

## 1. LA DELIBERAZIONE.

### 1.1. *La fase preparatoria: esame da parte dell'Ufficio di presidenza della commissione e audizione informale di autorità regionali.*

Fin dall'inizio della IX legislatura i problemi del servizio sanitario nazionale erano oggetto di particolare attenzione e di preoccupazione, da parte del mondo politico e dell'opinione pubblica. Nelle dichiarazioni programmatiche con cui il presidente Craxi presentò il suo Governo alle Camere si faceva esplicito riferimento all'esigenza di « revisioni istituzionali e organizzative non meno che di interventi di correzione dei congegni finanziari e di razionalizzazione dei servizi ».

Nell'ambito della Commissione sanità e nell'autunno del 1983 l'ufficio di presidenza della Commissione, dopo aver esaminato in più riunioni vari aspetti del problema, deliberò di svolgere un sondaggio preliminare, attraverso una audizione informale dei presidenti delle giunte regionali, per individuare i punti cruciali su cui focalizzare l'indagine.

Di questa decisione il presidente della Commissione, onorevole Mario Casalinuovo, informava la presidenza della Camera in data 11 novembre 1983.

I presidenti delle giunte regionali e quelli delle province di Trento e Bolzano venivano informati il 14 novembre 1983 che l'ufficio di presidenza della Commissione sanità della Camera aveva ravvisato l'opportunità di incontrarli in ordine ai problemi di attuazione della riforma sanitaria e li invitava pertanto ad una audizione fissata per il 24 novembre alle ore 10. In caso di impossibilità ad intervenire, il presidente della giunta era pregato di delegare l'assessore alla sanità.

Nel corso della audizione, a cui parteciparono, oltre a quasi tutti i presidenti o gli assessori invitati, anche vari funzionari delle regioni, furono messi a fuoco principalmente i problemi istituzionali e quelli finanziari, come emerge dalla seguente sintesi dei principali interventi.

### **Audizione dei presidenti delle giunte regionali e degli assessori competenti in materia sanitaria.**

Roma, 24 novembre 1983

#### **PRESIDENTE REGIONE VENETO.**

**Problemi istituzionali.** – Occorre ricondurre le USL alla loro corretta configurazione di organo del comune.

Quanto agli organi delle USL sottolinea i problemi della pletoricità delle Assemblee e del Comitato di gestione per il quale il doppio grado di appartenenza appare incongruo.

**Problemi finanziari.** – Necessità di certezza e precisione nella predeterminazione della spesa evitando continui aggiustamenti congiunturali.

#### **ASSESSORE REGIONE SICILIA.**

**Problemi finanziari.** – Necessità di organico collegamento con il PIL. Squilibri all'interno del Fondo sanitario nazionale tra parte corrente e parte in conto capitale che penalizza le regioni storicamente più arretrate in tema di impianti e strutture.

#### **ASSESSORE REGIONE LOMBARDIA.**

**Aspetti istituzionali.** – Reinterpretazione articolo 15 della legge n. 833 (per la direzione delle USL) che non esclude la presenza di tecnici nei vertici delle stesse. Mantenere nel complesso l'attuale assetto istituzionale.

Ricorda che sono stati approvati solo tre piani sanitari regionali ma che essi hanno scarsissima efficacia senza un piano sanitario nazionale; sottolinea l'attuale situazione di disarticolazione e incertezza del finanziamento.

#### **ASSESSORE REGIONE MARCHE.**

**Aspetti finanziari.** – Il problema più assillante è quello finanziario con particolare riguardo al consolidamento dei debiti pregressi.

Il criterio attuale di ripartizione della spesa penalizza le regioni meglio attrezzate.

zate al momento della riforma e produce, quindi, l'effetto di una diminuzione dei servizi.

**Aspetti istituzionali.** - I comitati di gestione hanno di fatto cumulato tutti i poteri dal momento che i comuni non avevano alcuna esperienza nel settore sanitario. Ora o si attribuisce alle USL personalità giuridica (con tutte le conseguenze che ne derivano) o le si riporta al loro ruolo di strumenti del comune.

**Personale.** - Peso notevole sugli organici derivante dalla mancata riforma dell'assistenza e in presenza quindi di una situazione anomala della IPAB.

#### ASSESSORE REGIONE TOSCANA.

Il Servizio sanitario nazionale in carenza di ulteriori sviluppi della riforma sanitaria (riforma dell'assistenza, della ricerca, ecc.), rischia di non decollare sul piano della prevenzione e di fornire risposte di carattere medico-farmacologico.

La riforma sanitaria soffre altresì della mancata assistenza centrale sia in termini di coordinamento e pianificazione (mancata attuazione del Piano sanitario nazionale e della riforma del Ministero) sia in termini di certezze giuridiche (caotica decretazione d'urgenza) e finanziaria (sottostima del fabbisogno, esiguità degli stanziamenti in conto capitale che possono far diminuire notevolmente i costi di gestione attraverso la riconversione degli ospedali e la diffusione dei centri poliambulatoriali.

**Problemi di attuazione della legge n. 180.** - (Accentuati dalle carenze di finanziamenti necessari a dar vita alle alternative al manicomio).

**Problemi istituzionali.** - Il disegno della legge n. 833 è lungimirante e va visto nel quadro della riforma delle autonomie locali. Il comune deve essere il centro di tutte le attività sanitarie (prevenzione, riabilitazione, ecc.). Occorre quindi rinsaldare il rapporto comune-USL.

Per operare tale rinsaldamento occorre ricondurre la USL al consiglio comunale

(e non ai partiti), conferire alle assemblee solo competenze programmatiche e definire uno snellimento delle procedure gestionali per comitati.

Quanto al rapporto tra tecnici e politici occorre definire il ruolo degli uffici di direzione prevedendo l'espressione di pareri obbligatori e definire per ciascuna area livelli chiari di competenza e responsabilità.

#### ASSESSORE REGIONE FRIULI VENEZIA-GIULIA.

**Aspetti istituzionali.** - a) Prevedere i rapporti interregionali per evitare sprechi; b) rivitalizzare il Consiglio sanitario nazionale; c) affidare un ruolo preciso al Ministero sia in relazione alle funzioni di coordinamento che ai rapporti con il Tesoro; d) collegare l'assetto giuridico delle USL agli esiti della riforma delle autonomie locali.

**Aspetti finanziari.** - Necessità di aumentare le entrate ritoccando le quote dei lavoratori autonomi. Necessità di consolidare il debito pregresso per dare certezze meno fittizie allo stanziamento.

**Personale.** - a) È urgente la sanatoria; b) è necessario il completamento del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 (articolo 64); c) sono necessarie forme di mobilità anche non volontarie.

#### ASSESSORE REGIONE LIGURIA.

**Problemi istituzionali.** - Salvaguardare l'impianto istituzionale della legge n. 833 mantenendo uno stretto legame tra USL e comune; le Regioni a loro volta non devono avere tentazioni gestionali esercitando soltanto le più proprie funzioni programmatiche di indirizzo e di controllo.

**Personale.** - a) Necessarie forme di mobilità anche professionale; b) problemi di qualificazione (è in questione il ruolo delle facoltà di medicina); c) correlazione tra eccesso di medici e la quantità di farmaci prescritta.

