

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO
DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

7° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 18 GENNAIO 1984

(Pomeridiana)

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE

Audizione del dottor Fernando Di Laura-Frattura, vice presidente del Consiglio sanitario nazionale, del dottor Biagio d'Alba, segretario generale, dei dottori Sante Baiardi e Sergio Moroni, consiglieri, dei dottori Giorgio Coppa e Manlio Spandonaro, componenti del comitato di coordinamento del Consiglio e del dottor Renato Dittami, responsabile dell'ufficio organizzazione

PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 10 e <i>passim</i>	BAIARDI	Pag. 14, 37, 38
ALBERTI (<i>Sin. Ind.</i>)	24, 38	COPPA	18, 24, 33
BELLAIORE (<i>PCI</i>)	28	d'ALBA	3, 30
CONDORELLI (<i>DC</i>)	26	DI LAURA-FRATTURA	8, 39, 43
TROTTA (<i>PSI</i>)	27	MORONI	11
		SPANDONARO	21, 35

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per il Consiglio sanitario nazionale, il vice presidente Fernando Di Laura-Frattura, il segretario generale Biagio d'Alba, i consiglieri Sante Baiardi e Sergio Moroni, i componenti del comitato di coordinamento del Consiglio stesso Giorgio Coppa e Manlio Spandonaro e il responsabile dell'ufficio organizzazione Renato Dittami.

I lavori hanno inizio alle ore 16,40

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

Vengono quindi introdotti il dottor Di Laura-Frattura, il dottor Biagio d'Alba, il dottor Sante Baiardi, il dottor Sergio Moroni, il dottor Giorgio Coppa, il dottor Manlio Spandonaro e il dottor Renato Dittami.

Audizione del dottor Fernando Di Laura-Frattura, vice presidente del Consiglio sanitario nazionale, del dottor Biagio d'Alba, segretario generale, dei dottori Sante Baiardi e Sergio Moroni, consiglieri, dei dottori Giorgio Coppa e Manlio Spandonaro, componenti del comitato di coordinamento del Consiglio e del dottor Renato Dittami, responsabile dell'ufficio organizzazione

PRESIDENTE. Vorrei anzitutto ringraziare gli ospiti presenti per la loro partecipazione, per aver accolto così generosamente questo invito (anche se è stato trasmesso loro un po' all'ultimo momento e me ne scuso, ma purtroppo il nostro calendario è denso di impegni: credo che stiamo facendo veramente un *tour de force*, nello sforzo di approfondire tutti gli aspetti e di ascoltare tutte le componenti del Servizio sanitario nazionale).

La riunione di oggi assume particolare importanza per la presenza di rappresentanti

del Consiglio sanitario nazionale, organo di primo livello che collabora con il Ministero della sanità e con il Governo per la determinazione della politica sanitaria a livello centrale, in una posizione che non è solo quella di consulenza, ma è qualcosa di più sul piano istituzionale.

Credo che l'ordine dei lavori possa comportare brevi relazioni iniziali di ciascun invitato per definire ciò che pensa, nella maniera più aperta e più libera, sul ruolo che sta svolgendo il Consiglio sanitario in questo momento e sul ruolo che ritiene sia opportuno venga a rappresentare nel progetto di revisione — chiamiamola così — istituzionale e funzionale della legge n. 833 del 1978. Potranno poi seguire una serie di richieste e di domande da parte dei senatori e la replica da parte degli invitati.

Forse può essere utile avere inizialmente un inquadramento generale delle funzioni sin qui svolte dal Consiglio sanitario nazionale, nonchè del suo funzionamento, da parte del dottor Biagio d'Alba, essendone egli il segretario generale. Seguiranno poi gli altri interventi.

d'ALBA. Signor Presidente, onorevoli senatori, il Consiglio sanitario nazionale è ormai prossimo al termine del proprio mandato quinquennale. Voi avete ricevuto una serie di documenti a stampa che riassumono l'attività fino ad oggi svolta dal Consiglio sanitario nazionale, cioè il Bollettino degli atti (fino al n. 11, che è in corso di stampa ed è stato inviato in fotocopia), e il *vademecum*, con tutte le attribuzioni del Consiglio; vi è stato inviato anche, volta per volta, tutto ciò che il Parlamento nazionale ha attribuito, come attività di consulenza, al Consiglio stesso e, infine, anche tutta la documentazione complessiva che emerge dal volume sugli atti del Consiglio (atti emanati dal 27 febbraio 1979 a tutto il luglio del 1983).

Il Consiglio sanitario nazionale è stato insediato (uno dei pochi o forse l'unico organo del Servizio sanitario nazionale) nei termini di legge, cioè nei 45 giorni previsti dalla legge n. 833; è stato costituito con decreto del Presidente della Repubblica e non c'è bisogno di ricordare in questa sede che esso

è stato il primo organo che ha assunto insieme le funzioni di liquidazione degli enti mutualistici — ereditando le attribuzioni del comitato di liquidazione degli enti —, e le funzioni di proposizione di nuovi orientamenti che si dovevano pur dare alle Regioni, che in quel momento riguardavano non solo le funzioni di assistenza ospedaliera — come era stato in precedenza —, ma anche le funzioni complessive di gestione del Servizio sanitario nazionale in attesa dell'istituzione delle USL.

In questa attività di indirizzo, ovviamente, il Consiglio sanitario nazionale ha risentito della mancata ristrutturazione e del mancato riordinamento del Ministero della sanità e, in qualche maniera, ha cercato di esprimere il proprio ruolo di raccordo tra amministrazione centrale e amministrazioni regionali partecipando attivamente — anche, per quello che era possibile, con il contributo degli uffici nella loro strutturazione ancora transitoria — alla definizione dell'assegnazione dei contingenti di personale mutualistico dei vari enti disciolti alle Regioni per la successiva assegnazione alle USL. Si è trattato di un'attività di trasferimento di circa 45.000 persone (non abbiamo avuto fino a questo momento attività contenziosa al riguardo); circa 6.000 persone sono state trasferite all'INPS per attività previdenziale, il resto alle Regioni e alle USL.

Non è compiuto, invece, il processo relativo allo scioglimento dell'ANCC e dell'ENPI perchè, per questa parte, leggi successive e decreti-legge hanno in qualche modo sottratto al Consiglio sanitario nazionale quell'attività di intervento che prima gli era assegnata dalla legge.

Il Consiglio ha affrontato, nella prima seduta all'atto dell'insediamento e successivamente, i problemi del Regolamento interno, della articolazione in sezioni, e delle modalità di funzionamento. Subito dopo, dal giugno 1979, ha affrontato la discussione sulla strutturazione del Piano qual era allora presentato all'esame del Consiglio; allora ne fu relatore l'assessore Melotto, allora vice presidente, ora senatore qui presente, ed egli può dar atto di come il Consiglio all'epoca abbia anche formulato, come risulta dagli atti, pro-

prie proposte, orientamenti ed indirizzi. Si sono poi svolte altre attività con carattere di consulenza e di proposte che riguardano le USL e gli istituti privati per le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale di soggetti afflitti da menomazioni, i rapporti tra Regioni e università, fra USL e università, fra USL e istituzioni sanitarie private, fra USL ed enti riconosciuti in qualche modo a rilievo pubblico (sono i cosiddetti «ospedali privati regionali»).

Sono stati espressi anche indirizzi ed orientamenti in ordine alla prevenzione, un settore che a livello di realizzazione e di impegno — come voi sapete — accusa ritardi notevoli. Questa attività è stata svolta, ad esempio, sui limiti massimi di accettabilità degli inquinanti (ma al riguardo siamo in ritardo rispetto alle prescrizioni della legge n. 833) e sui livelli assistenziali, con riferimento alla normativa introdotta dalla legge n. 33 del 1980 e dalle successive modificazioni, in mancanza del Piano sanitario, tema che interessa anche il settore delle prestazioni cosiddette integrative e delle modalità di erogazione. C'è stata ancora un'attività di consulenza e, di recente — direi anche con un certo peso —, un'attività relativa alla nomenclatura dei tariffari delle protesi e alla verifica della validità delle protesi ritenute obsolete, con la possibilità di introdurre nuovi presidi ortopedici scientificamente più aggiornati; una attività che riguardava il prontuario terapeutico, l'informazione scientifica sui farmaci, i requisiti minimi per i presidi per prestazione diagnostica strumentale di laboratorio. Per quanto riguarda quest'ultimo punto, il Consiglio si è espresso per ben tre volte perchè ultimamente vi è stata una norma che ha consentito di dare il parere affinchè ne risultasse un atto di indirizzo e di coordinamento che dovrebbe essere di prossima emanazione ad iniziativa della Presidenza del Consiglio.

In tema di personale, sono state ultimate le procedure di assegnazione dei contingenti e il Consiglio, quindi, ha dovuto occuparsi dei corsi di qualificazione per il passaggio alle qualifiche di ausiliario socio-sanitario specializzato di cui all'articolo 77, punto G, dell'accordo nazionale ospedalieri (eravamo

alle prime battute, parlo del 1980-1981), delle attribuzioni del personale non medico ad detto ai presidi, ai servizi ed agli uffici delle USL. Il Consiglio si è occupato anche della definizione della normativa concorsuale per il personale delle USL, dell'identificazione dei profili professionali attinenti a figure nuove, atipiche o di dubbia ascrizione (siamo tornati di nuovo sull'argomento di recente), e delle deroghe al blocco degli organici in presenza di documentate esigenze delle Regioni.

In materia finanziaria, in assenza del Piano sanitario nazionale, il Consiglio, con cadenza trimestrale, si è espresso sulle proposte di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, in base a criteri provvisori di volta in volta adeguati all'esigenza del riequilibrio, territoriale ma non solo fra le Regioni.

Particolare attenzione è stata dedicata ai problemi degli istituti ortopedici Rizzoli, per la definitiva sistemazione giuridico-istituzionale delle officine, la cui qualificazione costituisce patrimonio da non disperdere, come è stato riconosciuto in alcune sedute del Consiglio nazionale sanitario, che è stato impegnato anche su questo elemento che inizialmente sembrava solo settoriale. Nè meno pregnante è l'impegno rivolto ad individuare criteri validi per la ricognizione degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, prima, e per il riconoscimento del carattere scientifico, poi, a nuovi istituti da coinvolgere nell'attività di ricerca scientifica a più stretta ricaduta sul Servizio sanitario nazionale; a tal fine opera ancora adesso una commissione speciale che ha il compito di valutare, in termini seri ed oggettivi, l'organizzazione e l'attività a livello nazionale di tali istituti. Parimenti, il Consiglio è stato attento ai problemi degli Istituti zooprofilattici sperimentali ed ha promosso recentemente un'indagine conoscitiva per definirne meglio i connotati, la struttura ed il finanziamento. Credo che su questo punto sia stata presentata anche una interpellanza in questo ramo del Parlamento.

Il periodico esame delle proposte di riparto del Fondo sanitario nazionale, volta a volta destinato a queste attività, ha costituito l'occasione per rinnovare richieste di mag-

giore spazio da dedicare ai temi generali della politica finanziaria riguardante il sistema sanitario; in una recente occasione il Consiglio ha ritenuto di sottoporre direttamente all'attenzione del Governo e del Parlamento la necessità che questo tema venga affrontato in una apposita sessione del Consiglio sanitario nazionale (e questo può essere documentato anche con gli atti che abbiamo presentato al Senato).

Particolare rilievo e significato assume la predisposizione della prima relazione sullo stato sanitario del paese per l'anno 1980 che il Senato ha esaminato con attenzione e, direi, anche con benevolenza; infatti sono state comprese le ragioni di ritardo e di difficoltà della sua elaborazione, anche se l'occasione è stata utile alla verifica dello stato di parcellizzazione dei poli di raccolta, delle diverse metodiche di rilevazione dei dati e dell'utilizzo delle risorse informative. Peraltro vorrei dichiarare la mia disponibilità per chiarire i termini e le situazioni che si delineano anche adesso per le relazioni per il 1981, il 1982 e il 1983, attualmente in corso di elaborazione.

Non va dimenticato inoltre il contributo autonomo di proposta che il Consiglio ha cercato di offrire in materia di assistenza sanitaria, specie per il settore delle prestazioni a favore degli invalidi di guerra e di servizio, e per l'indicazione di indirizzi ed orientamenti sia in tema di tutela sanitaria della donna che per le figure professionali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. A questo proposito voglio ricordare l'articolo 64 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, che riguarda il personale che deve essere equiparato alle figure professionali non evidenziate nell'ambito del personale che deve essere inquadrato nei ruoli delle Regioni. E ciò deve essere posto all'attenzione e alla riflessione di quanti, dall'esterno, non vedono che l'attività del Consiglio sanitario nazionale è utile non solo come supporto di quella ministeriale, ma anche come attività propositiva. Infine queste iniziative dimostrano che a volte non si riesce ad ottenere rapidamente e tempestivamente il risultato sperato in ordine al coordinamen-

to delle iniziative che riguardano il personale e la relativa normativa.

A completamento del quadro complessivo, ricordo l'attività di designazione di componenti chiamati a far parte di importanti organi quali, ad esempio, quelli dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPEL). Nel tempo si è proceduto alla designazione di venti esperti destinati a far parte del comitato scientifico dell'Istituto superiore di sanità; di sedici esperti per il comitato amministrativo dell'ISPEL; di dodici esperti per il comitato tecnico-scientifico dello stesso istituto; di due componenti della commissione per la ricerca scientifica biomedica; di tre esperti per la commissione per la ricerca sanitaria e biomedica finalizzata.

Statisticamente, l'impegno del Consiglio nelle sue varie articolazioni (comitato di coordinamento, assemblea, tre sezioni permanenti) è evidenziato dai seguenti dati: 24 riunioni del comitato di coordinamento, nell'arco di questi cinque anni, per complessive 64 ore; 51 sedute di assemblea per complessive 221 ore; 63 riunioni della I sezione «Strutture e personale», per complessive 207 ore; 35 riunioni della II sezione «Economia e finanza», per complessive 97 ore; 19 riunioni della III sezione «Programmazione e relazione sullo stato sanitario del paese», per complessive 54 ore. È da segnalare peraltro che, nel periodo maggio-settembre 1981, accanto alle tre sezioni permanenti hanno operato due sezioni speciali, la prima per l'istruttoria e la predisposizione dello schema di relazione annuale sullo stato sanitario del paese, e l'altra per la definizione delle operazioni di liquidazione degli enti proposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico e per il trasferimento del personale alle Regioni.

È da segnalare ancora che queste sezioni, una volta assunto il loro compito, sono state successivamente sostituite in qualche modo da gruppi di lavoro e da sezioni speciali che ancora oggi impegnano, *a latere* delle sezioni permanenti, l'attività del Consiglio. Tra queste si ricorda: la commissione per l'approfondimento della tematica relativa agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico; la

commissione per la elaborazione dei criteri e l'individuazione di candidature per la proposta di nomina di venti esperti per il comitato scientifico dell'Istituto superiore di sanità; la commissione per l'individuazione dei criteri ed orientamenti per l'applicazione dell'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730 (tra l'altro questa commissione speciale è prevista nella legge finanziaria 1984 per individuare e distinguere le attività di rilievo sanitario connesse alle attività assistenziali; in sostanza è il discorso che porta alla distinzione fra spese a carico del Fondo sanitario nazionale e spese sociali e assistenziali che devono far carico o alle Regioni o ad altri enti locali territoriali); la commissione per la predisposizione del libretto sanitario personale, per far sì che questo diventi uno strumento legato non solo ad uno scopo informativo, ma anche all'individuazione delle esposizioni a rischi dei lavoratori e dei cittadini in genere; infine la commissione per l'identificazione dei profili professionali attinenti a figure atipiche, la quale in qualche modo proseguirà la propria attività cercando di riunire le varie figure professionali, non solo a mano a mano che queste transitano nel ruolo regionale, ma anche se provengono da altri contesti e se hanno agito con una configurazione diversa, dal punto di vista contrattuale oltre che da quello dello stato giuridico.

L'attività complessiva del Consiglio assume maggiore significato se si tiene conto che nell'arco del quinquennio si sono registrate due interruzioni anticipate della legislatura nazionale, otto crisi di governo con il cambio di quattro Ministri, il rinnovo delle amministrazioni regionali. In questo arco di tempo — in base all'articolo 59 della legge n. 833, che concerne l'inattuato riordinamento del Ministero della sanità ed anche del Consiglio superiore della sanità, nonché in qualche misura quello del Consiglio sanitario nazionale per quanto attiene alle strutture, al personale e agli uffici — sono stati emessi complessivamente centocinquanta pareri; sono state emanate cinque direttive; sono stati dibattuti diciotto ordini del giorno; sono state espresse cinque risoluzioni; a questi sono seguiti centoquaranta provvedimenti

formali del Governo, mentre si è in attesa del perfezionamento di atti relativi ad argomenti sui quali il Consiglio si è già pronunciato. In particolare tali argomenti riguardano: lo schema-tipo di convenzione tra USL e ospedali regionali classificati in base all'articolo 41, terzo comma, della legge n. 833 del 1978 (parere n. 26 del 1° luglio 1982); le attribuzioni del personale non medico addetto ai presidi, servizi ed uffici delle USL, previste nel famoso articolo 63, ultimo comma, del decreto del Presidente della Repubblica del 20 dicembre 1979, n. 761 (parere n. 17 dell'11 marzo 1982); lo schema-tipo concernente i requisiti minimi di ristrutturazione, dotazione strumentale e qualificazione funzionale del personale dei presidi che erogano prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, come stabilito dall'articolo 25, settimo comma, della già citata legge n. 833 del 1978 (parere n. 7 del 17 febbraio 1982); lo scorporo dei servizi sanitari della CRI.

Infine si mettono in rilievo alcune difficoltà funzionali che solo in parte sono in via di superamento, sì da richiedere interventi specifici di carattere normativo; qui ne accenno brevemente per un dovere che mi sembra ineliminabile. Si tratta di verificare come la partecipazione alle riunioni sia assicurata dai membri del Consiglio sanitario nazionale e dagli esperti, quando questi vengono coinvolti nell'attività istruttoria, e come questa partecipazione trovi un rimborso di spese puramente simbolico; infatti il gettone di presenza per i membri supplenti è di lire 3.000 lorde e per i membri effettivi di lire 25.000, forfettariamente considerate mensili. Inoltre vorrei far presente il ritardo nella ultimazione dei lavori di ristrutturazione della sede del Consiglio sanitario nazionale, benchè al riguardo si siano ottenuti alcuni storni anche nell'ambito del bilancio del Ministero della sanità, per cui forse il Consiglio si potrà finalmente riunire nella propria sede di Lungotevere Ripa. È da tener conto che il Consiglio sanitario nazionale si è riunito in assemblea, nelle 51 sedute che ho prima ricordato, volta a volta presso la sede dell'Istituto superiore di sanità, presso la sede del consiglio di amministrazione dell'INPS, pres-

so la sede del Consiglio superiore di sanità, inizialmente anche a Lungotevere Ripa presso la sede dell'ex INAM — il senatore Melotto certamente lo ricorderà — svolgendo un'attività che si potrebbe definire peripatetica. Oggi comunque abbiamo attrezzato già alcune sale per le riunioni delle sezioni che consentono finalmente, nonostante un certo «pendolarismo» del personale e degli uffici, di svolgere l'attività che dovrebbe essere propria, costante e di *routine* per un segretariato come quello del Consiglio sanitario nazionale.

Per le dotazioni organiche degli uffici ho già detto che la mancata attuazione dell'articolo 59 della legge n. 833 ci lascia in difficoltà ed i consiglieri riscontrano la carenza di talune professionalità che si sono rivelate indispensabili anche ai fini dell'elaborazione della relazione sullo stato sanitario del paese.

Un'altra difficoltà che voglio sottoporre alla vostra attenzione, anche perchè altrimenti alcune cose vengono dissimulate o lasciate nel silenzio, è quella relativa all'attività del personale, che, in base all'ultima normativa contrattuale riguardante tutto il personale dello Stato, è tenuto ad orari di lavoro che non consentirebbero l'effettuazione del lavoro straordinario, mentre l'attività di servizio degli organi collegiali implica il rispetto di orari che certamente non coincidono con quelli degli uffici sottoposti alla *routine* ordinaria. Pertanto, al momento, la disciplina stabilita dal decreto del Presidente della Repubblica n. 344 del 1983 (accordo concernente il personale dei Ministeri) comporta alcuni disagi per il funzionamento degli uffici. Tengo a sottolineare, però, che tuttavia questo è un dettaglio che non può assolutamente inficiare l'attività svolta dal Consiglio in questi cinque anni.

Si tratta infatti — e questo è il giudizio che ne do come segretario generale — di una attività che comunque, per quanto è stato svolto e fatto, può compensare anche i sacrifici e gli sforzi del personale, di quanti cioè — anche se a livello diverso — hanno profuso attività, risorse, energie, tenendo conto che il Consiglio ha confidato sempre sulla collaborazione di personale proveniente da

enti mutualistici. In sostanza, il Consiglio sanitario nazionale ha sviluppato la propria attività ereditando, ma riducendolo, il personale che prestava servizio presso il comitato di liquidazione degli enti mutualistici e avvalendosi di queste forze, di queste risorse, di queste energie, ha lavorato in questi anni ed io credo che al riguardo il giudizio che se ne può dare, salvo i rilievi dianzi fatti, non possa non essere positivo.

PRESIDENTE. La ringrazio, dottor d'Alba, per la sua esposizione.

Do ora la parola al vice presidente Di Laura-Frattura.

