

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

---

## GIUNTE E COMMISSIONI

parlamentari

---

### 72° RESOCONTO

SEDUTE DI MERCOLEDÌ 11 GENNAIO 1984

---

#### INDICE

##### Commissioni permanenti e Giunte

12<sup>a</sup> - Igiene e sanità . . . . . *Pag.* 3



**IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)**

MERCLEDÌ 11 GENNAIO 1984

**Seduta antimeridiana***Presidenza del Presidente*  
BOMPIANI

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Antonio Brenna, il professor Salvatore D'Albergo, il professor Dino Piero Giarda e il professor Ernesto Veronesi.*

*La seduta inizia alle ore 9,45.*

**INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA (Seguito e rinvio): AUDIZIONE DEL PROFESSOR ANTONIO BRENNNA, DEL PROFESSOR SALVATORE D'ALBERGO, DEL PROFESSOR DINO PIERO GIARDA E DEL PROFESSOR ERNESTO VERONESI**

Proseguono i lavori dell'indagine, sospesi ieri.

Il presidente Bompiani, nell'introdurre brevemente l'audizione, fornisce precisazioni sulle finalità dell'indagine ed invita gli esperti a far acquisire alla Commissione anche eventuali memorie scritte ad integrazione eventuale delle loro esposizioni orali.

Ha quindi la parola il professor D'Albergo, docente di diritto pubblico presso l'Università di Pisa, il quale premette che gli aspetti istituzionali, anche se hanno avuto una attenzione prevalente, devono essere considerati sovrastrutturali e secondari rispetto a quelli economico-finanziari.

Ritiene opportuna una valutazione d'insieme della riforma sanitaria, che tenga conto del fatto che essa è la prima riforma amministrativa varata dal Governo repubblicano. Tale premessa è a suo avviso im-

portante in quanto consente di cogliere le novità istituzionali e culturali, evitando distorsioni interpretative.

Con la legge n. 833, del 1978 si è istituito — egli ricorda — un Servizio sanitario nazionale caratterizzato da un intreccio di ruoli istituzionali nell'ambito del complesso ordinamento repubblicano. Conseguentemente è necessario acquisire la consapevolezza, sul piano sia politico che culturale, della centralità sostanziale che il nuovo sistema ha attribuito al Comune (e, per esso, alle USL) in quanto organo erogatore di un complesso di servizi su un determinato territorio. Nel quadro di tali novità istituzionali ritiene fisiologiche le disfunzioni verificatesi rispetto alla complessità del disegno che, così come configurato nella legge n. 833 del 1978, può considerarsi organico. Carenze possono, tuttavia, essere riscontrate nella mancata previsione dei tempi tecnici necessari all'attuazione delle singole fasi del processo. Pertanto eventuali modifiche legislative dovrebbero prendere in considerazione proprio la previsione delle fasi procedurali di cui si è detto.

Il professor D'Albergo, poi, mette in guardia contro interpretazioni giuridiche tradizionali che tendono ad applicare categorie concettuali generali anche ad una novità istituzionale come l'Unità Sanitaria Locale.

Nel ricordare le fasi del dibattito in sede di approvazione della riforma sanitaria sottolinea la positività dell'istituzione delle USL in quanto tentativo per organizzare la struttura del potere locale, relativamente ad un complesso di servizi.

Egli poi si sofferma ad esaminare il problema dell'associazione dei comuni, la cui previsione rappresentava il tentativo di coinvolgere i comuni in un processo unitario che rafforzasse la titolarità e la centralità dei singoli comuni associati.

La mancata realizzazione di tale previsione istituzionale ha conseguentemente prodot-

to le carenze organizzative e politiche delle USL di cui si lamenta l'utenza. Dunque la forma associativa tra comuni, a suo avviso, deve essere realmente una associazione di comuni in modo da garantire democraticità. In tale ottica — conclude il professor D'Albergo — il comitato esecutivo dovrebbe essere costituito dalla sommatoria degli assessori alla sanità dei singoli comuni, con conseguente configurazione diversa delle USL.

Ha quindi la parola il professor Brenna, docente di economia sanitaria presso l'Università di Pavia.

Nel dichiarare preliminarmente di riservarsi di far acquisire alla Commissione ulteriori elementi di documentazione, prende in considerazione il problema delle entrate e delle spese. In proposito denuncia la precarietà di informazione. Ricorda che, essendo il Servizio sanitario finanziato con stanziamenti previsti in appositi capitoli del bilancio dello Stato, non è possibile parlare di entrate specifiche della sanità.

