro sanno che la firma del contratto è avvenuta quasi sotto votazione, quindi il potere politico non ci ha dato retta e anche questa parte è bellamente scomparsa dalla normativa contrattuale.

In sostanza i medici hanno avuto un po' di ragione sotto l'aspetto finanziario, perchè vi faccio presente che il trattamento medico di un nostro primario, che non ha meno di 15-20 anni di media carriera, è di 75 milioni lordi l'anno, quindi, tutto sommato, non è che sia poco, e questo solo calcolando il tabellare, le indennità e una media di compartecipazione. Per il resto, i motivi politici non credo siano stati portati a casa; speriamo nell'avvenire.

I problemi di attuazione sono enormi; nessuna Regione oggi, credo, è riuscita ancora a firmare l'accordo attuativo a livello di singola struttura. Noi nel Veneto, se le organizzazioni sindacali manterranno la parola data, dovremmo firmarlo il 19 di questo mese.

I problemi più grossi, ovviamente, concernono gli istituti di incentivazione della produttività; non mi soffermerò su questo aspetto perchè perderei un quarto d'ora solo per elencare i problemi e le tecniche di gestione, ma resto a vostra disposizione se e quando lo crederete opportuno.

Oltre a questo, vi è il problema della disponibilità. Credo che siano queste le due grosse problematiche, oltre qualche lacuna del contratto. Ad esempio, se uno muore o va in pensione, andrebbe via con un rateo di applicazione del contratto e non con sistema

a regime, perchè ci siamo dimenticati di disciplinare la questione nel contratto. Un altro esempio è la festa del Patrono, che può sembrare una stupidaggine, ma che per dimenticanza non è stata inserita e quindi è scomparsa dal contratto di categorie che avevano sempre goduto di questa disposizione; poi ci sono le 150 ore e i famosi diritti che derivano al lavoratore direttamente dalla legge, e precisamente dalla legge n. 300 del 1970 richiamata dalla legge-quadro sul pubblico impiego, che però non è menzionata nel contratto, per cui non è articolato il *quantum* del diritto del lavoratore.

Sono più o meno questi i problemi di gestione che bloccano le Regioni.

Altri problemi riguardano le normative di primo inquadramento, ma quella è più una problematica interpretativa che di contrattazione locale, e quindi non credo che questa Commissione ne sia interessata.

Per quanto riguarda l'attività di formazione del personale paramedico svolta dalle Regioni e dalle unità sanitarie locali, vorrei rilevare che si tratta di una realtà estremamente varia a livello nazionale. La regione Veneto, ad esempio, suddivide la formazione in: formazione, formazione speciale o riqualificazione, e aggiornamento professionale. Noi siamo in uno stato molto avanzato per quanto concerne le competenze regionali di formazione. Abbiamo, ad esempio, circa 40 scuole solo per infermieri professionali, abbiamo scuole per tecnici di laboratorio e di radiologia, scuole per vigilatrici d'infanzia: insomma, credo che diamo una risposta al settore. Altre Regioni zoppicano a livello di soddisfacimento delle necessità del servizio, e fra queste credo vi siano la Toscana, l'Emilia Romagna, il Piemonte e la Lombardia. Altre Regioni poi sono ancora più carenti.

Credo comunque che pecciamo un po' tutte per quanto concerne l'aggiornamento del personale non medico. Iniziative di aggiornamento del personale medico infatti ce ne sono dappertutto, mentre iniziative di aggiornamento del personale non medico non ce ne sono, oppure sono sporadiche. Per esempio noi nel Veneto riusciamo ad organizzare qualcosa per le capo-sala, per le ostetriche, anche approfittando dei collegi;

facciamo qualche cosa per quanto riguarda l'aggiornamento delle direttrici di scuole, ma per tutto il complesso del personale infermieristico, tecnico, nonché operaio ed ausiliario, non abbiamo mai neppure attivato corsi.

Certamente il nuovo piano potrebbe darci questa possibilità; infatti, come gli onorevoli senatori fanno, ci sono dei fondi vincolati, e nel decreto del Presidente della Repubblica riguardante l'approvazione del contratto sono previste e verranno attivate delle commissioni *ad hoc* sia a livello di unità sanitarie locali che di Regione: quindi qualche cosa sarà possibile operare in questo settore.

Credo di avere più o meno esaurito il mio intervento; non so se sono stato troppo veloce, ma resto a disposizione della Commissione per eventuali chiarimenti.

PRESIDENTE. Ringraziamo il dottor Petrella per la sua esposizione.

Propongo di sentire il parere degli altri esperti intervenuti oggi in un primo giro di opinioni, dopo di che eventualmente lei, dottor Petrella, potrà integrare il suo intervento rispondendo alle domande che le verranno poste.

Dottor Poli, la invito a prendere la parola.

POLI. Credo di aver poco da aggiungere a quanto affermato dal dottor Petrella perchè moltissime delle cose da lui dette erano quelle che avevo annotato anch'io per cui — forse dipenderà da una abitudine ormai di anni di lavoro comune — mi ritrovo in tantissime sue notazioni.

Quindi integrerò soltanto il suo intervento soffermandomi su alcuni aspetti che ritengo egli abbia dimenticato anche perchè so che, come me, ha avuto la documentazione di base molto tardi.

Mi sembra che ci siano da segnalare, rispetto alle questioni fin qui poste, problemi di legislazione anche nazionale. Per esempio, non è stato segnalato che ad oggi manca il decreto sulle attribuzioni del personale; siamo fermi ormai da quattro anni e questo comporta uno stato di precarietà o per lo meno uno stato di convinzione di provvisori-età.

Lo stesso discorso può essere fatto per le piante organiche. Il dottor Petrella ha sostenuto, in proposito, che il loro stato di attuazione è insoddisfacente addirittura a livello di piante organiche provvisorie. Occorre, tuttavia, riflettere sul carattere di tali piante provvisorie, che sono la risultante delle piante organiche o delle parti di piante organiche di enti e servizi confluiti in uno stesso ambito, per cui si può dire che si è trattato di una operazione di assemblaggio. Inoltre, contestualmente alla normativa relativa alle piante organiche, è intervenuta anche una normativa di blocco. Pertanto, il risultato (dove più e dove meno, in quanto la capacità di intervento all'interno dei vincoli legislativi può essere di varia entità) è rappresentato da una situazione di congelamento dell'esistente, o meglio di tentativi di gestione dell'esistente.

Ritengo che uno dei problemi fondamentali, al momento, sia quello di affrontare la questione relativa alle piante organiche definitive (per ciò che il termine «definitive» può significare), rapportandole ai servizi quali dovrebbero essere concepiti nell'ambito della programmazione. Come la Commissione ben sa, esiste il rischio che si venga a creare un meccanismo di ricaduta. Il piano nazionale dovrebbe indicare obiettivi precisi da perseguire e *standards* ai quali uniformarsi. Occorrerebbe, inoltre, valutare se le previsioni della legge n. 833 del 1978 siano o meno realistiche e chiarire quali dovrebbero essere gli *standards* ai quali fare riferimento; in caduta potrebbero trovarsi i piani regionali, che formulano programmi e fissano *standards*. Si dovrebbe quindi, in sostanza, venire incontro alle esigenze del Servizio.

A tutt'oggi, sia pure rivolgendo l'attenzione a quelle che dovrebbero essere le esigenze del Servizio in relazione a quanto previsto dalla legge di riforma, in ogni situazione ci si è dovuti muovere, in realtà, nell'ambito dell'esistente, per cui la prima conseguenza è stata che i servizi da potenziare (come, ad esempio, quelli della medicina pubblica tradizionale) si sono trovati in difficoltà persino nel reperire i responsabili di servizio. Inoltre, come già rilevato dal dottor Petrella, sono stati resi estremamente difficoltosi i

processi di mobilità, che già pongono una serie di problemi per motivi oggettivi, tanto più che, in realtà, non è mai facile stabilire chi, a regime, potrà essere sovranumerario e fare, di conseguenza, graduatorie realistiche; pertanto, la mobilità si realizza sostanzialmente a livello di volontariato.

Tutto ciò ha originato una convinzione diffusa secondo la quale ci si trova tuttora in una situazione di precarietà, per cui si rendono necessarie talune modifiche. Si deve dire che ciò, in realtà, ha causato una situazione tale per cui la riforma sanitaria non può certamente considerarsi attuata, in quanto anche nelle aree maggiormente avanzate ci si è limitati a gestire l'esistente e tutto ciò — va detto — in aggiunta alle difficoltà ed ai problemi sui quali si è già ampiamente soffermato il dottor Petrella, la cui esposizione condivido pienamente.

Ritengo, poi, che vada segnalato un ulteriore elemento di riflessione. Sono stati richiesti dalla Commissione dati e giudizi in ordine all'adozione e alla consistenza dei ruoli regionali. La situazione di fatto è quella cui ha già fatto cenno il dottor Petrella: cioè, fino a questo momento solo poche Regioni hanno provveduto in tal senso. Esistono serie difficoltà tecniche, derivanti, in parte, da un fattore numerico. Credo, tuttavia, che sia anche sorto un equivoco di fondo; non è chiaro, infatti, nella normativa in vigore che cosa si intenda realmente per ruoli regionali. Tale equivoco, a mio avviso, trae origine proprio dalla legge n. 833 del 1978, che da una parte lascia intendere che tali ruoli presuppongano una dipendenza regionale mentre, dall'altra, non lo stabilisce con sufficiente chiarezza.

Ritengo che se i ruoli regionali avessero presupposto una dipendenza regionale ciò avrebbe significato, in un certo modo, la fine dell'istituto regionale stesso, proprio a causa dello stravolgimento completo dell'apparato amministrativo che essi avrebbero comportato. Certo è che la situazione di ambiguità permane e non credo possa essere altrimenti, poichè il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, essendo una legge delegata, non poteva oltrepassare determinati limiti.

Un altro elemento di riflessione potrebbe poi essere costituito, a mio parere, dal fatto che sia o meno possibile e funzionale, per un Servizio come quello sanitario, il sistema dei concorsi regionali o se, invece, non si corra il rischio di ripetere l'esperienza fatta in passato per il settore della pubblica istruzione. Credo che tale questione meriti un approfondimento. Occorre, pertanto, valutare quali possano essere e quali siano le conseguenze, positive o negative, dell'adozione dei ruoli regionali. A mio avviso, gli unici effetti positivi (al di là di problemi di rilevazione di dati, che possono essere risolti in vari modi) sono rappresentati dal fatto che l'esistenza dei ruoli regionali potrebbe consentire la mobilità del personale a domanda, senza dover ricorrere a nuovi concorsi, così come si verificava, precedentemente, col sistema degli enti ospedalieri. Personalmente, non vedo, al momento, altri effetti positivi, anche perchè con l'espletamento dei concorsi secondo la prassi attuale, che per il numero di posti disponibili vedranno probabilmente una partecipazione massiccia di candidati, si allungheranno i tempi in modo tale che si rischierà di perpetuare il meccanismo del precariato.

Attualmente, la situazione dei concorsi in via di espletamento è quella cui si è già richiamato il dottor Petrella. Bisogna, però, dire che i concorsi a regime, in realtà, non sono nemmeno stati tentati laddove era possibile, poichè esiste una serie di problemi relativi alla sanatoria degli incarichi, che sembrava dovesse essere attuata in tempi brevi. Ritengo, tuttavia, che nell'ambito di una rimeditazione delle questioni relative all'attuazione della riforma sanitaria una riflessione si renda, a questo proposito, necessaria, non per stravolgere il disegno complessivo della legge n. 833, di cui non credo costituisca un punto molto qualificante, ma proprio per introdurre elementi di funzionalità.

Per quanto riguarda i profili professionali atipici e il personale proveniente dagli enti soppressi che, a seguito di processi di ristrutturazione previsti dai vecchi contratti, trova maggiore difficoltà di allocazione, a mio avviso, la situazione è leggermente più com-

plessa di quanto non sia emerso dall'intervento del dottor Petrella. Anche questo però non mi sembra un problema di impossibile soluzione.

Nei termini illustrati ancora dal dottor Petrella, e che personalmente condivido, ritengo poi urgente un intervento in sede legislativa che abbia ad oggetto le incompatibilità che da anni rappresentano un elemento di disturbo interno e in fondo di inquinamento del sistema stesso.

Non mi sembra di dover aggiungere altro se non sottolineare la necessità di portare a completamento la normativa sulle attribuzioni del personale e porre all'attenzione generale alcuni altri punti quali lo sciogliere finalmente il problema di come fare le piante organiche e di come organizzare il Servizio, nonchè la rimeditazione sul sistema di reclutamento che, credo, a questo punto dovrebbe destare qualche perplessità.

PRESIDENTE. La ringrazio dottor Poli; ha la parola il professor De Cesare.