DI LAURA-FRATTURA. Signor Presidente, signori senatori, non è un atto formale quello che compio in questo momento, ringraziandovi vivamente per questa audizione, perchè per la prima volta ci viene data la possibilità di esprimere con schiettezza e sincerità le nostre considerazioni più particolari sulla riforma sanitaria, riforma che viviamo in prima persona, in quanto riteniamo di esserne i portatori, coloro i quali operano in prima linea. Sottolineo questo aspetto perchè forse saremo ascoltati anche in qualità di Assessori, ossia di responsabili del settore nelle nostre Regioni, per cui in questa sede cercheremo, nei limiti del possibile, di non confondere i due ruoli e di non sovrapporli in modo che possiate farvi un'idea chiara e precisa del Servizio sanitario in quanto tale e del Consiglio sanitario nazionale in particolare.

Va precisato — e mi fa piacere che il Presidente nella sua introduzione l'abbia sottolineato — che le funzioni ed i compiti propri del Consiglio sanitario nazionale sono ben definiti nell'articolo 8 della legge n. 833 del 1978 e che essi sono stati, nel corso di questi anni, assolti in pieno, così come dimostrano i dati, precedentemente elencati dal dottor d'Alba, in base ai quali ai centocinquanta pareri espressi dal Consiglio sono seguiti ben centoquaranta provvedimenti formali del Governo.

Mi sia consentito, a questo punto, aprire una parentesi per ringraziare, a nome anche di tutti gli Assessori che compongono il Con-

siglio sanitario, l'amico senatore Melotto per l'opera prestata non solo presso il Consiglio, ma per l'attivazione stessa del Consiglio sanitario nazionale. Egli, infatti, è stato il primo Assessore che non solo ha svolto la sua opera come tale nella sua Regione, ma che, come vice presidente del Consiglio sanitario nazionale, ha cercato di indirizzare l'attività del Consiglio stesso sui giusti binari, finalizzandola cioè non tanto e non solo all'attivazione delle funzioni del Consiglio, ma soprattutto all'attivazione della riforma nel suo complesso.

L'eredità che egli mi ha lasciato è certamente gravosa e onerosa, perchè a distanza di cinque anni dal varo della riforma sanitaria, noi riteniamo di aver operato in termini riduttivi rispetto alle peculiari attribuzioni affidate al Consiglio sanitario nazionale. Infatti, esso è stato considerato organo consultivo del Ministro piuttosto che centro propulsore del Servizio sanitario nazionale e sede delle determinazioni delle linee generali della politica sanitaria, anche se in maniera non esclusiva perchè tale competenza spetta al Governo e alle Camere.

La responsabilità di un tale stato di cose è in parte imputabile anche al Parlamento, in quanto spese e provvedimenti in materia sanitaria non sempre sono stati sottoposti al prescritto parere del Consiglio, oppure allo stesso sono stati assegnati termini molto brevi per l'espressione del parere, cosicchè esso è risultato essere non omogeneo e puntuale, vanificando in tal modo la stessa funzione di consulenza. Naturalmente, parte della colpa è anche di noi stessi, che continuiamo ancora oggi a sbagliare non avendo calcolato, nel costo della riforma sanitaria, anche il prezzo da pagare per il passaggio dal vecchio al nuovo.

Vorrei precisare che nel mio intervento affronterò i problemi di ordine più generale in quanto abbiamo deciso di strutturare i nostri interventi allo stesso modo in cui è strutturato il Consiglio sanitario; saranno perciò poi i colleghi responsabili delle varie sezioni che interverranno sui temi specifici (finanziari, del personale, dell'attuazione della riforma, eccetera).

Vengo pertanto con immediatezza ai pro-

blemi che, a nostro avviso, debbono essere risolti con urgenza. Il primo è quello relativo alla composizione del Consiglio sanitario nazionale. Noi, infatti, non riteniamo, in una realtà come quella attualmente vigente in Italia, possibile che i medici (e non mi riferisco certo alle categorie o ai sindacati, ma alla federazione) non abbiano una loro presenza istituzionale, per legge, nel Consiglio sanitario, anche se di questo si fa carico il CNEL che ha indicato il presidente della federazione tra i suoi dieci rappresentanti.

Altrettanto, non riteniamo che sia opportuno, allo stato attuale, non avere una presenza attiva dell'ANCI che è anche la rappresentanza delle unità sanitarie locali. Questo è un altro dei rapporti istituzionali cui vi chiediamo di dare una propria rappresentanza, non tanto per aumentare il numero dei rappresentanti — perchè forse già lo stesso numero previsto dalla legge è ampio — ma per individuare, nell'ambito della ricerca dei rappresentanti, anche interessi rappresentati dai medici e dall'ANCI. È chiaro che non stiamo facendo una richiesta di aumento di cariche. Consentitemi questa divagazione, che va fatta perchè, tra l'altro, chi vi parla non ha di questi carichi e di questi oneri: ritenete mai possibile la validità di una istituzione in un momento in cui il gettone di presenza è pari a 25.000 lire al mese per i titolari e 3.600 lire per seduta per i supplenti? È un interrogativo che pongo, soprattutto dopo aver letto, di recente, sulla stampa che, in una commissione insediata qui nel Lazio, il gettone mi pare che sia stato fissato in lire 80.000 per presenza.

Dico queste cose perchè noi Assessori usufruiamo della carica e quindi dell'istituzione che rappresentiamo e perciò non abbiamo di questi problemi, ma certamente per il buon 60 per cento dei componenti il Consiglio sanitario nazionale questo è un carico che non può assolutamente continuare ad essere loro attribuito. Ritengo che debba essere visto pure questo aspetto, che è principale e non secondario, anche in considerazione del numero delle sedute e di tutti gli atti che lo stesso Consiglio ha svolto fino a poco tempo fa.

Questi sono gli aspetti più importanti che vogliamo evidenziare, ma non va sottaciuto

un altro problema, relativo al complesso e all'importanza della massa di attività del Consiglio sanitario nazionale. Non si può far carico al Consiglio sanitario di una relazione sullo stato di salute del paese, di una presenza, con un proprio parere, sul Piano sanitario nazionale, nel momento in cui la struttura e l'organizzazione dello stesso Consiglio sono assolutamente carenti. Dobbiamo ringraziare e dare atto, anche in questa sede, all'amico dottor Biagio d'Alba, che si è adoperato a che il Consiglio avesse una propria sede e dei locali dove svolgere la propria attività. Ma, credete, quando siamo in parecchi Assessori ad essere presenti, forse non troviamo neanche il locale idoneo a riunirci; non abbiamo una biblioteca, non abbiamo forse neanche la struttura necessaria a fare ricerca.

È vero che sono stati compiuti degli sforzi, ma ritengo che, in funzione dell'invito fatto dal Presidente, sia questa la sede nella quale sottolineare aspetti del genere, perchè voi potete capire qual è il disagio che troviamo nel momento in cui dobbiamo svolgere la nostra attività e la nostra funzione. Non credo che qualcuno di voi sia in grado di svolgere la propria attività nell'assenza degli strumenti essenziali ed indispensabili.

Mi avvio alla conclusione in modo da rispettare anche il termine indicato dal Presidente e per consentire a voi una serie di domande, alle quali siamo onorati di poter rispondere, dando così il nostro contributo a che la riforma possa avere una sua attivazione.

Abbiamo sentito molte volte usare il termine «riforma della riforma». Siamo perfettamente d'accordo se con questo concetto si intende esprimere la necessità di una correzione dell'indirizzo che ha già provocato, in effetti, un giudizio negativo da parte degli operatori: guai, però, se la «riforma della riforma» dovesse rappresentare un tornare indietro. Ritengo che si creerebbero enormi problemi per la nazione, pensando ad un'ipotesi del genere. Sottolineo questo aspetto, che è politico, perchè (dobbiamo dirlo, ma lo vedremo poi quando si arriverà all'audizione degli Assessori) riconosciamo che in Italia forse soltanto il 50 per cento delle Regioni ha attivato la riforma sanitaria. Non denunziamo questo stato di cose ritenendo che sia

mancata la volontà politica, o l'intenzione o addirittura l'indirizzo per attivare la riforma, ma perchè in molte Regioni ci sono dei veri e propri ostacoli che si frappongono alla realizzazione della riforma sanitaria. Sottolineo tutto ciò perchè, nella mia specifica veste di vice presidente del Consiglio sanitario nazionale, devo recare in questa Commissione il contributo di pensiero di tutti gli Assessori, di tutte le ventuno Regioni italiane che sono presenti nello stesso Consiglio.

Quando ci riempiamo la bocca di «omogeneizzazione» e di «riequilibrio» della riforma, dobbiamo anche trovare i mezzi e i modi perchè ciò avvenga, altrimenti lo squilibrio si accentua sempre di più, la diversificazione tra le Regioni potenziate e quelle meno potenziate non si colmerà mai, e quindi questa differenziazione non farà nè più nè meno che contribuire a non attivare la riforma sanitaria. Non è senza significato (consentitemi di dirlo) che molte volte il Consiglio sanitario si attardi sulla ripartizione del Fondo sanitario nazionale, perchè è quella la sede più idonea, e forse la più difficile, nella quale si verifica questo scontro di idee tra coloro i quali — e giustamente — devono salvaguardare la conservazione dei servizi e di tutte le attività che hanno in essere e coloro che hanno il compito di porre in attivazione ciò che ancora non soltanto non è *in itinere*, ma non è neanche in sede di programmazione presso alcune Regioni. Sappiamo benissimo che questo è l'ostacolo maggiore all'attuazione della riforma nel momento in cui avremo compiuto tale atto ritengo che la nazione italiana avrà applicato ed avrà messo in atto la stessa riforma sanitaria.

Tutto ciò va ribadito sotto il profilo politico perchè è la vostra coscienza che deve farsi carico di questa differenziazione che attanaglia le nostre Regioni. Sarà poi il collega dottor Moroni a fornirvi i dati finanziari, che si sono sempre verificati durante questi anni. Non perchè rappresentiamo le Regioni — cosa di cui peraltro ci vantiamo — ma le nostre previsioni si sono sempre verificate e, quando abbiamo fatto delle affermazioni, le abbiamo fatte non per avere di più e per spendere peggio, ma per avere il giusto e per

cercare di arrivare al riequilibrio dell'assistenza sanitaria in tutte le Regioni. Ecco perchè le nostre previsioni, ogni qualvolta ci siamo permessi di farle, erano solo ed esclusivamente rivolte al perseguimento di questo interesse, per porre il cittadino nelle stesse condizioni, sia esso veneto oppure sardo o siciliano. Molte volte le richieste delle Regioni sono state strumentalizzate a fini politici come richieste per spendere di più e peggio. La nostra iniziativa è stata invece rivolta sempre a spendere meglio, ma soprattutto ad avere un servizio qualitativamente più adeguato alle esigenze dell'attuale società. È con serenità e sincerità, caro Presidente, che vi ho esposto gli aspetti politici del Consiglio sanitario e con altrettanta sincerità, poi, quando ci rivedremo per la verifica reale e concreta dell'attuazione della riforma nelle varie Regioni, vi esporremo il nostro pensiero che non è tanto organizzatorio od ordinatorio, quanto politico e accentrato sull'attuazione della riforma sanitaria.

PRESIDENTE. Grazie, vice presidente, per il suo intervento. Credo che, dopo la presentazione storica e tecnica fatta dal segretario generale, sia stata opportuna anche qualche sottolineatura di tipo politico per indicarci il clima nel quale lavorate. Non credo che questa Commissione abbia un sentimento diverso dal vostro, tuttavia amiamo ragionare in termini di «adeguamento della riforma», perchè mi sembra che ciò sia doveroso. Se vogliamo prendere in prestito anche un termine dal mondo biologico per definire questa situazione come un'«evoluzione della riforma», sono pronto a farlo; sta di fatto che guai se anche i giovani organismi non sapessero reagire alle condizioni dell'ambiente! In tal caso, sarebbero organismi sclerotici — anche questo termine è preso dal mondo della biologia — e avviati verso la dissoluzione. Mi sembra quindi che sia giustificato dalle circostanze storiche e dall'esperienza che stiamo vivendo parlare di «adeguamento della riforma» e penso che ciò sia perfettamente compatibile con l'idea dell'evoluzione prima prospettata.

Detto questo, possiamo entrare nel merito dei problemi più specifici. Ha quindi facoltà

di parlare il dottor Moroni, consigliere del Consiglio sanitario nazionale.

MORONI. Signor Presidente, onorevoli senatori, prendo la parola molto sinteticamente perchè credo che sia consentito saltare una serie di premesse rispetto alla tematica dell'organizzazione finanziaria. Ricordava già il vice presidente Di Laura-Frattura il tema di partenza, ossia la cronica sottovalutazione del Fondo sanitario nazionale, e di contro una valutazione previsionale, che è stata fatta con le Regioni, tendenzialmente corretta e tendenzialmente corrispondente ai consuntivi di spesa. Su questo vorrei fare una considerazione; questo «delta» tra le disponibilità preventivate e i bisogni ha determinato oggettivamente una dispersione e un'enfaticizzazione di spesa. Nel meccanismo degli anni precedenti in cui nessuno è stato messo in condizione di organizzare una politica di bilancio, credo che nessuna azienda di qualsiasi genere — anche la sanità è un'impresa, perchè deve fornire dei servizi qualificati — ha potuto organizzare una politica finanziaria senza organizzare una politica di bilancio.

Venendo all'oggi, i temi sono noti: una previsione di spesa di 38.500 miliardi per il 1984 e una disponibilità di 34.000 miliardi. È un'incertezza che non possiamo non dichiarare rispetto all'efficacia dei provvedimenti preannunciati a livello di legge finanziaria, perchè sulla base degli stessi si è ritenuto possibile ridimensionare a 34.000 miliardi il Fondo sanitario nazionale. Siamo in presenza di atti, di comportamenti, di decisioni indipendenti in quanto le Regioni in presa diretta hanno la responsabilità di organizzare la spesa, ma ci pare anche di organizzare i ripianamenti di eventuali disavanzi. Ci troviamo quindi in una situazione di grande preoccupazione e di grave difficoltà.

Procedo per capitoli, signor Presidente, proprio per brevità e perchè richiamo ragionamenti sottintesi e noti. Il rischio vero è un processo grave di dequalificazione e di depauperamento del sistema nel suo complesso perchè alla fine, nella vecchia logica della coperta, il lembo che corre il rischio di rimanere scoperto è il sistema dei servizi e quindi

la qualità delle prestazioni che siamo tenuti ad offrire ai cittadini e alla collettività. La riflessione però si è sviluppata, e credo che la stiamo sviluppando in sede di Consiglio sanitario nazionale, nella specificità delle singole Regioni e nella predisposizione di quello che tutti stiamo cercando di inventare: il pacchetto risparmio lombardo, il pacchetto risparmio del Piemonte e così via di altre Regioni. Personalmente sono convinto che il fatto stesso di avere un *input* di spesa preventivamente definito comporterà una riduzione di spesa non indifferente per le ragioni che prima mi permettevo di richiamare, però le condizioni non sono sufficienti.

C'è poi un altro elemento di valutazione che mi premerebbe ricordare. Quando le condizioni finanziarie sono di questo genere, l'organizzazione della politica di spesa non può ripetere i modelli che sono propri di condizioni diverse, cioè di condizioni non di contenimento così esasperato. Non sono tra quelli abituati ad usare la dimensione sindacale nel senso contestativo rispetto alle cifre, ho la tendenza a richiamare invece l'esigenza di organizzarsi per far fronte alle cifre che sono messe a disposizione. Organizzarsi rispetto alle cifre significa organizzare la politica di spesa in maniera diversa a livello nazionale e a livello regionale. Il primo problema che si pone è la continuità o la praticabilità o meno di una politica di spesa che assume la storia, cioè la «spesa storica», come elemento di base e di riferimento. È un dato — mi permetto poi di ritornarci — organizzativo su cui riflettere ed è un dato politico; noi oggi abbiamo alcune Regioni per le quali si spendono 60 o 70 mila lire *pro capite* in più rispetto ad altre. Non è una situazione sostenibile a lungo. In una vicenda di contenimento delle risorse questo significa oggettivamente dilatare le differenze e consolidare gli squilibri e quindi raggiungere o consolidare uno dei difetti del sistema che doveva essere corretto e rimesso a regime in base alla riforma. Però affermare che bisogna superare la «spesa storica» come riferimento diventa superficiale e gratuito se non si interviene attraverso modifiche strutturali del sistema; pretendere di non spendere come storicamente consolidato senza ad

esempio cambiare l'organizzazione ospedaliera laddove questa è enfatizzata o non ha compatibilità con gli *standards* prefissati significa cioè scambiarsi affermazioni di natura politica, ma rendere poi la strada impraticabile. Infatti se gli ospedali ci sono, se ci sono i dipendenti di tali ospedali, non cambieremo mai questa situazione attraverso un riparto diverso del Fondo sanitario perché nessuno sarà mai in grado di farlo. In questo senso — parlo in prima persona — o si ha il coraggio e una volontà politica esplicita, per cui questi problemi vengono affrontati con chiarezza una volta per tutte, sapendo che ci si scontra con quello che amo definire l'emotività di massa (quando si chiede o si propone di chiudere un ospedale o di ridimensionarlo conosciamo tutti quali sono i meccanismi di reazione), oppure, se non si avrà il coraggio e la forza di affrontare questo problema, tutto il dibattito sulle modifiche dell'organizzazione di spesa e dei sistemi di spesa sarà un dibattito certamente stimolante e interessante, ma lontano da risultati concreti e significativi; e non dimentichiamo che il consolidamento di una spesa impropria non consentirà ad alcuna Regione di sviluppare invece quelle azioni che costituiscono il momento significativo di una politica di riforma, cioè la capacità di intervenire in ragione di una domanda che si estende e che presenta elementi di novità rilevanti.

Probabilmente sono influenzato dalla mia provenienza — cioè dalla città di Milano —, però mi sembra del tutto evidente che il tipo di domanda sanitaria che oggi si deve affrontare, nella mia città, come del resto in quella Regione complessa che è la Lombardia, è enormemente diverso da quello di 10-15 anni fa. Queste condizioni di spesa impropria consolidata non ci consentiranno, in questo regime di condizioni finanziarie, di porre in essere quegli interventi che invece si impongono come non rinviabili e necessari.

Vorrei a questo punto affrontare un'altra questione: la spesa corrente e la spesa finalizzata. Non mi soffermerò a lungo sulla spesa corrente perché credo che annoierei gli onorevoli membri della Commissione parlando dei temi della farmaceutica. La preoccupazione che avverto enormemente è che si

possa arrivare (mi si perdoni l'espressione) a banalizzare la spesa corrente, o che vi siano delle interpretazioni orientative, in sede governativa, che comportino la impossibilità di organizzare la spesa finalizzata in modo adeguato. Nel momento in cui questi fondi, come è avvenuto recentemente su alcuni orientamenti espressi dal Ministero del tesoro, risultassero disponibili ad esempio (come viene dichiarato) per le spese inerenti all'assunzione di personale, ma non per le spese di investimento nelle strutture, ci troveremo di fronte ad una interpretazione pericolosissima della spesa finalizzata. Infatti se dobbiamo chiudere degli ospedali, ridurli o riconvertirli (per esempio per destinarli a lunga degenza riabilitativa per gli anziani), abbiamo bisogno di poter spendere questi soldi senza unirli alla spesa corrente (questo sarebbe un grave errore che ci toglierebbe ogni possibilità di qualificazione del sistema), e di orientare tale spesa per far sì che queste strutture possano accogliere un sistema di servizi (si chiami lungo degenza riabilitativa o recupero) rimanendo nell'ambito delle prestazioni sanitarie, e quindi senza il momento di confusione tra quella che è la spesa sanitaria e quella che è la spesa assistenziale.

Per rimanere nell'esempio che è stato già fatto e che riguarda gli anziani, certamente si presentano nella lunga degenza delle prestazioni di natura sanitaria e non assistenziale; dobbiamo sistemare queste strutture in maniera tale da non avere una spesa di 200-250.000 lire al giorno per la degenza stessa, ma solamente di 60-80.000 lire, recuperando quindi dal ricovero improprio e fornendo un servizio qualificato e qualitativamente all'altezza. Per fare ciò, abbiamo bisogno di una politica finalizzata di investimenti.

È necessaria inoltre una riflessione (o una «rivisitazione», come si usa dire) delle norme che regolano le procedure di contabilità; infatti è su queste che si applica poi lo strumento della revisione e del controllo da parte della Corte dei conti. Ciò assume maggiore importanza se prendiamo in considerazione alcuni esempi, come la riabilitazione che è una voce che non figura come computabile a livello di contabilità. Questa mattina mi sembra che sia stato affermato che il

decreto del Presidente della Repubblica n. 595 del 1980 possa costituire un riferimento. Bisogna impostare quindi una politica che abbia queste caratteristiche, che porti cioè ad una revisione della organizzazione strutturale. Ciò significa che se vengono fissati degli *standards* e si organizzano delle basi di riferimento, è necessario che venga stabilito, sia a livello nazionale, sia a livello regionale, nella loro responsabilità di rapporto con le realtà locali, che tutto ciò che è al di fuori di questi *standards* non venga finanziato. Per realizzare questi scopi si deve impostare una politica di piano (espressione pericolosa perchè richiama molti insuccessi e delusioni) e non ci si deve limitare, sia nella sede nazionale sia nella sede regionale, ad analisi e valutazioni che siano solo di natura finanziaria, cioè ciò che accade oggi.