## 1.2. Definizione degli argomenti oggetto dell'indagine.

La vastità dei problemi chiedeva una puntuale definizione dei settori in cui si sarebbe esplicata l'indagine della Commissione, anche perché nel frattempo la Commissione sanità del Senato aveva avviato una propria indagine conoscitiva a largo raggio sull'argomento, prevedendo audizioni di oltre 100 esperti.

I gruppi parlamentari rappresentati nella Commissione sanità della Camera fecero pervenire alla presidenza della Commissione varie proposte che sottolineavano i punti meritevoli a loro avviso di particolare approfondimento.

### *Proposta del Gruppo repubblicano.*

Il Gruppo repubblicano propone per l'indagine conoscitiva i seguenti argomenti:

1) esame approfondito con la collaborazione delle Regioni dell'effettiva consistenza degli organici dei dipendenti delle USL considerato che a tutt'oggi non vi sono notizie precise in proposito;

2) indagine sui motivi dei ritardi nella presentazione dei consuntivi di bilancio delle USL visto che risulterebbe che il 50 per cento delle USL non ha inviato tali bilanci e che la conoscenza di tali dati costituisce elemento indispensabile per la programmazione;

3) promuovere una precisa indagine per verificare l'esatta consistenza dell'eventuale divario, se esiste, tra le retribuzioni dei medici dipendenti, il cui contratto è regolato dall'articolo 47 della legge n. 833 del 1978 ed i medici convenzionati il cui rapporto con il Servizio è regolato dall'articolo 48 della citata legge.

*Il rappresentante  
del Gruppo repubblicano  
(DANILO POGGIOLINI)*

*Proposte del Gruppo comunista per il programma di una indagine della Commissione igiene e sanità della Camera sullo stato di attuazione della riforma sanitaria.*

Dall'esame degli orientamenti definiti per una analoga iniziativa della Commissione sanità del Senato, e data l'esigenza di intervenire sulle questioni non affrontate da questa, sembra opportuno che la nostra iniziativa affronti alcuni problemi assai importanti, anche per la loro influenza sul livello di consenso dei cittadini nei confronti della riforma e quindi sulla stessa possibilità di attuazione di questa. Si tratta dei problemi direttamente connessi con il rapporto cittadino-servizi del livello di attuazione della legge di riforma per quanto attiene alla organizzazione dei servizi, alla loro efficienza e alla loro funzionalità ai fini del raggiungimento degli obiettivi della riforma.

I punti da affrontare dovrebbero essere, tra gli altri, i seguenti:

1) norme della legge n. 833 sulla organizzazione dei servizi e relative norme di attuazione rinviate ad altre leggi nazionali e regionali;

2) processo di trasformazione dei servizi e loro livello di integrazione e razionalizzazione, con riferimento agli effetti sui livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni:

realizzazione unità e globalità degli interventi;

livelli di produttività e conseguenti effetti sui costi;

effetto della unificazione di più presidi ospedalieri e relativa razionalizzazione interna;

effetto unificazione gestione di più poliambulatori e relativa razionalizzazione;

rapporto tra servizi diversi (es.: ospedali - ambulatori esterni) e loro integrazioni e razionalizzazione;

unificazione servizi accettazione ospedaliera e prenotazione visite ed esami specialistici; centralizzazione prelievi, etc.;

funzionamento guardia medica;

verifica rapporti servizi amministrativi rivolti al pubblico;

distretti sanitari di base: legislazione regionale - livello di attuazione - modelli organizzativi e funzionali;

3) servizi primari nella legislazione regionale e loro stato organizzativo e funzionale, in particolare:

osservazione epidemiologica;

igiene e prevenzione nell'ambiente di vita;

igiene e prevenzione negli ambienti di lavoro;

servizi per la tutela materno-infantile;

servizi per gli anziani;

4) tutela della salute mentale e servizi psichiatrici:

ospedali psichiatrici residui; servizi negli ospedali generali; servizi territoriali sanitari e sociali;

5) l'attività di riabilitazione: legislazione regionale; stato organizzativo e funzionale dei servizi;

6) per i vari servizi valutazione delle piante organiche e della loro copertura dal punto di vista quantitativo e qualitativo; normativa regionale e grado di attuazione della mobilità in relazione ai fabbisogni; effettuazione dei concorsi e stato del precariato;

7) estensione dei servizi pubblici e dei servizi privati in rapporto ai bisogni sanitari - rapporti convenzionali con i servizi privati.

Resta tuttavia essenziale, anche se può sovrapporsi all'indagine del Senato, l'analisi delle entrate per il FSN con particolare riguardo ai problemi della perequazione contributiva, dell'evasione e dei meccanismi di riscossione (sentire l'INPS).

Fulvio Palòpoli

*Proposta del Gruppo democristiano.*

1) Verifica inquadramento personale rispetto organico previsto e rispetto alla previsione del decreto del Presidente della Repubblica n. 761;

2) verificare quali sono i servizi che sono stati istituiti ex legge n. 833 (oltre a quelli « mutualistici » preesistenti).

*Proposte del Partito socialista italiano.*

1) Incontro tra uffici di Presidenza Camera-Senato per definire le aree di indagine;

2) l'indagine Camera deve focalizzarsi sui seguenti punti:

a) controlli;

b) rapporto regione-USL;

c) rapporto ente locale-USL;

d) organizzazione USL;

e) rapporto ospedali-USL;

f) servizi multizonali-USL.

Dopo ulteriore esame in seno all'Ufficio di Presidenza, il 18 gennaio 1984 la Commissione sanità, su proposta del presidente Casalnuovo, approvava uno schema di programma della indagine conoscitiva e deliberava di chiedere al Presidente della Camera la prescritta autorizzazione.

MERCOLEDÌ 18 GENNAIO 1984, ORE 9,40.  
— *Presidenza del Presidente Mario CASALNUOVO.* — Interviene il sottosegretario di Stato per la sanità, senatore Carlo Romei.

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DELLA SANITÀ (RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE DEL PRESIDENTE DELLA CAMERA).

Il presidente Mario Casalnuovo informa la Commissione sul metodo di lavoro che ha ispirato l'Ufficio di Presidenza

nella predisposizione dello schema di programma per l'indagine conoscitiva sullo stato della sanità. Ricorda inoltre che un'altra iniziativa, disposta dalla Commissione sanità del Senato, ha preso recentemente avvio, l'ufficio di presidenza, investito di proposte, da parte di componenti la Commissione, per una indagine conoscitiva, ha ritenuto di proporre, dopo averlo approfondito in più sedute, un programma che ha ad oggetto alcuni specifici problemi relativi allo stato della sanità nel paese e da attuare soprattutto attraverso rilevazioni a campione su territorio, mentre la Commissione sanità del Senato ha avviato un'indagine che comprende largamente la problematica relativa al servizio sanitario nazionale. Le due indagini, quindi, saranno complementari, tanto che questa Commissione, appunto per delimitare gli specifici problemi da approfondire, ha ritenuto di procedere ad una audizione degli assessori regionali alla sanità i quali hanno ampiamente riferito su problemi maggiormente avvertiti sul piano locale.