DE CESARE. Come i senatori presenti sanno, io sono un chirurgo che opera all'interno del Policlinico di Roma e non un tecnico di riforma sanitaria. Pertanto ho svolto la mia indagine rivolgendomi soprattutto al direttore sanitario in modo da acquisire quelle nozioni che non avevo. Le notizie che riporterò scaturiscono da un'esperienza del tutto particolare, in quanto maturata nell'ambito del policlinico «Umberto I», che rappresenta, come sapete, un raro esempio, in campo nazionale, di «complesso convenzionato», struttura, quindi, non assimilabile ai policlinici universitari o agli ospedali clinicizzati.

Da quanto sopra discende un grande, primo vizio di fondo, ossia una gestione di cui sono responsabili due amministrazioni (unità sanitaria locale e Università), i cui rapporti sono regolati da una convenzione. La realizzazione applicativa di quest'ultima ha incontrato, fino ad oggi, enormi ostacoli, derivanti in parte da una normativa estremamente generica e in parte da diversi e difficilmente conciliabili interessi istituzionali delle due amministrazioni. Gli interessi istituzionali dell'Università, e quindi della facoltà di me-

dicina, si focalizzano infatti principalmente sulla didattica e sulla ricerca, quelli dell'unità sanitaria locale sulla assistenza nei suoi tre momenti fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione.

Quanto sopra ha comportato e comporta una disomogeneità tra i due settori, con rari punti di incontro, difficoltà e notevole conflittualità, fermo restando che compito fondamentale di un policlinico, sia esso ospedale clinicizzato, policlinico universitario o complesso convenzionato, non può non essere l'assistenza. Quale altro vizio di fondo va rilevato che il policlinico «Umberto I» rappresenta un complesso estremamente vasto, esteso per circa 24 ettari, con un potenziale di 4.000 posti-letto e centinaia di servizi. Nell'ambito di tale complesso si concentra l'attività di oltre 1.500 medici di alta qualificazione professionale, ciascuno, si badi bene, con proprie istanze, ambizioni, necessità di spazi, eccetera. Si tratta, per la maggioranza, di dipendenti dell'Università «La Sapienza», dei quali circa un centinaio dovrebbe essere trasferito all'Università di Tor Vergata, mentre oltre 200 sono dipendenti ospedalieri che, secondo gli intendimenti dell'Università, alla scadenza ormai imminente della convenzione dovrebbero trovare sistemazione altrove, e comunque al di fuori del Policlinico.

Da quanto sopra riportato in merito agli aspetti e problemi istituzionali, appare chiaro quanto aleatori, vaghi e spesso distanti siano i rapporti dell'amministrazione universitaria con il sindaco e l'assemblea delle unità sanitarie locali, responsabili della sanità del Comune, e con gli organismi regionali.

La legge n. 833 del 23 dicembre 1978 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) d'altro canto, pur validissima sul piano filosofico, presenta tutte le difficoltà interpretative di una normativa completamente innovatrice, alla quale sembra non aver corrisposto, peraltro, un adeguato supporto politico, tecnico ed amministrativo. Appare opportuno al riguardo richiamare alcuni adempimenti di competenza dell'assemblea delle unità sanitarie locali, dei comitati di gestione e della Regione, stabiliti dalle norme di legge che disciplinano l'attuazione della ri-

forma sanitaria, che non sembrano aver trovato a tutt'oggi concreta attuazione, in modo particolare nell'ambito della regione Lazio.

Per quanto riguarda gli adempimenti dell'assemblea delle unità sanitarie locali e dei comitati di gestione vanno ricordati: l'approvazione del regolamento per il funzionamento degli organi di gestione e di partecipazione delle unità sanitarie locali del comune di Roma ai sensi dell'articolo 8 della legge regionale n. 93 del 1979 (va aggiunto, a proposito, che la Giunta regionale, pur avendone facoltà, non ha emanato gli schemi-tipo dei regolamenti succitati); la disciplina dell'organizzazione dei presidi e servizi della USL: si richiama, al riguardo, l'articolo 20 della legge regionale n. 93 del 1979 «Criteri organizzativi», il quale stabilisce tra l'altro che «... l'organizzazione deve ...: a) assicurare la massima economia e flessibilità di gestione nell'ambito della funzionalità ottimale dei vari servizi;... e) prevedere l'impiego di *équipes* multidisciplinari che operino all'interno di uno o più servizi, anche in relazione a specifici programmi di attività; f) attuare sistemi organizzativi di tipo dipartimentale ...; ... l) procedere alla verifica periodica dei livelli di rendimento dei servizi, dei presidi e degli uffici della USL»; la costituzione, ai sensi dell'articolo 39 della legge regionale n. 93 del 1979, di un organismo di consultazione degli operatori al livello di USL destinato ad assumere, tra l'altro, le funzioni e le competenze del consiglio dei sanitari e del consiglio sanitario centrale di cui all'articolo 13 della legge n. 132 del 1968 (va sottolineato che la mancata istituzione di tale organismo rappresenta una grossa lacuna per l'organizzazione e l'efficienza dei servizi e presidi sanitari); l'approvazione della pianta organica e del regolamento organico del personale (per quanto riguarda il regolamento del personale, non sono state ancora individuate in maniera specifica le attribuzioni e le mansioni del personale medico ad eccezione dei criteri sommariamente indicati dall'articolo 63 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979).

Non appaiono pertanto chiare le sfere di competenza delle singole figure dirigenziali (coordinatore sanitario, sovrintendente sanitario, direttore sanitario).

Per quanto riguarda invece gli adempimenti di competenza della Regione vanno ricordati: l'emanazione della legge regionale che, in base a criteri definiti dall'articolo 21 della legge regionale n. 93 del 1979, dovrebbe disciplinare l'articolazione degli ospedali in dipartimenti, in base al principio della integrazione tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari; l'istituzione della consulta socio-sanitaria regionale prevista dall'articolo 40 della legge regionale n. 93 del 1979, con funzioni di consulenza e proposta nei confronti della Giunta regionale per la determinazione delle scelte di politica socio-sanitaria e per l'elaborazione e l'attuazione del piano socio-sanitario regionale (istituita solo nel triennio 1980-1982); l'individuazione dei presidi e dei servizi multizonali e dei relativi bacini di utenza: la non approvazione del piano socio-sanitario regionale infatti non ha consentito tale individuazione; l'istituzione di ruoli nominativi regionali.

La mancata adozione da parte degli organismi competenti dei provvedimenti atti a garantire una corretta applicazione della legge di riforma sanitaria, dei quali quelli sopra citati rappresentano soltanto la parte più significativa ai fini dell'organizzazione ospedaliera, trova riscontro, sul piano pratico, in una scarsa, se non addirittura assente, attività di coordinamento sia a livello comunale che regionale.

A questo riguardo ritengo utile richiamare, a titolo esemplificativo, alcuni degli aspetti più eclatanti.

A livello comunale, dall'entrata in vigore della legge di riforma sanitaria, non si è ancora provveduto alla istituzione di una «centralina di informatica» per una mirata programmazione dei ricoveri; nel comune di Roma, inoltre, dove esistono alcuni dei più grandi ospedali italiani, sono disponibili due soli centri mobili di rianimazione. Altrettanto precaria appare la situazione dei servizi di pronto soccorso per quanto attiene in particolare alle autoambulanze; il policlinico «Umberto I», ad esempio, dispone di una sola autoambulanza, spesso inagibile.

C'è da rilevare che l'informatica costituisce ormai elemento basilare di tutti i settori della società, fuorchè della sanità; la centra-

lina rappresenta pertanto una necessità tanto più sentita da un Policlinico che, oltre ad occuparsi in misura cospicua di una patologia di massa, considerata l'alta qualificazione professionale dei medici ivi operanti, per determinati interventi chirurgico-medici e di diagnostiche spesso esclusive, deve far fronte a richieste pressanti e in continuo aumento di un'utenza di dimensioni quasi nazionali (almeno tutto il Centro e il Sud d'Italia).

L'esistenza di una centralina consentirebbe l'invio al Policlinico di pazienti che necessitano di interventi ad altissimo livello e l'indirizzo di quelli che richiedono interventi d'urgenza anche dalle zone più distanti, mancanti di particolari settori specialistici (neurochirurgia, cardiocirurgia, eccetera). Inoltre la centralina consentirebbe l'invio, al Policlinico o ad altre strutture idonee, di pazienti che necessitano di un recupero funzionale fornendo notizie sulla disponibilità della specialità e delle attrezzature necessarie e del posto-letto.

Quanto sopra permetterebbe di evitare il sovrappollamento nei grossi centri ospedalieri di una patologia di massa, che potrebbe essere avviata presso altre strutture ugualmente in grado di fornire, per tale patologia, prestazioni assistenziali ai migliori livelli consentendo inoltre una focalizzazione mirata dei ricoveri anche su parametri clinico-scientifici.

Appare chiara ed evidente da quanto detto la necessità di enucleare i policlinici e i grossi ospedali, altamente specializzati, dal concetto di «zonizzazione», ossia il loro affidamento gestionale ad una singola USL, istituendo invece per questi un rapporto a livello regionale. Ciò premesso, va tuttavia tenuta presente, ai fini della più ampia e completa realizzazione della didattica e della formazione professionale del giovane medico e del suo corretto rapporto con il territorio, la necessità, anche per i policlinici, di fornire l'assistenza più completa anche ad una patologia di massa, ma non quantitativamente indiscriminata.

La formazione del giovane medico, che rientra tra i compiti delle strutture principalmente universitarie, deve infatti tener conto della tendenza alla modifica dell'attua-

le rapporto medico di base-territorio, medico di base-ospedale, modifica che rappresenta uno degli aspetti fondamentali mancanti al decollo pratico della riforma.

Non risulta, infatti se non in rari casi, che il medico di base, una volta formulata una diagnosi più o meno precisa, si faccia carico dei problemi sanitari dell'utente e lo segua nel momento ospedaliero, che rappresenta, in molti casi, un evento eccezionale nella vita della persona, ma resta comunque il momento più importante e significativo ai fini sanitari.

La realizzazione di una continuità tra i vari interventi sul paziente (extra-ospedaliero, intra-ospedaliero, riabilitativo) tramite la partecipazione del medico di base può consentire di raggiungere due risultati ugualmente rilevanti ai fini assistenziali: in primo luogo, una corretta e completa assistenza del malato, anche ai fini di un'eventuale riabilitazione; in secondo luogo, una migliore e completa formazione professionale del medico di base, il cui patrimonio culturale e professionale rischierebbe, come purtroppo spesso avviene, un continuo depauperamento di quanto acquisito sui banchi dell'Università, fenomeno al quale non si può ovviare solo con i cosiddetti «corsi di aggiornamento».

A livello regionale resta valido il discorso fatto precedentemente in merito alla necessità dell'istituzione di una centralina di informatica per la programmazione e il coordinamento dei ricoveri e delle urgenze.

Va sottolineata inoltre l'assenza di qualsiasi intervento esplicativo e di coordinamento in merito all'attuazione, oltre che della legge di riforma, come più diffusamente detto in precedenza, anche di altre iniziative legislative fiorite negli ultimi sei anni (legge n. 180 del 1978, legge n. 194 del 1978, leggi concernenti l'assistenza ai tossicodipendenti).

Gli interventi degli organismi regionali, in pratica, si sono limitati ad attività di tipo clientelare circa la ripartizione dei fondi e del personale. Spesso, infatti, si assiste ad attribuzione di fondi per l'acquisto di attrezzature, da parte della Regione, già finalizzate alle esigenze di una singola struttura. Tale procedura, al di fuori di ogni prassi abituale, nasce da un rapporto diretto, scavalcando

traquillamente l'organismo gestionale della USL. Questa regola, in qualche caso, è stata anche applicata per la concessione di deroga alla legge finanziaria per l'assunzione di personale.

Per quanto riguarda la ripartizione delle competenze in concreto all'interno della USL, dobbiamo dire che a causa della mancanza di direttive da parte dei competenti organismi regionali e comunali, questa è stata in pratica lasciata al caso. Come riportato precedentemente, non si sa bene quali siano, alla luce della riforma, le competenze dell'ufficio di direzione, dei coordinatori, sanitario e amministrativo, nonché della direzione sanitaria. C'è da rilevare che la composizione dell'ufficio di direzione, di cui fanno parte solo i capi servizio della USL, è estremamente difforme tra una Regione e l'altra, con tentativi di difformità tra USL e USL; resta il fatto che nel Lazio i direttori sanitari di grossi ospedali, per prassi ritenuti ancora responsabili primari, anche nei confronti dell'autorità giudiziaria, non fanno parte dell'ufficio di direzione in quanto non sono considerati capi servizio.