È importantissima la conoscenza dei flussi, e più precisamente di quanto viene erogato e in quale direzione; per l'«azienda sanità» dobbiamo soprattutto accompagnare l'analisi finanziaria con l'analisi economica. Analizzare i costi in determinate situazioni, confrontarli con altri e procedere ad una differenziazione dei costi stessi, costituisce un elemento importantissimo di riferimento per una politica di programmazione che non sia astratta e generica. Questo tema, come ricordavano il vice presidente Di Laura-Frattura e il segretario generale dottor d'Alba, nel momento in cui il Consiglio sanitario nazionale sarà messo in condizioni di operare, anche per strutture, e di disporre di mezzi, potrebbe costituire uno degli argomenti di maggiore rilevanza ed interesse.

Concludo con due ultime considerazioni. La prima riguarda la legge finanziaria del 1984, la quale ha stabilito per le Regioni la completa responsabilità della spesa senza dare loro alcuna possibilità di ricorrere, come accadeva negli anni precedenti, al ripianamento di debiti a livello centrale. Una logica del genere, dal mio punto di vista di lombardo, ci soddisfa solamente sotto taluni aspetti. Ciò infatti che non posso condividere è che nel momento in cui noi abbiamo a disposizione una certa cifra, con la quale provvedere a tutte le necessità (per cui siamo costretti qualora sia insufficiente a met-

tere delle tasse a livello regionale, per esempio sulla sanità, in un periodo di elezioni amministrative), ci venga indicato nei minimi dettagli come destinare e in quale direzione le spese (ci vengono stabilite addirittura le percentuali nelle spese ad erogazione finalizzata). La nostra autonomia decisionale a questo punto dovrebbe essere tale da permetterci di assumere totalmente la responsabilità politica di fronte al Governo, al Senato, alla Camera dei deputati e in primo luogo di fronte alla collettività che ci ha chiamati ad amministrarla, su ciò che siamo riusciti a realizzare. La nostra autonomia ci deve dare la possibilità di assumere tutte le decisioni necessarie, che naturalmente in genere non sono mai frutto di improvvisazione.

Un'altra considerazione che desidererei fare è che, per dare la possibilità di spendere bene e con efficacia, è anche importante una flessibilità negli assetti amministrativi. Nel fare questa affermazione mi riferisco soprattutto ai grandi ospedali, come quelli della mia Regione, all'interno dei quali vi è una popolazione tra degenti ed operatori di 7.000 persone. Non è possibile che, per queste strutture così complesse, con degli alti costi e con degli impegni amministrativi-gestionali enormi (ho citato un esempio ma non è l'unico), non si riesca a trovare una condizione affinché vi sia il collegamento colle USL, nella responsabilità di pianificazione, cioè una condizione di gestione che ci garantisca efficienza ed economicità.

La giunta della regione Lombardia ha approvato recentemente un progetto di legge, già alquanto discusso, che riguarda il problema dei multizonali. Non riprenderò questo argomento che arriverà in discussione in altre sedi, ma la questione della flessibilità di meccanismi mi induce a fare una ultima considerazione. L'impressione è che in questi anni di difficile gestazione della riforma, necessariamente abbiamo dedicato gran tempo più che altro a tentare una elaborazione per adeguare al «vecchio» i nuovi meccanismi amministrativi previsti dalla riforma. Tendenzialmente non vi sono nuovi servizi o nuove prestazioni, anche per mancanza di denaro. Abbiamo dovuto trovare la connessione con vecchi modelli amministra-

tivi, facendo salti mortali per realizzare ciò e ricercando l'esegesi degli articoli, gli spazi offerti dalla legislazione o dalla normativa. Mi pare che si sia trattato di una esercitazione anche stimolante sul piano intellettuale e sofisticato, ma poco conseguente e opportuna rispetto alle esigenze operative della riforma, la quale viceversa potrebbe salvarsi solo tramite una grande efficienza. Non possiamo permettere che ritorni «il vecchio», quel tipo di «vecchio» a cui noi siamo contrari, ed allora anche il sistema dei modelli amministrativi deve consentire nella regolamentazione quelle flessibilità che riducano gli spazi di una esercitazione, la quale tende a diventare impropria e certamente poco produttiva.

PRESIDENTE. La ringraziamo, dottor Moroni. La sua esposizione si è proiettata soprattutto verso la Regione ed indubbiamente ha focalizzato un punto molto importante.

Do ora la parola al dottor Baiardi, vice presidente della terza sezione del Consiglio.

BAIARDI. Vorrei esprimere innanzitutto la mia opinione sul Consiglio sanitario nazionale, che ritengo essere l'unico organismo della politica settoriale del nostro paese che fruisca di momenti di autogoverno e di autogestione. Le parole del nostro vice presidente hanno ricordato l'esigenza di un raccordo con le categorie sociali, che la legge n. 833 ha risolto delegando questa funzione al CNEL. Il problema, ovviamente, può essere risolto in molti modi, ed è fuori di dubbio che esiste un problema di rappresentanza e di ruolo delle categorie. Io, però, vorrei sottolineare anche un altro aspetto. Il Consiglio sanitario nazionale, nel momento in cui risulta, nello stesso tempo, momento di sintesi delle strutture periferiche regionali del Servizio sanitario, delle articolazioni interne dei vari Ministeri, dell'apparato statale e del raccordo con le categorie sociali, assolve ad una funzione. Esiste, però, anche un'altra funzione, un altro problema: quello del rapporto del Servizio sanitario come tale con le strutture statali. È questo il grande problema della riforma del Ministero della sanità, che nasce dall'esigenza di una nuova sintesi

degli organi responsabili dal punto di vista istituzionale della erogazione delle prestazioni, sia pure con il concorso e il contributo di tutte le categorie direttamente interessate al Servizio sanitario ed anche delle rappresentanze delle popolazioni degli utenti. Ma, ripeto, questo è un altro aspetto.

Quindi, mi pare necessario una riflessione per tentare una soluzione che, ovviamente, non può che avvenire tramite un'accelerazione dell'indicazione della legge n. 833. Essa, con la riforma del Ministero della sanità, prevedeva il Consiglio sanitario non come elemento aggiuntivo rispetto al passato, ma come un aspetto nuovo che presupponeva la riorganizzazione di ciò che c'era nel passato e, quindi, la individuazione di quei momenti nei quali gli Assessori regionali come tali sono, appunto, rappresentanti delle Regioni, oltre che personaggi i quali assolvono, nello stesso tempo, funzioni a livello nazionale. Noi non possiamo assolutamente ignorare che siamo personaggi regionali, prima di tutto, in quanto rappresentiamo una comunità concreta che deve risolvere problemi concreti, è chiaro che il nostro contributo a trovare soluzioni non può avvenire solo tramite il Consiglio sanitario nazionale. Mi è sembrato dunque importante evidenziare questo punto, al quale non si può non giungere riflettendo sull'assetto generale della legge n. 833.

Quanto alla terza sezione del Consiglio sanitario nazionale, essa ha due funzioni importanti: la prima è quella della programmazione, della organizzazione, della visione integrata di tutte le attività del Servizio sanitario e della riflessione sulle sue fasi evolutive; la seconda è quella della valutazione, tramite la relazione sullo stato sanitario, degli effetti delle decisioni, della loro ricaduta. È abbastanza evidente quanto sia difficile poter valutare tale ricaduta non avendo il quadro di riferimento che dovrebbe essere fornito dal Piano sanitario nazionale. Gli Assessori che mi hanno preceduto nelle varie sedi e che si sono cimentati nei vari pareri sul Piano sanitario nazionale certamente proveranno più frustrazioni del sottoscritto, il quale non ha mai contribuito a predisporre pareri perchè, da quando è di-

ventato Assessore, nel 1980, la materia non è mai più stata oggetto di riflessione, neppure da parte dello stesso Consiglio sanitario nazionale. Il constatare che oggi siamo nel 1984 è di per sè significativo, in primo luogo, di una grande difficoltà: quella di esprimere pareri su atti e documenti che, volendo e dovendo essere coerenti con un disegno generale, finiscono con l'essere un qualcosa a sè stante e con il riproporre un qualcosa di antico e dannoso, vale a dire la concezione della programmazione e del Piano soltanto come un atto in più rispetto a quello che c'era prima. Allora, desidero riaffermare con molta convinzione che il Piano non è solo un qualcosa in più, ma va visto in un processo di riorganizzazione e di riequilibrio settoriale e territoriale tale da modificare profondamente il contesto precedente e da rendere radicalmente diverso il contesto che ne consegue. Una diversità che, rompendo i vecchi equilibri e creandone di nuovi, comporta la necessità di ricercare e avere il consenso delle popolazioni. La mia opinione è che è errato dire che la chiusura di un ospedale inefficiente dal punto di vista della garanzia dell'assistenza sanitaria rappresenti una perdita; infatti, se ad una struttura inefficiente si sostituisce una struttura di altro tipo (poliambulatoriale o di altro genere) che costi molto meno, ma che possa dare maggiori prestazioni concrete, qualitativamente rilevanti, allora è vero che il Piano toglie, ma al tempo stesso è anche vero che dà di più e a minor costo.

A questo punto vorrei rafforzare quanto ha detto il consigliere Moroni: il processo si può avviare solo con investimenti. Infatti qualcosa in più o qualcosa di diverso non può essere ottenuto, dal punto di vista della massa delle risorse, se non attraverso un processo che consenta, per un periodo più o meno lungo, di spendere qualcosa in più per poter spendere domani qualcosa in meno. Infatti, se si vuole chiudere un ospedale e costruire una nuova struttura, ci sarà un periodo in cui continuerà a funzionare l'ospedale e nel frattempo sarà costruita la nuova struttura; non si possono lasciare cadere determinati livelli di servizio per poi assicurarli successivamente. Si tratta quindi di un processo

elastico: una volta lo si esegue in una località e una volta in un'altra, ma non si può portarlo avanti contemporaneamente in ogni luogo. Ciò fa emergere chiaramente che la massa delle risorse per la politica degli investimenti è essenziale per una qualsiasi politica di programmazione.

Vorrei ora svolgere un'altra considerazione, banalissima per gli addetti ai lavori. Mi pare inutile respingere la criminalizzazione del Servizio sanitario, la quale è tuttavia un dato oggettivo che è stato compiuto all'epoca delle convenzioni, poi all'epoca del contratto e che adesso avviene in un'epoca di controllo del Servizio sanitario nazionale. Ma io mi permetto di respingere anche il giudizio di incapacità e di incompetenza talvolta formulato rispetto allo stesso Servizio sanitario, e lo voglio fare avvalendomi di una documentazione.

Il Servizio sanitario nazionale è l'unico settore della Pubblica amministrazione che rendiconta trimestralmente la sua attività e quando, entro la fine di gennaio e i primi di marzo di ogni anno, esso presenta la quarta rendicontazione trimestrale, grosso modo si ha già il consuntivo dell'anno. Io sfido qualsiasi settore della Pubblica amministrazione a dimostrare di essere in grado di rendere noto in modo così compiuto quanto spende e come spende.

Da questo punto di vista, credo che bisogna cogliere un processo che è in atto e che comincia a manifestare i propri risultati, perchè oggi si sa benissimo, nonostante l'assenza di assegnazioni di risorse certe, quale è il preconsuntivo del comparto sanitario per il 1984, mentre lo stesso non si può dire per nessun altro settore della Pubblica amministrazione. Il discorso secondo me è di grande rilevanza perchè poi — secondo un detto popolare — finisce che ad un certo momento «si butta via insieme all'acqua sporca anche il bambino».

Nel corso di questi anni abbiamo messo in moto una certa attività e le rendicontazioni trimestrali, che tre anni fa erano fatte con lo «spannometro» dalle unità sanitarie locali, sempre di più adesso coincidono con l'effettiva rendicontazione.

Da questo punto di vista, mi preme ribadire

re una serie di considerazioni svolte dal dottor Moroni a proposito del decreto del Presidente della Repubblica n. 595 del 1980, che ci impedisce, a causa della previsione di una rigida ed inattuale rendicontazione delle risorse, di entrare nel merito dei problemi. Il dottor Moroni giustamente ha ricordato che nel sistema previsto da quel decreto — che poi in sostanza impone di rendicontare sui capitoli di spesa del Ministero del tesoro — mancano delle voci come la prevenzione o la riabilitazione. Ma allora come si può imputare a noi di non rendicontare questo tipo di attività? Noi certamente abbiamo fatto nostra la legge n. 833 e siamo pienamente d'accordo sull'esigenza di adeguarci alle nuove necessità che si profilano, ma vogliamo farlo guardando ad esse in modo globale e cercando di costruire quell'assetto che ci permetta un controllo adeguato. E a questo punto bisogna chiedersi: controllo in relazione a che cosa?

Oggi in Italia ci sono quattro Regioni che hanno il piano sanitario: l'Emilia-Romagna, il Piemonte, la Valle d'Aosta e le Marche; poi ce ne sono altre il cui piano è in fase molto avanzata, tanto che lo approveranno tra qualche giorno: la Toscana, il Veneto e il Molise; un buon 50 per cento delle restanti Regioni è anch'esso in fase di elaborazione molto avanzata. Ma tutta questa cultura che abbiamo seminato rischia, secondo me, con un giudizio approssimato, di essere buttata dalla finestra.

Bisogna cogliere questo processo e portarlo a termine; certo, si tratta di una grossa operazione politica, e quando ci ritroveremo nelle vesti di Assessori entreremo nel merito di tali questioni.

La mia opinione è che si deve evitare, ed è possibile farlo, tramite un esatto accertamento dei passi in avanti che la sanità ha compiuto nel corso di questi anni, in ogni angolo d'Italia, dalla Lombardia alla Sicilia, il pericolo che con giudizi sommari e decisioni approssimate si porti del danno ad un processo e ad un impegno reale che è stato avviato.

Vorrei però a questo punto sottolineare due aspetti. Il primo si lega al discorso che ho poc'anzi svolto relativamente alla riforma

del Ministero. Il Ministero, a mio avviso, deve abbandonare ogni velleità di compiti gestionali per incamminarsi coraggiosamente sulla strada del coordinamento e della programmazione anche se questo, lo riconosco, è difficile e richiede un salto di cultura. Quelle Regioni — e sono già un numero rilevante — che all'inizio hanno incominciato a gestire e a programmare, e che dopo tre anni non gestiscono più niente direttamente ma coordinano e programmano soltanto, indicano chiaramente che questo processo può essere gestito, ma tutto ciò richiede una ferma determinazione e un serio quadro di riferimento.

A mio avviso, questo processo di riorganizzazione non si può realizzare se non con un'azione che faccia crescere in tutto il Servizio sanitario la politica di piano e quindi i programmi di attività, i piani delle unità sanitarie locali. È infatti solamente in questo quadro che il discorso del dottor Moroni — «dacci i soldi e ci arrangiamo» — non mostra la corda, perchè «dacci i soldi senza piano regionale e senza piano di unità sanitarie locali» è la strada per creare nuovi squilibri e consolidare quelli già esistenti. Si tratta di un processo che non può avvenire nel giro di un anno, ed anche per questo è necessario cogliere quali sono i passi che si devono compiere in questa direzione e le forze che possono essere incoraggiate.

Esprimo ora una mia opinione molto personale, in totale dissonanza con quello che la legge finanziaria stabilisce: non sono d'accordo sui servizi differenziati fra le Regioni, perchè non ritengo assolutamente giusto che una Regione possa diversificare le prestazioni. Certo, questo urta contro diritti di altro genere delle Regioni, come quello all'autonomia, ma il Servizio sanitario è nazionale e la modificazione delle prestazioni è la fonte di nuovi squilibri e del perseverare della mobilità sanitaria, costituendo, da questo punto di vista, un grave ostacolo all'organizzazione di un Servizio che si ancori alle realtà territoriali e che possa portare avanti seriamente il discorso della prevenzione.

Se non si tiene conto di tutto questo, lo stesso discorso della prevenzione non risulta credibile.

Il dottor d'Alba è stato molto prudente nel suo intervento ed altrettanta prudenza ha manifestato il vice presidente del Consiglio sanitario nazionale Di Laura-Frattura. Io dico: come si fa a predisporre la relazione sullo stato sanitario del paese con un bilancio di soli 30 milioni? In questo modo ci prendiamo in giro. Bisogna capire che o si compiono delle operazioni di grande respiro oppure è meglio non metter neppure dei titoli. Confesso onestamente che, leggendo i resoconti sommari della vostra Commissione riunitasi per esaminare la relazione predisposta dal Consiglio sanitario nazionale sullo stato sanitario del paese, mi sono stupito della benevolenza con la quale era stata giudicata.

Infatti, ritengo che abbiamo fatto una cosa da improvvisatori, da gente che si mette a scrivere delle cose senza struttura, senza assetto. Occorre dunque abbandonare questa situazione e impostare la questione su basi serie, perchè se la scelta è che questa attività debba essere svolta dal Consiglio sanitario, si deve dare la struttura ed ancorare tutto ciò alla problematica più generale del sistema informativo e del sistema informatico. Voglio dire, molto sommariamente, che non è possibile giudicare un qualsiasi piano e stendere una relazione sullo stato sanitario se non si assumono dei criteri omogenei a livello nazionale. Quindi occorre che il capitolo degli indicatori di efficienza, di efficacia, ma sarei tentato di dire anche di accessibilità ai servizi, di fruizione effettiva degli stessi da parte dei cittadini — cioè tutti quei parametri che esigono una massa di informazioni, ma che non possono che essere il risultato di un processo generale nel nostro paese, perchè altrimenti queste cose non riescono ad approdare a risultati reali —, abbia come presupposto che si stabiliscano gli *standards* dei diritti dei cittadini, e quindi dei servizi e degli organici del personale. Infatti, non si possono comparare cose diverse: gli elementi di efficacia e di efficienza non sono dati astratti e debbono, seppure con grande difficoltà, inserirsi in un processo di superamento sempre maggiore della soggettività e, viceversa, di avvicinamento progressivo ad elementi di ordine oggettivo; in tal modo si

potrà così valutare i diritti dei cittadini quali essi sono in ogni angolo del territorio e consentire agli stessi di addivenire a proprie conclusioni, perchè da questo punto di vista l'elemento «partecipazione» è strettamente legato alla capacità del cittadino di giudicare dei propri diritti e del modo in cui egli ne fruisce, altrimenti tutte le cose sono mistificatorie e finiscono per creare una grande confusione.

Un momento di riflessione sulla riforma che la indirizzi verso questi processi unificatori sarebbe dunque certamente ben accolto da chiunque, a prescindere da quelle che possono essere poi le riflessioni specifiche.

Vorrei fare un'ultima considerazione ancora in relazione al problema del rapporto tra Consiglio sanitario nazionale e strutture regionali analoghe. Mi ricordo che a suo tempo il dibattito politico escluse linee omogenee; sta di fatto che oggi in Italia abbiamo una situazione enormemente differenziata. Quasi ovunque permangono i consigli provinciali di sanità che continuano a svolgere quelle attività burocraticamente amministrative, ma che in realtà stravolgono il Servizio sanitario: una concessione a cuor leggero ad una convenzione rischia infatti di diventare facilmente un programma in un momento successivo. Allora, il discorso da fare è molto concreto: esistono atti amministrativi che non hanno rilevanza ai fini della programmazione e debbono essere collocati più perifericamente. Una visita ad un invalido o attività simili non debbono infatti avvenire a livello regionale, ma debbono essere collocate sul territorio per facilitare il cittadino in modo che, nei limiti dell'economia di scala, abbia i servizi vicini. Invece, tutto il sistema autorizzativo e convenzionale non può che essere legato a quei soggetti che portano avanti la politica di piano.

Personalmente, condivido la tesi secondo la quale una revisione della legge n. 833 debba prevedere, su tutto il territorio nazionale, l'esistenza di consigli regionali di sanità che siano sulla stessa linea del Consiglio sanitario nazionale e che, naturalmente, assolvano anche quelle funzioni amministrative che il complesso delle leggi dello Stato affidano alla periferia, a livello provinciale,

ma che debbono essere ricondotte sullo stesso livello in cui si affrontano i problemi di programmazione. Ovviamente, i livelli di legittimità non possono che essere affrontati come tali, così come gli elementi di merito non possono che essere affrontati in connessione alle politiche di piano, alle scelte ed ai livelli politici e non in modo astratto.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Baiardi e do la parola al dottor Coppa.

COPPA. Onorevoli senatori, dopo quattro anni di esperienza nel Consiglio sanitario nazionale, alla vigilia del suo rinnovo — nel febbraio 1984 termina infatti il quinquennio costituente —, credo sia legittimo sollevare un interrogativo di ordine generale. Qual è l'organo centrale di indirizzo generale di politica e di governo nella sanità? Infatti, se non lo è il Consiglio sanitario nazionale, a mio avviso non lo è neanche il Ministero. Si è determinata una situazione in cui la sanità è acefala e pluricefala (che è ancora più teratologico).

Sono indotto a fare quest'osservazione innanzitutto perchè ritengo che siamo in presenza di un Ministero ormai vecchio. Esisteva una proposta della commissione incaricata dal ministro Altissimo di elaborare la riforma del Ministero della sanità che presentava degli aspetti estremamente interessanti; secondo tale proposta, il Ministero avrebbe dovuto, come amministrazione, organizzarsi per obiettivi e coinvolgere, intorno ad obiettivi strategici, tutte le componenti che costituiscono il Servizio sanitario nazionale. Nei fatti, il Servizio è nazionale, ma l'amministrazione centrale è statale e quindi non esiste quel coordinamento che pur in embrione si realizza a livello consultivo all'interno del Consiglio sanitario nazionale.