D'altra parte, egli fa presente, il complesso dei contributi sociali effettivamente riscossi e versati rappresenta solo una parte della spesa sanitaria; nel 1980 tali contributi hanno rappresentato grosso modo il 50 per cento della spesa sanitaria totale.

Per quanto riguarda poi i criteri adottati per definire la competenza, egli osserva che i criteri volti a stabilire il fabbisogno sono del tutto incompatibili rispetto agli obiettivi di cambiamento che il Servizio sanitario nazionale si è proposto, in quanto tendono alla mera conservazione, dal momento che ci si è basati sulla « spesa storica ». Le quote destinate a funzioni innovative, peraltro, sono state molto modeste, anche perchè la spesa sanitaria è rigida.

La contrapposizione tra Regioni e Stato poi verificatasi circa la definizione del fabbisogno per arrivare alla fine a concordare certi livelli di spesa, ad avviso del professor Brenna, ha fatto perdere significato al bilancio consuntivo: ricorda — fornendo in proposito dati precisi — che il fabbisogno previsto inizialmente si è rivelato insufficiente a finanziare la spesa reale, con la conseguenza che si è dovuto ricorrere a stan-

ziamenti successivi in corso d'anno. Per quanto riguarda la cassa, gli stanziamenti sono stati sempre inferiori alla competenza, con la conseguenza di ritardi nei pagamenti e di debiti progressivamente crescenti. Giudica coerente il disegno di governabilità del sistema, che attribuiva al centro la responsabilità della definizione delle risorse necessarie e della ripartizione delle stesse alle singole Regioni le quali poi avrebbero predisposto i loro piani sanitari. È un disegno — egli continua — che non ha funzionato, una delle cause è stata la mancata osservanza delle regole da parte dello Stato, che ha messo le USL nella condizione di non poter conoscere prima le risorse di cui avrebbero potuto disporre, da cui è derivato, tra l'altro, un processo di deresponsabilizzazione.

Una siffatta prassi, a suo avviso, è stata ripetuta anche con la legge finanziaria per il 1984, al di là delle buone intenzioni e delle innovazioni contenute in talune norme che consentono una diminuzione della spesa solo negli anni a venire attraverso cambiamenti di comportamento, ma non nell'immediato. In proposito, egli evidenzia, i risparmi previsti, ad esempio per il settore farmaceutico, sono irrealizzabili, a meno di non imporre un *ticket* talmente alto da arrivare davvero alla diminuzione voluta.

Pertanto, ad avviso del professor Brenna, pur avendo la legge finanziaria per il 1984 impostato un discorso rigoroso circa la definizione della spesa, fissandone in anticipo il livello e stabilendo una sanatoria per il debito pregresso, non ha previsto in coerenza misure adeguate per realizzare i risparmi previsti, con la conseguenza che ancora una volta si verificherà una rincorsa alla spesa.

Egli, poi, pone all'attenzione della Commissione il problema di una adeguata informazione sui principali settori del Servizio sanitario nazionale, facendo presente che, invece, prima del 1978 certe informazioni erano disponibili. Ritiene perciò necessario l'avvio di un sistema informativo, specie per taluni dati fondamentali.

Quanto al tipo di controlli più adeguato, il professor Brenna ritiene che, se si intende

accentuare l'autonomia delle USL, si deve modificare il sistema di controllo che non può essere più sugli atti ma deve riguardare la gestione nel suo complesso, in quanto responsabilizzante e coerente con il tipo di finanziamento.

Egli poi pone l'accento su una serie di cause che in passato hanno provocato, in Italia e all'estero, una dilatazione della spesa sanitaria. Si riferisce all'espansione del sistema di sicurezza sociale, all'invecchiamento della popolazione ed alla maggiore disponibilità di nuovi mezzi diagnostici e terapeutici. Altre cause che in futuro potranno avere una incidenza notevole sulla dilatazione della spesa sanitaria sono individuate nella esplosione della popolazione medica e nell'introduzione delle nuove tecnologie. Quanto in particolare all'incremento della popolazione medica, fa notare che, qualora questa si trasformasse in potente gruppo di pressione in vista della creazione di sbocchi occupazionali automatici, si avrebbe un'ulteriore fattore di dilatazione della spesa, mentre l'intero sistema sanitario nazionale verrebbe orientato non verso le esigenze dell'utenza, ma verso quelle della categoria medica.

Il professor Brenna conclude in proposito mostrandosi preoccupato del fatto che finora si sia prestata attenzione solo alle questioni contingenti distraendosi dalle grandi problematiche future.

Quindi ha la parola il professor Giarda, docente di scienze delle finanze all'Università cattolica di Milano.