La responsabilità dei singoli servizi è stata spesso affidata ad elementi di provenienza varia e di varia formazione professionale, in base al criterio dell'anzianità, senza tenere in alcun conto la formazione professionale specifica. In sostanza, pertanto, restano affidate grosse responsabilità ad elementi che, spesso in età avanzata, sono stati proiettati in realtà del tutto nuove e diverse rispetto alle attività fino a quel momento svolte. In alcuni casi i comitati di gestione hanno sofferito con la formazione, all'interno dei comitati stessi, di commissioni con poteri più o meno facilmente individuabili, che vanno dalla raccolta dei dati specifici su di un singolo argomento alla attività di veri e propri piccoli assessorati. A conclusione di quanto detto sia in merito agli aspetti istituzionali che in merito alle competenze all'interno delle unità sanitarie locali va sottolineato che le difficoltà crescono a dismisura quando si riflettono su un complesso convenzionato dove le amministrazioni gerenti sono due e non una. Va inoltre ricordato che, al di là di ogni possibile ritardo o inadempienza,

l'attuazione di una grande legge di riforma, profondamente innovativa come la n. 833, richiede comunque tempi necessariamente lunghi, come già avvenuto in passato per altre leggi (ad esempio quella sulle condotte mediche) che, pur apparentemente inattuabili al momento della emanazione, hanno dimostrato nel tempo la loro validità.

Per quanto riguarda il contratto unico nazionale, i contratti vengono concordati e stipulati senza tener conto minimamente della realtà ospedaliera. A riguardo, basti pensare al dissesto nell'applicazione della mezz'ora di pausa prevista dal vecchio contratto e fortunatamente abolita dal nuovo, che però ha ridotto da 40 a 38 ore settimanali l'orario di servizio del personale, senza tener in alcun conto la necessità di mantenere idonei turni di assistenza 24 ore su 24. A tale iniziativa ha corrisposto, peraltro, in via parallela, il blocco delle assunzioni stabilito dalla legge finanziaria.

Va tenuto presente che se due ore settimanali in meno rappresentano in teoria un 5 per cento di riduzione dell'attività, nel concreto dell'attività ospedaliera tale riduzione incide in pratica per almeno il 25 per cento. C'è da aggiungere che la periodicità ristretta nel tempo dei contratti, se valida da un punto di vista economico, per far fronte all'adeguamento del costo della vita, crea seri problemi per quanto riguarda la parte normativa, programmatica e organizzativa, in quanto non si ha il tempo di acquisire nel concreto tutta la normativa del vecchio contratto che ne viene uno nuovo.

Questi sono i dati che ho potuto procurarmi in merito a questa indagine, nel tempo così limitato che ho avuto a disposizione, a livello del complesso in cui opero; naturalmente non sono in grado di dare altre notizie come quelle che può dare il dottor Petrella, che ha parlato del personale e di problemi tecnici che a me sfuggono, anche se potrei intervenire per quanto riguarda il problema dei medici o della compatibilità; di profili finanziari, poi, non ne parliamo. Questa è l'esperienza che noi abbiamo maturato in seno al policlinico «Umberto I».

PRESIDENTE. La ringrazio, professor De Cesare, per averci informato su una realtà

particolare di cui terremo conto. Terminati gli interventi dei nostri ospiti, i senatori presenti, se vogliono, possono fare delle domande.

SELLITTI. Mi riferisco a quanto è stato detto prima, quando ci si è riferiti al guadagno lordo di un primario parlando di una cifra che noi in realtà non riusciamo a vedere nemmeno in tre anni, cioè quei 75 milioni lordi che ciascun primario prende annualmente. A noi, e siamo parecchi, certamente non risulta una simile cifra.

Forse non ho inteso bene, ma penso che anche gli altri colleghi si siano posti questa domanda. Sarei allora grato al dottor Petrella se potesse chiarirci tale cifra.

PRESIDENTE. Sarebbe opportuno — mi rivolgo agli esperti — che ci fosse inviato tutto il materiale di documentazione inerente alla loro esposizione e anche altri documenti (monografie, lavori, pubblicazioni); tutto ciò insomma, che sarebbe opportuno la Commissione conoscesse.

MELOTTO. Desidererei — per la prima volta sottolineo questo aspetto — che gli esperti ci fornissero un quadro preciso ed articolato dello stato di attuazione della riforma nelle varie Regioni.

Dobbiamo, inoltre, conoscere con estrema chiarezza quanto personale c'è e qual è la sua distribuzione, quali cifre raggiunge il cosiddetto «precariato» e a chi si riferisce nonché, infine, la situazione dei concorsi.

Occorre, cioè, avere un quadro esatto della situazione non soltanto per alcune e determinate Regioni ma per tutto il territorio nazionale. Desidererei, inoltre, che gli esperti — sulla scia di quanto prima detto dal dottor Poli e dal dottor Petrella — ci fornissero le loro valutazioni in merito al contratto unico nazionale ed agli effetti da esso derivanti.

Infatti se si è trattato solo di un «incasellamento», con il quale si è stabilito il trattamento economico con riguardo al decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, ritengo che l'operazione sia stata piuttosto modesta rispetto alle prospettive.

Certo, so bene che c'è tutta una serie di

passaggi e di sanatorie da pagare per poter portare a livello di Servizio sanitario nazionale il comparto; ritengo, tuttavia, che si poteva anche procedere con più rapidità. Occorre, quindi, una serie di valutazioni, con allegate le relative tabelle in modo che la Commissione possa acquisire — stante la carenza del sistema informativo — conoscenze sullo stato del settore.

Fatte queste premesse, desidererei rivolgere due domande al dottor Petrella e al dottor Poli ed una al professor De Cesare.

Le mie posizioni rispetto al ruolo regionale sono molto vicine a quelle dianzi espresse dal dottor Poli. Credo, infatti, che la burocratizzazione della questione del ruolo regionale non presenti vantaggi concreti. Vorrei dunque innanzitutto sapere perchè non si sono fatti i concorsi e che cosa si pensa possano essere concretamente i concorsi a carattere regionale, con la normativa prevista o ipotizzata. Certo, è necessario avere oggi, dopo questo grosso sforzo di compattazione, un sistema informativo che consenta di sapere quanto personale c'è e come esso sia diviso in tutte le unità sanitarie locali, quindi Regione per Regione; ma per questo non occorre un ruolo regionale. Mi chiedo, inoltre, circa il problema della mobilità, a cosa serva il ruolo regionale dal momento che la stessa mobilità può essere realizzata su domanda dei soggetti.

Questa mattina, concludendo la sua esposizione, ovviamente carica anch'essa di notevole esperienza, il professor Veronesi ha affermato che non vi è dirigenza se non c'è rischio della stessa e quindi se il rapporto di lavoro non è a tempo determinato, ma «per l'eternità», come oggi avviene. Vorrei sapere allora che cosa pensano il dottor Poli e il professor De Cesare del passaggio della dirigenza nel contratto e quindi della cosiddetta managerialità a tutti i livelli, non solo amministrativi, ma anche sanitari e tecnici. Il dirigente, cioè, mette a rischio se stesso; con un rapporto di lavoro a tempo determinato si espone al confronto e alla «competizione».

La terza domanda è rivolta al professor De Cesare. In un suo passaggio, lei dice che i policlinici dovrebbero essere enucleati dalla «zonizzazione», quindi dall'attribuzione del-

le competenze alle singole unità settoriali, e rientrare direttamente nella competenza regionale. Si tratta di un problema aperto nel paese. È vero che c'è anche un «rito ambrosiano» che si attua a questo livello; lei però, in un altro passaggio, afferma che, tutto sommato, finora il rito, anche romano, è stato gestito clientelaramente tra Regione e clinico.

Indipendentemente da una valutazione, allora, non so come si concili questa enucleazione rispetto ad una gestione centralizzata e quasi personale dell'assessore regionale della Sanità direttamente col clinico, anziché con una struttura, più democratica, che dovrebbe darsi delle priorità e in base ad esse avere la capacità di attestare le scelte successive.

CONDORELLI. Vorrei rivolgere alcune domande al professor De Cesare perchè se è vero, come ha sottolineato il Presidente, che il problema del Policlinico di Roma è un problema settoriale, è anche vero che questo Policlinico è importante non soltanto per le sue dimensioni e per le peculiari funzioni, essendo collocata in questa sede una delle più grandi facoltà di medicina e chirurgia d'Italia, ma anche perchè problemi analoghi a quelli del policlinico «Umberto I» di Roma si riscontrano in altri Policlinici universitari.

Vorrei, in modo particolare, avere chiarimenti circa i rapporti che esistono tra Policlinico ed unità sanitaria locale. Certo, il problema della gestione del Policlinico è molto delicato. Credo che si dovrebbe creare una normativa che stabilisca i rapporti che devono sussistere tra l'amministrazione universitaria e le unità sanitarie locali poichè, allo stato attuale, la mancanza di norme chiare crea disfunzioni anche notevoli.

Ad esempio, nella distribuzione dei servizi spesso vi è una situazione di disordine imputabile a diversi fattori: la struttura particolare, le diverse esigenze, i gruppi di lavoro che mirano più alla ricerca che all'assistenza (o forse ad ambedue le cose poichè l'assistenza è, in fondo, un aspetto della ricerca).

Proprio per questi motivi, per interessi di scuola e di ricerca, vi è spesso la tendenza a duplicare i servizi. Alcune volte, per esempio, accade che nello stesso stabile siano

installate attrezzature simili che costano miliardi e che però sono sottoutilizzate o non funzionanti a causa dell'alto costo della loro manutenzione. Infatti, ad essere oneroso non è solo il costo delle attrezzature, ma anche quello della loro manutenzione che oggi richiede contratti a volte per centinaia di milioni; spesa questa che non sempre le Università sono in grado di affrontare per cui non infrequentemente tali apparecchiature rimangono per lunghi periodi inutilizzate. Manca in definitiva una gestione veramente manageriale del settore sanitario nei policlinici universitari — obiettivo che personalmente riterrai importante conseguire — per cui, non di rado, ci troviamo di fronte a disfunzioni e disservizi che comportano tra l'altro un notevolissimo sperpero di denaro pubblico, cosa che andrebbe invece assolutamente evitata.

In conclusione, i problemi sono fondamentalmente due e cioè quello relativo ai rapporti che dovrebbero intercorrere tra le USL e le facoltà di medicina e quello concernente la ripartizione dei fondi per le attrezzature nell'ambito dei policlinici universitari. Per quel che riguarda la cardiocirurgia — campo che mi interessa in modo particolare — vi è stata, ad esempio, una commissione del Ministero della sanità (commissione Stefani) che ha lavorato per anni redigendo anche dei programmi che sono stati inviati alle Regioni, ma che in pratica non hanno avuto seguito. In sostanza, quindi, la commissione ha lavorato per anni inutilmente, mentre si continua a sperperare denaro e a concedere apparecchiature che costano miliardi anche agli ultimi arrivati che ne hanno fatto richiesta, quando magari poi nello stesso stabile si trovano attrezzature analoghe non adeguatamente utilizzate. Ritengo che questa sia veramente una importante questione da risolvere al più presto.

Un'ultima osservazione riguarda il problema — a mio avviso importantissimo per tutta la nazione — del coordinamento radioassistito della terapia d'urgenza, che potrebbe essere risolto con una organizzazione di telemedicina. Mi risulta che la SIP è interessatissima a collaborare eventualmente alla realizzazione di un sistema che permetta

di segnalare in quale ospedale della Regione vi siano posti disponibili di terapia intensiva.

ROSSANDA. Ho parecchie domande da porre ai nostri ospiti, però, prima, vorrei ricordare al senatore Condorelli che a Bologna è già stato attivato un modello organizzativo per far fronte alle richieste di terapia d'urgenza e che esso funziona perfettamente, così come è stato dimostrato in occasione della strage della stazione. Si potrebbe chiedere alle USL di Bologna di fornirci tale modello organizzativo, che è stato tra l'altro presentato ad un congresso sull'emergenza tenutosi ad Arezzo l'anno scorso.

Passo ora alle domande da porre ai nostri esperti, prima ai rappresentanti regionali e poi al professor De Cesare per la sua specifica esperienza all'interno del policlinico «Umberto I».

Ai rappresentanti regionali vorrei chiedere se sono in grado di identificare, al fine di programmare degli *standards*, delle fasce di categorie di personale, dotate, sotto il profilo quantitativo, di un certo grado di elasticità. Esse, per l'idea che me ne sono fatta, si potrebbero forse così schematizzare: fascia di medici, senza distinzione di qualifica o di livello; fascia di altre figure laureate, che assumono un rilievo sempre maggiore nell'ambito dell'attività sanitaria, dando vita a nuove forme di collaborazione; fascia di personale di assistenza diretta; fascia di tecnici sanitari; fascia di amministrativi e fascia di personale esclusivamente ausiliario.