Il secondo strumento di unificazione avrebbe dovuto essere il Piano sanitario nazionale, rispetto al quale il Consiglio aveva un ruolo qualificato di partecipazione all'elaborazione, oltre che all'attuazione. Nei fatti, vi è stato un esproprio di questa funzione del Consiglio, perchè con la legge finanziaria sono state presentate al Senato le norme vincolanti e precettive del Piano sanitario

nazionale senza che il Consiglio fosse chiamato a pronunciarsi; e solamente grazie al fatto che nell'ambito della discussione che c'è stata al Senato si è provveduto allo stralcio, vi è ora la possibilità di recuperare questo momento centrale e decisivo per il consenso al Piano. Se questo deve essere un atto di ordinamento disciplinare è un conto, ma se deve essere un atto che nasce dalla convinzione e dall'esperienza dei protagonisti della politica sanitaria è un discorso completamente diverso.

Un'altra considerazione, ormai banale all'interno del Consiglio è che, come già per il Servizio nazionale, la dimensione della finanza ha finito per prevalere su quella dell'economia, così come quella dell'economia prevale su quella dell'attività prestata in termini reali (prestazioni, organizzazione, strutture, problemi del personale, eccetera). Inoltre, l'esperienza ha dimostrato che la composizione corrente del Consiglio è carente, perchè vi sono troppi rappresentanti dei Ministeri, i quali finiscono per coordinare il Governo a livello burocratico, mentre vi sono rappresentate poche strutture; anzi, le strutture di base sono assenti perchè vi è una presenza molto marginale dell'ANCI, mentre l'erogazione del servizio sul territorio, quindi tutto ciò che riguarda le unità sanitarie, i Comuni, le associazioni intercomunali, non può considerarsi assorbita dalla presenza regionale: vi è quindi un livello di base totalmente assente.

Direi che è insufficiente anche la presenza dei sindacati e, in generale, delle forze sociali interessate al Servizio sanitario nazionale; in linea di massima, la rappresentanza degli interessi della collettività è insufficiente. È logico quindi che ci sia stata un'attività disorganica, cioè un intervento atto per atto; direi che il Consiglio sanitario nazionale ha operato «di rimessa», ma in sostanza il suo modo di funzionamento reale, nei fatti, è stato meno regolare di quello di un consiglio comunale, e credo che gli stessi Assessori vivano una esperienza dissociata, perchè, abituati come sono al rapporto giunta-consiglio (predisposizione degli atti, dibattito, conclusioni, eccetera), si trovano poi, in sede di Consiglio sanitario nazionale, a seguire

procedure atipiche e in molti casi a dover improvvisare su materie che tutto meriterebbero, tranne l'improvvisazione.

Per quanto riguarda un altro aspetto fondamentale, cioè il rapporto del Consiglio sui problemi della sanità — accanto al quale va ricordato l'aspetto relativo alla relazione sullo stato sanitario del paese —, il Consiglio dovrebbe essere l'organo di coordinamento della politica sanitaria intesa in senso stretto; l'Istituto superiore di sanità, che doveva sottoporre al Consiglio i suoi programmi e avere da questo un indirizzo di ordine generale per la sua attività, nel corso di quattro anni non è riuscito a trovare il tempo per soddisfare tale esigenza. Ma questo è un danno per l'Istituto superiore di sanità, per la sanità in generale, non per il Consiglio sanitario nazionale in modo specifico.

L'Istituto per la prevenzione e la sicurezza del lavoro è diventato un Istituto tecnico, non scientifico, in quanto il problema dei rapporti con il mondo industriale ha finito per prevalere su quello della prevenzione e quindi della medicina del lavoro; ed occorre altresì evitare che l'analoga struttura all'interno dell'Istituto superiore di sanità costituisca un doppione. Comunque, sta di fatto che le strutture «pesanti» del Servizio sanitario nazionale sono esterne al Ministero della sanità.

Lo stesso discorso vale per l'attività scientifica e di ricerca: il centro studi ed il comitato scientifico e tecnico per la programmazione sono organi esterni — e mantenuti volutamente tali — al Consiglio sanitario nazionale, che pure dovrebbe provvedere al loro coordinamento perlomeno nei confronti del Ministero della sanità; dimostrerò in seguito che questa è un'interpretazione non solo illegittima, ma riduttiva. Quindi non deve meravigliare che, come organo di studio e di ricerca che deve predisporre la relazione sullo stato sanitario del paese, il Consiglio lavori su materiale altrui, in modo lodevole, per ottenere quei risultati non altrettanto lodevoli che ha indicato prima il collega Baiardi. Il servizio informativo che riguarda il Consiglio sanitario nazionale è stato infatti previsto nel quadro di una operazione in base alla quale si è stabilito di

dare in appalto questa attività per un certo numero di anni.

È poi singolare che tutta la politica dei farmaci — il problema del prontuario farmaceutico ad esempio, che è una questione molto delicata e complessa — arrivi direi «tangenzialmente» sui tavoli del Consiglio sanitario nazionale. Infatti durante la fase di documentazione, di ricerca, di riscontro e di controllo sui fenomeni economici non è stato possibile stabilire un contatto col CIP il quale, d'altra parte, è l'arbitro della alimentazione della spesa in materia farmaceutica.

Tutto questo a mio avviso deriva da un equivoco di base fra il ruolo del Ministro come responsabile dell'amministrazione del Ministero della sanità e quello di presidente del Consiglio sanitario nazionale. Capisco che sia imbarazzante essere nella condizione, in un certo senso, di dare consigli a se stesso; però, una volta che si sia compreso il doppio volto di questo meccanismo, non dovrebbero esistere impedimenti per un regolare funzionamento dell'attività consultiva, da una parte, e decisionale, di indirizzo, di coordinamento, eccetera, dall'altra. Tuttavia questo significherebbe concepire il Consiglio sanitario nazionale come un organo di raccordo delle istanze e delle strutture operanti nell'ambito sanitario e quindi, in sostanza, come organo facente capo al Ministro della sanità; in realtà, invece, la legge ha ipotizzato il Consiglio sanitario nazionale come organo consultivo del Governo, non come organo consultivo del Ministro della sanità nè, tanto meno, del relativo Ministero. Ora, sta di fatto che i pareri espressi dal Consiglio restano negli uffici del Ministero della sanità; infatti non ho notizia che un parere sia mai arrivato, per essere accolto o respinto, alla Presidenza del Consiglio e a tutti i Ministri, compreso quello per gli affari regionali che dovrebbe essere interessato ai problemi della sanità.

Le strutture burocratiche sono carenti, ma non per una insufficienza quantitativa, bensì perchè sono state concepite nell'ambito del Ministero della sanità e quindi sono necessariamente strutture di tipo ministeriale e non di tipo consiliare. C'è una mancanza di riscontro per quanto riguarda la validità dei

motivi per cui determinate questioni sono state trattate in un certo modo mentre altre sono state accantonate; cito, come caso esemplare, la tormentatissima vicenda della Croce Rossa. Alla fine il danno è per il terzo, per l'utente del Servizio, non certo per il contenzioso che può determinarsi, dopo un giudizio unanime del Consiglio sanitario nazionale, a causa dell'inerzia che segue questa pronuncia. A questo riguardo vorrei anche sottolineare che per il Consiglio sanitario nazionale i tempi sono sempre stretti, come sta succedendo adesso per il prontuario farmaceutico; infatti se non viene espresso il parere entro un determinato termine, questo si intende positivo. Però bisogna considerare che, se il Ministro ha 45 giorni di tempo per presentare il prontuario terapeutico, entro quel termine il Consiglio sanitario nazionale deve pronunciarsi in merito; pertanto se il documento perviene al quarantaquattresimo giorno, a mio avviso non si tratta più di un discorso di correttezza, ma dell'esigenza di un efficiente funzionamento e di un corretto assolvimento dei ruoli che sono attribuiti a ciascuna istituzione.

Infine, a mio sommo avviso — e questo è il punto fondamentale che è stato anche sollevato all'interno del Consiglio sanitario nazionale, ma sul quale non si è giunti ad una soluzione —, il Consiglio sanitario nazionale è ininfluente su tutti gli altri Dicasteri che si occupano del settore sanitario, come ad esempio il Ministero della difesa. Infatti si comincia a sostenere da più parti che, accanto alle installazioni militari, ci dovrebbero essere anche i presidi sanitari corrispondenti al rischio potenziale che ne consegue e che speriamo non debba mai tradursi in drammatica realtà.

Come disse l'allora Capo di gabinetto, doveva essere emanato un regolamento di attuazione della legge in base alla legge n. 100 del 1926, che, disciplinasse tutta questa materia; ma ormai siamo al termine di questa prima esperienza del Consiglio sanitario nazionale ed anche questo punto, in qualche modo decisivo per la qualificazione del Consiglio stesso, non è stato affrontato.

È stato affermato qui, tra le altre carenze del Consiglio sanitario nazionale, che occorre

una maggiore presenza di medici; a mio avviso non c'è nessuna difficoltà, però dobbiamo stare attenti a non considerare il problema in un'ottica superata. Comprendo che si avverta la necessità di una maggiore presenza di operatori sanitari, ma a mio parere questa esigenza riguarda tutto il personale che è stato indicato nei ruoli tecnici, nei ruoli amministrativi ed in quelli sanitari, per i risvolti sociali e sociologici; altrimenti si continuerà a monopolizzare nella figura del medico tutta una serie di attività alle quali non sempre fanno riscontro le attitudini, le caratteristiche ed a volte anche le aspettative. D'altra parte si è già verificato che il presidente dell'ordine dei medici si sia interessato del rapporto sullo stato sanitario del paese, come presidente della commissione *ad hoc*, e sono note le difficoltà che si sono incontrate al momento di impostare certe questioni, sebbene indubbiamente anche in questo si possa riscontrare, da un punto di vista professionale, un elemento positivo, ciò che possiamo definire un «pregio del difetto», come ha ricordato anche il dottor d'Alba. Però rimane il fatto che la frequenza alle sedute, dato un certo tipo di impostazione delle discussioni, si riscontra quando si tratta di argomenti che stanno a cuore agli interessati; quindi non c'è quella piena collegialità, direi quella coralità di consensi e di intenti che sarebbe necessaria per un organismo di questo genere.

In conclusione, siamo in presenza di una versione riduttiva delle funzioni del Consiglio. Il mio giudizio è che quest'ultimo ha fatto quanto era sufficiente nel legittimo ambito della sua attività; anzi ha fatto di più, date le condizioni. Però non ha fatto e non fa tutto il necessario per sostenere questa difficile fase di trapasso da una situazione vecchia ad una nuova, a causa dei condizionamenti che influiscono dall'esterno sulle sue disponibilità e sulle decisioni di allocazione delle stesse.

Pertanto le previsioni di legge, che attribuiscono al Consiglio settantasei ipotesi di parere obbligatorio e undici atti di indirizzo e coordinamento, nonché poteri di designazione di componenti di organi di amministrazione, e competenza, poteri di indirizzo e

verifica, rispetto alla redazione, ad esempio, della relazione sullo stato sanitario del paese, sono state attuate al di sotto delle loro possibilità e potenzialità.

Concludo quindi dicendo che la relazione può considerarsi solo come punto di partenza di un rapporto di questo genere; i nostri amici inglesi ci hanno consigliato di essere cauti perchè loro da cento anni redigono un documento simile al nostro ed ancora oggi trovano difficoltà e problemi nella preparazione di quello smilzo libretto verde che, d'altra parte, è rivolto esclusivamente agli operatori sanitari, in quanto il libro blu, che verificava la situazione del servizio, ha cessato da un paio di anni le pubblicazioni.

Personalmente, comunque, ritengo che sia necessaria, con il concorso anche del Parlamento, una verifica della situazione, in quanto sono dell'idea che, o avviamo un processo di riflessione e di riconsiderazione del rapporto tra emergenza e programmazione per imboccare, se possibile, una strada che sia più distesa, anche se non meno irta di difficoltà, che ci porti al superamento delle attuali carenze del Consiglio, oppure assisteremo all'irreversibile declino di tale organismo che era stato concepito come il punto di svincolo di tutte quante le istanze, le risorse e le energie che, in termini di organizzazione, di personale e di attività dovevano qualificare il Servizio sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Siamo grati al dottor Coppa per la sua esposizione.

Do ora la parola al dottor Spandonaro, componente del comitato di coordinamento del Consiglio sanitario nazionale.

SPANDONARO. Premetto che parlerò più come esperto di organizzazione del settore sanitario — qualifica che mi viene riconosciuta in questi ultimi tempi per le esperienze fatte in passato —, che non come componente del Consiglio sanitario nazionale designato dal CNEL in rappresentanza delle organizzazioni sindacali dei lavoratori.

Da quanto emerso, risulterà chiaro agli onorevoli senatori che il Consiglio sanitario nazionale non si regge nè sul vecchio nè sul nuovo, ma su qualcosa che nè sotto il profilo

istituzionale, nè sotto quello organizzativo — anzi direi tanto meno sotto quest'ultimo — è in grado di fornire validi criteri per il suo funzionamento. Esso, infatti, si regge sul coraggio, sulla volontà, sulla fantasia, ma certamente non su indicazioni di ruoli, di criteri, di strumenti sufficientemente adeguati, ed è forse per questo che il Consiglio sanitario nazionale non è ancora uscito dal giovanilismo dei comportamenti.

Ovviamente, il problema del suo funzionamento è difficile da affrontare ed ancor più difficile da risolvere in quanto — secondo il mio modesto parere, che però non è isolato — esso si inserisce in un discorso più complessivo, e purtroppo più arretrato, relativo all'azione dei servizi e dei loro organi gestionali. Questione, questa, che deve essere ancora affrontata non soltanto per quanto riguarda il Servizio sanitario. In proposito, le tecniche attuali di organizzazione applicate agli enti erogatori di servizi suggeriscono, in maniera abbastanza uniforme, l'assoluta necessità di separare le responsabilità di indirizzo e di controllo da quelle di gestione. Mi metto dunque dalla parte dei miei amici Assessori e comprendo il loro grande disagio. Infatti, come Assessori alle Regioni, responsabili del coordinamento, e come membri del Consiglio sanitario, con una mole notevole di altre competenze, finiscono per trovarsi schiacciati tra le due funzioni e il Consiglio, pur avendo entrambi i compiti, non ha i mezzi necessari per assolverli.

In ogni caso, però, tutte e due queste responsabilità necessitano di una cosa di cui il Consiglio sanitario, al di là delle buone intenzioni — parlo del Consiglio sanitario ma dovrei parlare anche del Ministero della sanità e dei suoi organi — manca totalmente. Parlo cioè degli strumenti adeguati, in quantità, qualità e tecnologia, a fronteggiare la quantità di servizi oggi richiesta. Tutti sappiamo infatti quali sono le evoluzioni delle nuove strutture di produzione e quali gli effetti che inducono nella domanda e nella distribuzione dei servizi, per cui è chiaro che la mancanza assoluta di strumenti direzionali, di logiche di metodologia e di controllo non può che avere riflessi negativi anche sulla gestione.

Pertanto, sono d'accordo sul fatto che vi possono essere per il primo tipo di attività, quello relativo cioè all'indirizzo e al controllo, esperienze valide, anche se vecchie; del resto, quando si tratta di questo tipo di responsabilità, l'azione dell'amministratore e del politico deve essere molto più prudente nel sostituire il nuovo al vecchio.

Ciò non toglie, però, che anche la prudenza deve trovare un limite di fronte alla nuova domanda. Manca poi proprio allo Stato ogni esperienza di gestione per il secondo modello: ne abbiamo dimostrazione in ogni momento e coloro che si interessano del problema rimangono meravigliati dal fatto che, malgrado l'esistenza dei servizi quasi sempre collocati in aree di maggiore autonomia istituzionale, questi stessi servizi sono ancora più arretrati, dal punto di vista dei sistemi delle deleghe, della flessibilità, dell'auto-organizzazione, di quanto non siano quelli statali. Lo Stato può risolvere il problema: crea l'azienda autonoma una volta, crea l'ENEA un'altra volta, crea il CONI una terza, e così via tutta una serie di strumenti nel tentativo di dare una risposta adeguata all'esigenza di gestione del sistema in modo differenziato a seconda dei fini perseguiti e quando non è investita la responsabilità di indirizzo e di controllo di cui parlavo prima. Di fatto, poi, lo Stato rimangia le sue stesse intenzioni quando pone a questi organismi gli stessi vincoli, gli stessi modelli organizzativi e le stesse regole di priorità di organismi del tutto diversi.

A me pare che il Servizio sanitario nazionale, benchè agisca nell'ambito delle autonomie locali (e quindi, in teoria, si potrebbe immaginare più autonomo), in effetti risenta totalmente di vincoli e di impedimenti propri di aree statali perseguiti fini comparabili.

Al primo modello cui facevo riferimento può forse adeguarsi il Ministero, non il Consiglio sanitario, sia pure in una fase di transizione: pur senza voler fare i rivoluzionari, occorre tentare un riordino nel quadro di una progressività compatibile con le esigenze della domanda presente e futura. Proprio perchè il periodo attuale è di transizione, il modello può anche sopportare alcune rigidi-

tà, ma non può sopportare perversioni istituzionali. Ho invece l'impressione che nella struttura gestionale alcuni compromessi, necessari in quel momento, ma che si pensava sarebbero stati superati alla luce dell'esperienza, si stanno consolidando e stanno diventando pietra intangibile per paura di far qualcosa per la prima volta. In ogni caso, comunque, non possono più essere sopportati incertezze e sussulti nei modelli organizzativi nè continui avanzamenti e ritorni tra modelli gerarchici e modelli funzionali. Faccio riferimento al tipo di organizzazione centrale e a quello di alcuni istituti delegati; i primi si rifanno ancora ad una struttura gerarchica, con tutte le conseguenze di non flessibilità, mentre gli altri hanno inventato una struttura funzionale eccessiva, piatta, un encefalogramma che non riesce più a dare risposte e quindi non dà impulsi (altro che direttive!) concreti. Non si può certamente dirigere senza un'articolazione organica delle responsabilità; credevo che la mediazione fosse la partecipazione, non l'invenzione di una struttura senza partecipazione e con i difetti di un appiattimento così radicale da non riuscire più a riconoscere le responsabilità. Si parlava di deresponsabilizzazione; si è creduto di sostituirla con affermazioni di autodeterminazione interpretata in senso individuale. In effetti, si è aggiunto un altro addendo a questa tendenza a rendere difficile l'individuazione delle responsabilità e quindi del controllo, che è uno dei due compiti principali di questi organismi.

Circa il secondo modello, devo dire che non esiste una vera e propria «cultura della gestione». Sono un sindacalista, ma devo riconoscere che il sindacato non ha questa cultura; mi domando a volte se, di fronte a questa ignoranza sindacale, esistano delle scienze altrove, anche se mi pare che il livello di esse, soprattutto in ambito pubblico, sia abbastanza basso. Mi accorgo ad esempio che organismi dello Stato molto importanti ritengono che sia faraonico disporre, che so, di strutture di programmazione e di controllo; a me pare però che la ricerca e la sperimentazione non si combinino con l'austerità della Pubblica amministrazione. In questi casi, secondo me, si confonde

l'austerità — che io dovrei identificare con l'onestà dell'amministrazione — con una grettezza tale da far sì che l'organizzazione dei servizi, se questi sono pubblici, è perdente nei confronti del settore privato, perchè non dispone di strumenti di previsione, di gestione e di misurazione, in qualche modo all'altezza di quelli utilizzati dai privati. Mi sembrava che il Consiglio sanitario dovesse essere il centro attivante di questa proposta, ma mancano i mezzi, sia quelli più banali per la vita quotidiana, sia gli altri.

Riguardo a questi problemi l'azione dei sindacati, sinceramente, non può passare attraverso il filtro del CNEL, perchè altrimenti essi diluiscono a tal punto il loro contributo da renderlo totalmente inefficace. Siamo prontissimi a qualsiasi discorso circa la competenza o i limiti per materia posti alla presenza dei sindacati, ma non accettiamo una sorta di camuffamento. Si dice: ma allora, devono esserci tutti? Tutti quelli presenti nel CNEL, certo: faccio questa affermazione consapevole della responsabilità che mi assumo, ma tranquillo per come è stata discussa e sofferta negli ambienti sindacali.

Gli strumenti, secondo me, devono essere visti nella direzione di una rivitalizzazione del Servizio sanitario nazionale: solo poi possono essere identificate priorità e «operazioni».

Il Piano è il primo elemento indispensabile, perchè senza di esso non si fanno i programmi oppure se ne inventano di particolari, tra loro disorganici. D'accordo dunque quanto all'articolazione ed alla flessibilità, ma il quadro di riferimento degli obiettivi non può che essere unitario.

Sembra invece che alcune volte si programmi tanto per supplire, per cercare di portare avanti un'attività, senza essere sicuri che i riferimenti di pianificazione siano fissati. Per pianificare ci vogliono informazioni rapide, oltre che in quantità sufficiente; informazioni elaborate e non grezze: nel nostro paese ci sono cinque o sei istituti che hanno nei loro archivi elettronici una gran massa di dati, difficilmente utilizzabili perchè non integrati, non elaborati, con codici diversi, con linguaggi che non dialogano. Un Ufficio programmazione sanitaria esiste: occorre dargli

impegni concreti e vincolati di integrazione. Consentire libertà di scegliersi i metodi, le procedure, il linguaggio ed il tipo di archivi, significa attuare qualche cosa, ma troppo poco rispetto agli sforzi economici che un impegno del genere comporterebbe.

La professionalità è necessaria, secondo me, in tutti e due i settori ormai, in quanto entrambi sono investiti da metodologie e procedure abbastanza nuove. In ogni caso, nell'area della gestione — lo dico agli amici che trattano nel pubblico impiego, dopo quindici anni di esperienza in questo settore — le professionalità tradizionali sono quasi inutilizzabili se non riconvertite.