Illustra quindi lo schema di programma elaborato dall'ufficio di presidenza, osservando in particolare che, mentre in relazione ai problemi istituzionali, finanziari e del personale, largamente investiti dall'indagine del Senato, sono stati individuati limitati aspetti di particolare interesse e suscettibili di un maggiore approfondimento, oggetto prevalente del programma di indagine risulta essere il tema dei servizi.

Quanto alle rilevazioni sul territorio comunica che l'ufficio di presidenza propone la scelta delle seguenti Regioni: Piemonte, Lombardia, Toscana, Lazio, Calabria, Sicilia e Sardegna.

Intervengono sulla proposta dell'ufficio di presidenza, illustrata dal presidente, i deputati: Olindo Del Donno, il quale, associandosi alla proposta, formula l'auspicio che le visite nelle Regioni siano il meno possibile formali e convenzionali; Fulvio Palopoli, il quale, risultandogli che la Commissione sanità del Senato, al termine della lunga serie di audizioni programmate, intende a sua volta effettuare

sopralluoghi in alcune regioni italiane, invita il presidente, attraverso opportuni contatti con il presidente di quella Commissione, ad individuare gli ambiti territoriali delle rispettive indagini onde evitare sovrapposizioni; Arnaldo Di Giovanni, il quale propone di aggiungere al punto relativo ai servizi una voce riferita ai servizi veterinari; Francesco Lussignoli, il quale condivide le osservazioni del deputato Palopoli relative agli ambiti territoriali dell'indagine conoscitiva; Umberto Corsi, il quale propone di integrare lo schema di programma con un punto specifico relativo all'accertamento della produttività dei criteri che hanno ispirato la individuazione delle unità sanitarie locali nel territorio; Luigi Benevelli, il quale propone, quanto all'individuazione dell'oggetto, di approfondire gli aspetti relativi ai servizi psichiatrici, quanto alle modalità di svolgimento dell'indagine, di individuare previamente metodologie di rilevazione dei dati al fine di normalizzare ed omogeneizzare la raccolta degli stessi, che non sarà effettuata sempre dagli stessi deputati e propone altresì di attivare il Servizio studi della Camera per raccolte documentarie preliminari alle visite nelle Regioni e comunque per un supporto tecnico e metodologico alle sette; Margari Amadei, la quale ritiene che l'interesse della Commissione debba concentrarsi sul rapporto servizi-utenti e sui problemi del riequilibrio territoriale; Luciano Guerzoni, il quale auspica che la Commissione si possa pronunciare su un documento indicante non solo gli oggetti dell'indagine ma anche le motivazioni, gli obiettivi, i tempi e la metodologia; a quest'ultimo proposito sottolinea l'opportunità che il Servizio studi predisponga per i singoli punti oggetto dell'indagine una griglia di riferimento, dei modelli standardizzati di intervista, al fine di rendere il più possibile omogenei ed obiettivi gli accertamenti effettuati sul territorio; si associa infine alla proposta d'integrazione del programma in relazione ai servizi territoriali; Luciano Falcier, il quale ritiene meritevoli di approfondimento le questioni relative alla istituzione dei di-

stretti, all'attuazione della convenzione con i medici di base e al funzionamento degli organi istituzionali nelle unità sanitarie locali; Francesco Curci, il quale propone integrazioni al programma in relazione alla problematica delle tossicodipendenze ed a quella dello stato del Servizio farmaceutico e si associa alla proposta di integrazione relativa al Servizio veterinario; Saverio d'Aquino, il quale ritiene che, se i test proposti dalle indagini del Senato e della Camera non saranno omogenei, il problema della sovrapposizione territoriale, con particolare riguardo alla regione Sicilia, sia da porre in modo diverso e ritiene altresì opportuno un approfondimento sul tema della esistenza dei servizi previsti e sul tema della inclusione dei grandi ospedali nell'ambito delle Unità sanitarie locali; Giacomo Augello, il quale ritiene che non si possa evitare di effettuare una visita in Sicilia, solo perché meta di un sopralluogo anche da parte della Commissione Sanità del Senato, in considerazione dei peculiari e strutturali problemi che tale regione propone; Nanda Montanari Fornari, la quale si associa alle osservazioni di alcuni colleghi che l'hanno preceduta in tema di metodologia dell'indagine; Luciano Righi, il quale individua nell'impianto istituzionale delle USL, nelle strutture private convenzionate, nei servizi veterinari e nei servizi per le tossicodipendenze oggetti ai quali ritiene opportuno estendere l'indagine e raccomanda altresì il maggior coordinamento possibile con l'iniziativa in corso presso l'altro ramo del Parlamento; Adriana Ceci Bonifazi, la quale propone di integrare il programma dell'indagine con riferimento al tema degli strumenti di informazione posseduti ed utilizzati dalle USL e soprattutto ai problemi specifici degli ospedali in relazione alle trasformazioni individuate come necessarie dalla riforma sanitaria (deospedalizzazione, accorpamento, qualificazione delle cure) e al fenomeno della migrazione ospedaliera e, quanto al metodo delle rilevazioni sul territorio, ritiene che vadano individuati previamente quanto meno gli interlocutori della Commissione.

Il presidente Mario Casalinuovo, dopo aver ricordato che le proposte dei gruppi, presentate anche per iscritto, sono già tenute presenti in sede di elaborazione dello schema di programma da parte dell'ufficio di presidenza, rileva come dagli interventi sia emersa una generale adesione allo schema di programma proposto; delle stesse proposte di integrazione, solo un paio introducono – a suo avviso – problemi effettivamente assenti dallo schema. Quanto ai tempi ed alle modalità dell'indagine ritiene che possano essere in concreto definiti successivamente in sede di ufficio di presidenza; analogamente ritiene si possa operare per quanto attiene alla individuazione delle regioni da visitare tenendo presente l'opportunità di evitare sovrapposizioni con il Senato.

Dopo aver ribadito le motivazioni che inducono anche questo ramo del Parlamento ad attivare un'indagine conoscitiva sullo stato della sanità, propone alla Commissione di approvare lo schema di programma sottoposto, dando contestualmente mandato all'ufficio di presidenza integrato dai rappresentanti dei gruppi, sulla base delle indicazioni emerse e alla luce altresì dell'esigenza di evitare duplicazioni con il Senato in relazione all'oggetto dell'indagine, di integrare lo schema predisposto, così consentendo di formulare la necessaria richiesta di autorizzazione alla Presidenza della Camera.

*(Così rimane stabilito).*

Lo schema di programma e gli argomenti oggetto della indagine venivano formalizzati nei due schemi seguenti.

*Schema tipo per il programma delle visite alle regioni nel quadro dell'indagine conoscitiva sul Servizio sanitario nazionale.*

Lunedì pomeriggio: Arrivo nel capoluogo regionale ed incontri con il Presidente della regione e l'Assessore alla sanità.

Martedì: Visita ad alcuni servizi territoriali.

Incontri con:

sindaci;

presidenti di USL;

rappresentanze (anche sindacali) di operatori sanitari;

eventuali rappresentanti di organismi di volontariato e di espressioni dell'utenza.

Sia le visite che gli incontri terranno conto dell'esigenza di acquisire elementi di informazione sulle diverse articolazioni del Servizio sanitario nazionale, con riguardo alle loro differenti condizioni sociali, economiche, geografiche, tecniche, scientifiche e organizzative. L'ufficio di presidenza indicherà per le singole regioni i criteri di identificazione delle strutture e dei servizi che rispondono a tali esigenze.