Per noi, se un'ipotesi di questo genere si potesse formulare, sulla base di dati a disposizione delle Regioni, sarebbe interessante, ai fini della programmazione nazionale. In un Piano sanitario nazionale non credo sia conveniente un maggior dettaglio, ma almeno questo va fatto anche per mettere fine all'eterna conflittualità tra figure professionali e dare un minimo di indirizzo per la formazione delle piante organiche. Queste sono bloccate probabilmente anche da situazioni atipiche, che non credo siano però numericamente così rilevanti; ma è pressoché generalizzata la persistenza di squilibri. Di fronte a parametri anche di larga massima, si potrebbero rivelare situazioni di eccesso o

di carenza. Se per ipotesi, come è probabile, risultasse una carenza di organico nel settore dell'assistenza diretta, noi allora potremmo dare un'indicazione nel senso di un ampliamento dello spazio di formazione in tale settore.

Vorrei sapere, inoltre, se voi avete parlato in base esclusivamente alle esperienze fatte nelle vostre Regioni, o anche — come mi è sembrato nel caso del dottor Petrella — in base all'esperienza maturata nel Consiglio sanitario nazionale, e quindi se avete partecipato anche all'attività di coordinamento delle Regioni.

Vorrei inoltre sapere se è stata definita o meno la questione relativa ai contingenti provenienti dagli enti soppressi e se è quantificabile il numero delle unità rimaste ai livelli centrali rispetto a quelle che sono andate nei settori periferici.

Sempre in tema di personale, scorrendo la relazione scritta del professor De Cesare, ho visto che in essa è contenuta l'indicazione di una realtà di 4.000 posti-letto nel Policlinico di Roma. Si intende far riferimento alla capacità o al numero reale di letti attivati?

DE CESARE. No, non sono tutti attivati.

ROSSANDA. So che al Policlinico ci sono 1.500 medici presenti: mi fa un po' impressione questo rapporto letti-medici. E vorrei sapere, anche per individuare eventualmente un modello, se sia possibile accettare un rapporto di questo genere, considerando che poi, se questi medici sono tutti retribuiti, è sempre il bilancio dello Stato quello che deve pagare. Mi interesserebbe molto avere un maggiore dettaglio di queste realtà, una fotografia più completa dei posti-letto effettivamente attivati, della qualità di personale di assistenza diretta, di tecnici delle diverse categorie e dei medici suddivisi tra medici dipendenti e eventuali frequentatori.

Vorrei infine aggiungere che non sono molto convinta che questo modello di ospedale sia proprio l'ideale per la formazione del medico in rapporto alle necessità della riforma; anzi, credo che esso tenda a consolidare il tipo di medicina esistente, che se non è tutto sbagliato, è quantomeno carente in rapporto ad altre esperienze.

IMBRIACO. Per la verità, dalle relazioni, tanto del dottor Poli che del dottor Petrella, mi è parso di capire (il che naturalmente non vuol essere un motivo di censura, anzi, ma pongo la questione per arrivare poi ad alcune conclusioni che mi interessano) che i nostri esperti abbiano lavorato molto sulla base delle esperienze delle loro realtà territoriali; quindi, essi hanno rappresentato, in fondo, per un capitolo che secondo me è fondamentale per le sorti del servizio sanitario, i problemi di una parte del paese, di uno spaccato del paese abbastanza preciso e delimitato anche geograficamente, mentre credo che per questo settore abbiamo bisogno di capire che cosa sia successo in un'altra metà dell'Italia.

Quindi, più che chiedere chiarimenti, anche se mi dilungherò, avanzerei una cortese richiesta in questo senso ai nostri esperti, con il consenso della Presidenza, anche perchè è vero che sentiremo il parere delle Regioni e dei vari assessori regionali, ma sarà molto difficile per noi capire cosa sia accaduto e quale sia la rappresentazione reale del problema del personale in gran parte delle Regioni, soprattutto meridionali.

La richiesta che io avanzerei è, associandomi a quanto diceva il senatore Melotto, di approfittare della cortesia dei nostri interlocutori per avere una mappa il più possibile chiara ed esplicativa di tutta la realtà del paese, ponendo in rilievo alcune questioni particolari. Innanzitutto, vorrei chiedere al dottor Petrella, per quanto riguarda, ad esempio, il Veneto, cioè una realtà ben delimitata in cui esiste un piano, un ruolo regionale, che cosa è successo all'indomani del decollo della riforma, cioè quando vi siete trovati ad ereditare e ad assemblare tutto ciò che derivava dagli enti precedenti. Voi avete fatto in buona sostanza un piano, avete individuato obiettivi e *standards* e vi siete serviti di un personale che era poi, per qualità e quantità, lo stesso personale degli enti pregressi: com'è andata questa «partita»? Ce l'avete fatta? È stato sufficiente in termini qualitativi e quantitativi, questo personale? O invece, per gli obiettivi e gli *standards*, avete dovuto registrare delle pause e delle battute d'arresto? Questa è la prima domanda precisa che può servire poi per capire,

con riferimento ai 620.000 operatori, se davvero questo è un personale che, a parte le carenze qualitative, può essere sufficiente o meno.

Per la parte di cui parlavo prima, invece, sarei estremamente grato se potessi avere qualche notizia precisa su che cosa accade in relazione all'incompatibilità e alla libera professione al Nord e al Sud, nonchè sull'uso che si fa del personale pubblico per alimentare le strutture private a tutti i livelli. Sono convinto che il gran parlare che si fa dei centri di dialisi dell'Italia meridionale, di cui si dice che costano la metà di quanto costa un posto-letto di dialisi (un rene artificiale) pubblico, sia un discorso altamente mistificato perchè gran parte degli operatori che gestiscono i centri di dialisi privati sono gli stessi che vengono opportunamente finanziati, fatti crescere, sviluppare e ingrassare dalle strutture pubbliche. Allora — ripeto — occorre avere una mappa precisa di questa situazione.

Le cliniche private nel Mezzogiorno sono veramente cliniche che possono crescere perchè vi è un imprenditore privato che rischia il proprio capitale? O vi è invece un rischio protetto dallo Stato, anzi addirittura garantito, perchè in effetti la materia prima viene molto spesso drenata dalla struttura pubblica? La mano d'opera viene infatti in gran parte «prestata» dalle strutture pubbliche, e quindi si determina una serie di sfasature e di scompensi.

Il terzo problema è quello del precariato. Mi è parso di capire, da quanto diceva il dottor Petrella, che grosso modo si parla di un 10 per cento di precari, quindi di circa 60.000 unità. Ci troviamo probabilmente alla vigilia di una proposta di legge governativa che finalmente giungerebbe a sanare questa grossa incongruenza, alla quale, ad ogni modo, bisogna mettere la parola «fine» perchè altrimenti la dequalificazione andrebbe avanti all'infinito. Però, anche qui occorre avere informazioni precise su che tipo di precariato esista al Nord e al Sud. Vi è un precariato che può esistere in tutti gli avvisi pubblici, vi sono gli incarichi ospedalieri che hanno una storia, e probabilmente anche una dignità, ma per quanto concerne le altre

sacche di precariato, è possibile avere concretezza? È possibile sapere che cosa sia accaduto per questi presidi pubblici e che tipo di personale vi sia dal momento che dovremo metter mano quanto prima ad un disegno di legge di sanatoria?

Queste mi pare siano le cose che possono aiutarci ad agire meglio, nel momento in cui si va verso un processo di razionalizzazione del capitolo del personale che dobbiamo tenere ben presente, valutando soprattutto la considerazione che le situazioni sono profondamente diverse al Nord e al Sud e che è difficile proporre una soluzione che abbracci tutto il paese se non si tiene conto fino in fondo di alcune contraddizioni specifiche esistenti in una parte del paese, per le quali non si vuole star qui a cercare di sapere di chi sia la colpa, ma che comunque in ogni settore si sono determinate nel corso di questi anni.

ALBERTI. Volevo anzitutto fare una richiesta, cioè vorrei che i rappresentanti del settore sanitario (gli esperti, come mi pare sottolineava il senatore Imbriaco) ci diano qualche informazione in più, se possibile, sulla situazione generale del paese. Per esempio, una delle cose strane è che non sia stato possibile ancora fare un censimento adeguato del personale, considerato che esso si può ricavare allo stesso modo di come avviene per le merci convenzionate, cioè direttamente attraverso gli stipendi. Questa sembra una cosa strana, perchè nel Sud, ad esempio, i censimenti non sono mai stati realizzati; ed è così anche per quanto riguarda le piante organiche provvisorie. La legge di riforma diceva che si davano dei tempi determinati e precisi per la realizzazione delle piante organiche provvisorie, tempi che sono stati invece regolarmente disattesi da moltissime Regioni, con danni notevoli; nel Sud i concorsi sono bloccati e da più di tre anni non viene assunto un sanitario o un paramedico, e tenuto conto del fatto che nella nostra Regione si tende ad aprire ospedali piuttosto che chiuderli, allora è facile che si verifichi una immigrazione attraverso il precariato dagli ospedali maggiori verso quelli minori arrecando un gravissimo danno

e smantellando le poche strutture funzionanti per disperdere nel territorio personale che, dovendo operare da solo, finisce con non operare. Mentre nelle città più grandi abbiamo una utilizzazione delle strutture per l'85-90 per cento, gli ospedali più piccoli della Regione, e sono ormai parecchi, hanno una utilizzazione dei posti-letto al di sotto del 50 per cento, addirittura ci sono nuove strutture con una utilizzazione del 27 per cento. A questo riguardo volevamo saperne di più.

Poi volevo porre un'altra domanda: il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 a vostro avviso può veramente decollare? La mia impressione è che sia estremamente farraginoso e non so se ci aiuterà a rimettere in piedi le strutture nel più breve tempo possibile.

Ancora una domanda che si collega con le ultime due che ho formulato: volevo sapere qual è la vostra esperienza sul tempo pieno dei medici (perchè occorre chiarirlo a tutti noi che siamo stati proponenti), se e come questo tempo pieno sia servito nelle vostre Regioni a migliorare la struttura sanitaria, ed in ogni caso se ci siano dati quantitativi sui medici a tempo pieno e a tempo definito.

Infine vorrei sapere se nelle vostre Regioni sia possibile che operatori ospedalieri lavorino nelle cliniche private e in che modo vengano fatte queste convenzioni nel Veneto e nella Toscana, se non potete parlarci di altre esperienze. Gradirei conoscere se esistano dei limiti di legge per cui questi operatori possono andare a lavorare in cliniche private, e se questo non costituisca di per sé un motivo di concorrenza con la struttura pubblica di cui l'operatore è dipendente. Sulla stessa scia di domande vorrei sapere se nelle vostre Regioni vengono concesse o meno le convenzioni per posti-letto con le strutture private e con quale criterio. Pongo queste domande perchè a Catanzaro, la città col maggior numero di posti-letto per abitante in Italia (1.400 posti-letto nelle strutture pubbliche per 100.000 abitanti), ci sono 860 posti letto convenzionati con strutture private. Ogni volta che chiedo agli amministratori come sia possibile una cosa del genere mi viene risposto che si tratta di convenzioni stipulate direttamente dalla Regione che non

passano attraverso le USL. Volevo sapere se esistono dei criteri per la concessione di queste convenzioni con le strutture private e se questi criteri non vadano aggiustati nel senso di dare alle strutture private funzioni integrative della struttura pubblica. Nella nostra città questo varrebbe per i posti-letto di ostetricia, che sono insufficienti nelle strutture pubbliche, mentre abbiamo una eccedenza per quelli di medicina generale, fisiologia eccetera. Volevo avere qualche notizia in proposito e chiedo scusa per il modo in cui sono state formulate le domande.

MONACO. Avrei piacere di conoscere dove e come funziona già l'ingranaggio dei comitati di gestione delle unità sanitarie locali in rapporto agli ospedali e all'assistenza medica in generale. Come sapete ho il pallino di considerare queste USL come un centro di disordine ed affarismo privato che nulla hanno a che vedere con l'assistenza sanitaria.

Gradirei dunque conoscere quanto è a voi noto sui comitati di gestione.

TROTTA. Abbiamo l'onore di avere qui i rappresentanti delle regioni Toscana e Veneto. La mia domanda è diretta a conoscere la situazione attuale in relazione ai consorzi che sono già stati instaurati con riguardo alla conservazione e alla trasformazione del sangue umano, in particolare degli emoderivati. Mi pare che nella regione Veneto, insieme con la regione Lombardia, esista una convenzione per la donazione di sangue tra le Regioni ed un ente morale, l'Istituto sieroterapico, mentre nella regione Toscana dovrebbe esistere, o è in predicato, un consorzio tra la Regione, l'AVIS ed una industria locale collegata ad un'industria statale.

Sempre in relazione ai posti-letto in convenzione nelle Regioni meridionali che, come è stato opportunamente ricordato dai senatori Imbriaco e Alberti, vanno proliferando con la moltiplicazione delle convenzioni stesse, volevo sapere se nelle vostre regioni, che sono sicuramente le più avanzate nel settore sanitario, è stata mai presa in considerazione l'opportunità, per offrire concorrenza al dilagare delle cliniche private, di poter riaprire i posti a pagamento che una

volta esistevano negli ospedali. Questa è una riflessione che mi è venuta in mente mentre parlava il senatore Imbriaco e che volevo proporre agli intervenuti.