Non è possibile continuare a considerare un ordinamento del personale, oltre alla organizzazione del lavoro (naturalmente le due cose sono in stretta connessione), così svincolato dagli impegni che comporta la gestione dei servizi per mano pubblica.

Un ultimo argomento riguarda le procedure. Ho l'impressione che il Consiglio sanitario produca risultati antieconomici, anche se l'impegno degli Assessori e dei vari esperti è una risorsa che viene utilizzata a fondo. I risultati sono di carattere sovrastrutturale, anche se dotati di una certa sistematicità, per quanto concerne gli incarichi principali, che per l'80 per cento sono costituiti da atti di indirizzo e di controllo che si inseriscono nelle logiche di gestione. Non ho letto i regolamenti specifici, ma sinceramente non mi pare esistano procedure adatte; secondo me, con le procedure attuali, il Ministero della sanità non funzionerà mai. Non è possibile applicare modelli meccanici di organizzazione, necessari per arrivare all'emanazione di atti autoritativi solenni che impegnano tutti, ad attività anche statali, ma soprattutto parastatali, regionali, provinciali e comunali, che devono corrispondere a risposte immediate ad esigenze reali e presenti nel mercato del sociale. Del resto voglio rammentare un uomo politico che ritengo abbia lasciato un segno importante, il ministro La Malfa. Quando era Ministro del tesoro, una volta che ebbe l'amabilità di ricevermi, mi disse: «Adesso le dimostro che non è il Ministro del tesoro che non riesce a predisporre le spese, ma i ministeri della spesa che non

riescono a spendere». E per la verità mi convinse perchè i ministeri della spesa, cioè i ministeri che gestiscono la spesa, sono sprovvisti di logiche, di professionalità, di modelli sistemici di organizzazione per il conseguimento dei loro scopi.

La via di fuga in questo momento — lasciategli dire — diventa l'abdicazione. Le caratteristiche del lavoro privato come logica di gestione devono essere seguite, perchè l'inserimento di articolazioni di ordine privatistico in un contesto pubblico possa rafforzare l'idea di un servizio non all'insegna del *welfare state* sprecone, ma all'insegna di rigorose regole di autogoverno, di equilibrio finanziario e di rapporto costi-benefici adatte ad uno sviluppo che non è quello prorompente del passato, ma quello largo e lento del presente. Ciò non significa però abdicazione del pubblico nei settori nei quali, volente o nolente, il servizio sarà sempre chiamato a rispondere ai cittadini e alle loro richieste individuali e di gruppi.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Spandano per le sue conclusioni molto pacate e critiche, tendenti a mettere in moto il processo di rivitalizzazione del sistema sanitario nazionale che tutti auspichiamo.

Passiamo ora alle domande che intendranno fare i senatori presenti.

ALBERTI. Aspettavo con ansia questo incontro con il Consiglio sanitario nazionale e dirò pure, a titolo personale, che ho evitato di partecipare ai lavori di altre Commissioni per venire qui perchè ritenevo che questo fosse un momento importante dell'indagine conoscitiva che stiamo conducendo. Lo aspettavo perchè devo capire bene se — e soprattutto dove — la riforma sanitaria non riesce a decollare.

Il quadro che è stato presentato dagli intervenuti, e che è di gran lunga superiore a qualsiasi fantasia, è un quadro apocalittico. L'indagine potrebbe anche finire qui, in quanto ci troviamo di fronte a un Consiglio sanitario nazionale, che è il massimo organo di coordinamento della politica sanitaria in Italia, e abbiamo ascoltato cose che ci lasciano estremamente perplessi. Ma cercando di

rassegnarci e di parlare con obiettività per arrivare a definire delle proposte concrete da parte nostra, la prima cosa che mi viene in mente è che noi abbiamo pensato ai comitati di gestione, alle USL che non funzionano, alla riforma di questi enti, agli sprechi dei suddetti comitati di gestione, abbiamo fatto parecchie riflessioni, ma certamente non abbiamo detto che la sanità italiana è completamente acefala, così come abbiamo appreso nei nostri incontri. Come si può imputare alla legge n. 833 lo sfascio dell'attuale situazione sanitaria in Italia?

Vorrei quindi che mi si rispondesse ad una prima domanda, da me già posta stamattina, a cui il presidente del CNEL, dottor Storti, non ha ritenuto di rispondere e a cui spero, invece, che mi risponda il professor Coppa. Vorrei sapere cioè quali sono i rapporti tra il CNEL e il Governo. Sembra infatti che i due organismi funzionino in dissonanza dal momento che il CNEL ha proposta alcune cose e il Governo ha fatto esattamente il contrario. Mi capita adesso di sentire che accade la stessa cosa per il Consiglio sanitario nazionale. In altri termini, è pur vero che ancora non esiste un Piano sanitario, ma è anche vero che il Ministero della sanità e il Governo in generale — perchè è stato puntualizzato il fatto che queste due organizzazioni sono di consulenza del Governo e non dei singoli Ministeri — dispongono di due organismi estremamente importanti e molto rappresentativi: da una parte il CNEL che rappresenta le forze economiche e sociali del paese, e dall'altra parte un'organizzazione estremamente qualificata qual è il Consiglio sanitario nazionale, in cui sono rappresentate anche le Regioni. Vorrei che mi si spiegasse quale tipo di raccordo esiste tra i vari soggetti.

Vorrei anche sapere se avete la facoltà di fare delle proposte o se siete semplicemente dei consulenti del Governo.

COPPA. Vi è la capacità di proposta e di iniziativa.

ALBERTI. La domanda era in realtà pleonastica, proprio per sentirmi rispondere in questa maniera. Il Consiglio sanitario nazio-

nale ha tenuto 51 sedute e ha dato 152 pareri, almeno così è stato detto. Ma il Consiglio sanitario nazionale, domando al dottor Di Laura-Frattura, ha la possibilità di informazioni autonome, o le informazioni le deve ricevere da altri organismi, che a loro volta le richiedono ancora ad altri? E se non ha queste informazioni, come ha potuto dare 152 pareri, di cui tra l'altro solo 140 accolti dal Governo, da quanto mi è sembrato di capire?

Volevo inoltre sapere se il Consiglio sanitario nazionale è stato ascoltato al momento della formazione della legge finanziaria e del bilancio, e se la cifra che ci è stata detta in questa sede, di 34 mila miliardi per il finanziamento del Servizio per la parte corrente, relativamente all'esercizio finanziario 1984, era una cifra stabilita senza cognizione di causa, per cui se era di 32 ovvero di 30 mila miliardi sarebbe stata la stessa cosa, oppure era una cifra «ragionata». Richiamo alla memoria del signor Presidente e di tutti i componenti di questa Commissione che in occasione appunto dell'esame del disegno di legge finanziaria, vi sono state delle lunghissime discussioni, durante le quali noi sosterranno alcune posizioni che ci sembravano concrete ed altri, con le proprie motivazioni, si batterono per l'abbassamento del *budget*. Ciò che voglio sottolineare è che allora nessuno ha mai messo in discussione che quella cifra fosse stata stabilita senza una riflessione ponderata e razionale e senza che fosse stata vagliata da organismi qualificati. Quindi, il Consiglio sanitario nazionale è stato ascoltato per la determinazione di questo *budget*, che comporta la determinazione della spesa per gli anni 1984, 1985 e 1986?

Oggi, è stato poi affrontato il problema delle condizioni che si frappongono alla applicazione della riforma in alcune Regioni; volevo conoscere in particolare quali sono i motivi di questa situazione. È importante esserne informati perchè sembrerebbe che in alcune Regioni si sia proceduto alla attuazione della riforma per l'iniziativa e per il merito di alcuni solerti Assessori, mentre tutti sappiamo che in quelle Regioni in cui tutto ciò non si è verificato gli Assessori, anche se solerti, hanno incontrato delle diffi-

coltà obiettive, che sarebbero le condizioni, come lei ha detto, dottor Di Laura-Frattura, che si frappongono all'applicazione della riforma. In questa situazione si trova tutta l'Italia meridionale, e solamente prendendo coscienza di determinati fatti e collegandoli tra loro potremo capire come mai, nel Sud in particolare, si sia verificato il mancato avvio della riforma sanitaria.

Desidererei ancora domandare al dottor Di Laura-Frattura se il Governo ha richiesto i pareri al Consiglio sanitario nazionale sulle manovre che erano state indicate per il contenimento della spesa. In questa Commissione vi sono state delle grosse polemiche al riguardo, tutte appassionate e molto interessanti, ma non vorrei che si venisse a scoprire che quelle manovre di contenimento della spesa erano state improvvisate, tanto che alcune di queste sono cadute nel corso della stessa discussione ed altre furono poi stralciate dal Governo. Ad esempio, mi riferisco alla politica dei *tickets* — sulla quale abbiamo sentito, questa mattina, che il CNEL non era d'accordo —, e alla responsabilizzazione dei medici e alla penalizzazione delle USL (scioglimento dei comitati di gestione e scioglimento delle assemblee).

Il dottor Moroni ha avanzato la proposta di modificare la struttura della spesa; sono pienamente d'accordo perchè se non si procede a questa modificazione è inutile stabilire dei «tetti» alla spesa stessa. A proposito di questo argomento, vorrei domandare se sono stati proposti dal Consiglio sanitario nazionale dei metodi e dei parametri, se gli sono stati richiesti dei suggerimenti dal Governo, oppure se si è ancora nella fase di semplici proposte, che va avanti sin dall'emanazione della legge n. 833 del 1978.

Se non modifichiamo la struttura della spesa, non possiamo nè programmare nè procedere ad alcuna indicazione. È vero che le spese ospedaliere sono sempre le stesse (mi sembra che qualcuno in questa sede si fosse riferito alla necessità di essere prudenti nella eliminazione della «spesa storica», perchè essa dovrebbe seguire ovviamente la modificazione della struttura della spesa), ma senza una azione diretta a tale fine tutto questo non sarebbe possibile perchè alla fine

di ogni mese ci troveremmo a dover corrispondere gli stipendi agli ospedalieri, cioè al personale medico e paramedico, a pagare i fornitori e via dicendo.

Ho già chiesto al dottor Baiardi come intendono ascoltare le categorie sociali del CNEL, ma vorrei in particolare sapere se il Ministero, a prescindere da questa ristrutturazione e fino a quando essa non sarà fatta, non senta la necessità di ascoltare i due organismi. Il Consiglio sanitario nazionale ha, tra i suoi principali scopi, quello per il quale è stato istituito, di programmare, ed in attesa di tale programmazione, di seguire il programma sanitario nazionale. Quindi mi sembra logico che, qualsiasi modificazione si faccia, richieda di per sé la possibilità di alterare le linee generali di programmazione, come per esempio la spesa che adesso è stata già sistemata per tre anni. Ma in questo caso il Ministro non ha avvertito la necessità di chiedere un parere al Consiglio sanitario nazionale. Il dottor Coppa ha affermato che il Ministro è consigliere di se stesso, ma non condivido questa interpretazione della sua funzione. Ritengo che sia lo stesso Ministero della sanità che va contro la riforma mantenendo funzioni di accentramento e di decisione. Malgrado accenti in sé queste funzioni, esso non offre alcuna struttura e alcuna informazione precisa, al punto tale che la relazione sullo stato sanitario del Paese è stata fatta grazie alla buona volontà di pochi. Così si spiegano le insufficienze e le carenze di documentazione come quella, di cui ho già avuto occasione di lamentarmi, sulla talassemia, che è una delle malattie sociali più importanti presenti in Italia. Gli altri paesi di Europa, che non hanno il problema di questa malattia, hanno dedicato intere inchieste all'argomento, mentre qui in Italia le poche notizie e i pochi dati dell'azione fatta per la talassemia, riguardano solamente il Lazio e in particolare la città di Roma. Adesso ci spieghiamo come mai non si riesca ad avere i dati di tutte le Regioni italiane e soprattutto di quelle che sono particolarmente colpite da questo fenomeno. Sono dell'opinione, quindi, che è il Ministero della sanità che va contro la riforma e che bisogna smontare il meccanismo di accentra-

mento in quanto con esso, tra l'altro, vengono disconosciuti i meccanismi democratici; in effetti il Consiglio sanitario nazionale è un consiglio che viene eletto praticamente in seconda istanza e proviene dalle assemblee elettive.

Infine, volevo fare al dottor Spandonaro una domanda ben precisa. Sono d'accordo con il discorso della privatizzazione che lui ha fatto, ma in una situazione di questo tipo di insufficienza di interventi da parte degli organismi governativi, una privatizzazione non le pare che sia un fatto «orientato»? O meglio, che ci si voglia orientare verso la privatizzazione? A me sembra che la privatizzazione non arrivi ad integrazione e a supporto dell'attività pubblica, ma che tutto sia messo in modo che questa attività pubblica non funzioni. In tal senso le funzioni, le competenze e le esperienze sul territorio esisterebbero, come ho potuto riscontrare anche in ognuno di voi qui presente.

Se andiamo verso la privatizzazione, però, dobbiamo ammettere che non avviene ad integrazione del Servizio sanitario nazionale o per il potenziamento di tale Servizio, ma avviene con un orientamento particolare sul quale vorrei conoscere il vostro parere.

CONDORELLI. Vorrei iniziare con una nota di carattere generale, cioè con un apprezzamento di quanto è stato detto oggi e, in particolare, della serietà con la quale l'argomento è stato trattato. Gli autorevoli membri del Consiglio sanitario nazionale hanno sottaciuto, modestamente, l'intenso lavoro da loro svolto e, con molta serietà, si sono preoccupati di mettere in evidenza i lati negativi del funzionamento dello stesso Consiglio. Questo mi sembra un atto di grandissima onestà, che fa ben sperare sul futuro funzionamento e sull'apporto che il Consiglio sanitario nazionale potrà dare alla riforma sanitaria.

Mi atterrò brevissimamente ad alcune domande che riguardano strettamente il Consiglio sanitario nazionale ed innanzitutto la «fisiologia» della sua composizione. Da varie parti del paese vi è l'istanza di una maggiore presenza di tecnici. È ovvio che il tecnico deve essere utilizzato nella politica. Alcuni

di noi, infatti, sono tecnici oltre che politici, ma noi diamo sempre al momento politico un significato estremamente importante, soprattutto per quelli che devono essere la programmazione, gli indirizzi, le scelte. Ciò vale in tutto, perfino per la ricerca scientifica, per la quale anche riteniamo che il momento della scelta dei grandi temi debba essere un momento politico, mentre ai tecnici deve essere affidata la gestione della ricerca. Un rilievo del genere lo ritengo importante, anche perchè poc'anzi si è parlato del prontuario terapeutico, sulla validità del quale non vi è dubbio che un giudizio non può essere dato da altri se non da chi è medico. Inoltre, non si può ignorare la necessità di dare al Consiglio sanitario nazionale mezzi economici adeguati per svolgere un lavoro efficiente. Non possiamo nasconderci dietro un dito e dobbiamo riconoscere la necessità di un supporto finanziario tale che consenta il buon funzionamento del Consiglio. I denari spesi a questo scopo, di fronte a quei tanti spesi male, sarebbero senz'altro ben spesi per le ripercussioni positive sullo stato sanitario del paese.

Riguardo alla relazione sullo stato sanitario del paese, abbiamo rilevato qualche carenza, ma tutto sommato questa relazione è uno strumento che abbiamo apprezzato; è un fatto importante che il Parlamento si sia occupato per la prima volta, nella storia della nazione, dello stato sanitario del paese. Di fronte alle carenze della relazione che derivano, come voi stessi avete rilevato, dalla insufficienza del servizio informativo, vi sono, però, dati importanti e tanta materia da consentire già la programmazione di una politica sanitaria finalizzata. Proprio per questo, più volte, durante le discussioni sul Piano sanitario nazionale, abbiamo auspicato di non badare a spese per uno strumento di lavoro importantissimo che consenta di acquisire dati utili per migliorare l'efficienza della sanità.

A questo punto, vorrei sapere quali sono i rapporti fra Consiglio sanitario nazionale e Consiglio superiore della sanità; è stato quest'ultimo esautorato? Vi è un'interferenza tra i due organi nell'azione di consulenza?

Un ultimo rilievo riguarda il Piano sanita-

rio, strumento importantissimo, sul quale però si devono fare due considerazioni. Da una parte quella della sua flessibilità, necessaria ai fini delle esigenze regionali, che sono quanto mai varie; di conseguenza, la realizzazione di un Piano sanitario, come strumento di lavoro che valga per tutta la nazione, può certamente destare qualche perplessità per le differenze veramente notevoli che possono esservi ad esempio tra Veneto, Campania e Sicilia. L'altra considerazione è quella per cui, durante l'iter della elaborazione del primo possa anche cambiare il soggetto, cioè l'esigenza sanitaria del paese.

Quindi, il Piano potrebbe essere uno strumento non perfettamente adeguato alle esigenze, tanto è vero che esiste la proposta di delegificarlo e di farne solo uno strumento di guida flessibile, trovando nel contempo altri momenti di attuazione di norme necessarie al buon funzionamento della sanità pubblica.

TROTTA. Vorrei, come prima considerazione, dire che se vi era qualche senatore tra noi che aveva dubbi sull'opportunità o meno di effettuare la presente indagine conoscitiva, credo che questa sera, dopo aver ascoltato gli esperti del Consiglio sanitario nazionale, non ne abbia più. Personalmente, mi sentivo tutelato dalla frase «sentito il Consiglio sanitario nazionale» inserita nei disegni di legge, in quanto l'utenza, le USL e le Regioni avrebbero fatto sentire la loro voce. Invece, ho appreso cose che mi lasciano addirittura stupefatto. Il Consiglio sanitario nazionale, che doveva affiancare il Governo nella sua opera di indirizzo, coordinamento della politica sanitaria del paese, non ha a disposizione che poche lire, e non ha neanche una sede.

Il Consiglio sanitario nazionale è costretto, se ho ben capito, a riunirsi in modo itinerante, una volta qui ed una volta lì; le consulenze fornite al Ministero e al Governo sono spesso disattese e molte volte esso non viene neanche consultato prima che il Governo presenti dei disegni di legge che riguardino la materia sanitaria. Anche per quello che riguarda la politica del farmaco, esso non riesce a dire la sua e viene esautorato dal CIP. Sono cose che ho sentito con queste mie

orecchie e vorrei che fossero ricordate e verbalizzate. Il Consiglio sanitario nazionale è quindi un consiglio che viene espropriato delle sue funzioni.

Abbiamo poi appreso questa sera che il Ministro è una testa «teratogena» — lo diceva, mi pare, il consigliere Coppa — perchè (come ha detto in un precedente incontro anche un altro esperto) di Ministri responsabili della sanità in realtà ne abbiamo due: quello appunto della sanità e quello del tesoro. Infatti questo Ministro del tesoro, che in ultima analisi non si limita a coordinare e a dare indirizzi — come ha rilevato il dottor Moroni —, nel momento in cui vuole mettere il naso su come le risorse destinate alle Regioni vengono spese entra di fatto nel momento gestionale.

Concludendo, vorrei dire che più che formulare delle domande credo che stasera dobbiamo prendere atto di queste cose; i parlamentari non possono che riflettere su di esse, fare dei proponimenti e discuterne quando sarà il momento, cioè quando la Commissione riunita affronterà questi problemi.

BELLAFFIORE. Vorrei rivolgere ai nostri ospiti una domanda molto semplice. Mi pare che da più parti si sia parlato dell'esigenza di raggiungere un riequilibrio a livello regionale in modo che l'utente, che è destinatario dell'assistenza, possa ricevere uguale trattamento, dalla Sicilia alla Lombardia. A quanto ho capito, infatti, voi vi ponete l'obiettivo di riequilibrare dal punto di vista territoriale e nazionale questo tipo di assistenza, in un raccordo con tutte le Regioni.

Desideravo pertanto sapere se incontrate particolari difficoltà sul piano politico e legislativo nel rapporto che avete in particolare con le Regioni a statuto speciale, e più specificamente con la Regione siciliana, dove l'applicazione della riforma sanitaria purtroppo è decollata solo da qualche anno.

Vorrei sapere, in sostanza, se ci sono delle difficoltà di ordine normativo o in qualche modo connesse al fatto che tale Regione gode di un certo tipo di autonomia, cioè come mancanza di sensibilità da parte di

questa Regione nel collegarsi ad un discorso più generale.

Questo è ancor più interessante per me che sono un senatore siciliano, perchè ho presente l'esigenza di poter veramente assicurare l'assistenza sanitaria in maniera uniforme in modo che ogni cittadino possa ricevere lo stesso trattamento.

Da parte vostra è stata svolta la seguente considerazione: il Governo stabilisce un «tetto», ma ci dia almeno la possibilità, entro questo «tetto», senza assegnare un *tot* in questa direzione e un *tot* in quest'altra, di avere una discrezionalità di spesa nell'ambito della somma assegnata, senza cioè fissare anche i binari settore per settore.

Tutto ciò mi sembra opportuno ai fini di una elasticità della spesa, necessaria per raggiungere l'obiettivo immediato. Ma a questo punto mi sorge una preoccupazione: in tal modo i comportamenti potrebbero essere diversi da Regione a Regione; a seconda di quale settore si va a potenziare, può infatti avvenire che l'utente siciliano abbia un tipo di assistenza — finalizzo sempre l'obiettivo della riforma ai benefici che ne derivano al cittadino — mentre invece quello del Piemonte ne abbia una diversa, a seconda appunto di come vengono utilizzate queste somme messe a disposizione.