Ai commissari sarà distribuito previamente un fascicolo di documentazione sulla regione da visitare comprendente in particolare i dati statistici e gli atti normativi regionali.

Alle regioni da visitare sarà inviata copia del programma con preghiera di fornire una documentazione scritta sui singoli punti, o prima della visita, se possibile, oppure in occasione della visita stessa.

Indagine conoscitiva della Commissione igiene e sanità pubblica della Camera dei deputati sullo stato di attuazione del servizio sanitario nazionale, deliberata il 18 gennaio 1984.

*Argomenti oggetto dell'indagine.*

L'indagine conoscitiva verterà prevalentemente sull'organizzazione dei servizi, e farà riferimento, ai fini di delineare il contesto, anche ai problemi istituzionali, a quelli finanziari a quelli del personale.

A) Per quanto attiene ai problemi istituzionali, l'indagine potrà limitarsi alla ristrutturazione del Ministero della sanità, in relazione all'articolo 59 della legge n. 833 del 1978 e alle esigenze della riforma sanitaria.

B) In merito ai profili finanziari, la Commissione intende acquisire elementi sul flusso delle entrate previste dalla legge e in particolare sui problemi della evasione e della perequazione contributiva. Sul versante della spesa, particolare attenzione sarà dedicata alle cause della formazione del *deficit*.

C) L'organizzazione dei servizi, come è prevista dalla legge di riforma, dalle leggi regionali e, dove esistono, dai piani sanitari regionali, è il fulcro dell'indagine, che si ripropone di valutare lo stato di attuazione delle norme e i mutamenti quantitativi e qualitativi derivanti dalla riforma. In particolare la Commissione intende verificare il grado di integrazione orizzontale e verticale tra i servizi nei tre settori della prevenzione, cura e riabilitazione, il loro rapporto con l'utenza (anche in riferimento al tasso di utilizzazione) e la congruità quantitativa e qualitativa degli organici.

L'indagine si propone di raccogliere elementi su alcune specifiche categorie di servizi:

1) i servizi primari (prevenzione, igiene pubblica e tutela ambientale, assistenza materno-infantile, anziani);

2) i servizi per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e per la medicina del lavoro;

3) gli ospedali, sia con riferimento ai problemi della loro gestione interna, sia con riguardo alla loro integrazione con gli altri servizi e presidi operanti sul territorio;

4) i servizi psichiatrici (ospedali psichiatrici residui, servizi territoriali sanitari e sociali, istituti di cura privata);

5) i servizi per la riabilitazione;

6) i servizi per l'attuazione della legge n. 685 sulla tossicodipendenza;

7) i servizi per l'attuazione della legge n. 194 per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza;

8) i servizi farmaceutici;

9) i servizi veterinari;

10) i servizi privati convenzionati.

D) Infine, per quanto attiene al personale, saranno raccolti elementi sui ruoli regionali, sulle piante organiche delle USL e dei loro servizi, sui problemi del precariato, sui concorsi e sullo stato di attuazione dei contratti e delle convenzioni.

### 1.3. *La delibera formale.*

Il 23 gennaio 1984 il presidente della Commissione Igiene e sanità della Camera dei deputati inviava al Presidente della Camera la seguente richiesta formale di autorizzazione.

Roma, 23 gennaio 1984

Onorevole Presidente.

La informo che questa Commissione, nella seduta del 18 gennaio, ha ravvisato l'opportunità di disporre una indagine conoscitiva sullo stato della sanità nel Paese anche in previsione di un'attività legislativa di revisione ed aggiornamento della riforma sanitaria che sarà promossa dallo stesso Governo.

Quanto sopra ai fini dell'intesa prevista dall'articolo 144 del regolamento per l'avvio di tale indagine, della quale allego il programma di massima, con riserva di comunicareLe successivamente tempi e modalità di attuazione.

Ritengo inoltre doveroso informarLa che altra iniziativa, sullo stesso tema, è stata disposta e recentemente avviata dalla Commissione Sanità del Senato. La Commissione che ho l'onore di presiedere ritiene peraltro che non sussistano le con-

dizioni per procedere congiuntamente con l'omologa Commissione di quel ramo del Parlamento e non intende quindi sollecitare la promozione delle intese a tal fine previste dall'articolo 144, quinto comma, del regolamento.

Le due iniziative, infatti, se si propongono obiettivi analoghi, divergono profondamente sia quanto all'oggetto che quanto al metodo dell'indagine.

Quanto all'oggetto dell'indagine la Commissione Sanità del Senato intende esaminare ampiamente gli aspetti istituzionale, finanziario e di politica del personale, interessanti l'attuazione della riforma sanitaria. Questa Commissione ha, da parte sua, individuato pochi problemi di particolare interesse e meritevoli di un maggiore approfondimento in ordine agli aspetti citati, mentre oggetto prevalente del suo interesse è il tema dei servizi.

Quanto al metodo, l'indagine iniziata al Senato si basa sullo svolgimento di audizioni di esperti dei vari settori e di rappresentanti di enti o organismi preposti o interessati al settore stesso e, a integrazione della documentazione acquisita e delle audizioni svolte, prevede, al termine delle stesse, l'eventualità di sopralluoghi presso alcune strutture sanitarie pubbliche. Da parte di questa Commissione, invece, si intende attuare visite presso regioni individuate come campioni della realtà nazionale (Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Lazio, Calabria e Sardegna) e, solo in un secondo tempo, procedere eventualmente a quelle audizioni di cui sia emersa la necessità dagli incontri effettuati con le realtà locali.

Le due indagini appaiono, in sostanza, complementari.

In attesa di un Suo cortese cenno di riscontro Le invio i migliori saluti.

MARIO CASALINUOVO

Il Presidente della Camera approvava la proposta della Commissione.

## 2. LE VISITE ALLE SEI REGIONI CAMPIONE.

In questo capitolo vengono raccolte le schede riassuntive delle visite svolte dalla delegazione della Commissione sanità della Camera nelle sei regioni campione. Una relazione completa degli incontri svoltisi nelle sei regioni e dei documenti acquisiti in ciascuna di esse si può trovare nei sei *dossier* allegati alla presente relazione generale.

### 2.1. TOSCANA. — Data: 12-13 marzo 1984.

Delegazione composta dal presidente Casalnuovo e dai deputati Corsi, Curci, Del Donno, Giovagnoli Sposetti, Poggiolini, Tagliabue.

Attività svolta: incontro con autorità regionali e presidenti di USL; incontro con rappresentanti sindacali e associazioni di categoria; visita alla USL 20/A di San Giovanni Valdarno e alla USL/10/D di Careggi, in Firenze.

#### *Principali documenti acquisiti:*

a) a livello regionale o comprensoriale.

Legislazione sanitaria della regione Toscana; dati analitici dei servizi delle USL (159 pagine); relazione sullo stato socio-sanitario della regione Toscana, anno 1981; dati per l'applicazione della convenzione per la medicina generica; dati per la gestione dell'accordo triennale per l'assistenza farmaceutica; statistica dell'IVG; schemi di convenzione USL-aziende per attività di prevenzione nei luoghi di lavoro e relativi indirizzi della giunta regionale; attività del dipartimento Sicurezza sociale; piano sanitario regionale e piano regionale dei servizi sociali 1984-1986 (progetto); atti della prima conferenza dei servizi sanitari dell'area fiorentina;

b) a livello di singole USL.