JERVOLINO RUSSO. Pongo rapidissimamente tre domande chiedendo scusa agli esperti perchè, essendo arrivata tardi, non ho avuto modo di seguire con completezza e con la dovuta attenzione il loro apporto che mi riservo di leggere in seguito quando sarà inviato alla Commissione.

Ai due rappresentanti regionali vorrei chiedere: uno dei problemi che ha interessato questa Commissione, anche in sede di conversione del decreto-legge n. 463 del 1983 così come, seppure in misura minore, in sede di approvazione della legge finanziaria per il 1984, è quello della interconnessione fra intervento assistenziale ed intervento sanitario. Questo tenuto anche conto della difficoltà che sul piano istituzionale deriva dalla approvazione della legge n. 833 e della non ancora avvenuta approvazione della legge di riforma dei servizi sociali. Ora, proprio perchè voi rappresentate due Regioni che da vari punti di vista sono all'avanguardia nel campo socio-sanitario, vorrei avere, seppur brevemente dato lo scarso tempo, qualche indicazione circa il modo in cui avete realizzato la interconnessione fra il sociale e il sanitario nelle vostre Regioni e conoscere quelle che sono a vostro parere le più rilevanti prospettive di una eventuale revisione, sottolineo eventuale, della legge n. 833, tenendo conto di ciò che sta maturando (speriamo il più rapidamente possibile) in sede di approvazione della legge-quadro sulla riforma dei servizi sociali.

Poi vorrei, se la Commissione lo permette, rivolgere al professor De Cesare due domande.

La prima è la seguente. La collega Rossanda ha rilevato prima il rapporto in un certo qual senso abnorme esistente tra i 1.500 medici e i 4.000 posti-letto del policlinico «Umberto I» di Roma, tenendo anche conto che non tutti i 4.000 posti sono effettivamente attivati. Io credo che in generale ciò sia dovuto a ragioni strutturali non imputabili a disorganizzazioni del policlinico; per esem-

pio, a quanto mi risulta anche in qualità di ex parlamentare di Roma, so che uno dei problemi con i quali il policlinico «Umberto I» finisce con il doversi confrontare continuamente è la mancanza di personale paramedico, che rende difficile l'attivazione di tutti i posti-letti, mancanza che poi è fra l'altro da far risalire anche all'incertezza sul piano normativo circa l'iter di formazione dello stesso personale paramedico. La prima domanda che rivolgo al professor De Cesare è appunto se egli conferma questa mia impressione.

La seconda domanda è più che altro una richiesta di ulteriore conferma ad una mia convinzione. Ho sentito che il professor De Cesare ha avanzato una tesi, che personalmente condivido fino in fondo: quella della necessità dello scorporo dei policlinici universitari dalle unità sanitarie locali. Personalmente sono una di quelle persone che ha visto con estremo favore la territorializzazione della gestione della politica sanitaria, e quindi le unità sanitarie locali; però, malgrado questo, credo in tale necessità di scorporo e vorrei, sulla base dell'esperienza del professor De Cesare, verificarne il perchè. Secondo me, al di là di aggiustamenti funzionali che possono eventualmente essere stabiliti mediante l'approvazione della convenzione o altri mezzi, c'è una finalizzazione proprio ontologica diversa tra i due istituti. L'unità sanitaria locale corrisponde infatti a un disegno di autonomia in base alla quale i cittadini gestiscono i servizi che servono per corrispondere alle proprie esigenze, cioè i servizi che danno una risposta al bisogno sanitario del territorio; il policlinico universitario, invece, non è finalizzato soltanto a dare una risposta alle esigenze sanitarie del territorio, ma è finalizzato prevalentemente alla ricerca scientifica e alla preparazione professionale del personale sanitario, cioè ad un fine teleologicamente mirato e del tutto diverso rispetto a quello per il quale è disegnata e ipotizzata l'unità sanitaria locale. Questa diversità di fini a mio parere rende necessario lo scorporo, malgrado ogni possibile tentativo, attraverso strumenti di raccordo, di rendere compatibili i due aspetti. Volevo appunto verificare di nuovo con il professor De

12^a COMMISSIONE

4° RESOCONTO STEN. (11 gennaio 1984)

Cesare questa mia impressione e convinzione.

SELLITTI. Volevo chiedere al dottor Petrella e al dottor Poli qual è stato il modello di programmazione ospedaliera che si è attivato nelle loro Regioni, perchè potrebbe essere di aiuto per quanto riguarda l'organizzazione della mia Regione, cioè la Campania.

Penso che tutti quanti sappiamo — specialmente quelli che vivono in Campania — che in questa Regione ci sono zone in cui vi è un elevato numero di posti-letto (mi riferisco specialmente alla mia zona, in cui si arriva ad una percentuale forse superiore all'indice nazionale) ed altre zone, come l'Avellinese, in cui — sembra strano — si è molto al di sotto dell'indice nazionale e dove, guarda caso, si assiste ad un'alta proliferazione di cliniche private. Vorrei chiedere allora al dottor Petrella e al dottor Poli qual è stato il modello di programmazione ospedaliero che ha fatto sì che le Regioni di cui sono assessori si siano comportate in modo così diverso rispetto alla regione Campania.

PRESIDENTE. Vorrei rivolgere anch'io qualche domanda ai nostri ospiti.

È inevitabile che parlando della «politica del personale» come quadro generale, abbiamo poi dovuto affrontare problemi più settoriali e sono lieto che ciò sia accaduto. Il problema dei policlinici universitari, ad esempio, è uno dei più «particolari» che si presenta davanti a noi; su di esso comunque ritorneremo certamente. Quindi — oggi — ascoltiamo le repliche che sull'argomento il professor De Cesare o gli altri esperti da noi interpellati vorranno fare, tenendo però conto che torneremo su questo argomento quando saranno convocati i présidi di facoltà di medicina ed altri soggetti interessati a questo settore.

Per quanto riguarda il discorso generale della «politica del personale», mi è sembrato che da parte degli esperti da noi oggi ascoltati ci siano state espressioni di pessimismo, più o meno dichiarato, sulla possibilità di eseguire tutta la vasta serie dei concorsi che a norma di legge si profila davanti a noi.

La domanda che vorrei porre è se, a loro

parere, una delle cause principali di questa situazione sta nella normativa concorsuale ex articolo 12 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, che implica una certa complessità del gioco concorsuale, nell'espletamento dei concorsi stessi, anche per via della nomina delle commissioni, eccetera, o se vi sono altri elementi di natura più psicologica, come ad esempio questa attesa escatologica della sanatoria od altre escatologie più o meno riposte, quale il desiderio di mantenere fluida la situazione degli organici e così via.

ROSSANDA. Si potrebbe dire: dietrologia.

PRESIDENTE. Ho parlato di «escatologia» — in termini un po' ironici — per dare una finalizzazione... più alta!

Connessa a questa domanda è un'altra ad essa parallela, e cioè fino a che livello di professionalità si deve spingere la sanatoria.

Io credo che — lo dico con la consapevolezza della forza della dichiarazione — in mancanza per lo meno di piante organiche provvisorie che dichiarino con onestà la situazione di fatto — del resto lo avete affermato voi stessi, che tali adempimenti sono mancati — nemmeno il Parlamento abbia la capacità morale di affrontare un problema di sanatoria al buio!

E allora ci dobbiamo chiedere: se la legge n. 833 non è stata efficace ed efficiente nel realizzare tempi tassativi per indurre tutte le Regioni a depositare queste piante organiche provvisorie (che non dovevano essere altro che la verifica dell'esistente) perchè questo è avvenuto? Qualche elemento è emerso dalla vostra esposizione. Forse le Regioni inadempienti hanno temuto che la pianta organica provvisoria diventasse poi quella definitiva, quindi si sono volute lasciare margini di apertura; forse hanno voluto continuare a giocare in posizione di potere con precariati attivati secondo certi criteri più o meno oggettivi. Non voglio fare il processo al passato: voglio solo stabilire quali sono secondo voi i metodi per imporre alle Regioni rimanenti e inadempienti (cioè oltre alle dodici che avrebbero già depositato le piante organiche provvisorie) il deposito di queste pian-

12^a COMMISSIONE

4° RESOCONTO STEN. (11 gennaio 1984)

te, anche a rischio che il Parlamento non proceda all'esame del disegno di legge di sanatoria. Ad un certo punto, secondo me, dovremmo essere netti e precisi. Siamo in una fase informativa, e nel corso di un'indagine conoscitiva, quindi la mia non è una posizione politica, ma di verifica tecnica con voi, però questo aspetto mi pare tuttavia molto importante.

Inoltre, le piante organiche provvisorie depositate come sono da noi acquisibili? In altre parole, presso chi vengono depositate: al Consiglio sanitario nazionale, al Ministero della sanità o sono trasmesse alle singole Regioni?

PETRELLA. Alla singola Regione e al Commissario di Governo.

PRESIDENTE. Dopo di che, la domanda è: tutto si ferma a livello di Commissariato di Governo o vengono trasmesse al Ministero della sanità? E il Parlamento può avervi accesso? Questo è un problema da mettere a fuoco e credo che potrebbe nascere dalla Commissione una richiesta formale per acquisire tali elementi; il che potrebbe costituire un metodo per far accelerare il processo da parte delle Regioni inadempienti.

Intendo ora porre un'ultima domanda. Ritenete che la soluzione delle cosiddette figure atipiche passi attraverso una modifica del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, preceduta eventualmente da quella di alcuni articoli della legge n. 833 del 1978?

Tali erano le richieste che intendevo avanzare.

ROSSANDA. Mi consenta, signor Presidente, di fare una domanda aggiuntiva.

Negli interventi del dottor Petrella e del dottor Poli è stato fatto riferimento ad una ipotesi di modifica del sistema di reclutamento. Sarebbe, pertanto, utile sapere se essi intendano suggerire metodi alternativi e se tali metodi possano eventualmente essere rapportati a quanto previsto dalla legge-quadro sul pubblico impiego o se si prevedano variazioni rispetto alle tecniche concorsuali tradizionali vigenti in tale settore.

PETRELLA. Vorrei fare innanzitutto una premessa. Sia chiaro che ognuno di noi parla facendo riferimento alla propria ottica immediata di riscontro. Tuttavia, sia io stesso che il dottor Poli siamo da anni impegnati a livello interregionale. Per parte mia, mi occupo del coordinamento sia dei gruppi del personale interregionale, sia, soprattutto, di tutti i gruppi di processualità, cioè dei gruppi di programmazione in tutte le Regioni.

Nella mia ottica, avevo quindi tentato di prescindere dalla realtà del Veneto, in quanto in tale Regione dal 1980 tutte le competenze sono state passate alle USL e sono state attivate le piante organiche provvisorie, modificando anche la disponibilità dei posti in rapporto alle mutate esigenze. Tutto ciò è stato realizzato restando nell'ambito del «tetto» delle spese di gestione e coprendo di volta in volta almeno le più immediate esigenze del territorio. Si è proceduto, inoltre, alla indizione di 2.400 concorsi, sia pure nei limiti dell'ottica transitoria consentita dalla legge fino al 30 novembre 1982, alcuni dei quali sono tuttora in corso di espletamento.

La convenzione tra Stato e Regione è già stata approvata. Mi rendo conto che ciò potrebbe costituire oggetto di altra discussione; tuttavia, non posso non manifestare la mia soddisfazione per il fatto che nella regione Veneto tale convenzione sia stata approvata all'unanimità anche dai consigli di facoltà delle Università di Padova e di Verona, la cui decisione ha riscosso successi nella recente riunione dei presidi di facoltà tenutasi a Perugia.

ROSSANDA. Queste, però, sono solo le scelte di Padova e di Verona.

PETRELLA. Giuste o sbagliate che siano, senatrice Rossanda, si tratta pur sempre di norme attuative dello schema di convenzione. Va detto, inoltre, che l'adozione dello schema di convenzione non riguarda direttamente le USL, alle quali compete la sua attuazione, il momento di gestione, e che la problematica investe non soltanto il Veneto e le Università di Padova e di Verona, ma, come credo, buona parte d'Italia.

La normativa fissa, comunque, alcuni indirizzi e vi sono concrete possibilità di gestione, criticabili quanto si vuole ma fondate su determinati rapporti. Non avevo inteso, pertanto, basarmi esclusivamente sulla realtà del Veneto, ma avevo invece tentato di allargare il discorso, avallando semmai le mie considerazioni con ipotesi, per così dire, di punta, in quanto ci si trova di fronte a problemi di gestione e non si sa bene come procedere.

Sarà mia cura, inoltre, trasmettere al più presto alla Commissione una tabella dimostrativa (già pubblicata, del resto), nella quale sono riportati, tra l'altro, i dati relativi al tempo pieno e al tasso medio di flusso di partecipazione oraria, con l'indicazione oraria e quella delle cifre corrispondenti ai primari, agli aiuti-primari ed agli assistenti a tempo pieno ed a tempo definito.