Quindi, mi sembra giusto soddisfare l'esigenza di non chiudere completamente settore per settore stabilendo in partenza come deve essere erogata una spesa, e quindi di avere una certa discrezionalità, ma come possiamo in questo modo garantire parità di assistenza a tutti i cittadini? In sostanza, sono d'accordo con questa proposta, ma sono preoccupato del tipo di assistenza che si potrebbe garantire al cittadino, della sua difformità da Regione a Regione, se questo principio venisse accettato. Queste due esigenze sono infatti difficili da raccordare e vorrei sapere secondo voi come si può avere una mobilità della spesa nell'ambito del «tetto» assegnato senza però determinare una discriminazione o far mancare l'assistenza ai cittadini.

Con questo concludo ritornando alla prima domanda, cioè al rapporto che voi avete con

12ª COMMISSIONE

7° RESOCONTO STEN. (18 gennaio 1984)

le Regioni a statuto speciale e in modo particolare con la regione Sicilia.

PRESIDENTE. Vorrei rivolgere anch'io qualche domanda ai nostri ospiti prima della loro replica. Non vorrei svolgere estese considerazioni perchè esulerei io stesso dal regolamento che abbiamo; dobbiamo infatti solo porre delle domande, perchè il dibattito fra di noi evidentemente avverrà successivamente nella sede opportuna.

Vorrei innanzi tutto chiedere qualche informazione su questo «pacchetto-risparmio» che state elaborando, Regione per Regione. È vero, non avete sviluppato questo concetto, però credo che anche voi — come Consiglio sanitario nazionale — abbiate qualche cosa da dire sull'argomento. Questo pacchetto viene coordinato, o ciascuno versa ancora in una fase regionale propria di valutazione?

Seconda domanda: molto è stato detto sulla necessità di rivedere la struttura e la rete ospedaliera; voi, come Consiglio sanitario nazionale, conoscete l'esatta situazione della rete ospedaliera, disponete di un *dossier*, di una documentazione Regione per Regione presso la vostra sede o tutto vi viene fornito dalla Direzione generale degli ospedali? In altre parole, avete un grado di conoscenza autonoma, avete una mappa degli ospedali Regione per Regione, oppure no? Conoscete lo stato anagrafico — chiamiamolo così — delle strutture e il loro stato funzionale attuale: fatiscenza o meno, necessità di lavori di ristrutturazione, quanti anni hanno alle spalle, e così via (perchè c'è stata e deve mantenersi anche una politica di innovazione ospedaliera)? Avete incasellato, messo in calcolatore tutto questo? Avete delle idee puntuali, intendo dire non come responsabili di ogni singola Regione, ma come collegialità, cioè come Consiglio sanitario nazionale?

Sempre associata a quest'ordine di ragionamenti, vorrei poi rivolgervi un'altra domanda: vi siete pronunciati sui problemi e sui criteri per l'attribuzione di multizionalità a strutture ospedaliere? E fino a che punto la classificazione precedente di «ospedale regionale» può essere equivalente alla multizionalità? Ho l'impressione che se non si fornisco-

no criteri molto precisi, ogni struttura ospedaliera (cioè ogni USL, oggi) scenderà in campo per ottenere la classificazione di multizionalità, dato che potrebbe essere che l'1 per cento dei ricoveri avvenisse con pazienti provenienti da un'altra unità sanitaria locale. Quindi, esiste un problema — potremmo dire — di serietà per attribuire la classificazione di multizionalità ospedaliera.

Inoltre, avete già elaborato (questa è la domanda più interessante per noi, anche per il futuro lavoro legislativo) dei parametri per definire secondo quali criteri deve essere fatta la ristrutturazione ospedaliera? Ci erano stati presentati, nella legge finanziaria 1984, nell'ambito di quelle disposizioni che poi sono state stralciate, alcuni obiettivi: ora questo materiale è alla nostra attenzione, cioè è stato assegnato formalmente, come disegno di legge, alla nostra Commissione. È già stata realizzata da parte vostra una qualche elaborazione dei criteri per definire parametri per questa ristrutturazione ospedaliera?

Un altro grosso problema che è affiorato nel vostro discorso è quello sul flusso dell'informazione. Credo che dovremo lavorare parecchio come Commissione su questo problema; intanto, potete dirci quali voci vi vengono rendicontate in qualità di Consiglio sanitario nazionale? Avete chiesto voi una serie di voci, oppure vi sono state spontaneamente trasmesse? Avete elaborato dei moduli per richiedere collegialmente a tutte le Regioni una serie di parametri? Quale grado di disaggregazione dei dati volete? È chiaro infatti che se vi limitaste a volere solo il dato globale di spesa, o anche per singole unità sanitarie, avreste 675 voci da elaborare, ma non conoscereste niente di quello che sta all'interno di questo bilancio dell'USL; non parliamo poi di tutti gli altri dati statistici ed informatici che dovrete acquisire, al di fuori del problema semplicemente finanziario o dei rendiconti di spesa. Mi sembra che questa sia un'operazione immane, se dovesse essere condotta dal Consiglio sanitario nazionale come elemento centrale di propulsione e di raccolta, un'operazione che richiederebbe la soluzione di tutti i problemi relativi alle strutture, agli uomini e ai mezzi che

sono già stati indicati. Quindi, anche su questo punto, vorrei sapere se avete degli indicatori già prestabiliti.

E a questo proposito, vorrei fare una «subdomanda», correlata: oltre che lavorare con vostro personale, per impostare questi discorsi e per stabilire questi parametri, vi servite anche di consulenze esterne chiamando a collaborare persone estremamente qualificate, come ci sono ad esempio a livello universitario? Che grado di rapporti avete? Potete dare consulenze che non siano semplicemente contratti alla ditta per avere certi flussi di informazione, ma che costituiscano altri elementi di conoscenza, sotto forma, ad esempio, di dibattiti o altro? Il senatore Condorelli mi ha preceduto nella domanda sui rapporti con il Consiglio superiore di sanità e credo che sia molto importante stabilire che cosa succede in merito a ciò.

Per finire, vorrei sapere anche qualcosa in merito ai rapporti con l'ISTAT, perchè ho l'impressione che il primo rapporto sullo stato sanitario del paese sia stato in gran parte derivato dai dati forniti dall'ISTAT (per lo meno per quanto riguarda tutti quelli demografici), cioè dati ormai noti che probabilmente non era neanche necessario inserire nel rapporto stesso. Anche qui, vi è tutta la questione sull'efficacia e l'efficienza del sistema centralizzato dell'ISTAT nel definire i parametri informativi che valgono per il Servizio sanitario nazionale: se l'ISTAT non deve essere più interessato a questo problema, o deve essere interessato solo in parte, allora occorre ricreare una struttura equivalente che risulti però dalla sommatoria di analoghi strumenti regionali finalizzati al settore informativo sanitario. Si ritorna sul problema di come strutturare questo servizio informativo regionale, affinché sia in grado di trasmettere con regolarità un adeguato flusso di dati verso il centro.

E formulo finalmente l'ultima domanda, che credo sia la più impegnativa sul piano politico. Ho sentito valutare, logicamente anche attraverso sfumature di natura politica diverse, i rapporti Governo-Consiglio sanitario nazionale in modo differenziato, ma generalmente con toni abbastanza critici. E allora, come ritenete voi che si possano mi-

gliorare questi rapporti? In effetti, l'articolo 8, primo comma, della legge n. 833 dice che il Consiglio sanitario nazionale ha funzioni di consulenza e di proposta. Ebbene, la consulenza è richiesta non obbligatoriamente per certe materie e obbligatoriamente per certe altre. Allora il problema è questo: se c'è stata inadempienza circa le materie sulle quali il Consiglio doveva essere ascoltato obbligatoriamente e non lo è stato è un conto, ma se tale inadempienza non v'è stata, il Consiglio potrebbe solo «rammaricarsi» che il Governo non lo abbia ascoltato sulle altre materie «opzionali».

Per quanto riguarda invece il problema della facoltà di proposta che spetta al Consiglio sanitario nazionale, si tratta di stabilire fino a che punto abbiate fatto uso (intendo sempre nella collegialità del Consiglio), cioè se abbiate realmente e con quale frequenza preso l'iniziativa in termini di proposta. Questo è un argomento molto delicato; ma con questa domanda vorrei, in un certo senso, restituire serenità al dialogo anche nei rapporti tra Governo, Consiglio sanitario nazionale e strutture sanitarie.

Invito quindi i rappresentanti del Consiglio sanitario nazionale a replicare, rispondendo alle domande loro rivolte. Suggestirei di dare la precedenza ai problemi funzionali, per cui do inizialmente la parola al dottor Biagio d'Alba.

d'ALBA. Signor Presidente, rispondo nell'ordine alle domande e credo che alcune di esse fossero poste a me, anche se ci si rivolgeva al vice presidente Di Laura-Frattura. Vorrei dire subito che, in effetti, forse perchè è nostra abitudine non essere eulogici, non essere trionfalistici, l'aver fornito una relazione un po' diversa dell'attività svolta non mette in sufficiente rilievo il fatto che in fondo il Consiglio, come diceva poco fa l'assessore Baiardi, è una delle poche amministrazioni, forse l'unica, che rendiconta. Noi infatti, siamo in grado oggi, venendo qui, di fornire tutta l'attività del Consiglio documentata, resocontata, espressa in atti a stampa che purtroppo sono stati portati qui al Senato solo ieri e sul tardi. Quindi lei, senatore Condorelli, potrà valutare anche

dalla documentazione gli ordini del giorno, le proposte, i pareri e le altre risoluzioni che il Consiglio ha adottato nella propria autonomia. Quindi, direi che per questo forse la rivalutazione dei dati positivi nasce dal fatto che quei pareri che sono stati espressi si rivolgevano all'amministrazione, la quale non è che vada contro la riforma (fatemi fare un po' di spirito di corpo!), ma è inadeguata alla riforma stessa. È un'amministrazione in effetti vecchia, incapace, inadeguata alle proposte che deve fare per condurre avanti un nuovo sistema, per superare il vecchio, per dominare tutto il sistema sanitario, chiarendo anche i rapporti tra autonomie e altri Ministeri. Questo era il primo punto. In qualche maniera noi abbiamo scritto anche la storia del Servizio sanitario nazionale attraverso gli atti del Consiglio; è una storia che riguarda comportamenti, omissioni ed ostacoli che caratterizzano la riforma, per cui bisogna capire che il nuovo ordinamento non è ancora interamente sorto. Proporrei pertanto di far rinvio a ciò che abbiamo scritto e consegnato negli atti, perchè si veda come le possibilità di proposta alcune volte siano state esercitate, anche se timidamente, ma come nel complesso non si sia ancora instaurato un costume e una serie di rapporti e di comportamenti che portino alla domanda e alle risposte, all'atto di impulso, di ricezione e di ritorno. Quali devono essere le procedure di esame degli argomenti? Sono quelle in base alle quali una relazione ministeriale arriva al Consiglio firmata dal Ministro nella sua qualità di capo dell'amministrazione attiva. Pertanto la ricchezza dei dati, degli elementi e delle informazioni dipende dalla capacità dell'amministrazione di fornirli in modo preciso ed anche dettagliato. Non posso ritenere che l'amministrazione non faccia sapere alcune cose; devo dire che invece stenta a far sapere ciò che essa stessa non conosce completamente.

Per quanto riguarda la relazione sullo stato sanitario del paese, disponiamo di una documentazione — che farò anche pervenire alla Commissione — attinente all'*iter* di elaborazione della relazione stessa. Devo dire che non abbiamo sufficientemente pubblicizzato questa forma di «costruzione dal basso»

della relazione; però, da tali documenti risultano gli incontri con i direttori generali del Ministero della sanità e di altri Ministeri, con i funzionari ministeriali, con vari gruppi di lavoro ed infine con lo stesso ISTAT che ha contribuito alla elaborazione della relazione in termini dialettici, ovviamente con tutte le difficoltà che si possono immaginare.

Non si è potuta completare la relazione con l'indicazione di obiettivi e magari con la formulazione di *slogans*, a differenza di altre relazioni di nostra conoscenza relative ad istituti privati, ma collegati al settore pubblico. Però nel nostro caso abbiamo in animo, anche se credo che non sia stato detto esplicitamente, di chiarire le modalità e la metodologia che si intendono seguire per le relazioni che abbiamo già avviato, nell'ambito di due conferenze, una nazionale, che si terrà nella prossima primavera, e una internazionale che riguarderà i problemi della sanità animale, proprio perchè anche questi aspetti sono molto importanti. Inoltre si terranno tre incontri interregionali che riguarderanno la qualità della vita, le mappe di rischio e la situazione ambientale e di salute in tre gruppi di Regioni, in modo da evidenziare in qualche misura la situazione delle aree industrializzate, quella dei servizi e del pubblico impiego, e quella relativa all'agricoltura e all'artigianato. Tutto questo si può definire il risvolto propositivo del Consiglio sanitario nazionale.

Un altro elemento che ho fornito in termini sfumati, perchè, non ritenevo mio compito insistervi, ma che emerge soprattutto per il richiamo fatto dal senatore Condorelli, è quello relativo all'articolo 59 della legge n. 833. Che senso ha per il Consiglio sanitario nazionale essere un organo di consulenza del Governo, quando poi non sono ben chiari e definiti i rapporti con il Consiglio superiore della sanità? Infatti, se si legge il secondo comma dell'articolo 59 di quella legge, si può constatare che ad un'iniziale simmetria di rapporti fa riscontro, subito dopo, una diversità qualitativa, e direi anche sostanziale, dei temi di competenza del Consiglio sanitario nazionale che oggi vengono affrontati confusamente dal Consiglio superiore della sanità. Il primo comma dell'articolo 8

della legge n. 833 del 1978 dice infatti: «È istituito il Consiglio sanitario nazionale con funzioni di consulenza e di proposta nei confronti del Governo per la determinazione delle linee generali della politica sanitaria nazionale e per l'elaborazione e l'attuazione del piano sanitario nazionale». L'articolo 59 soggiunge che con la legge di riordinamento del Ministero della sanità dovranno essere definite «le attribuzioni e le modalità per la composizione del Consiglio superiore della sanità, con riferimento esclusivo alla natura di organo consultivo tecnico del Ministero della sanità e in funzione dei compiti assunti dal Ministero della sanità nell'ambito del servizio sanitario nazionale». Questo è un punto fondamentale per ridefinire le varie funzioni: infatti ci sono il Consiglio sanitario nazionale, l'Istituto superiore di sanità, l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), che sono posti a disposizione del Servizio sanitario nazionale, laddove il Consiglio superiore della sanità è preposto ad un'attività di consulenza tecnico-scientifica alle dirette dipendenze del Ministero della sanità e dell'amministrazione sanitaria statale in quanto tale.

Da queste brevi considerazioni si può dedurre che certamente si stanno superando dall'interno le numerose difficoltà — come sempre si è cercato di fare in questi cinque anni —, ma ovviamente non si può sempre distinguere nettamente le competenze e gli argomenti da affrontare. Per esempio, abbiamo dovuto esaminare in tre riprese il tema dei laboratori di analisi di cui parla l'articolo 25 della legge n. 833 perchè ogni volta mancava il parere del Consiglio superiore della sanità in merito alle questioni di carattere scientifico; a questo proposito voglio ricordare che si rende necessario un indirizo di coordinamento da parte del Governo.

Un'ulteriore considerazione, che si richiama alle osservazioni fatte dal senatore Condorelli ed anche a quelle del senatore Trotta, riguarda poi l'aspetto organizzativo ed in particolare la sede del Consiglio sanitario nazionale: esistono dei problemi relativi ad alcuni rilievi della Corte dei conti, ma le difficoltà della nostra amministrazione riguardano il modo di affrontare questi temi

con strumenti di carattere ministeriale; comunque stiamo superando tali difficoltà. Forse sarebbe necessario un sopralluogo nell'edificio dei nuovi uffici del Consiglio sanitario nazionale, che spero sia possibile inaugurare nella tarda primavera.

Vorrei altresì riprendere rapidamente all'osservazione fatta dal presidente Bompiani, fornendo sommessamente alcune indicazioni sul sistema informativo sanitario, anche se forse queste saranno fornite in maniera più approfondita dal collega del servizio della programmazione sanitaria, in quanto ufficio preposto direttamente a tale mansione. Il sistema informativo, così come è stato previsto dal decreto del Presidente della Repubblica n. 791 del 1982, emanato in base ad una delega al Governo stabilita in sede di legge finanziaria 1982, è visto come un comparto a disposizione del Servizio sanitario nazionale, — ivi compresi l'Istituto superiore di sanità, l'ISPESL, nonché il Consiglio sanitario nazionale —, e quindi anch'esso alle dipendenze del Ministero della sanità. I tempi sono lunghi, anche se non voglio entrare nel merito di questo problema perchè non sono il responsabile del settore e quindi rimando all'illustrazione più pertinente e documentata che sarà svolta successivamente; però in questa sede devo dire che indubbiamente le prossime relazioni, secondo quanto mi risulta, saranno ancora redatte con un sistema che si potrebbe definire artigianale.

A questo proposito, vorrei ricordare i rapporti con l'ISTAT che si instaurano, in modo serio e abbastanza disteso per l'elaborazione di dati e ricerche, con un certo carattere di collegialità. Anche con il Tesoro, peraltro, sarà necessario avanzare da parte nostra alcune proposte in ordine al riparto delle singole voci di spesa, per un coordinamento con i piani della relazione sullo stato sanitario del paese. Inoltre, ci serviamo di consulenze esterne: quest'anno, come dato positivo, abbiamo la cifra simbolica di 45 milioni prevista nel capitolo 4102 dello stato di previsione del Ministero della sanità che riguarda indagini e rilevamenti relativi alle funzioni proprie del Consiglio sanitario nazionale ed alla predisposizione della relazione sullo

stato sanitario del paese. In un altro capitolo, il 4101 sono stanziati 25 milioni per la redazione materiale della relazione, come la stampa; infatti bisogna tener conto che qualche volta si rende necessario il ricorso ad organismi esterni come il Poligrafico dello Stato; questo, dietro nostra sollecitazione, ha stampato 30 copie del volume di colore marrone che abbiamo distribuito, ma purtroppo non ha fatto in tempo a stampare la relazione sullo stato sanitario del paese perchè abbiamo perso otto mesi per attività come quella della revisione delle bozze che è stata fatta da funzionari e non da personale tecnico.

Per quanto riguarda poi la mappa delle strutture, ad esempio lo stato anagrafico delle stesse, dipendiamo completamente da quello che ci proviene dall'amministrazione, cioè dal servizio che si riferisce alla programmazione e alla direzione degli ospedali; per altro verso, devo dare atto alla componente regionale che ci arricchiamo degli apporti che, in una sorta di collaborazione volontaria, ci vengono dati da funzionari e da gruppi di lavoro interregionali, i quali ci portano a conoscenza di elementi e di elaborazioni condotti dalle Regioni singolarmente o in gruppi. Questo è un aspetto che sfugge al dato ufficiale, ma è un importante elemento di collaborazione sul quale forse non riflette neppure il Ministero; non si riesce infatti a capire fino in fondo come questi collegamenti funzionali giovino ben più che una serie di messaggi autoritari, qualche volta solo autorevoli, che a volte sono inviati dall'amministrazione centrale.

Per quanto riguarda infine i rapporti tra Consiglio sanitario e Governo, vorrei solo dire che il Consiglio purtroppo, in occasione dei novanta pareri che deve esprimere, si è espresso soprattutto elaborando atti di consulenza, cioè procedendo alla vecchia maniera della Pubblica amministrazione che giudica, controlla, sottopone ad esame di legittimità e di merito gli atti amministrativi, ma mai l'azione amministrativa. Noi ci troviamo a riflettere una carenza di fondo della Pubblica amministrazione, laddove si lavora per azioni e non per atti, come avviene, ad esempio, nel caso degli Istituti scientifici, il cui

operato pertanto non può essere valutato alla vecchia maniera dei revisori sui singoli atti.

Ad un Consiglio sanitario funzionante, quindi, dovrebbe essere assegnata un'attività consultiva nei confronti dell'intera politica sanitaria, non sul singolo atto che, anche se estremamente importante, è comunque riduttivo della funzione complessiva.

In questo senso, devo dire che il Consiglio sanitario nazionale ha elaborato delle indicazioni circa la necessità di instaurare un nuovo rapporto con i Ministeri, rapporto che deve essere di raccordo e di collaborazione e non risolversi in un intervento a volte quasi censorio, o solo informativo, come spesso avviene per determinati argomenti; ma su questo tema le valutazioni diventano di ordine politico ed io ritengo di non aver competenza in merito.

COPPA. Devo una risposta, da un lato impropria e dall'altro nella materia specifica al senatore Alberti; dico impropria perchè non so che cosa avrebbe detto il presidente del CNEL Storti se avesse risposto in prima persona al quesito sollevato. Vorrei intanto affermare chiaramente che non è questa la sede nè il momento per fare dei rilievi di contenuto politico, ma piuttosto per esprimere preoccupazioni in positivo come un qualsiasi cittadino che ha la fortuna di essere ascoltato da una delle massime istituzioni della Repubblica.

Per quanto riguarda il CNEL, i suoi rapporti sono caratterizzati innanzitutto da grandi momenti di dibattito pubblico. Il rapporto del CENSIS, ad esempio, che è un documento stimolante e ricco di elementi, è un rapporto che viene realizzato, fin dalla sua prima edizione, su commessa e con il patrocinio del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro; ed il CENSIS stesso ritiene di dover ancora intrattenere questo legame con il CNEL che non è solo formale, ma che, nella scelta dei temi e nella presentazione del documento complessivo, avviene attraverso un confronto.