Progetto di centro sociale (comunità protetta, casa albergo, attività occupazio-

nali, ecc.); relazione del gruppo operativo per le tossicodipendenze; progetto di riorganizzazione di servizi per handicappati gravi finalizzato all'ampliamento della deistituzionalizzazione; relazione di un servizio di prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro; criteri di organizzazione dei distretti socio-sanitari; analisi dei problemi di un servizio di diagnostica analitica e strumentale; progetto obiettivo materno infantile; ipotesi di organizzazione del dipartimento di riabilitazione funzionale; programma del servizio di assistenza sociale; riordino dei servizi veterinari.

#### *Incontri in sede regionale.*

a) con gli assessori regionali alla sanità e ai servizi sociali, con l'ufficio di presidenza della IV commissione del Consiglio regionale e con una rappresentanza dei presidenti di USL.

La situazione delle strutture sanitarie appare caratterizzata da un numero di posti letto sensibilmente superiore allo *standard* previsto in sede nazionale, che il piano sanitario regionale si propone di riequilibrare. Il precariato è ereditato per l'80 per cento dai precedenti consorzi, che non potevano avere personale proprio. I servizi per la psichiatria, la tossicodipendenza e la riabilitazione sono ricondotti principalmente alla competenza dell'assessorato ai servizi sociali. Si ritiene che la gestione degli ospedali debba rimanere alle USL, pur con opportune forme di autonomia contabile e finanziaria;

b) con rappresentanze sindacali e con l'ordine dei medici.

Il presidente regionale degli ordini dei medici propone di trasformare le USL in aziende municipalizzate, sopprimendo l'assemblea e potenziando l'ufficio di direzione affidato a tecnici.

I rappresentanti dei sindacati confederati apprezzano le linee di fondo della riforma e suggeriscono taluni aggiustamenti.

I rappresentanti delle organizzazioni di categoria sottolineano in particolare i diritti del convenzionamento esterno (radiologi e analisti), le carenze dei servizi di riabilitazione e di medicina del lavoro (FIMMG).

Sulla possibilità di contenere la spesa farmaceutica, FIMMG e UIL concordano, suggerendo iniziative di educazione sanitaria e in materia di pubblicità sanitaria.

*Visita alla USL 20/A in San Giovanni Valdarno.*

Si sono sottolineati principalmente problemi relativi all'assetto delle USL e al rapporto USL-comuni. In relazione a quest'ultimo aspetto sono state illustrate le difficoltà in cui versano i servizi per la igiene pubblica.

*Visita alla USL 10/D di Careggi, in Firenze.*

All'incontro, svoltosi nella villa di Careggi, sede della USL, ha partecipato anche l'assessore alla sanità del comune di Firenze. Si sono evidenziati i problemi di una città con ricche tradizioni ospedaliere, sottolineando l'esigenza di conservare e migliorare i livelli di specializzazione.

2.2. PIEMONTE. — Data: 29-30 marzo 1984.

Delegazione composta dal presidente Casalnuovo e dai deputati Benevelli, Del Donno, Lussignoli, Martino, Poggiolini, Rubino, Tagliabue.

Attività svolta: incontro con autorità regionali, presidenti di USL, rappresentanze sindacali e dell'ordine dei medici; visita a un servizio psichiatrico territoriale; visita ad un servizio di emodialisi.

*Principali documenti acquisiti:*

a) a livello regionale: richiesta dell'assessore regionale alla sanità di pronto

esame delle proposte di legge sui trapianti; organizzazione dei servizi (modello organizzativo e funzionale, obiettivi, stato dei singoli servizi); documentazione predisposta per l'indagine conoscitiva della Commissione sanità del Senato (profili istituzionali, profili finanziari, politica del personale); primi elementi di valutazione in ordine ai processi di riordino e integrazione dei servizi di diagnostica e terapia strumentale;

b) a livello di singole USL: relazione del comitato di gestione dell'USL 1/23 di Torino; programma 1982-1984 dell'USL 47 di Biella; piano direttore dello stabilimento ospedaliero (USL 47); analisi della spesa farmaceutica esterna 1982-1983; studio pilota sul laboratorio di sanità pubblica (USL 47);

c) da associazioni mediche: memorie della FIMP (pediatri) e della CIMOP (ospedale privata) sulla attuazione della riforma sanitaria in Piemonte;

d) da associazioni di volontariato: atti della prima seduta pubblica del tribunale per i diritti del malato, 24 aprile 1982.

*Incontri in sede regionale.*

Si è svolta una riunione con l'assessore regionale alla sanità e assistenza, l'ufficio di presidenza della V commissione del Consiglio regionale, una rappresentanza di presidenti di USL, rappresentanti dei sindacati confederali, dell'ordine dei medici, di associazioni e sindacati di categoria.

Si sono segnalati in particolare i problemi relativi all'assetto istituzionale del servizio sanitario nazionale e le difficoltà di superare l'ottica ospedalocentrica, anche in relazione ai livelli elevati dei servizi sanitari in questa regione prima della riforma.

Da parte dei rappresentanti dei medici si è insistito sulla « paurosa eccedenza » del personale medico e si è chiesto di valorizzare maggiormente la figura.

*Visita ad un servizio psichiatrico territoriale in Torino.*

Il servizio diurno raccoglie pazienti inviati dagli ambulatori psichiatrici di sei quartieri e costituisce un filtro fra questi e le strutture di ricovero. Riceve 20-25 pazienti al giorno e circa 120 persone diverse nell'arco di sei mesi. È servito da 12 operatori *part time*.

*Incontro con rappresentanti di associazioni.*

Presso la sede del servizio psichiatrico la delegazione parlamentare ha incontrato rappresentanti dell'Associazione per la lotta contro le malattie mentali, dell'Associazione nazionale emodializzati, dell'Associazione donatori d'organo e del Tribunale per i diritti del malato.

*Visita ad un servizio di emodialisi.*

L'ambulatorio torinese di dialisi è il primo servizio di emodialisi extraospedaliero autogestito sorto in Italia.

*Visita all'ospedale Molinette e incontro con i responsabili della USL 1/23 e di altre USL.*

Si espone la necessità di una politica del personale che consenta di coprire i gravissimi vuoti di organico e di curare una adeguata formazione professionale. Altri problemi sottolineati sono quelli relativi alla spesa per investimenti e alle assemblee di usl intercomunali.

2.3. LAZIO. — Data 26 giugno e 6 luglio 1984; 11 luglio 1985.

Delegazione composta dal presidente Casalnuovo e dai deputati Benevelli, Curci, Garavaglia, Giovagnoli Sposetti, Mainardi Fava, Montanari Fornari, Palopoli, Poggolini. Per la visita alla USL di Bracciano la delegazione era composta

dal presidente Casalnuovo, dai vicepresidenti Lussignoli e Tagliabue e dai deputati Barontini, Curci, d'Aquino, Del Donno, De Rose, Garavaglia, Giovagnoli Sposetti, Guerzoni.

Attività svolta: incontri con autorità regionali e presidenti di USL; visita alla USL RM16; visita alla USL di Bracciano.