Egli evidenzia innanzitutto che l'espansione della spesa del settore pubblico dal dopoguerra ad oggi ha avuto un andamento strettamente connesso con le vicende strutturali del processo economico generale. Negli anni '50, egli dice, si è registrata una fortissima crescita della pressione tributaria che ha consentito di finanziare la spesa pubblica, mentre negli anni '70, pur crescendo ulteriormente, il gettito tributario non è stato sufficiente a coprire la spesa pubblica, per finanziare la quale, perciò, si è ricorso al disavanzo, di cui ancora oggi si pagano le conseguenze.

In tale quadro, egli ricorda, si è registrata una forte espansione della spesa sanitaria precedentemente alla riforma. Dal 1970 al 1982 si è verificato un aumento di 1.200.000 posti di lavoro, tutti originati dal settore pubblico. L'assorbimento maggiore di tali nuovi posti si è registrato nel settore ospedaliero con la conseguenza che, contrariamente a quanto avvenuto (per esempio) in Gran Bretagna, l'espansione del sistema ospedaliero ha preceduto in Italia la riforma sanitaria.

Nello stesso periodo, egli osserva, sono avvenuti importanti cambiamenti istituzionali; i punti decisionali della spesa pubblica si sono trasferiti dal centro alla periferia, ma l'accentramento della responsabilità del finanziamento a fronte del decentramento delle decisioni di spesa, a suo avviso, ha provocato una rottura dei vincoli di bilancio, con conseguente deresponsabilizzazione. Nel contesto dell'aumento della spesa pubblica quella sanitaria si è elevata oltre il tasso di crescita economico e della stessa inflazione. Nel far presente che il riferimento al prodotto interno lordo per la definizione della spesa sanitaria è ingannevole essendo preferibile il riferimento a tassi di crescita reale della spesa pubblica, il professor Giarda rileva come la spesa sanitaria non sia finanziata — diversamente da quello che più volte è stato sostenuto — dai contributi sociali; anzi il rapporto tra questi e la spesa sanitaria decresce.

Accennando poi alla riforma degli enti locali, il professor Giarda evidenzia come sul piano finanziario questi abbiano imposto il loro punto di vista facendo accettare al legislatore il principio del « piè di lista », almeno per i primi anni. Nella sanità invece l'errore è stato a suo avviso di voler realizzare contemporaneamente una riforma istituzionale ed innovare i meccanismi finanziari, mentre, al contrario, almeno per i primi tempi occorreva una maggiore libertà finanziaria.

In conclusione egli è dell'avviso che il settore sanitario nella sua gestione costituisca un pasticcio con tre soggetti i cui ruoli non sono ben definiti. Ritiene che eventuali mo-

difiche legislative debbano indirizzarsi o nel senso di restituire piena autonomia finanziaria ed organizzativa alle Regioni, eliminando la nozione di Servizio sanitario nazionale, ovvero realizzare un accentramento totale configurando le USL alle dipendenze, non più delle Regioni e dei Comuni, ma dello Stato.

Ha quindi la parola il dottor Ernesto Veronesi, dell'assessorato alla sanità dell'Emilia Romagna, il quale condivide le opinioni già espresse in merito alle carenze informative esistenti sul tema delle entrate, carenze dovute (egli dice) ad almeno tre elementi: la non armonizzazione delle normative sui contributi; l'anomalia del ruolo dell'INPS; il mancato chiarimento circa le conseguenze della fiscalizzazione sull'equilibrio economico del Servizio sanitario nazionale, e precisamente se debba esservi, o meno, un collegamento tra i due fenomeni (in caso di risposta affermativa a quest'ultimo interrogativo occorre dedurre, fa notare, che non può esistere l'equilibrio economico se non a condizione o di un incremento dei contributi, o di un incremento del prelievo fiscale, o di una riduzione dei servizi assicurativi). Rileva altresì che potrebbe essere valutata la possibilità di sottoporre a contribuzione le pensioni di vecchiaia in alternativa all'imposizione del *ticket*, e che, con l'attuale sistema, di origine mutualistica, la base dell'imposizione contributiva è il reddito da lavoro, subordinato e autonomo — anche se i *tickets* e i ripiani del disavanzo da parte dello Stato, indirettamente e squilibratamente, pongono a carico di tutti gli oneri non pagati direttamente — e che quindi l'attuale sistema contributivo incide sull'attività produttiva penalizzando quelle organizzazioni aziendali dove il fattore lavoro è preponderante. Il dottor Veronesi poi auspica un riequilibrio degli oneri contributivi tra lavoratori autonomi e lavoratori dipendenti e, all'interno di questi, tra i diversi comparti; la determinazione teorica del gettito contributivo da confrontare con il gettito reale anche al fine di trarne elementi per la lotta all'evasione; il miglioramento tecnico dei rapporti contabili tra INPS e Stato; e lo stu-

dio delle conseguenze di un sistema interamente fiscalizzato.