Lo stesso dicasi per un documento più modesto — ma a mio avviso di contenuto intrinseco ancor più rilevante — qual è il

rapporto sull'andamento congiunturale che viene effettuato dall'ISCO. Anch'esso è nato per iniziativa e su commessa del CNEL e la sua presentazione all'opinione pubblica e alla stampa avviene attraverso un dibattito in assemblea, momento anch'esso di estremo interesse. Ricordo ancora il rapporto, ormai alla sua terza edizione, sulla situazione energetica, alla cui compilazione concorrono contemporaneamente ENI, Enel ed ENEA: e questa convivenza di per sè è già un fatto da sottolineare in quanto sul terreno degli interessi concreti non sempre tra questi enti vi è convergenza di punti di vista, di politiche e di valutazioni complessive. Credo comunque che, soprattutto nel corso di questi due-tre anni, il dibattito più interessante sia stato quello sulla riforma del CNEL perchè esso non ha affrontato solamente dei nodi formali, ma anche il tema più generale del rapporto tra le categorie produttive, le forze sociali e l'ordinamento pubblico, toccando quindi anche i problemi relativi all'individuazione della rappresentatività, della presenza e della attività delle forze sociali, delle categorie produttive eccetera. Certo, ne è venuta fuori una soluzione che l'attuale Presidente della Commissione lavoro del Senato, professor Giugni, un tempo nostro collega, giustamente ha definito di compromesso; un compromesso che però ha trovato l'unanimità tra le organizzazioni e gli esperti presenti nel CNEL e che quindi è da valutare, a mio avviso, in modo estremamente positivo.

Direi dunque che esiste questa sfera di carattere culturale, nel senso di cultura applicata ai problemi dell'indirizzo economico e sociale, cui senza dubbio il Governo è presente ed interessato. Il Piano energetico nazionale, ad esempio, fu sottoposto al CNEL dal compianto ministro Marcora e fu oggetto di un ampio dibattito prima di essere presentato alle Camere per l'approvazione definitiva.

Le cose sono al tempo stesso più interessanti e più preoccupanti per quanto riguarda i pareri formalmente richiesti dal Governo, in quanto essi hanno riguardato principalmente problemi centrali della politica del lavoro. Sulla riforma delle pensioni, ad esempio, il documento del CNEL fu anch'es-

so approvato all'unanimità da imprenditori e prestatori d'opera, oltre che da quella figura intermedia che sono i lavoratori autonomi. Lo stesso dicasi per il parere sulla «giungla retributiva», approvato all'unanimità sulla base della mozione votata dal Senato, ed il Piano triennale. Tali documenti però, o per l'interruzione della legislatura, o per mutamenti delle condizioni generali in cui si collocavano, non hanno avuto un esito conclusivo e quindi sono rimasti agli atti, non però solo nel senso negativo della parola, in quanto circostanze oggettive sono intervenute a troncane il relativo *iter*.

Vi è poi tutta l'attività che il CNEL svolge di propria iniziativa in materia di osservazioni e proposte, come quelle che sono state consegnate alla Commissione stamane, e che non sono fini a sè stesse. Infatti, dato che aumentano i poteri di designazione del CNEL in seno ad organismi consultivi ed amministrativi — il CNEL ha un potere di designazione dei membri del Consiglio universitario nazionale, del Consiglio sanitario nazionale del Consiglio superiore dei lavori pubblici — questo materiale viene tenuto presente nel «circuitto interno», mentre sul piano più generale si tratta di osservazioni e proposte: le prime hanno senza dubbio un fondamento, le seconde possono essere discutibili e più o meno condivise.

Il punto, però, a mio avviso, in cui in definitiva si raccoglie il senso della domanda e quello della risposta, è che sia il CNEL che il Consiglio sanitario nazionale sono organismi poco adatti a governare l'emergenza; sono cioè organismi che presuppongono che i problemi dell'emergenza — che pure esistono — vengano iscritti all'interno di un procedimento pluriennale, strategico, ma che risponda ad interrogativi organici e relativi a modifiche di ordine strutturale o istituzionale.

Il problema dell'emergenza vede una duplice convergenza in negativo: da parte del Governo e da parte delle forze sociali che compongono il CNEL come — mi permetto di dirlo — da parte delle amministrazioni regionali che compongono il Consiglio sanitario nazionale. Questa duplice convergenza in negativo si risolve nel ricorso alle formule,

spicchiole ma snelle, dell'incontro triangolare: da un lato l'incontro tra Governo e amministrazioni regionali, che non può e non deve necessariamente trovare la sua sede all'interno del Consiglio sanitario nazionale; dall'altro lato, l'incontro tra i datori di lavoro, i prestatori d'opera e quel terzo «para-datore di lavoro», che è lo Stato in queste circostanze. In sostanza, si tratta di un'attività negoziale e queste esigenze di risolvere sollecitamente certe questioni spostano la stessa partecipazione, lo stesso interesse diretto alla vita di quegli organismi.

Questo in tesi generale, pur con la consapevolezza che le situazioni si evolvono nel senso di una maggiore partecipazione, responsabilità e attenzione anche da parte delle istituzioni, del Governo del Parlamento. Ad esempio, una evoluzione c'è stata per tutta la materia della politica comunitaria, in cui la acutezza stessa con la quale si pongono determinate questioni e la difficoltà di trovare una sede capace di consentire il confronto anche con il Parlamento europeo hanno portato all'interno del CNEL una serie di temi e di questioni.

Sulla questione che riguarda il Consiglio sanitario nazionale, per quanto concerne la legge finanziaria e le leggi di piano, ci sono stati dei confronti e degli scontri, ed essi sono stati il punto centrale dell'attività del Consiglio stesso. La materia è venuta al Consiglio sanitario nazionale e, a mio avviso, in misura e con un peso eccessivo, prima delle deliberazioni del CIPE, in quanto la legge n. 833 prevede che tale Comitato deliberi, dopo che il Ministero abbia ascoltato il Consiglio sanitario stesso, in sede di ripartizione delle risorse (quindi non discutendo nè sull'*an* nè sul *quantum*, ma una volta determinati questi due elementi). È invece in un'altra sede, che chiama in causa il ruolo del Ministero della sanità rispetto a quello delle Finanze e al Consiglio dei ministri, perchè è materia di Consiglio di gabinetto, di politica generale del Governo, che maturano le decisioni sostanziali. Il Consiglio sanitario nazionale non ha potuto che constatare che i fondi erano insufficienti e che i ritardi con i quali venivano conferiti rendevano più difficile l'attività. Però, se questa considerazione può

essere consolatoria, direi che l'esperienza che hanno avuto i colleghi ed i funzionari che hanno partecipato alle sedute del CIPE non è stata esaltante, anche se si trattava di materia di estremo interesse e di grande importanza. Direi che esiste un problema più generale circa l'atteggiamento della pubblica amministrazione, assillata dall'urgenza delle questioni, ma non ancora in grado di prendere un'adeguata distanza dal campo operativo sul quale deve intervenire e che quindi è portata ad intervenire in un modo che a volte dà esiti felicissimi, ma altre volte può anche dare esiti negativi.

SPANDONARO. Non vorrei assumere il ruolo di critico o di «grillo parlante». Quando faccio alcune osservazioni non voglio essere — nè potrei esserlo per quel modesto ruolo che ho avuto nel dibattito sulla riforma sanitaria — nè un denigratore, nè un sostenitore impaurito dei fatti. Caso mai, mi ritengo un puntiglioso ricercatore delle cause di negatività emergenti e per alcuni aspetti delle condizioni utili a dimostrare la validità di scelte nelle quali continuo a credere. Devo fare questa premessa, proprio per giustificare le critiche che mi sembrano necessarie ad un sistema che pur si basa, su scelte, secondo me, ancora valide.

Proprio per dare un accento non critico, dico subito ai senatori che hanno sollevato l'importante problema politico, che non mi sentirei di dire che il ruolo del Consiglio sanitario venga disatteso o evaso da alcuni altri organi. Questa non mi sembra l'analisi più corretta.

Alla domanda del presidente Bompiani se venga esercitato tutto il nostro potere, devo tuttavia rispondere negativamente. La ragione è che, il più delle volte, il nostro contributo viene condizionato da due vincoli che eliminano la libertà di azione di un Consiglio chiamato dalla legge ad esercitare il suo ruolo. Quando si dà tempo tendente a zero e, per giunta, un criterio di stato di fatto e di necessità, quasi come costante del nostro operare, capite che ogni parere è un compromesso e che la proposta finisce per essere vacua e debole perchè non ha i tempi, i modi e i canali attraverso i quali esprimersi com-

piutamente e consolidarsi. Non c'è una volontà di disattendere: c'è una condizione complessiva che continuo a chiamare di gestione nel senso etimologico, che fa sì che non si possa esercitare completamente il ruolo che avremmo il dovere di svolgere.

Ciò viene aggravato a monte dalla impossibilità per le strutture di ricevere una dotazione strumentale efficiente, il che le rende molto povere e quasi evanescenti rispetto alle necessità. Pertanto il Consiglio sanitario, anche quando fa in tempo ad esprimere un parere, non riesce ad affermare la consapevolezza e la responsabilità che stanno alla base dell'assunzione delle sue scelte. Il fatto che ancora aleggi su di noi un'incertezza tra amministratori regionali più vicini alla formazione della domanda, e amministratori nazionali più votati ad una sintesi complessiva — con tutti i difetti della sua omnicomprensione —, per cui ci si chiede ancora con quale cultura amministrativa si deve riuscire a procedere per arrivare all'assunzione di iniziative e pareri, determina debolezze nella costruzione che invece si dovrebbe fondare su una conduzione complessiva del servizio. Per esempio i sistemi di coordinamento, che costituiscono le attività principali che il Consiglio sanitario dovrebbe tentare di esercitare — proprio per la presenza di Assessori, di forze sociali e di esperti — sono affidati alla buona volontà di alcuni; buona volontà che però è un elemento organizzativo assolutamente ininfluente, anzi negativo rispetto all'esercizio di gestioni organizzate sull'articolazione e sul decentramento.

Quando si pensa a un servizio informativo che deve nascere ancora, e non si tiene conto del fatto che dalla decisione di attuarlo sono passati cinque anni, durante i quali si è passati dall'accentramento alla distribuzione e addirittura alla «stellarità» dei sistemi informativi e di automazione, non si può non temere che nel momento in cui tale sistema viene alla luce si spenderanno soldi inutilmente o quasi. La collaborazione dell'ISTAT non può essere burocratica, epistolare, di buon vicinato di gente che essendo tutta impegnata in strutture pubbliche sente il dovere di parlare e di scambiarsi opinioni; oggi si adopera una serie di strumenti che

rendono immediata la trasmissione e l'elaborazione di ognuno secondo le finalità che ciascuno deve porsi. Inoltre finché si attua il controllo solo sugli atti, la Corte dei conti finisce sempre per trovare il modo di affermare che anche una proposta di merito può essere pericolosa perché può far spendere una lira di più senza mai porsi il problema degli effetti prodotti. In tale maniera non si pone il rapporto costo-servizio come parametro fondamentale delle decisioni ma ogni altro criterio di controllo è assolutamente incompatibile con una sana gestione, ossia con una gestione finanziariamente efficiente oltre che socialmente adeguata alla domanda.

Rispondo ora a una domanda postami dal senatore Alberti perché mi dispiace essere stato capito male e sarebbe presunzione credere che egli abbia letto qualcosa da me pubblicato. Non credo di aver parlato di privatizzazione, anzi ho cercato di contrapporre a quest'ultima una cosa diversa. Non ci sono dubbi che se per privatizzazione si intende affidamento a privati di servizi, poiché siamo un paese democratico, ogni privato eserciterà il diritto di orientare secondo i suoi interessi il servizio stesso. Se ho detto, questo mi sono posto totalmente in contraddizione con la mia stessa affermazione secondo la quale i servizi devono essere pubblici. Altra cosa è però respingere l'idea di logiche aziendali inserite all'interno del circuito pubblico, tali da creare la possibilità per il pubblico di concorrere con il privato; non mi sogno di dire che debba essere sostituita l'offerta privata; per me questa deve essere battuta e per essere battuta bisogna che si riesca ad utilizzare — se sono migliori — lo stesso tipo di logiche, di procedure e di dotazioni, altrimenti non si riuscirà a raggiungere la meta prefissata. Vista l'attuale situazione, è quasi sicuro che vi sia tale concorrenzialità, per la ragione semplicissima che una serie di voci proprie dell'esercizio di un servizio privato possono mancare nei bilanci di un servizio pubblico. Parlavo solo di questo e quindi non di una concezione di *welfare state* vecchia maniera, che si rifaceva all'unico impegno dello Stato, ma di un maggior rigore nell'erogazione dei servizi

secondo i criteri propri di tale erogazione, a seconda delle finalità diverse che le vengono assegnate. Il rischio è che sarà il sistema pubblico che finirà per diventare involontariamente orientato verso il privato, che è cosa un po' diversa. Vediamo poi se qualcosa deve essere riportato al privato perchè non è competenza del pubblico; il servizio che vince comunque perchè è sempre e solamente assistito disattende una dominante: bisogna che l'economia produca ricchezza perchè il servizio possa essere erogato per mano pubblica. Esso non può che obbedire al criterio organizzativo, economico, finanziario e strumentale che rende di più, quello che si ispira a logiche più tecnicamente rigorose e più economicamente precise.

Quello che non funziona nel pubblico e che spinge verso il privato è che forse abbiamo spesso confuso il sistema attuale con un sistema organizzativo e amministrativo che era buono per un certo tipo di economia, continuamente crescente e con numerosissimi *boom*; esso non può essere trasferito in condizione di domanda crescente di tutela in una condizione di perdita di lavoro-uomo e di crescita di lavoro-macchina.

Siamo infine costretti a chiederci se esiste un coordinamento tra il Consiglio sanitario nazionale e il Consiglio superiore della sanità, se esiste una ripartizione di competenze. Essi sono teoricamente identificati in due settori assolutamente diversi tra loro: da una parte un organo di consulenza di ordine scientifico-tecnico a livello squisitamente sanitario, dall'altra un organismo che interviene come organo consultivo nell'ambito della gestione. Nel quotidiano, però, ci troviamo a dover porre questa domanda e forse a non risolverla neanche totalmente perchè sembra che nel funzionamento, nella struttura e nell'organizzazione si annidi il germe produrre di molte incertezze. Questi due organi sono incerti sul loro ruolo e quindi domandano poi che cosa devono fare, interferendo forse reciprocamente. Si tratta di un ulteriore sensibile esempio di come è l'assenza di organizzazione che mina alla base vita e produttività dei servizi pubblici.

BAIARDI. La lettura di questa prima parte della documentazione a stampa citata (il

volume di color marrone citato dal dottor d'Alba) permette di dare immediatamente delle spiegazioni. I centoquaranta pareri cui hanno fatto seguito provvedimenti governativi vanno depurati da tutti quelli che non contano, che come sempre ci sono perchè fanno numero, però le cinque risoluzioni, i sedici ordini del giorno e le nove determinazioni possono ascrivere al capitolo delle iniziative, e le cinque direttive nonchè le due pronunce a quello dell'indirizzo e del coordinamento. Il punto centrale è l'indirizzo e il coordinamento dell'ultimo anno, sul quale vi è una spiegazione che non si è voluta dare. Inoltre vi è il divario della nostra iniziativa, però debbo sottolineare che noi siamo collocati alla periferia; cioè per noi venire a Roma vuol dire abbandonare il lavoro e vuol dire non fare quello per il quale siamo responsabili quotidianamente, cosa che costituisce un vero problema. Da questo punto di vista è necessario un assetto efficiente, tale da permettere di risolvere i problemi su basi diverse, non volontaristiche.

È stato sollevato poi il problema del rapporto con le Regioni a statuto speciale. Innanzitutto vorrei sottolineare che le Regioni a statuto speciale sono diverse tra loro; infatti il Trentino-Alto Adige, il Friuli-Venezia Giulia e la Valle d'Aosta rappresentano delle realtà totalmente diverse da quelle della Sicilia e della Sardegna (basta tenere presenti le cifre di partecipazione al Fondo). Quindi ritengo che non esiste un problema di rapporto complessivo con le Regioni ma esiste la realtà storica delle Regioni, la storia degli squilibri che oggi ci portano a registrare tutta una serie di questioni. Semmai si potrebbe rilevare per le Regioni del meridione in generale, e per la Sicilia e la Sardegna in particolare, il ruolo distorto che svolge la Cassa per il Mezzogiorno, che aggiunge elementi di intervento, in totale difformità con le scelte del FIO, e interviene anche sulle scelte politiche che si prendono per questo settore.

Per quanto riguarda la struttura ospedaliera, siamo tutti a conoscenza del fatto che in alcune zone si stanno costruendo degli ospedali in eccesso, che una volta terminati porranno il problema della loro utilizzazione. Ritengo che sia opportuno valutarne la ne-

cessità prima di terminare la loro costruzione.

ALBERTI. Noi li abbiamo già finiti.

BAIARDI. Riporto il dato quantitativo ammettendo la mia ignoranza per le fattispecie.

Ritornando alla situazione ospedaliera, il dottor d'Alba ha affermato che per il momento il Consiglio sanitario nazionale non ha una conoscenza autonoma della struttura ospedaliera, ma ha una conoscenza settoriale. Io posso dire di averne una po' più approfondita perchè ho fatto elaborare più volte i dati della relazione nazionale.

Il Presidente ha posto poi il problema della regolamentazione dei caratteri di multizionalità degli ospedali. Appena un mese e mezzo fa ho terminato un convegno sulla struttura degli ospedali. L'atteggiamento del personale ospedaliero è cambiato nel corso di questi anni; infatti non viene più richiesta l'autonomia politica degli ospedali, nè propri consigli di amministrazione, ma si richiede un ruolo pregnante per le dimensioni funzionali dal punto di vista tecnico. La direzione politica non deve assolutamente entrare negli ospedali. Se abbiamo i quadri già pronti da inserire nel cosiddetto comitato particolare di un ospedale, trasferiamoli nelle USL e il problema è risolto. Quindi è una questione di scelte. Sia con le associazioni dei primari — l'Associazione nazionale aiuti e assistenti ospedalieri (ANAAO) e la Confederazione italiana medici ospedalieri (CIMO) —, sia con il nostro convegno, abbiamo messo in risalto la determinazione di non volere nuovi livelli politici ma di volere solamente un programma sul quale potere contare, cioè un programma con obiettivi e scelte, collocato nel tempo, che permetta l'utilizzo di tutte quante le competenze.

Per quanto riguarda i parametri per la ristrutturazione ospedaliera, debbo rispondere in base alla mia esperienza personale. Ritengo che nel futuro chiuderemo una grossa quantità di posti-letto, come d'altra parte stiamo già facendo. In un anno e mezzo ne abbiamo chiusi più di mille e arriveremo a chiuderne circa 4000, arrivando così al tasso di 6,4 posti letto per mille abitanti della

parte pubblica, senza contare uno 0,5 della parte privata. Quindi al termine del piano scenderemo al di sotto del 7 per mille mentre oggi siamo a poco meno dell'8 per mille, che non costituisce una cifra spaventosa. Ma il punto di riferimento per procedere in questa direzione è considerare che la struttura ospedaliera non può più essere chiamata tale se non ha i quattro reparti fondamentali: chirurgia, medicina, ostetricia e pediatria ben sapendo che i capitoli della ostetricia e della pediatria sono in profondissima evoluzione. Infatti, il numero dei posti-letto va valutato alla luce della realtà di oggi e quindi con una impostazione in cui cresce il momento del *day hospital* e il ruolo del personale di ostetricia e di pediatria nei confronti del territorio in rapporto ai consultori familiari e ad attività distrettuali. Allora non ci dobbiamo nascondere dietro i dati: li conosciamo tutti, dal momento che sono nella relazione e non sono profondamente mutati. L'utilizzo medio dei posti-letto è del 66 per cento, e nei reparti di pediatria scende mediamente al 40-42 per cento, sempre con organici pieni oppure solo leggermente inferiori; comunque in questo caso vi è una massa enorme di personale che deve essere distribuita sul territorio, all'interno della USL, con una impostazione di tipo dinamico.

In riferimento al problema dei dati disaggregati debbo sottolineare, innanzitutto, che in questo campo non vi è stato un lavoro autonomo delle singole Regioni. Non vi è mai stata una direttiva di coordinamento su questo problema, e solamente la legge finanziaria introduce, tra uno o due mesi, una direttiva di coordinamento sui dati del sistema informativo e sui dati della mobilità. Mi sono fatto già consegnare la tabella e noi possiamo più o meno dare l'85 per cento dei dati; ci sono — mi sembra — 150 o 170 numeri, comunque non credo che sarà semplice averli per tutti i campi. Infatti sono profondamente convinto che solamente alcune Regioni saranno in grado di fornirli. Malgrado ciò non bisogna desistere perchè questi dati permetteranno di avere delle medie, che andranno ponderate scientificamente sulla base di interpolazioni, e permetteranno di dare inizio ad un lavoro diverso di valuta-

zione complessiva su tutta una serie di problemi. Proporrei però di scindere, anche se sono profondamente collegati, il momento dei dati da quello degli indicatori. È vero che dobbiamo scegliere i dati sulla base degli indicatori che vogliamo introdurre, ma sono due cose totalmente diverse. L'indicatore è una politica, è un criterio, il dato invece è il punto di base che permette la utilizzazione di questi indicatori e la comparazione.