*Principali documenti acquisiti:*

a) a livello regionale: relazione al Consiglio regionale della commissione speciale di indagine sul funzionamento delle strutture sanitarie, 2 vol., pp. 398 e 187, senza data; disposizioni nazionali e regionali concernenti gli invalidi civili, i ciechi e i sordomuti;

b) da singole USL: relazione sulla situazione del personale della USL RM12.

*Incontri in sede regionale.*

La delegazione parlamentare ha incontrato il presidente della Giunta regionale, il presidente del Consiglio regionale, l'assessore regionale alla sanità, l'ufficio di presidenza della commissione sanità del Consiglio regionale e vari presidenti di USL.

Si è presentata la particolare situazione di Roma, con una forte «immigrazione ospedaliera» dal sud, con 20 USL dotate di un'unica assemblea generale (il Consiglio comunale) e con una rete di servizi che è la sommatoria dell'eredità delle vecchie mutue. Le USL laziali sono solo «sanitarie» e non «socio-sanitarie». È sottolineata l'urgenza di rivedere le norme CEI (Comitato elettrico italiano) e in genere le norme di sicurezza per gli ospedali, che sono spesso di fatto inapplicabili, ma danno luogo ad incriminazioni da parte della V sezione penale.

*Visita alla USL RM16.*

Si tratta di una USL in cui sono concentrati tre complessi ospedalieri, per complessivi 4.000 posti letto, insieme ad

altre strutture, come l'ex canile comunale e il servizio di disinfezione e disinfestazione, che hanno poco a che vedere con il territorio della USL.

Vengono segnalati gravi problemi per carenza di personale e per ripetuti interventi della magistratura penale e dei vigili del fuoco relativi a norme previste per le strutture statiche ed idrauliche degli edifici ospedalieri, per la cui osservanza bisognerebbe procedere ad una quasi ricostruzione di buona parte degli edifici. Altro problema delicato è quello della ottimizzazione economica e funzionale dell'alta tecnologia medica.

#### 2.4. FRIULI-VENEZIA GIULIA. - Data 16-17 luglio 1984.

Delegazione composta dal presidente Casalnuovo e dai deputati Curci, Falcier, Giovagnoli Sposetti, Martino, Palopoli e Saretta.

Attività svolta: incontri con autorità regionali, presidenti di USL, rappresentanti sindacali, associazioni di categoria e ordine dei medici; visita alla USL n. 1 « Triestina », alla USL n. 3 « Carnica » e alla USL n. 7 « Udinese » (quest'ultima risoltasi solo in una rapida visita all'ospedale per la scarsità di tempo a disposizione).

#### *Principali documenti acquisiti:*

a) a livello regionale: relazione sanitaria 1982, della Direzione regionale dell'igiene e sanità (stato di attuazione della riforma, stato dei servizi e delle risorse, assetto organizzativo); Direzione regionale dell'igiene e sanità, atti dell'incontro di studio sulla ripartizione del FSN, Udine, 1983; progetto di PSR 1984-1986;

b) a livello di singole USL: relazione del presidente della USL 1 sul bilancio di previsione 1984; conferenza sui servizi di salute mentale nelle aree pilota; proposte della commissione per la spesa farmaceutica e ospedaliera; informazione sanitaria (guida per gli utenti della USL n. 3); schede redatte dalla USL n. 7 sui singoli servizi oggetto della indagine parlamentare.

La regione Friuli-Venezia Giulia presenta alcune peculiarità sotto il profilo della sanità pubblica, riconducibili principalmente ad un ottimo livello dei servizi prima della riforma, così che il numero di posti letto per abitante è doppio rispetto a quello previsto in sede nazionale (12 per cento anziché 6 per cento), a un'elevata età media della popolazione che ne fa « la regione più vecchia d'Italia »; e a una situazione geografica che vede, a fianco a zone urbane, zone assai scarsamente popolate e non dotate di rapidi collegamenti.

#### *Incontri in sede regionale.*

Alla delegazione parlamentare è stata consegnata una dettagliata documentazione sui singoli « punti oggetto dell'indagine ».

In un incontro con le rappresentanze sindacali, di categoria e dell'ordine dei medici si è lamentato l'altissimo numero di sanitari (un medico ogni 205 abitanti nella città di Trieste). I sindacati confederali e la CIMO hanno presentato due memorie sui temi oggetto dell'indagine.

In un incontro presso la USL n. 1 « Triestina ».

#### *Incontro presso la USL n. 1 « Triestina ».*

Vengono posti in evidenza principalmente i problemi della assistenza agli anziani e del relativo coordinamento tra intervento sanitario e intervento sociale; quelli del bilinguismo; e quelli della gravosità degli oneri burocratici per coloro che risiedono lontano (anche a 40 chilometri di distanza!) dagli uffici della USL (si intende ovviare con l'attuazione dei distretti).

#### *Incontro presso la USL n. 3 « Carnica ».*

Viene segnalata la difficoltà di conservare i livelli precedentemente raggiunti con l'imposta scarsità di personale e di

finanziamenti, che impediscono la programmazione. Sono illustrate le linee lungo le quali si tende a superare la concezione ospedalocentrica. Si osserva inoltre che l'applicazione del principio della partecipazione dovrebbe essere rivisto perché non si risolva in danno del funzionamento (la USL n. 3 comprende 28 comuni).

#### 2.5. CALABRIA. — Data: 21-22 gennaio 1985.

Delegazione composta dal presidente Casalnuovo e dai deputati Ceci Bonifazi, Curci, De Rose, Garavaglia, Mazzone, Meleleo, Palopoli.

Attività svolta: incontri con autorità regionali e con rappresentanze sindacali, di categoria e dell'ordine dei medici; visita alla USL n. 20 di Soverato e alla USL n. 18 di Catanzaro.

#### *Principali documenti acquisiti.*

a) a livello di singole USL: Relazione dell'ufficiale sanitario sulla situazione igienica e ambientale del territorio della USL n. 20 di Soverato;

b) da associazioni di categoria: Proposta di norme in favore degli ufficiali sanitari operanti in comuni con popolazione inferiore a ventimila abitanti;

c) da associazioni di volontariato: denuncia dell'Associazione genitori bambini emopatici sulle gravissime carenze nella terapia trasfusionale ai talassemici.

#### *Incontri in sede regionale.*

Vengono esaminate le cause di una insufficiente attuazione della riforma sanitaria (individuate principalmente in responsabilità a livello nazionale). I principali problemi della sanità in regione sono individuati nella esistenza di un numero di posti letto tecnicamente adeguato ma mal distribuito e mal funzionante, così

che si assiste ad un continuo esodo di malati verso altre regioni. Rilevanti sono anche i problemi del personale, al punto che si sono potuti acquisire i dati per la formazione dei ruoli nominativi regionali solo con la nomina di commissari *ad acta*.

#### *Visita alla USL n. 20 di Soverato.*

Nell'incontro, a cui partecipano membri del comitato di gestione, sindaci ed operatori, vengono formulate numerose osservazioni e proposte sull'assetto istituzionale. Ci si sofferma poi sui gravi problemi dell'igiene e della prevenzione, a risolvere i quali non è sufficiente l'impegno dei 14 *ex* ufficiali sanitari.