Per quanto riguarda il problema della spesa stima che, per il 1984, i 34.000 miliardi a carico del bilancio dello Stato previsti dall'articolo 25 della legge finanziaria non siano sufficienti.

Ritiene altresì preoccupanti le proiezioni che si possono ricavare per gli anni successivi.

Il dottor Veronesi, a proposito dei futuri interventi delle regioni sul piano finanziario (articolo 29 della legge finanziaria) esprime la preoccupazione che, non essendo sufficiente il fondo comune regionale, tali enti saranno costretti a ricorrere ad una sempre maggior partecipazione al costo da parte degli utenti, che finisce con l'assumere la caratteristica di un'imposta sui consumi.

Auspica quindi che per il futuro, si elaborino previsioni obiettive basate su precisi elementi, quali: i fattori storicamente impiegati; uno *standard* obiettivo di riferimento; quote espresse in prezzi costanti, lasciando alla legge finanziaria annuale la determinazione della variazione inflattiva. Auspica inoltre la creazione di un fondo globale per provvedimenti legislativi in corso, ove fare affluire risorse che saranno impiegate solo dopo la sottoscrizione di contratti e convenzioni nazionali, e chiede che si evitino sia lo snaturamento del Fondo sanitario nazionale (ridando pieno vigore all'articolo 69 della legge n. 833 del 1978 almeno fino a raggiunta fiscalizzazione), sia, attraverso la centralizzazione amministrativa, la sottrazione di alcune competenze alle USL, la cui funzione deve rimanere unica.

In merito ai criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale tra le diverse Regioni, ritiene che la proposta più valida avanzata in materia sia quella formulata dall'ANCI. Per quanto attiene invece ai criteri di riparto che le Regioni devono attuare tra le singole USL, premesso che i principi non possono essere quelli che valgono per il riparto tra le Regioni, auspica che tutte le Regioni adempiano all'obbligo di emanare la normativa sui criteri in questione, e che lo Stato elabori comunque una propria norma-

tiva sostitutiva, da applicarsi nelle Regioni inadempienti. Rileva anche la necessità di una riforma della contabilità.

Sul problema dei controlli e delle certificazioni osserva che gli attuali controlli, se riferiti alla gestione, risultano inefficaci, mentre sulle proposte avanzate in materia di certificazione invita alla cautela tenendo conto delle profonde differenze esistenti tra i criteri contabili vigenti per le imprese e quelli vigenti per gli enti pubblici, e conclude osservando che l'attività di certificazione dovrà comunque tenere conto delle specifiche funzioni dell'operatore sanitario quale ordinatore di spese, e del suo obbligatorio coinvolgimento nella valutazione dell'efficienza.

Seguono alcune richieste di chiarimenti.

Il senatore Ranalli chiede al professor D'Albergo di precisare se, nel censurare alcuni aspetti della situazione attuale, relativi alle associazioni intercomunali, egli intendesse auspicare un'assemblea generale dell'USL costituita da interi consigli comunali.

Al professor Brenna, in riferimento alla inutilità dell'attuale controllo per atti, da lui messa in evidenza, chiede di specificare le concrete caratteristiche del controllo di gestione che egli auspica sia introdotto.

Il senatore Melotto chiede al professor D'Albergo chiarimenti in merito alla da lui asserita « centralità » dell'USL, e più in generale in merito all'esatta definizione della natura giuridica delle USL, osservando che, a suo avviso, questa dovrebbe essere soltanto una struttura erogatrice di servizi, pena lo stravolgimento della legge di riforma sanitaria.

Ai professori Brenna e Giarda domanda invece quale sia, secondo loro, il momento di coinvolgimento di chi ha la responsabilità di erogare il servizio, osservando come, senza tale coinvolgimento, i risparmi risultino impossibili.

La senatrice Rossanda, riallacciandosi alla parte finale dell'esposizione del professor Giarda, e premesse alcune considerazioni critiche sui recenti spostamenti, attuati con diversi provvedimenti legislativi, verso il centro di poteri affidati dalla riforma sa-

nitaria ai comuni, chiede in generale agli esperti intervenuti il loro parere su questa « oscillazione » tra poteri periferici e centralizzazione.

Al professor Giarda, in particolare, chiede chiarimenti sulla da lui asserita separazione tra riforma del sistema di finanziamento e riforma dell'assetto istituzionale.

Il senatore Trotta, riferendosi all'ipotesi di un servizio sanitario regionale, si domanda se ciò non comporterebbe il rischio di un'assistenza sanitaria con diversi gradi di efficienza, a seconda della regione di appartenenza.