SELLITTI. Dottor Petrella, sono anch'io in possesso di una tabella e mi sembra che al massimo si arrivi a 35 milioni.

PETRELLA. Lei, senatore, dimentica però che soltanto con l'indennità ed il tabellare si arriva a 22 o 23 milioni. Dovrà poi calcolare 15 o 20 anni di anzianità al 6 per cento e così via.

Le cifre, comunque, sono riportate nella tabella dimostrativa che trasmetterò alla Commissione, per cui potrà sincerarsene. Se tali dati sono sbagliati, li si potrà poi contestare ed eventualmente modificare.

MONACO. Forse si tratta di dati forniti dal fisco!

PETRELLA. No, senatore. Si tratta di dati da noi elaborati sulla base dei contratti.

Per quanto riguarda i concorsi, vorrei innanzitutto ricordare che sia io stesso che il dottor Poli abbiamo dato il nostro contributo, in passato, alla stesura di talune misure legislative, come, ad esempio, il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, costretti tuttavia nell'ambito di quelle logiche che conoscete perfettamente. Infatti, il suddetto decreto 1979 è sempre rimasto nell'ambito del «tetto» legislativo della legge n.

833 del 1978 e della legge-quadro sul pubblico impiego, almeno nella sua prima stesura, per non parlare poi della seconda, che ritengo ampiamente incostituzionale.

Nel Veneto è stata fatta una prova sperimentale. Come ripeto, in quella Regione vi sono già piante organiche provvisorie, le competenze sono state passate alle USL ed è stata data applicazione, anche se precaria, all'inserimento degli operatori nelle carriere, per cui è stata tentata una prova simulata di concorso. Tenete presente che chi vi parla è delegato alla firma di tutti gli atti al riguardo. In una ipotesi ottimale (tempi di esecutività di venti giorni, commissioni esaminatrici sempre al lavoro e così via) l'espletamento di un concorso richiede diciassette mesi di tempo per effetto della attuale normativa. Ciò significa che non si possono espletare concorsi nel corso di un anno, per cui accade, il più delle volte, che il medesimo candidato partecipi a più di un concorso nello stesso tempo.

ROSSANDA. Mi sembra che ciò sia incompatibile con la norma di legge.

PETRELLA. Ed infatti lo è. Ma come risolvere questo problema?.

Una seconda realtà che può essere definita allucinante è rappresentata dal numero dei concorrenti. Dalla prova simulata di concorso fatta in Veneto è risultato che se fosse bandito un concorso per assistenti vi parteciperebbero non meno di 1.000-1.500 candidati. Dove e come sistemarli? Inoltre, ai concorsi per l'ex ruolo esecutivo e di concetto prenderebbero parte non meno di 60.000 concorrenti. Per non parlare poi dei tempi di lavoro e dei problemi relativi alla individuazione di aule scolastiche da reperire e al personale da impiegare nella vigilanza.

Queste difficoltà erano già state fatte presenti al momento della stesura di taluni provvedimenti ed il senatore Melotto ne è un buon testimone. Per parte mia, in vari convegni ho rilasciato dichiarazioni in proposito, per quel poco che esse possono contare, che sono rimaste carta stampata. Sta di fatto, comunque, che non riteniamo possibile continuare a svolgere il nostro lavoro nell'ambito di questa logica.

MELOTTO. Lei ricorderà, dottor Petrella, che in quel periodo si dava priorità ai problemi della scuola.

PETRELLA. È stata recentemente istituita, presso il Ministero della sanità, con decreto ministeriale, una commissione incaricata di studiare una modifica della normativa in materia di concorsi. Si prevede, pertanto, l'eventualità di apportare talune modifiche all'attuale sistema di reclutamento, in modo tale da restituire, in base alla logica di gestione, tali competenze alle USL. Ritengo, infatti, che un concorso a livello di USL possa dare le medesime garanzie di un concorso a livello regionale, trovando strutture già abilitate a tale compito per effetto di vecchie prassi. Si rende, pertanto, necessario un rifrazionamento della logica dei concorsi.

In secondo luogo, occorre prevedere una drastica modifica della logica garantistica ed in parte inutile degli atti di formazione della commissione esaminatrice. Non si può andare avanti allungando sensibilmente i tempi attraverso selezioni, scelte o sorteggi. Inoltre, vi pare possibile che nelle Commissioni di esame debba ancora essere prevista la partecipazione delle organizzazioni sindacali? A che cosa servono? A percepire gettoni di presenza?

MONACO. Ma sono il quarto potere dello Stato!

PETRELLA. È una garanzia formale e cartacea, che non rappresenta niente. Molti di voi avranno fatto parte, come chi vi parla, di commissioni di esame. Più dubbia è la certezza di legittimità, più grossi sono i verbali di adempimento perchè ognuno cerca di mettersi a posto.

A suo tempo ho anche tentato di proporre che le assunzioni per certe categorie avvenissero in base agli elenchi dell'ufficio del lavoro, ma abbiamo trovato altre carenze e lacune perchè questi elenchi non sono aggiornati: vi figura infatti gente già in servizio e pertanto non sembrano gestibili. Avevamo inoltre proposto, come succede in Inghilterra, la chiamata degli apicali, con un'*équipe* di due o tre persone ed anche lì ci siamo imbattuti

in difficoltà: sembra infatti che non siamo ancora maturi a livello nazionale per tale soluzione. Vedremo se ci sarà la possibilità di adottare in futuro questo modello.

Quel che è certo è che l'attuale regime dei concorsi non regge, come a parere di chi parla non regge assolutamente il famoso discorso dell'area di formazione medica; con organici strutturati in base a *standards* se pur tendenziali molto ridotti, infatti, non vedo come sia possibile assumere un medico e tenerlo in formazione. Se a noi manca un oculista o un dentista, lo inseriamo subito, non ci sono dubbi, nè è possibile, come qualcuno sostiene, creare un'area di parcheggio (su 100 posti in organico, 20 in formazione), perchè se poi per caso i posti inseriti in struttura non si sbloccano, che cosa facciamo: teniamo questa gente in formazione per vent'anni? Noi avevamo proposto di arrivare ad una convenzione dopo due o tre anni; anche questa proposta però, senatrice Rosanda, ci è stata bocciata. Purtroppo sono momenti, chiamiamoli così, di scelta di legge. Va messo sul tappeto poi il fatto che quella partita non è gestibile; tenteremo comunque di portarla avanti modificando la legge e a tale scopo è stata creata un'apposita commissione.

Per quanto riguarda la dirigenza, abbiamo documentato quanto succintamente ho detto e sarà nostro carico trasmettere alla Commissione copia della relazione che avevamo preparato sull'ipotesi dell'introduzione della dirigenza.

Per quanto invece concerne l'autonomia di gestione, a parere di chi parla, la proliferazione — grossa o piccola che sia — dei soggetti decisionali nella rete del servizio sanitario costituirebbe un errore. Quello di cui avvertiamo la necessità è l'autonomia di gestione. Voglio dire che nell'ambito delle unità sanitarie locali non è pensabile che il comitato di gestione debba decidere ed emettere delibera per quanto riguarda la riparazione di un vetro o per comprare il filtro di una struttura ospedaliera. Se volessimo — anche qui si tratta di una scelta politica —, già la legge attuale ci consentirebbe ampiamente di portare a termine un momento di autonomia gestionale perchè

con un bilancio strutturato a *budget*, nulla vieta di creare un *budget* ospedaliero e di individuare momenti e responsabilità di gestione; così si fa del resto in tutto il mondo, dove basta una firma congiunta, del direttore sanitario o di chi per esso e di un amministrativo di grado immediatamente inferiore di supporto, per la gestione ordinaria di spesa di questa struttura. Bisogna pertanto distinguere se occorre moltiplicare i soggetti decisionali o le autonomie di gestione, e sono proprio le autonomie di gestione per strutture operative quelle che a noi occorrono. La pluralità dei soggetti infatti l'avevamo anche prima e, ve lo ricorderete, non è che le cose andassero meglio.

Poichè ai rapporti tra Università e Regioni ho già fatto cenno prima non mi ripeterò ulteriormente.

È stata fatta anche una richiesta sulla possibile modifica del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979; anch'io ritengo che ad esso vada messa mano, non tanto e non solo per le tabelle, che senz'altro contengono degli errori, ma perchè vi sono degli aspetti immensi ed enormi.

Vanno poi rivisti i concorsi e definiti i profili. L'articolo 63 non è venuto fuori perchè il Ministero aveva a sua volta predisposto degli atti che erano dei mansionari: si individuava cioè il profilo come sommatoria di mansioni. Da parte delle Regioni e da parte di chi vi parla, che faceva parte tanto per cambiare anche di quella commissione, si riteneva che il mansionario fosse cosa diversa da profilo. Il mansionario, infatti risponde alla domanda «che cosa faccio», il profilo a quella «che cosa sono». È chiaro che esiste una vicinanza tra le due cose, ma semmai si tratterà di una sintesi e non di una sommatoria di mansioni. Voglio dire, ad esempio, che nel decreto del Presidente della Repubblica n. 761, avevamo tentato di abbozzare chi è il medico primario, senza operare però una casistica di quello che fa il medico primario. Ci siamo trovati bloccati improvvisamente dalla contrattazione; infatti, quando scopriamo che il contratto va praticamente a pagare in base alle mansioni, allora correggiamo il nostro tiro anche su quelli che devono essere i profili e comincia-

mo ad interessarci, oltre che delle responsabilità, anche delle mansioni. Certamente deve emergere questa logica di rottura perchè una riforma cammina con i piedi degli operatori.

Noi abbiamo allocato gente in momenti di carriera a carattere provvisorio, ma non si può continuare con provvisorietà eterna. Siamo fermi al 1980; questa gente deve sapere quale posto configura o configurerà carriera e certezza e quale posto invece una scelta di coordinamento o altro. Bisogna definire esattamente e rivedere questi profili; credo che questa sia — come diceva il dottor Poli — una delle carenze più grosse che ci troviamo a fronteggiare.

Per quanto riguarda il tempo pieno e il tempo definito, la media italiana corrispondeva quasi al 50 per cento. Abbiamo fatto delle rilevazioni abbastanza puntuali in sede di contratto con delle proiezioni per quelle due o tre Regioni che di solito non ci danno risposta; esse sono però proiezioni molto attendibili, fatte in base ad alcuni *standards*: dimensioni, abitanti, popolazione, dati di spesa, eccetera. Da queste rilevazioni risultava che la percentuale era più o meno del 50 per cento. L'indicazione attuale invece denota un calo per il tempo pieno. Per il Veneto, fino a poco tempo fa una percentuale del 90-92 per cento era a tempo pieno, ora siamo — non ho i dati degli ultimi mesi — sì e no all'80 per cento. Noi ci difendiamo dicendo di no, ma gli interessati ricorrono al TAR e vincono perchè vi ricordo che ancora oggi il rapporto-tipo di lavoro è quello a tempo definito. Il rapporto a tempo pieno può essere imposto solo se la Regione individua le aree del tempo pieno. Senza una legge chiara sulle incompatibilità, però, fa comodo a parecchia gente scegliere il tempo definito — io non sono un medico e non ha questo problema —; ognuno segue infatti una logica di interesse privato nell'esercizio della sua professione e oggi paga di più il rapporto a tempo definito. Questa è la realtà, almeno per quanto riguarda il medico affermato.

Mi sembra che un'altra delle domande che mi sono state rivolte riguardi il piano-sangue. A tale proposito non è esattamente come affermava poc'anzi un senatore interve-

nuto; il fatto è un po' diverso ed anche un po' più complesso: abbiamo infatti alcune Regioni che hanno e danno sangue, quali il Piemonte, la Lombardia e il Veneto, qualche Regione, come l'Emilia Romagna, che è più o meno autosufficiente, mentre le altre sono molto carenti di sangue.