#### *Visita alla USL n. 18 di Catanzaro.*

Viene osservato che le USL, anziché strutture dei comuni, hanno preso l'aspetto di « un enorme contropotere locale ». Rappresentanti dei talassemici, degli invalidi civili e dei dializzati illustrano le carenze, spesso assai gravi, nei rispettivi settori. Si segnala l'altissima mortalità neonatale in regione, e che nonostante ciò non è stato realizzato il progetto obiettivo materno-infantile.

#### 2.6. SARDEGNA. — Data: 11-12 aprile 1985.

Delegazione composta dal presidente Casalnuovo e dai deputati Lussignoli, Mainardi, Manchinu, Rubino, Saretta e Tagliabue.

Attività svolta: a livello regionale, si sono svolti incontri separati con il presidente della Giunta regionale, con il presidente del Consiglio regionale, con una rappresentanza del Consiglio regionale, con l'Assessore regionale alla sanità, con presidenti delle USL e con rappresentanti dell'ordine dei medici, dei sindacati e di associazioni di categoria; si sono poi visi-

tate la USL n. 21 di Cagliari, l'ospedale civile San Giovanni di Dio e la USL n. 19 di Sanluri.

*Principali documenti acquisiti.*

a) a livello regionale: prospetto delle leggi regionali di attuazione della riforma sanitaria; piano sanitario regionale;

b) a livello di singole USL: documenti della USL n. 19 sulla pianta organica e l'organizzazione dei servizi, le prestazioni specialistiche erogate e la guida sanitaria per gli utenti.

*Incontri con autorità regionali.*

La situazione sanitaria regionale si caratterizza per alcune malattie caratteristiche, come la talassemia, la microcitemia, il favismo e le malattie tipiche dei minatori, dei lavoratori del sughero e dei pastori. Sul versante organizzativo, accanto ad iniziative di alto livello scientifico (l'istituto microcitemico) vi sono situazioni di grave arretratezza (l'ospedale San Giovanni di Dio). Una situazione particolare si verifica per il personale, che è stato gestito fino ad ora da un « assessorato al personale » insieme agli altri dipendenti regionali.

*Incontro con presidenti di USL.*

In Sardegna, non essendo prevista incompatibilità, il 95 per cento degli amministratori di USL è costituito da consiglieri comunali o circoscrizionali, e questo nuoce al loro impegno. Molte osservazioni sono dedicate – oltre che all'inadeguatezza dei fondi e del personale – ai problemi istituzionali, con riferimento alla pletoricità delle assemblee, alla professionalità degli amministratori e alle competenze degli organi.

*Incontro con rappresentanti sindacali, dell'ordine dei medici e di associazioni di categoria.*

Sono denunciate gravi disfunzioni a livello nazionale, regionale, e soprattutto di

USL, principalmente a causa di deficienze organizzative e funzionali. Si chiedono precisi confini di attribuzioni di responsabilità tecniche e politiche. Si osserva come il PSR fosse superato già prima della sua approvazione e viene posto in forte rilievo il ruolo della professionalità medica. Varie voci chiedono da un lato la disciplina delle incompatibilità, dall'altro il rispetto delle funzioni della sanità privata.

*Visita alla USL n. 21 di Cagliari.*

Sono stati esaminati i profili istituzionali della riforma, i problemi legati all'applicazione del contratto e quelli della psichiatria, del pronto soccorso e dell'igiene pubblica. Viene proposto un regime di autonomia – anziché lo scorporo – per gli ospedali regionali e specializzati.

*Visita al vecchio ospedale civile San Giovanni di Dio.*

Si constata lo stato di degrado di molte strutture murarie, soprattutto per infiltrazioni di acqua, con diffuse formazioni di muffa. Regione e comune sono orientati ad un intervento congiunto, per il rifacimento delle fognature e della rete idrica.

*Visita alla USL, n. 19 di Sanluri.*

Vengono presentati i problemi della guardia medica, delle lungaggini burocratiche, dei medici condotti. Si segnala il positivo esperimento dell'incontro periodico fra i sindacati e il comitato di gestione.

3. — I PRINCIPALI ARGOMENTI ESAMINATI.

3.1. *Profili istituzionali.*

In tutti gli incontri, a livello regionale come a livello locale, con politici e

rappresentanti di categoria come con operatori, i partecipanti hanno manifestato particolare interesse per gli aspetti istituzionali della riforma.

Per quanto riguarda i livelli nazionali delle istituzioni sanitarie, si è lamentato innanzitutto che la mancanza di un piano sanitario nazionale ha comportato una serie di conseguenze negative che si evidenziano nelle disparità, nell'incertezza e nella lentezza con cui è stata fino ad ora attuata la riforma sanitaria.

Avendo riguardo poi alle competenze che la legge di riforma attribuisce al Ministero della sanità, si è osservato che l'attuale assetto strutturale del dicastero, dato dalla sovrapposizione di nuovi uffici ed organi (servizio centrale della programmazione sanitaria, ufficio di attuazione del servizio sanitario nazionale, consiglio sanitario nazionale e relativa segreteria) a quelli preesistenti non appare nel suo insieme integrato e impostato in base a nuovi orientamenti di amministrazione che privilegino i metodi della programmazione dell'indirizzo e del coordinamento (si confronti in particolare Friuli).

I compiti non svolti, o sui quali non vi è stata sufficiente attenzione, sembrano ad esempio quelli afferenti alla fornitura agli amministratori del servizio sanitario nazionale di modelli di pianificazione, organizzazione e gestione dei servizi; alla raccolta, analisi e divulgazione di indicatori sui risultati raggiunti dal servizio sanitario nazionale; alla fissazione di *standard* che limitano i rischi per la collettività; alla formulazione di programmi di educazione sanitaria; alla formulazione di un piano funzionale per la ricerca sanitaria; alla definizione del numero di operatori sanitari necessaria a livello nazionale e all'adeguamento delle disposizioni in materia di formazione degli stessi (ivi).

Un'altra osservazione riguarda il coordinamento all'interno del Governo. Si sente da parte delle regioni la necessità che esso parli con un'unica voce, mentre attualmente in materia sanitaria intervengono il bilancio, il tesoro, la sanità, la funzione pubblica, ed anche il Presidente

del Consiglio e il ministro per gli affari regionali. Con riferimento al Consiglio sanitario nazionale, si osserva che non vi è in esso adeguata rappresentanza degli operatori sanitari (Friuli).

Sul versante legislativo, vengono rivolte al Parlamento numerose richieste. Si avverte in taluni casi la mancanza di un coordinamento della legislazione di riforma con la legislazione sanitaria precedente, specialmente con la legge ospedaliera. Si sono avuti ad esempio procedimenti giudiziari avviati per la trasformazione di una astanteria pediatrica in *day hospital*, che avrebbe violato la legge sugli ospedali del 1939, non formalmente abrogata dalla legge di riforma; non è chiaro fino a che punto rimanga valida la legge n. 132 sugli ospedali (1) e non si sa se esistano ancora il direttore sanitario di cui all'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica n. 128 (2) (anche se il pretore continua a rivolgersi a lui); così pure appaiono largamente superati gli *standards* di sicurezza per le costruzioni ospedaliere fissati dalle norme del 1939 (3), che tuttavia continuano a fornire la base per la incriminazione di presidenti di USL (Lazio). Altri adempimenti legislativi richiesti al Parlamento riguardano la riforma dell'assistenza con la conseguente migliore definizione e coordinamento degli interventi sanitari e di quelli sociali; ed infine la legge di « riforma » delle USL di cui si dirà più avanti.