La senatrice Colombo Svevo chiede se a giudizio di tali esperti vi sia o meno compatibilità tra la centralità dei comuni singoli e associati che sta alla base della riforma, e la possibilità che le regioni utilizzino più liberamente i fondi loro assegnati per le spese sanitarie.

Il senatore Alberti chiede al dottor Veronesi quali criteri siano stati adottati per il riparto tra le USL dei fondi da parte delle Regioni che hanno elaborato una propria normativa in materia.

A tutti gli esperti intervenuti, che hanno sottolineato l'insufficienza degli attuali meccanismi di controllo, chiede inoltre di indicare con maggior precisione quali potrebbero essere i meccanismi validi, e invita il professor Giarda a chiarire il suo concetto di autonomia di spesa delle Regioni.

Il presidente Bompiani, premesso che il maggior potere delle Regioni emerso recentemente anche dalla legge finanziaria per il 1984 può creare una domanda di riequilibrio del sistema a favore dello Stato, chiede se una legge-quadro non potrebbe costituire una forma di accoglimento di tale domanda.

Risponde alle domande poste anzitutto il professor D'Albergo.

Precisa che la « centralità » delle USL comporta non che queste debbano essere enti a sè stanti, ma solo che esse siano il centro dell'erogazione dei servizi, peraltro in qualità di « serventi » nei confronti del comune, al quale spetta la titolarità effettiva (e non una « nuda titolarità ») del servizio sanitario.

Precisa inoltre che, a suo modo di vedere, l'Assemblea delle USL intercomunali deve essere la somma degli interi consigli comunali interessati, ritenendo che l'attuale composizione di tale organismo, costituito su base rappresentativa, mentre non sfugge all'inconveniente (peraltro accettabile) dell'assemblearismo, costituisce al tempo stesso una soluzione meno democratica di quella da lui proposta. Anche il comitato di gestione, a suo parere, dovrebbe essere costituito dall'insieme degli assessori alla sanità dei vari comuni interessati.

Il professor D'Albergo conclude esprimendo valutazioni critiche sulla possibilità, sperimentata negli ultimi anni, che la legge finanziaria apporti modifiche alla legislazione sostanziale, ivi compresi gli aspetti istituzionali, nonchè sul ventilato progetto governativo relativo all'istituzione di un controllo ispettivo sui centri erogatori del Servizio sanitario.

Il professor Brenna sottolinea che un controllo di gestione è possibile solo se l'USL conserva un notevole grado di autonomia, risultando quindi dotata di un proprio bilancio preventivo, e venendo chiamata a rendere conto di come siano state spese le risorse finanziarie affidatele, e quali risultati abbiano prodotto. A tal fine — egli dice — non servono i controlli sugli atti. Un controllo di gestione, finalizzato a valutare il funzionamento complessivo, potrebbe essere effettuato dal collegio ispettivo, a cui altri hanno accennato nel corso della presente seduta, anche in considerazione del fatto che per i controlli sugli atti già esistono i comitati di controllo e i revisori.

A proposito del carattere nazionale o regionale del Servizio sanitario, premesso che si può ipotizzare astrattamente anche un assetto accentrato — come sostanzialmente è, ad esempio, quello britannico — osserva che il nostro sistema è invece intimamente incoerente avendo mostrato caratteri centralistici riguardo al finanziamento, e decentrato riguardo alla spesa. Per riportare alla coerenza il sistema, se si vuole rispettare la Costituzione, si dovrà giungere ad un assetto interamente regionale, rispetto al quale le finanze statali dovrebbero avere solo una funzione integrativa.

Il senatore Ranalli osserva che, andando verso una disarticolazione regionalistica del Servizio sanitario nazionale, si rischia di contraddire l'obiettivo dell'omogeneità del trattamenti che costituisce uno dei principi fondamentali della riforma, e che tra quest'ultima esigenza e quella del decentramento può esistere un equilibrio e non solo un « pasticcio ».

Il professor Brenna, proseguendo nel suo intervento, precisa inoltre che il fenomeno dell'esplosione della spesa sanitaria è causato da fattori che vanno al di là del modello istituzionale, com'è dimostrato dal fatto che paesi che hanno adottato opposti modelli, come ad esempio gli USA e la Svezia, riscontrano un analogo incremento di tale spesa, ed osserva che in Italia, più che alle cause reali del problema, si è prestata attenzione solo alle conseguenze relative ai flussi finanziari.

Interviene quindi il professor Giarda: ribadisce il rilievo già formulato circa l'errore commesso di aver voluto cambiare l'assetto istituzionale senza attribuire un finanziamento adeguato.