A questo problema si aggiunge poi quello degli emo-derivati e della loro produzione. Nella produzione di emo-derivati possiamo individuare due momenti fondamentali: il primo è quello di creare un afflusso di sangue, il secondo è quello della restituzione degli emo-derivati alle Regioni che hanno dato il sangue e alle altre. Al riguardo si sono avute due iniziative: una concerneva un centro milanese da individuare e da strutturare (senonchè la Lombardia si è un po' inguaiata con un centro produttore di emo-derivati dell'AVIS), l'altra era allocata credo in Toscana. Ad essa si è appoggiata una struttura non so se di diritto pubblico o privato — non è molto chiaro in base allo statuto —; noi del Veneto siamo stati interpellati, ma non abbiamo accettato nè l'una nè l'altra delle iniziative perchè non intendiamo vincolarci per degli anni. Vogliamo infatti sapere prima qual è il prezzo per fare i conti e vedere se ci conviene. Se ci conviene, inviamo il sangue e loro ci restituiscono gli emo-derivati, se non ci conviene il sangue lo mandiamo lo stesso *gratis* a chi ce lo ha chiesto e gli emo-derivati li produciamo da noi o li compriamo dove vogliamo. Non siamo invece disponibili, lo ripeto, ad accettare vincoli pluriennali con strutture per la produzione di emo-derivati. A tale proposito vorrei rendere noto che le cinque relazioni che abbiamo avuto dai nostri esperti sono tutte diverse tra loro. C'era infatti chi diceva che questa soluzione andava benissimo e bisognava adottarla subito, chi sosteneva che era allucinante, chi affermava che non serviva, chi diceva che comportava costi vincolati per troppo tempo. Da parte nostra abbiamo dichiarato la disponibilità ad impegnarci per un tempo più ristretto, e questo solo perchè crediamo che certe iniziative non riuscirebbero a decollare senza l'intervento del Veneto. Non abbiamo però ricevuto una risposta e di conseguenza siamo ancora fermi.

Attualmente la regione Veneto gestisce la partita con un piano-sangue, approvato e allegato al Piano sanitario nazionale, tramite due organizzazioni di volontari, l'AVIS e la FIDES, cui noi rimborsiamo esclusivamente i costi sostenuti. Ogni anno adottiamo una delibera e calcoliamo la partita di spesa che poi l'associazione approva: rispettiamo in definitiva il volontariato così come fa la legge n. 833, non è previsto cioè nessun rimborso per il sangue e per il disagio del volontario. Si tratta di una partita ancora aperta e vedremo come essa andrà a finire.

C'è stata poi la proposta, suggeritaci dalle Tre Venezie, di attivare un nostro centro di emo-derivati. Però, stando ai dati internazionali, sembra che occorranò 20 milioni di utenti per gestire veramente bene e proficuamente un valido centro per emo-derivati. In caso contrario infatti i costi non sarebbero molto razionali. Attualmente questi progetti sono ancora in fase di studio e non è stata presa alcuna decisione.

Per quanto riguarda il problema delle interconnessioni socio-sanitarie, senatrice Rossanda, le ricordo che esso è stato discusso anche presso la commissione che sta ristrutturando il provvedimento di approvazione del Piano sanitario nazionale. Io faccio parte di questa commissione e proprio oggi abbiamo terminato l'articolato da consegnare al Ministro. In proposito, fornisco qualche idea mia anche perchè è stato chiesto il nostro parere. Io sono convinto che, per quanto riguarda il coinvolgimento delle due branche, le interconnessioni siano di natura funzionale e gestionale. Infatti una cosa è l'intervento, non so se definirlo sociale o assistenziale, e un'altra è l'intervento sanitario.

Le principali aree di problematica a livello regionale si riducono sostanzialmente a tre: gli anziani, i tossicodipendenti ed i malati di mente. A questi si potrebbero anche aggiungere gli handicappati, ma questa è un'altra faccenda.

Noi, a livello di gestione, troviamo che in psichiatria, checchè se ne dica, il problema è quasi del tutto ancora sanitario. Quali che possano essere le implicanze ai fini della modifica della legge n. 180 del 1978 (per l'amor di Dio, qui c'è da fare una scelta

politica, ci sono *pro* e *contro* per l'una o per l'altra via), certo è che ci accorgiamo che il problema è squisitamente sanitario e, almeno nel Veneto, lo affrontiamo e lo risolviamo sotto l'aspetto totalmente sanitario. Tossicodipendenti: il problema per noi è esclusivamente sociale o quasi. L'intervento sanitario è molto limitato come per qualsiasi altro cittadino: al momento in cui serve, c'è anche l'intervento sanitario; abbiamo dato attuazione a tutte quante le leggi sul metadone e su quello che volete, ma resta il fatto che con l'intervento sanitario non se ne recupera nemmeno uno, mentre con l'intervento sociale se ne riesce a recuperare qualcuno. Noi diamo la nostra parte sanitaria; c'è una interconnessione funzionale ma non certamente di coinvolgimento. *Idem* come sopra per gli anziani (io parlo per il Veneto, poi ognuno fa le sue scelte): sappiamo che l'intervento sanitario non è sufficiente, per un bel po' abbiamo risposto a questo problema con geriatria, con lungodegenze, stiamo tentando, con difficoltà enormi per le carenze delle strutture sociali, l'attivazione di istituti di ricovero. Il nostro tentativo è quello di caricarci totalmente dell'assistenza sanitaria nell'ambito di questo settore. Concretamente abbiamo già avviato quattro o cinque ipotesi; noi garantiamo un medico nostro per la medicina di base, contemporaneamente questi anziani non hanno operato la scelta del medico di base, quindi non paghiamo a nessuno le 36.000 lire. Diamo loro, come agli altri, l'assistenza ospedaliera e persino le medicine; stiamo tentando gli acquisti ospedalieri direttamente tramite le USL anziché presso le farmacie private. È un discorso che ci consente una integrazione di funzioni e un'esatta ripartizione delle spese senza grossi problemi. Ancora *idem* come sopra per gli handicappati, il cui problema è essenzialmente sociale; diamo l'assistenza sanitaria all'handicappato come la diamo a qualsiasi altro cittadino nei limiti della necessità e con chiarezza nell'allocazione delle rispettive spese. Le nostre USL, sono USL socio-sanitarie, ma ciò non toglie che non abbiamo integrato i bilanci. Abbiamo il bilancio sociale e quello sanitario e arriviamo addirittura, quando utilizziamo un personale dei ruoli

del Servizio sanitario nazionale in compiti assistenziali (e siamo costretti a farlo), a rimettere la partita della spesa dal bilancio sociale a quello sanitario. Noi la vediamo così e devo dire che siamo in linea con le proposte che provengono dal Ministro della sanità.

Quanto alla sanatoria, lei, signor Presidente, dice bene: si potrebbe anche bloccare la sanatoria se non si attivano le piante organiche provvisorie. Però io non credo che sia corretto continuare sempre a mortificare le Regioni che sono andate avanti; ci sono delle Regioni che non hanno fatto niente e Regioni che, volenti o nolenti, hanno tentato di dare attuazione a questa riforma sanitaria. Le Regioni che hanno tentato di fare qualcosa vengono continuamente mortificate: nella ripartizione dei fondi ed in tanti altri modi; noi non possiamo andare più avanti per una Regione che non fa; nè, d'altronde, sarei disponibile a norme di punizione generale perchè alcune Regioni non fanno. Questo è anche il discorso delle convenzioni. Io ero il braccio del senatore Melotto quando questi era il mio assessore; nel Veneto, dal 1974 al 1979, non solo abbiamo operato riducendo drasticamente i nostri ospedali (abbiamo chiuso cinque ospedali e otto case di cura convenzionate) ma abbiamo addirittura ridotto il convenzionamento al 46 per cento. Oggi come oggi, tutta la nostra spesa per la convenzione è pari al 7 per cento scarso del Fondo sanitario del Veneto, comprendendo sia i laboratori di radiologia che la casa di cura convenzionata. Da anni noi non diamo un letto convenzionato in più e stiamo continuamente riducendo; quindi noi abbiamo un'abbondanza di posti-letto pubblici e li stiamo riducendo, come quelli privati; c'è stato un freno a questa linea politica ispirata da Melotto (e da me, come tecnico) perchè la regione Veneto è una Regione a maggioranza assoluta democratico-cristiana, quindi crede che vadano tutelate e rispettate anche presenze private e sta tentando di salvaguardare il privato. Al limite, dovendo assicurare il servizio al cittadino, ove il privato dovesse renderlo meglio del pubblico non avremmo problemi a spingere per il privato e a mortificare il pubblico. Noi siamo di altra ottica,

non voglio spiegare tutta la metodologia, però resta il fatto che nelle strutture del Veneto troviamo il 36 per cento di veneti e il 64 per cento di altre Regioni, mentre troviamo un veneto che vada a farsi operare in altre Regioni d'Italia! Dobbiamo quindi ritenere che il servizio pubblico dà qualcosa che il privato evidentemente non dà; questo può essere una scelta di altre Regioni, però una scelta politica locale che non credo possa trovare momenti coercitivi da parte del vertice.

Figure atipiche. L'individuazione delle figure atipiche l'abbiamo fatta a livello interregionale; io distinguevo prima fra le vere figure atipiche e quelle false, perchè spesso si tratta di funzioni diverse date ad una figura di per sé tipica, tanto per essere chiari. Nel Veneto noi avevamo due figure atipiche, la Toscana ne ha moltissime perchè ha una diversa realtà di enti locali, comunque sono situazioni abbastanza diverse. Certo s'impone una modifica del decreto del Presidente della Repubblica n. 761; ricordavo prima che questa normativa viene a mortificare gli ingegneri dell'ANCC e dell'ENPI, ingegneri che da anni erano applicati alle loro strutture. A questo punto o se ne vanno a casa o sono mortificati. Noi tenteremo — questa è la nostra proposta — di dare loro il contratto del parastato. Dico questo perchè mi è stato chiesto se si era definita la partita del passaggio dai vecchi comparti al comparto sanitario: si è definita per tutti i comparti, fatta eccezione per ENPI e ANCC. Per questi, come loro fanno, c'erano due ipotesi: che tutto passasse alla Regione o che niente passasse alla Regione. Ogni linea aveva la sua dignità; la Regione che io rappresento, ad esempio, pensava che non dovesse passarle niente, altre invece volevano tutto, con motivazioni valide per tutti. In realtà è successo che ci hanno passato funzioni abbastanza individuate oggi, hanno lasciato una promiscuità con l'ISPESL (Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro), hanno peraltro attivato la «zonizzazione» dello stesso ISPESL, che non era prevista nella legge originaria; quel po' di personale che ci è passato è in una situazione appena configurabile come comando, oggi come oggi, e

allora noi non riteniamo questo personale passato a noi nel 1983. Quindi, come per tutti gli altri, si può sostenere che è giusto che anche questi prima abbiano il contratto del parastato, e poi possano accedere al nostro contratto di sanità.

ROSSANDA. Con quale atto legislativo è stata data questa autorizzazione?

PETRELLA. In questo noi non c'entriamo, in quanto è stato un decreto ministeriale. Comunque posso procurarle tutti i dati. Voglio dire, comunque, che non abbiamo mai avuto una certezza di definizioni giuridiche, per quel che esse possono significare in questa materia: qualche volta si parla di comando, qualche volta di assegnazione, qualche volta di destinazione. Tutt'al più si può ritenere che l'anno famoso della legge n. 833 sia il 1983 e che nel 1984 possano essere considerati quelli inclusi nei nostri elenchi, inseriti nei ruoli del Servizio sanitario nazionale.

Si è chiesto da ultimo dove funzionano le strutture: ebbene da noi funzionano. Possono essere soggetto o oggetto di critica; noi abbiamo inserito i comitati di gestione, loro si sono suddivisi i compiti istituzionali. Tutto sommato noi, nel Veneto, gestiamo tutta questa partita, paghiamo gli stipendi, siamo abbastanza aggiornati, e ci riducono ogni anno la cifra di fondo. Quindi dove vogliono funzionare possono farlo, dove non vogliono funzionare, onorevole Monaco, non deve chiederlo a noi perchè avranno dei motivi, ma il fatto è che non vogliono funzionare. Da noi funzionano; se lei vuole venire, sarà nostro ospite e vedrà qualche nostra USL coi distretti attivati, coi terminali attivati nei distretti, con le prenotazioni per le visite specialistiche: siamo già a questi livelli da noi.

Addirittura abbiamo anche una rete radio per il Veneto, per l'emergenza attivata con le ambulanze. Però la SIP non ha mai voluto darci i due o tre numeri telefonici che avevamo richiesto per permettere la chiamata del cittadino da una qualsiasi linea telefonica.

MONACO. Dottor Petrella, lei mi ha risposto per il Veneto, vorrei però che tali chiari-

menti venissero forniti alla Commissione anche per le altre Regioni.

POLI. L'unica risposta che mi sembra da integrare riguarda il discorso relativo agli *standards* del personale, introdotto dalla senatrice Rossanda.

Ritengo, in base alla mia esperienza, che questi *standards* vadano fatti per larghe fasce. Nella mia Regione, la Toscana (il piano è attualmente in discussione al Consiglio) è stata assunta questa impostazione: si è considerato che il numero degli operatori presenti su scala regionale è abbastanza elevato e che quindi non debba essere modificato.