Per quanto riguarda l'attività che stiamo svolgendo in Piemonte per sperimentare questo lavoro, nelle sedi USL delle nostre città, il Commissario governativo si è meravigliato che noi, con tutto il personale di cui disponiamo, avessimo bisogno di consulenti esterni. Ma al personale che abbiamo ereditato dalle mutue, e via dicendo, che è entato a far parte della nostra amministrazione, non possiamo far fare questo lavoro.

Bisogna trovare la maniera di superare la questione con direttive centrali, ministeriali, che facciano capire alla periferia e agli organi di controllo che il disegno della legge è diverso. Oggi, in questo clima di criminalizzazione, si stanno vessando, in una certa misura, gli amministratori. Presso alcune USL i revisori danno le dimissioni a catena. E qui non si tratta di non voler assumere responsabilità che oggi nella sanità richiedono una grande volontà morale e politica. Si tratta di responsabilità amministrative, quando dal punto di vista amministrativo gli ospedali hanno sempre lavorato ai limiti del codice. La rendicontazione la si vuole in un certo modo, ma è una contraddizione voler entrare nel merito quando quello che conta è ottenere i risultati che interessano. Ripeto, occorre sanare la questione, altrimenti il miglior tecnico finirà con l'appiattirsi per mettersi al sicuro di fronte agli elementi contabili, per i quali si può andare in galera, mentre invece nessuno è mai andato in galera per la morte di qualcuno. Ma quello che conta è proprio che la gente non muoia, non si ammali, guarisca, dopo di che l'essere onesti è doveroso. I riferimenti che devono essere posti sono diversi da quelli solo contabili.

Una delle ultime domande riguarda le nostre facoltà all'interno del Consiglio sanita-

rio. In Piemonte abbiamo deciso che il Consiglio regionale di sanità e assistenza non sia presieduto dall'Assessore, e questo proprio per creare una dialettica tra l'organo consultivo e l'organo gestionale. L'Assessore partecipa alle riunioni, ha il diritto alla parola, ma non ha il diritto al voto. Abbiamo stabilito una norma transitoria perchè il suo insediamento sia della durata di sei mesi, per evitare che si protragga per tre anni; questo perchè si vuole garantire che l'amministrazione costruisca l'organo tecnico-politico, il quale però poi deve autogestirsi. Io credo in questa decisione che potrebbe, forse, rappresentare un'indicazione. Comunque, tutte le forze politiche hanno convenuto sull'assurdità di un organismo che deve esprimere pareri ed ha alla sua testa le stesse persone che presentano tali pareri.

DI LAURA-FRATTURA. Cercherò di essere breve e soprattutto di rimanere nel tema delle risposte da dare alle domande. Mi sia consentito, però, qualche spunto, altrimenti temo che le mie risposte possano essere non precise o per lo meno poco comprensibili e temo di sentir dire, come ha già detto il senatore Alberti, che il quadro della situazione è apparso apocalittico. Mi domando, allora, quale comparazione farà il senatore Alberti, dopo aver sentito parlare gli Assessori. Comunque, la mia è una battuta e, d'altra parte, è anche vero che noi parliamo con molta facilità dei problemi di un settore nel quale lavoriamo ormai da molti anni. Come ha già detto prima il collega Spandonaro, la nostra, più che una critica, è una sottolineatura degli aspetti che abbiamo trovato contraddittori e quindi una sottolineatura dei problemi la cui soluzione dovrebbe essere maggiormente indirizzata dalla volontà manifestata dal legislatore con la riforma sanitaria e con la legge n. 833.

Noi vogliamo dare attuazione alla riforma, a tutta la riforma, secondo gli *slogans* che l'accompagnano, quali ad esempio «costi e benefici», «efficienza ed efficacia», «non il cittadino al servizio, ma il servizio al cittadino», e via di seguito. Il collega Baiardi ha fatto un riferimento preciso ai rendiconti; ebbene, però, all'interno dei rendiconti non

si va a leggere quello che l'attivazione della riforma sta portando.

Entro nel merito delle risposte. È vero che siamo stati sentiti sulla legge finanziaria ed è vero anche che molte risposte alle domande fatte questa sera si trovano negli ordini del giorno che abbiamo formulato e nei dibattiti svolti in seno al Consiglio sanitario nazionale. A proposito della politica dei *tickets* si sono svolti dibattiti a non finire, ad esempio. Ed allora io mi chiedo: tutto ciò è mai stato riportato a coloro i quali avrebbero dovuto attivare le leggi che governavano tutto il settore, dal momento che tanto è stato detto in anticipo e non *a posteriori*? Ancora una domanda. È mai stata fatta in questa sede la politica delle entrate del Servizio sanitario? In verità, è stata fatta sempre la politica delle uscite. Dai nostri conti risulta che l'entrata del Servizio sanitario è superiore all'uscita. Per il 1984 le entrate dovrebbero essere di circa 35.000 miliardi, a fronte dei 34.000 assegnati. Ci si è chiesto se noi abbiamo espresso un nostro parere. Noi abbiamo addirittura documentato che la spesa sanitaria per il 1984 sarà di 38.500 miliardi; a fronte naturalmente di tutte le economie che la legge finanziaria prevede, abbiamo parlato di 35.000 miliardi. Nel contempo abbiamo detto che a tanto poteva corrispondere la spesa per il 1984, se al 31 dicembre 1983 ci fosse stato l'azzeramento dei debiti pregressi. L'azzeramento, grazie al Parlamento che ha approvato un emendamento in sede di discussione del disegno di legge finanziaria, è avvenuto. È rimasta tuttavia la dicotomia tra il Tesoro, il quale afferma che i debiti pregressi sono di 6.000 miliardi, e noi che invece affermiamo che sono di 12.000 miliardi. La verifica, comunque, avverrà attraverso le tesorerie sulla anticipazione, ed allora appureremo se ancora una volta abbiamo avuto ragione, anche se in questo caso ci auguriamo di no per il bene del bilancio dello Stato.

Tornando a quanto ha chiesto il senatore Alberti circa i nostri interventi sulla legge finanziaria, non debbo far altro che ricordare, ad esempio, l'ultimo ordine del giorno presentato nella seduta del 27 settembre 1983, nel quale, a parte alcune considerazio-

ni sul decreto-legge n. 463 poi convertito dalla legge n. 638 del 1983, al termine si affermava: «...ritiene che nel quadro delle proprie funzioni istituzionali, sia assolutamente prioritario approfondire, appena presentata la legge finanziaria, la linea politica ed operativa più idonea a salvaguardare e realizzare valori, strutture e finalità che caratterizzino irrinunciabilmente la riforma». Uno dei sottoscrittori dell'ordine del giorno era, tra gli altri, il professor Coppa e, quindi, in sede di Consiglio sanitario l'ordine del giorno è stato da noi approvato. Poi, però, dal momento dell'approvazione di questo ordine del giorno, i tempi si sono succeduti in maniera così rapida, continua e costante che, anche volendo, il Governo e per esso il Ministro non avrebbe potuto fare una seduta del Consiglio dando la priorità a questi temi sia pure di primaria importanza. Per esempio, mi si lasci dire che noi ancora non crediamo ai vantaggi dei *tickets*, dal momento che non è la prima volta che abbiamo riscontrato che, al termine dell'anno finanziario, non hanno portato le entrate che si prevedevano, e addirittura non esistono i sistemi di controllo relativi. Con l'autocertificazione come possiamo controllare il vero e il falso? Non sappiamo neanche se il cittadino l'ha presentata in quel luogo, la dichiarazione dei redditi, quindi è assolutamente incontrollabile. Sto facendo dei voli pindarici e me ne scuso, signor Presidente, ma la mia intenzione è quella di far capire meglio a chi mi ascolta quello che intendo dire.

Per quanto concerne il contenimento della spesa (e rispondo anche al senatore Condorelli che mi fa piacere abbia rivolto una domanda specifica e attuale), in riferimento al prontuario terapeutico, vorrei rilevare che quest'anno per la prima volta — e ne siamo felici — abbiamo visto istituzionalizzare e finalizzare la spesa farmaceutica: 4.000 miliardi. Noi abbiamo fatto i nostri conti per poter stare nei suddetti 4.000 miliardi — perchè sapete bene che la spesa farmaceutica per il 1984, se l'andamento fosse uguale a quello del 1983, sarebbe di 6.500 miliardi — e abbiamo già avviato i primi studi in proposito tramite la commissione scientifica del Consiglio sanitario nazionale, che sta valu-

tando quali sono le modifiche da apportare al prontuario. Le industrie farmaceutiche hanno sentito come si vuole operare e quindi saremo sotto il loro tiro non certo benevolo. Ora, se come Consiglio sanitario nazionale non avremmo alcuna difficoltà, perchè avendo la responsabilità diretta presso le Regioni, non avremmo alcun timore, il Consiglio non può però farsi carico della situazione attuale delle industrie farmaceutiche; di questo va fatto carico al settore industriale, altrimenti, lo ripeto, nel 1984 non saranno 4.000 miliardi di spesa, ma 6.500. A noi, che siamo coloro i quali gestiscono la sanità, non può certamente interessare che si possano chiudere cento industrie in Italia. Siamo d'accordo sul rapporto tecnico-politico, ma — e mi rifaccio a quello che giustamente ha detto il signor Spandonaro — il contenimento della spesa è quello che è. Senatore Alberti, forse lei non sa che negli anni passati abbiamo avuto il carico sul Fondo sanitario ogniqualvolta il CIP, senza sentire minimamente il Governo e il Ministro della sanità, che non ne faceva neanche parte, ha adeguato i prezzi dei farmaci ad un indice e parametro che esulava da quello del Fondo sanitario e quindi noi sistematicamente ogni tre mesi ci siamo visti un incremento che mediamente è variato dal 9 al 16 per cento senza che il Fondo sanitario fosse adeguato.

Ecco un aspetto molto importante di quello che può essere il distinguo fra i poteri (istituzionali) del Consiglio sanitario nazionale e quelli delle altre istituzioni. Per quanto riguarda il rapporto del Consiglio con l'Istituto superiore di sanità, a parte i pareri sui programmi, devo purtroppo rilevare che non c'è un adeguato interscambio fra i due organi. Il Ministro si è fatto carico, di volta in volta che si è riunito il Consiglio, di invitare il direttore, ma questo è quasi l'unico aggancio che abbiamo con tale organo da un po' di tempo a questa parte e, lo ripeto, a mio avviso è insufficiente.

Non so se a voi è noto che ancora esiste il comitato della programmazione sanitaria, che è un organo basato ancora sulla vecchia concezione della sanità e badate bene che i componenti di questo comitato non prendo-

no 3.600 lire ogni seduta, ma 12 milioni all'anno, se non vado errato.

Allora come dobbiamo interpretare questa azione? Certo, non è rivolta contro il Governo o contro il Ministro, ma sono cose che vanno chiarite perchè poi, anche come Consiglio sanitario nazionale, si possa portare avanti questa riforma, e altrettanto dicasi per quanto concerne il Ministero del tesoro.

Qualcuno in quest'aula ha detto che abbiamo due Ministri responsabili della sanità: quello della sanità e quello del tesoro. È un'espressione impropria, poteva essere una battuta, ma in effetti è la realtà. Molte volte il Ministro è assolutamente impotente, anche se ha molta volontà, nel portare avanti insieme al Governo certi problemi, e non è il solo Ministro che si trova in questa situazione.

Il dottor d'Alba vi ha fatto presente quale è stata la situazione esistente finora presso il Consiglio sanitario nazionale. In questi quattro anni, dal 1980 ad oggi, cioè dal momento in cui è stato eletto il Consiglio sanitario, abbiamo avuto due legislature, quattro Ministri e anche il cambio della legislatura regionale. Questo susseguirsi di cambiamenti ci ha portato ad esprimere per tre volte il parere su un Piano sanitario nazionale sempre diverso. Abbiamo espresso l'ultimo parere, almeno per quello che abbiamo sentito, grazie anche alla Commissione che ha scorporato tutto il settore riguardante appunto il Piano sanitario, altrimenti tutto sarebbe passato sulle nostre spalle senza che il Consiglio avesse potuto rispondere o esprimere il proprio parere. Senatore Bellafiore, sembra un assurdo, un paradosso, ma non lo è: gli Assessori alla sanità, al di fuori e al di sopra del loro rapporto ideologico, hanno instaurato un vincolo unitario, tanto è vero — lo ha ricordato il dottor d'Alba — che in sede di Consiglio sanitario nazionale con enorme sforzo anche economico oltre che strutturale abbiamo costituito varie commissioni tecniche, gruppi tecnici con i funzionari delle Regioni per l'interscambio di notizie tra di noi, per avere un supporto anche alle deficienze strutturali del Consiglio sanitario nazionale e mai abbiamo ignorato le caratteristiche e le richieste dei vari Assessori.

Senatore Alberti, lei ha chiesto perchè la riforma non è decollata. Io sono un rappresentante del Sud e voglio portare l'esempio del Molise, della Campania e della Sicilia perchè rappresentano la stessa realtà territoriale; ad esse si potrebbe al limite associare anche il Piemonte, che è l'unica Regione del Nord che segue gli stessi parametri del Sud, dal momento che le altre li hanno abbondantemente superati. Le nostre Regioni forse hanno sbagliato a suo tempo, perchè non hanno visto ben lontano la loro programmazione: hanno quasi sempre accentrato le loro strutture ospedaliere nelle grandi aree metropolitane non tenendo adeguato conto di tutto il territorio o per lo meno — e qui faccio carico a coloro che gestivano l'INAM — non hanno ritenuto di dover creare sufficienti strutture alternative come poliambulatori e ambulatori specialistici nel territorio, e quindi ci troviamo oggi di fronte a questa realtà. Prima di poter realizzare un'integrazione delle strutture nel territorio, dobbiamo quindi lavorare, e sodo, contro la realtà che si presenta davanti a noi.

Mi dispiace che non sia venuto l'amico Vestri che è il presidente della prima sezione del Consiglio, e quindi avrebbe potuto soffermarsi sul problema del personale. Non dobbiamo dimenticare l'eterogeneità del personale che è confluito al Servizio sanitario nazionale: ospedalieri, *ex parastatali* (dipendenti delle mutue), dipendenti delle amministrazioni provinciali o comunali. Essi avevano tutti una loro logica e struttura mentale e anche burocratica che certamente non si è potuta ritrovare dall'oggi al domani sulla stessa direttiva e sulla stessa concezione anche culturale di quest'azione nuova.

Quanti di noi nel Mezzogiorno non hanno parametri di raffronto con il Nord? Il Nord ha dei parametri certamente molto più elevati: a fronte di 11 operatori per 1.000 abitanti, per esempio, noi nel Mezzogiorno abbiamo un rapporto di circa 5,6 per 1.000. Allora è evidente come tutte queste differenziazioni comportino gravi difficoltà.

Il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 riguardante il personale — scusate se introduco un piccolo accenno a

questo argomento —, quante disgrazie ha comportato e sta comportando! Noi come Consiglio sanitario nazionale siamo costretti ad esercitare il nostro potere sulle equipollenze, in merito all'articolo 64 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 e all'articolo 67 della legge n. 833 del 1978, per cercare di uniformare su tutto il territorio un'equipollenza equa che ci veniva appunto richiesta da più parti.

Quali sono le esigenze più reali e concrete? Consentitemi solo un accenno in proposito. Si tratta di problemi che ci vedono così appassionati perchè li viviamo, signor Presidente, perchè nella riforma ci abbiamo creduto e la stiamo portando avanti, e quando vediamo che c'è qualche cosa che, messa a fuoco, potrebbe servire a far decollare la riforma stessa, ce ne appassioniamo e di ciò chiedo scusa agli onorevoli commissari.

Per quanto concerne il rapporto fra noi e le Regioni, mai come in questo periodo le Regioni hanno trovato un unico modo di portare avanti — e rispondo anche alle domande del presidente Bompiani — il «pacchetto risparmio».

Onorevoli senatori, questa è una delle più grosse calamità che possano avvenire nel sistema sanitario, in particolare per le Regioni meridionali. Non è possibile che si realizzi il «pacchetto risparmio». La mia, ad esempio, è una Regione che ha avuto i fondi dal Ministero, dal Fondo sanitario nazionale, per la costruzione dei posti letto, perchè era una regione che aveva l'indice al di sotto del 6 per mille. Ma il personale chi lo fornisce? Si potrebbe dare la deroga al blocco delle assunzioni ma questa deve essere, naturalmente, strettamente connessa con il fondo assegnato. Noi avevamo messo da parte un 1 per cento, secondo il parere di tutto il Consiglio sanitario nazionale, per il fondo di questo anno: il CIPE ha ritenuto che era poco e invece di circa 350 miliardi ha accantonato 800 miliardi. Quale debba essere il criterio, quale il sistema, quali i parametri per ripartire questi fondi noi ancora non lo sappiamo. Questa mattina, nel momento in cui abbiamo tenuto il comitato di coordinamento con il signor Ministro, abbiamo inserito all'ordi-

ne del giorno del prossimo Consiglio questo argomento perchè certo dovremo vedere come fare. È inutile dire che dobbiamo attivare la riforma in Sicilia, in Campania, nel momento in cui ciò non è possibile. E allora, quel fondo a che serve? Per ripianare qualche fondo che già è stato assegnato di troppo a qualche Regione? Diciamo «di troppo» impropriamente, perchè quella Regione certe realtà le ha, i servizi specialistici li ha. I nostri cittadini vanno presso queste strutture; non possiamo mica cominciare a mettere le barriere regionali! Addirittura creeremmo quello che nessuno di noi può pensare. Ecco qual è l'azione che noi stiamo cercando di portare avanti.

Concludo perchè rispondere alle domande del senatore Bompiani — a parte che ad essa ha risposto già il collega Baiardi — sarebbe come aver partecipato all'ultimo convegno di Todì; d'altronde, queste risposte egli se le è date da solo. Non è senza significato che abbiamo letto e leggiamo e seguiamo queste cose, proprio perchè sarebbe forse distorto pensare che noi non dovessimo...

PRESIDENTE. Se lei permette l'interruzione, le vorrei dire che ogni tanto devo fare il provocatore per avere agli atti queste risposte.

DI LAURA-FRATTURA. Certo, signor Presidente, ma devo fare un'altra considerazione. Non so quando ci sarà la prevista audizione, ma in quella sede, in maniera molto più dettagliata (non è certo possibile questa sera), a queste sue domande risponderò con dati di fatto, perchè le preannuncio subito che a molte domande dovrò rispondere negativamente. La situazione sarebbe ancora più grave se non si diffondessero le conoscenze tra Regioni: le uniche conoscenze nazionali sono quelle delle Regioni che hanno pubblicato e che hanno avuto approvati i piani.

Giustamente diceva l'amico Baiardi che non si sa quale fine farà questo piano, perchè, nel momento in cui dovesse essere approvato — noi ci auguriamo il più presto possibile — un Piano nazionale che dovesse dire qualcosa di diverso, ritengo che tutto lo sforzo compiuto da queste Regioni non solo

verrebbe vanificato, ma addirittura compromesso. Infatti, giustamente il Presidente poneva il problema della classificazione della multizionalità. Vogliamo vedere — e qui viene fuori veramente lo spirito campanilistico, soprattutto delle nostre Regioni meridionali — come si potrà andare a dire (come giustamente diceva Baiardi) alla *équipe* di una divisione di otorinolaringoiatria esistente, ad esempio, presso il mio ospedale — che è una divisione con cinquanta posti-letto, con un primario, due aiuti e quattro assistenti e oltre venti infermieri, e che ha un utilizzo dei posti-letto pari al 16 per cento perchè è di alta montagna (grazie a Dio sono montanari e non soffrono di gola) —, che deve trasferirsi in un altro ospedale il quale, disponendo di un servizio di otorinolaringoiatria, dovrà avere un servizio multizonale. Ecco le difficoltà dirette e costanti con le quali noi ci battiamo giorno per giorno.

Comunque, debbo ringraziare il Presidente e la Commissione. Voglio augurarmi che questo nostro incontro sia valso non solo a migliorare i rapporti con il Parlamento, ma soprattutto a cercare di risolvere quei problemi che ci vedono protagonisti, ma non antagonisti del Ministro, del Governo e del Parlamento.

PRESIDENTE. Credo che la Commissione possa essere soddisfatta di questa seduta estremamente ricca e svolta in clima di sincerità, che ci ha mostrato l'esistenza di tante luci ed ombre. Certo, vi sono anche alcune aree di disservizio che potrebbero essere colmate con piccoli ed immediati provvedimenti, come ad esempio un miglioramento dei rapporti con il Parlamento. Credo che, purtroppo, un elemento negativo in questi rapporti sia costituito dal fatto che l'informazione che noi riceviamo dei vostri «Atti» è «postuma», in quanto deve attendere la stampa del Bollettino, dal momento che questo è il sistema corrente. Forse, con un piccolo sforzo, il giorno successivo alle eventuali deliberazioni, si potrebbero trarre un centinaio di copie in ciclostile degli «Atti», che potrebbero essere inviate ai senatori e ai deputati membri delle Commissioni sanità. Questo particolare problema potrebbe essere

12^a COMMISSIONE

7° RESOCONTO STEN. (18 gennaio 1984)

dunque facilmente risolto. Comunque, avremo altre occasioni per incontrarci.

Vi saremo grati se, oltre alla ricca documentazione che avete inviato a stampa, vorrete esprimere ulteriori punti di vista da consegnare agli atti sotto forma di un più agile dattiloscritto.

Non facendosi osservazioni, dichiaro pertanto conclusa la presente audizione.

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

I lavori terminano alle ore 20,55.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici

DOTT. ANTONIO RODINÒ DI MIGLIONE