Ritiene impossibile, in questa sede, dare una risposta esauriente quanto al modello ottimale di sistema sanitario, ma precisa che occorre comunque uscire dall'attuale « doppio binario », rilevando gravi divergenze tra l'assistenza erogata dalle diverse Regioni.

Conclude quindi gli interventi il dottor Veronesi il quale, rispondendo alle domande sui criteri di riparto, cita i due esempi della legge regionale piemontese (una delle prime in materia) — basata su indici di necessità sanitaria, che si sono tuttavia rivelati tali da portare ad eccessive divergenze, tanto è vero che sono stati successivamente modificati — e quella, più recente, del Lazio che si attiene invece ad un criterio fondato sulla spesa storica.

Auspica inoltre una maggiore responsabilizzazione degli operatori del settore, che dovrebbero, a suo avviso ricoprire, i loro incarichi in ogni caso a tempo determinato.

Il seguito dell'indagine viene quindi rinviato.

*La seduta termina alle ore 13,50.*

**Seduta pomeridiana**

*Presidenza del Presidente*  
BOMPIANI

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

*La seduta inizia alle ore 16,35.*

**INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA (Seguito e rinvio): AUDIZIONE DEL PROFESSOR ENZO DE CESARE, DEL DOTTOR ANTONIO PETRELLA E DEL DOTTOR DOMENICO POLI**

Proseguono i lavori dell'indagine.

Dopo una breve introduzione del presidente Bompiani, ha la parola il dottor Petrella, dell'assessorato alla sanità del Veneto.

Egli fornisce taluni dati sull'entità del personale del Servizio sanitario nazionale, sottolineando la difficoltà del reperimento di documentazione precisa in proposito, specie con riferimento ad alcune Regioni. Ancora maggiori difficoltà si incontrano nel reperire i dati sulle varie qualifiche professionali. Sono state invece individuate le figure atipiche. Facile anche, a suo avviso, il reperimento dei dati sul personale convenzionale. Si riserva comunque di far acquisire una più precisa documentazione in merito.

Egli evidenzia successivamente, come solo poche Regioni abbiano approvato i ruoli unici regionali rispetto alla cui definizione si è registrata in genere scarsa disponibilità da parte di tali enti.

Le piante organiche provvisorie, poi, egli continua, sono state adottate solo da dodici Regioni, con la conseguenza che si compromette la serenità degli operatori e si bloccano i processi operativi. La mancata adozione delle piante organiche provvisorie, a suo avviso, rappresenta una colpa grave.

Il dottor Petrella poi fornisce taluni dati sull'entità e la composizione professionale del personale precario, sottolineando il numero rilevante dei medici all'interno dello stesso.

Ricorda poi le principali fasi della trattativa per la conclusione del contratto unico nazionale, particolarmente difficile, dato che si dovevano disciplinare unitariamente diverse figure professionali.

Mette in rilievo le principali problematiche sul tappeto, soffermandosi soprattutto su quella relativa alla dirigenza che, a suo avviso, dovrebbe partecipare alla individuazione e realizzazione degli obiettivi, configurazione questa non condivisa in sede contrattuale dal Governo.

Per le altre categorie professionali il contratto si è limitato a stabilire il trattamento economico ed i profili professionali delineati dal decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, senza tener conto delle mansioni svolte, con la conseguenza che oggi si pone l'esigenza di modificare l'anzidetto provvedimento ormai palesemente inadeguato.

Si sofferma quindi sulla problematica emersa in sede contrattuale relativamente alla figura dei medici, individuando gli aspetti più rilevanti nell'istituto della compartecipazione e nella determinazione delle incompatibilità.

Dopo aver accennato alle questioni che il contratto ha posto sul piano attuativo, il dottor Petrella prende in considerazione la tematica della formazione professionale e dell'aggiornamento del personale, mettendo in luce l'estrema varietà delle situazioni a seconda delle singole Regioni, che, tuttavia, nel loro complesso, non hanno finora proceduto ad una adeguata attività di aggiornamento del personale non medico.

Ha poi la parola il dottor Poli, dell'Assessorato alla sanità della Regione Toscana.

Egli, nel dichiarare di condividere molte delle considerazioni espresse dal dottor Petrella, si sofferma su alcune tematiche ritenute fondamentali, emergenti da carenze della legislazione nazionale. Si riferisce alle disposizioni riguardanti il blocco delle as-

sunzioni del personale, il cui risultato è stato il congelamento dell'esistente. Del resto, egli dice, anche la definizione delle piante organiche definitive è condizionata all'indicazione di *standards* che dovrebbero essere fissati dal piano sanitario nazionale.