All'interno di questo numero si sono individuate le professionalità di maggior rilievo (più o meno quelle indicate anche dalla senatrice Rossanda). Ad esempio, per il personale operaio, si è indicato il numero complessivo senza entrare nei dettagli. Il personale medico è stato invece individuato, a mio avviso, in modo anche troppo dettagliato, scendendo a livello di specialità. Si sono usati alcuni indici come, ad esempio, quello dei posti-letto previsti. La Toscana è una Regione che si ritiene debba diminuire nettamente i posti-letto tenendo conto degli indici di occupazione e dell'andamento delle degenze. Si sono, quindi, previste operazioni di riequilibrio tra zona e zona che dovrebbero richiedere tempi abbastanza lunghi perchè fenomeni come quelli che sono stati prima indicati per la Campania credo siano presenti dovunque. In Toscana, città come Firenze, Pisa e Siena hanno una rilevante concentrazione di posti-letto, altri centri ne hanno una minore (l'indice dei posti-letto non deve, comunque, essere riferito esclusivamente alla popolazione).

Credo che uno degli elementi di primo piano sotto il profilo della gestione della politica del personale sia la difficoltà, non essendo previsti fondi di riconversione, di riconvertire.

Ci sono zone, ad esempio, con unità in sovrannumero. In Toscana c'è il caso di Volterra che un tempo era una vera e propria città. I volterrani continuano ad essere convinti che lo sia ancora, ma in realtà ormai è un comune isolato, con meno di 14 mila

abitanti. Volterra aveva un grosso ospedale psichiatrico con 1.000 dipendenti e questa cifra deve essere diminuita ora di circa 700 unità. Tuttavia, con la realtà socio-abitativa di oggi, sono ipotizzabili trasferimenti? A mio avviso non lo sono; in Toscana un trasferimento di abitazione è un vero e proprio dramma personale.

Occorrerebbero, dunque, dei fondi per portare ad esaurimento tali situazioni e, nello stesso tempo, per creare servizi là dove è necessario e per incentivare, nei limiti del possibile, i trasferimenti. In realtà fino ad oggi — come sottolineavo prima — l'unica mobilità possibile è stata quella su domanda dei soggetti. Da un lato il meccanismo delle piante organiche provvisorie che impedisce di avere il disegno, la valutazione complessiva delle necessità in un arco di tempo, e dall'altro il tipo di finanziamento che non prevede niente per la riconversione, credo rendano non dico impossibile, ma comunque molto più lunga l'operazione di quanto in realtà potrebbe essere. È strano: in altri settori in cui interviene la mano pubblica si prevedono fondi per la trasformazione delle strutture; nella Sanità, che avrebbe potuto essere teatro della più grossa operazione di riorganizzazione dopo quella dell'unificazione degli eserciti del 1861, ciò non è accaduto.

Credo che gli indici di *standards* dovrebbero essere di tipo abbastanza complessivo. Sono convinto che se si creano indici eccessivamente puntuali, ad esempio sulla base dei vecchi sistemi di valutazione della necessità dell'assistenza e così via, si avranno strane sorprese. Ad esempio chi ha fatto le piante organiche provvisorie sa quanti sono i posti vacanti perchè le vecchie piante degli ospedali erano fatte in base ad indici contenuti nelle leggi. In Toscana, Regione che secondo me ha una dotazione di personale sufficiente, nelle piante organiche provvisorie figurano circa 4.000 posti vacanti; nel Veneto e in Emilia credo altrettanti. Credo proprio che il rischio derivante dall'adozione degli *standards* sia stato uno degli elementi in base ai quali anche i piani regionali approvati su tale questione (credo siano due) si sono mantenuti in termini abbastanza vaghi. Tuttavia occorrerebbero degli indici numerici com-

plessivi, altrimenti, se ad esempio attualmente ci sono 620.000 operatori e le piante organiche ne prevedono 800.000, potrebbero subentrare elementi di grande tensione.

Vi è poi il discorso della sanatoria: a quale livello e quando.

Naturalmente ognuno di noi parla a titolo personale ed io, a prescindere che da alcuni mesi non sono più dipendente regionale, ho espresso, ad esempio, delle opinioni a proposito del sistema concorsuale che non so se l'assessore regionale, con cui ho lavorato per anni in perfetta sintonia, condivide, o per lo meno se ne sia convinto come ne sono convinto io.

Premetto, quindi, che a questo riguardo esprimo una valutazione del tutto personale. Io non credo, anche se capisco le motivazioni profonde e serie che ne sono alla base, che sia possibile prevedere una sanatoria che, nei fatti, escluda alcune figure — per esempio quella dei primari che sono la categoria che desta maggiori perplessità —, perchè, in un modo o nell'altro, poi il risultato finale è lo stesso. Se non ci sarà sanatoria, infatti, sarà sempre possibile prevedere un concorso riservato, per cui occorre essere chiari: se non si vogliono sanare alcune posizioni, non si diano poi nemmeno possibili scappatoie. Personalmente, ritengo necessario pervenire con urgenza alla sanatoria e cercare di impedire che il fenomeno si ripeta nuovamente; cosa facile, questa, perchè la struttura attuale dei concorsi è ancora molto tradizionale e molto formalistica, anche se devo riconoscere che quando poi uno prova ad elaborare un sistema diverso trova più difficoltà del previsto. Infatti, è molto facile individuare i punti di debolezza e le deficienze di un dato sistema, ma non altrettanto definirne uno alternativo. Certo è che, al di là dell'impianto di tipo regionale, il sistema previsto è estremamente farraginoso. A mio avviso, il nuovo sistema dei concorsi regionali non è stato attivato, anche laddove era possibile dal punto di vista della situazione normativa, perchè, da una parte, vi sono le difficoltà proprie di un impianto nuovo che sono enormi, e dall'altra vi è l'irrisolta questione della sanatoria che rende pressochè impossibile sapere quali e quanti posti mettere a concor-

so. Infatti, mettere, ad esempio, 2.000 posti a concorso a termine di legge — e non parlo di quelli vacanti perchè sarebbero molti di più — sapendo che ad esso parteciperanno 1.800 incaricati che probabilmente usufruiranno della sanatoria, significherebbe annunciare una disponibilità di 2.000 posti solo teorica, in quanto i posti effettivamente disponibili sarebbero solo 200.

Al di là di questo, inoltre, ho il serio timore che i tempi concorsuali possano portare a riprodurre il fenomeno del precariato, perchè — piaccia o non piaccia — nel settore sanitario, nella maggioranza dei casi, vi è la necessità di una copertura urgente del posto.

Relativamente poi ai dati che sono stati richiesti, sono già state fatte alcune elaborazioni, come quella dell'anno scorso a cura della Direzione della programmazione, che — a mio avviso — sono sufficientemente attendibili. Infatti, anche se in alcuni casi i dati sono stati ricavati da proiezioni, il campione usato era talmente vasto che esse non dovrebbero discostarsi di molto dalla realtà e credo che tali dati sia possibile acquisirli. Quanto infine alle domande poste dal senatore Melotto, credo che la documentazione da lui richiesta possa essere fornita anche per iscritto.

DE CESARE. Vorrei rispondere innanzitutto all'osservazione fatta dalle senatrici Rossanda e Jervolino Russo, in quanto la domanda che ponevano è sostanzialmente identica.

Effettivamente esiste un rapporto fortemente squilibrato tra posti-letto e personale medico, non ho in questo momento dati precisi sotto mano, ma mi riprometto di farli avere al più presto alla Commissione. Personalmente, ritengo che tutti i 1.500 medici siano inquadrati nella struttura del Policlinico. So infatti che esistono degli istituti in cui vi sono cattedre di vecchia istituzione con innumerevoli assistenti — e ricordo che il ruolo dell'assistente ordinario è un ruolo ad esaurimento — ed altre, di recente istituzione, che non hanno l'organico sufficiente.

Noi siamo inquadrati — come voi sapete — quali primari del Policlinico e vi sono, ad esempio, alcuni di noi che hanno quattro

aiuti e dieci assistenti ed altri con a disposizione solo due aiuti ed un assistente.

Ma questo da che cosa nasce? Direi che nasce dal mancato censimento del personale medico e paramedico, soprattutto paramedico, perchè ritengo che il problema più importante sia proprio quello del personale paramedico; è vero che l'esistenza di tanti assistenti crea naturalmente un problema di tipo economico, ma — forse — avere tanti assistenti significa anche migliorare l'assistenza. Ad esempio, noi non riusciamo a sapere quale sia l'organico del personale paramedico nel Policlinico, ma comunque non abbiamo personale. Io, come primario, ho a disposizione 30 posti-letto, ma ne ho attivati soltanto 12 per mancanza di personale. E questo perchè? Perchè esiste il blocco delle assunzioni: se non assumiamo personale, se non facciamo un censimento, se non riusciamo a sapere quanti sono i soggetti passati alle amministrazioni, quanti sono andati in pensione, quanti sono assenti per malattia o per altri motivi, non sapremo mai quale sia il personale mancante nel Policlinico; ed ecco perchè accade che esistono posti non attivati.

Questo è il problema più grave, cioè che noi non riusciamo ad avere questi dati; di fatti, se poniamo il problema ad altri, ad esempio al Rettore o alla Regione, ci rispondono che il personale c'è, però in realtà non si riesce a conoscerne l'ammontare.

E allora, chi deve fare questo censimento? A chi spetta il compito ben preciso di sapere se effettivamente al Policlinico vi è personale sufficiente, se deve esserne assunto altro ed eventualmente come assumerlo? Credo che quindi questo sia il problema più importante, cioè la mancanza di personale paramedico e qualificato, dato che un problema ancora più grave rispetto al paramedico è quello di avere personale qualificato: esiste ancora, ad esempio, la figura dell'infermiere generico che ormai dovrebbe scomparire.

Devo dire che, per quanto riguarda la mia esperienza, ho avuto personale di qualsiasi razza (bianca, negra, eccetera), tossicodipendenti ed altro. Quindi, naturalmente, ritengo della massima importanza il creare scuole per formare questo personale. Personalmen-

te, devo dire di essere stato fortunato perchè mi è riuscita una sorta di «colpo di Stato» ed ho ottenuto degli infermieri professionali che provenivano dalla Scuola della Croce Rossa di via Baglivi; da allora ho avuto la mia pace perchè in precedenza tutti i giorni, quando arrivavo in ospedale, il mio problema non era più quello di andare a vedere come stava il malato, in quanto avevo problemi di personale. Penso con ciò di aver risposto agli interrogativi relativi a questo problema.

Per quanto riguarda le osservazioni fatte dal senatore Condorelli, sono d'accordo con lui, a proposito della crescita di questi servizi, nell'affermare che effettivamente ci troviamo di fronte a situazioni gravissime. Esiste, per esempio, un istituto di radiologia nel Policlinico che ha un solo TAC di prima generazione cui deve afferire tutto il Policlinico; quindi, è facile immaginare l'impossibilità di far fronte a tutte le necessità e le esigenze. Se pensiamo che il primo TAC è stato dato all'ospedale San Camillo e non all'istituto di radiologia dell'Università di Roma (cioè al Policlinico), abbiamo la dimostrazione che esiste la disorganizzazione più completa. Credo che il problema si possa risolvere per mezzo della centralizzazione dei servizi, perchè attualmente ogni istituto ha il suo «repartino» di radiologia e si serve di quello, ha il suo laboratorio di analisi e tutto l'istituto vi fa capo perchè non esiste un laboratorio centralizzato che possa far fronte a tutte le esigenze. Così succede poi che il laboratorio ci viene a dire di non avere i reagenti e di non potere fare gli esami. Queste sono cose che accadono proprio per la mancanza di servizi.

È vero poi quello che dice il senatore Condorelli, cioè che esistono servizi che hanno attrezzature più qualificate e sofisticate di altri che non ce le hanno, ma questo dipende da quello che ho già detto prima, cioè dal rapporto clientelare che si viene a creare. Ad esempio, posso dire di aver fatto una richiesta per un amplificatore di brillantezza qualche anno fa, richiesta che era giunta alla Regione; ho fatto tutte le mie ricerche, ma non se ne è saputo mai niente: nessuno è mai venuto a chiedermi se effettivamente avevo la necessità di avere questa attrezzatu-

ra. La cosa importante è quindi sapere a chi compete questa funzione di ricerca delle informazioni necessarie: alla Direzione generale? Alla USL? Alla Regione? Chi deve interessarsi di questi problemi? Chi deve stabilire se la cattedra di anatomia chirurgica ha bisogno, ad esempio, di un apparecchio portatile di radiologia per fare una radiografia toracica a letto, o di un amplificatore di brillantezza o di altre attrezzature quali possono essere anche quelle strumentali?

Mi sembra con ciò di aver risposto a tutte le domande che mi erano state rivolte.

PRESIDENTE. Rinnovo a tutti voi il ringraziamento della Commissione e vi invito a produrre quella documentazione di integrazione che ci è stata annunciata e tutto quan-

to vorrete inviarci. Vi ricordo che riceverete il resoconto stenografico dei vostri interventi, che potrete correggere apportandosi, se necessario ritocchi formali; potete poi eventualmente inviare memorie scritte, ampliando così il contenuto delle vostre dichiarazioni.

Non facendosi osservazioni, dichiaro pertanto conclusa l'audizione.

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

I lavori terminano alle ore 19,30.

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