In mancanza delle piante organiche definitive, i servizi da potenziare hanno incontrato difficoltà così come ne ha incontrate la realizzazione della mobilità del personale.

Nel ritenere che la riforma non possa ancora considerarsi attuata, segnala le difficoltà tecniche e l'equivoco di fondo che sono alla base della mancata definizione dei ruoli regionali, adottati solo da poche Regioni.

In realtà, a suo avviso, il dettato legislativo sui ruoli unici regionali non è chiaro. D'altra parte l'unico effetto positivo che può derivare dall'adozione dei ruoli regionali, egli dice, riguarda la possibilità di realizzare la mobilità del personale. Inoltre egli è dell'avviso che l'espletamento dei concorsi, con prevedibile partecipazione massiccia di concorrenti, allungherà i tempi con il rischio di incrementare il precariato.

Per quanto riguarda i profili professionali atipici, ritiene piuttosto complessa la situazione allocativa del personale proveniente dagli enti soppressi.

Conclude auspicando un intervento legislativo urgente per la definizione delle incompatibilità che inquinano il sistema sanitario.

Prende quindi la parola il professor De Cesare, docente di anatomia chirurgica presso l'Università di Roma.

Egli svolge qualche considerazione su un settore particolare come il complesso convenzionato costituito dal Policlinico « Umberto I » di Roma per evidenziare ostacoli e difficoltà derivanti da una gestione di cui sono responsabili due amministrazioni, la USL e l'Università, secondo modalità stabilite in un'apposita convenzione. Egli quindi fornisce dati circa l'entità e la composizione del personale. Quindi individua in modo analitico una serie di adempimenti posti dalla legge a carico dell'assemblea delle USL e dei comitati di gestione della Regione Lazio, la cui mancata attuazione ha com-

portato gravi problemi sul piano organizzativo per il sistema ospedaliero. Mette in luce poi le disfunzioni derivanti dall'assenza di un'attività di coordinamento a livello comunale. In particolare lamenta che non si sia ancora provveduto all'istituzione di una centralina di informatica per una mirata programmazione dei ricoveri. Ritiene necessario non affidare la gestione dei grossi ospedali ad una singola USL ma istituire per questi un rapporto a livello regionale. Accenna al problema della formazione del giovane medico, che deve tener conto della tendenza alla modifica dell'attuale rapporto medico di base-territorio, medico di base-ospedale, modifica che rappresenta uno degli aspetti fondamentali mancanti al decollo pratico della riforma.

Lamenta inoltre lo scarso coordinamento effettuato a livello regionale, i cui interventi in pratica si sono limitati ad attività di tipo clientelare circa la ripartizione dei fondi e del personale. Quanto alla ripartizione delle competenze all'interno delle USL questa, a suo avviso, è stata in pratica lasciata al caso, con la conseguenza che non sono definite le competenze dell'ufficio di direzione, dei coordinatori sanitario ed amministrativo e della direzione sanitaria.

Segnala poi l'estrema difformità esistente tra una Regione e l'altra nella composizione dell'ufficio di direzione, sottolineando altresì la negatività del fatto che, nell'affidare la responsabilità di singoli servizi, non si è tenuto in alcun conto la formazione professionale specifica. Quanto al contratto unico nazionale egli lamenta che non si sia tenuta in considerazione la realtà ospedaliera, con la conseguenza che si sono registrate gravi carenze organizzative.

I Commissari quindi rivolgono taluni quesiti agli esperti.

Il senatore Melotto chiede che la Commissione possa acquisire un quadro preciso ed articolato, regione per regione, dell'entità e della composizione del personale nonché degli effetti derivanti dal contratto unico nazionale. Personalmente ritiene che la burocratizzazione conseguente all'adozione del ruolo regionale non presenti vantaggi concreti, anche perchè la stessa mobilità può es-

sere realizzata a domanda dei soggetti. Chiede quale sia la valutazione degli esperti circa il blocco dei concorsi e l'esigenza di una attitudine manageriale da parte della dirigenza.

Il senatore Condorelli chiede chiarimenti circa i rapporti intercorrenti tra le USL e le facoltà di medicina, ritenendo che occorra una normativa la quale definisca i rapporti tra le due amministrazioni suddette, specie per la gestione dei servizi, onde evitare duplicazioni di funzioni e di attrezzatura con conseguente sperpero di danaro pubblico.

La senatrice Rossanda pone una serie di quesiti: un primo quesito riguarda la possibilità di identificare delle fasce di categorie di personale al fine di programmare degli *standards*; un altro concerne la definizione o meno del problema del personale proveniente dagli enti soppressi; un ultimo quesito infine è relativo all'entità dei tecnici, del personale di assistenza e dei medici dipendenti nella struttura ospedaliera del Policlinico Umberto I di Roma.

Il senatore Imbriaco chiede di poter acquisire un quadro completo della situazione del personale sull'intero territorio nazionale, nonché sulla utilizzazione eventuale del personale pubblico per alimentare in termini quantitativi le strutture private. Da una tale analisi si evidenzerebbero le profonde differenze esistenti tra il Nord e il Sud del paese.

Il senatore Alberti pone il problema del censimento del personale e della definizione delle piante organiche e chiede, in particolare, se e in che misura il tempo pieno dei medici sia servito a migliorare il livello delle prestazioni del Servizio sanitario ed in base a quali criteri vengano stipulate le convenzioni di posti letto con le strutture sanitarie private.

Il senatore Monaco chiede se vi sia una Regione almeno in cui un comitato di gestione di USL funzioni, ed in quali termini, in relazione alla gestione degli ospedali e dell'assistenza sanitaria.

Ha quindi la parola il senatore Trotta, il quale chiede delucidazioni sulle convenzioni stipulate dalle Regioni con vari enti ed associazioni private. Riguardo poi al

problema dei posti-letto in convenzione che vanno proliferando, specie nelle regioni meridionali, chiede se si sia pensato di ripristinare negli ospedali pubblici i posti a pagamento.

La senatrice Jervolino Russo chiede anzitutto notizie sulla connessione tra intervento sanitario ed intervento assistenziale nelle Regioni. Domanda poi al professor De Cesare se egli concordi nell'analisi secondo cui il rapporto anormale, che si riscontra al Policlinico «Umberto I» di Roma, tra medici e posti-letto non dipenda anche dalla mancanza di personale paramedico, ed infine, afferma di concordare con il professor De Cesare sulla proposta di scorporare i policlinici universitari dalle USL.

Interviene quindi il senatore Sellitti il quale, premesso che nella sua regione, la Campania, si ha una profonda differenza tra le diverse zone nel rapporto tra posti-letto ed abitanti, chiede al dottor Petrella ed al dottor Poli, che svolgono la loro attività rispettivamente presso gli assessorati alla sanità della regione Veneto e della regione Toscana, quale modello di programmazione ospedaliera sia stato adottato in tali regioni.

Il presidente Bompiani chiede anzitutto di conoscere i veri motivi che stanno alla base del riscontrato pessimismo sulla possibilità di attuare i necessari concorsi pubblici per assumere il personale. Rileva inoltre criticamente come solo dodici Regioni abbiano adempiuto all'obbligo di depositare le piante organiche provvisorie del personale, e chiede quali possano essere gli strumenti più idonei per indurre anche le altre ad adempiere tale obbligo.

La senatrice Rossanda infine pone una domanda aggiuntiva sul problema della modifica del sistema di reclutamento.

Ai quesiti posti risponde anzitutto il dottor Petrella.

Egli sottolinea le difficoltà oggettive che si incontrano nell'espletamento dei pubblici concorsi, sia per la lunghezza dei tempi, sia per l'alto numero dei concorrenti. Propone quindi l'effettuazione di concorsi a livello di USL anziché a livello regionale, e suggerisce la modifica di alcune norme inutilmente

garantiste relative alla formazione delle Commissioni di esame. Dopo aver auspicato talune modifiche anche al decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, si sofferma sui problemi del tempo pieno, osservando che la media italiana è del 50 per cento, anche se tale media è destinata a calare in quanto oggi per i medici più validi si dimostra più conveniente il tempo definito. Accenna inoltre al modo in cui, nella sua regione, sono stati risolti i problemi relativi alla raccolta del sangue e alla produzione di emoderivati, nonché quelli dei malati di mente, degli anziani, dei tossicodipendenti e degli handicappati. Denuncia infine il fatto che le Regioni che maggiormente hanno dato prova di efficienza vengono mortificate dall'attuale sistema.

Interviene quindi il professor Poli, il quale, osserva come manchino i fondi per quei processi di ristrutturazione che si renderebbero necessari anche al fine di ridurre certe situazioni di esuberanza di personale. Esprime inoltre perplessità sulla possibilità di effettuare concorsi pubblici, ed accenna alle ipotesi alternative di una sanatoria o di concorsi riservati.

Il professor De Cesare, successivamente, illustra in modo particolareggiato i problemi del personale ospedaliero, con particolare riferimento a quello paramedico, la cui carenza numerica, dovuta anche al blocco delle assunzioni, incide negativamente anche sul rapporto tra posti letto e personale medico.

*La seduta termina alle ore 19,30.*