Per quanto riguarda le competenze delle regioni si è sottolineata l'esigenza di ricentralizzare alcune attività come l'anagrafe del personale e i pagamenti (Toscana) e di perfezionare il sistema dei controlli con particolare riguardo alla funzione a volte paralizzante che sembra essere assunta dal comitato regionale di

(1) Legge 12 febbraio 1968, n. 132: « Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera ».

(2) Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128: « Ordinamento interno dei servizi ospedalieri ».

(3) Decreto legislativo luogotenenziale 20 luglio 1939: « Approvazione delle istruzioni per le costruzioni ospedaliere ».

controllo (Lazio). Viene anche osservato che alle regioni sono a volte da imputare gravi ritardi ed omissioni rispetto ad adempimenti previsti dalle stesse leggi regionali (Calabria; Sardegna).

La maggiore attenzione è stata dedicata all'assetto istituzionale delle unità sanitarie locali. Non sono mancati apprezzamenti generali per l'impianto di fondo della riforma (si veda in particolare Friuli e Sardegna). Ma accanto a questi le critiche sono state particolarmente vivaci, specialmente da parte dei rappresentanti di categorie mediche. Si è indicato nella deficienza organizzativa e funzionale delle USL, se non l'unica, certamente la principale causa delle disfunzioni dei servizi sanitari in Italia, caratterizzati da uno stato di difformità erogativa, amministrativa e organizzativa che produce uno stato di confusione, disagio e malumore negli utenti e negli operatori (Toscana; Sardegna). In alcuni casi si è osservato che le USL « anziché strutture dei comuni e delle comunità montane sembrano essere diventate un enorme contropotere locale » (Calabria). Secondo rappresentanti di talune categorie mediche, « ben lungi dallo essere conseguenza di banali e correggibili carenze gestionali, il fallimento della riforma è da attribuire a cause di fondo » che possono essere così riassunte: lo spirito informatore della legge, che appare a taluni poco concreto, la emarginazione dei medici nella elaborazione della legge e nella gestione delle strutture; la prevaricazione delle forze partitiche e sindacali non mediche nella amministrazione dei fondi; la mancanza di una chiarezza concettuale in tema di salute e malattia, di medicina individuale e di massa, di rapporto medico-paziente, di libertà del cittadino e del medico; la sempre differita legislazione sul numero chiuso a medicina; i troppo stretti legami tra politica e gestione; la mancanza di quadri professionalmente preparati; la totale assenza di una politica del personale (Sardegna). Critiche così radicali sono state presenti in modo marginale nel corso dei vari incontri. Nella maggior parte dei casi ci sono stati apprezzamenti

misti a critiche e a suggerimenti accompagnati dalla richiesta di aggiustamenti più o meno importanti della riforma sanitaria (Calabria).

Il punto sul quale tutti gli interlocutori sono apparsi più sensibili – forse anche in conseguenza della particolare composizione dei gruppi incontrati – è stato quello del comitato di gestione e dei rapporti fra tecnici (sanitari e amministrativi) e politici. Vi è una generale richiesta di norme che consentano di individuare con precisione le rispettive responsabilità di tecnici e di politici, di garantire la competenza professionale dei primi e di definire un preciso *status* giuridico degli amministratori delle USL (Piemonte; Lazio; Calabria; Sardegna). Tuttavia si sono levate voci anche a metter in guardia contro il rischio di affidare la gestione di servizi sanitari a « *manager improvvisati* » e sulla futilità di un appello alla managerialità, senza prima aver corretto l'inadeguatezza degli stanziamenti ed aver precisato il quadro delle competenze e delle responsabilità (Sardegna).

Un orientamento quasi generale è emerso sulla richiesta di una profonda revisione delle assemblee delle unità sanitarie locali, che attualmente sono spesso pletoriche, di difficile convocazione, e troppo impegnate su altri versanti.

Secondo alcuni interlocutori, quello degli organi delle USL è il primo nodo da sciogliere: l'assemblea, che nella realtà dei fatti appartiene o addirittura si identifica nell'ente di riferimento; il comitato di gestione, che appartiene alla USL a fronte del disposto legislativo che al primo comma dell'articolo 15 della legge n. 833 definisce la USL « struttura operativa dei comuni ». Si richiede perciò di ridisegnare e precisare gli organi della USL, partendo dalla attribuzione alle stesse USL della personalità giuridica (Friuli).

Uno dei nodi su cui si misura l'impatto della riforma è il rapporto tra USL e ospedali. A questo riguardo si è avuta una quasi unanimità nel richiedere una maggiore autonomia amministrativa e ge-

zionale per gli ospedali, ma non il loro scorporo dalle USL.

Un ultimo punto in materia di profili istituzionali che è stato spesso toccato dagli interlocutori (anche perché fra questi erano presenti numerosi sindaci) è stato quello del ruolo del comune nel servizio sanitario riformato. La inadeguatezza del ruolo del comune è riconosciuta sia nelle grandi città, dove al comune dovrebbe spettare un compito di coordinamento per affrontare problemi che superano la competenza territoriale delle singole USL, sia per i piccoli comuni, che si sentono deresponsabilizzati e mostrano - o hanno - scarsa possibilità di ridurre le USL a loro effettivo strumento, come è prescritto dalla legge. In particolare si sente l'esigenza che i servizi di igiene pubblica, di medicina del lavoro, di veterinaria vengano gestiti unitariamente dal comune, al quale dovrebbero essere affidati anche se alle USL dovrebbe rimanere la gestione. In particolare i sindaci dei piccoli comuni si trovano in difficoltà quando si tratta di esercitare le funzioni, loro attribuite dalla legge, di autorità sanitaria locale (cfr. Toscana; Piemonte; Calabria; Sardegna).

### 3.2. Aspetti finanziari.

Gli stanziamenti per il fondo sanitario nazionale sono giudicati largamente sottostimati in tutte le regioni visitate. Sotto accusa è anche la permanente incertezza sul reale ammontare delle risorse disponibili e il meccanismo di riparto tra le regioni, che solo con la legge finanziaria 1985 ha cominciato a superare il criterio della cosiddetta « spesa storica ». Da un lato le regioni tradizionalmente privilegiate avvertono l'esigenza di diminuire il peso relativo del criterio rispetto a quello della perequazione tra le regioni, ma avvertono che si tratta di un processo che abbisogna di un lasso di tempo adeguato e di strumenti appropriati per la sua concreta attuazione: diversamente, nel breve termine, l'operazione può conseguire solo risultati dannosi (Friuli). D'altra parte si osserva che il principio del riequilibrio interregionale si sta realizzando come

una mera operazione finanziaria che si risolve in definitiva in una minore quantità di risorse assegnata a quelle regioni che, in virtù di scelte operate nel passato e di una conforme cultura delle popolazioni locali, si sono maggiormente dotate di strutture e di servizi sanitari (Friuli). Si osserva anche che la spesa sanitaria appare governabile solo in misura molto limitata a livello regionale e locale: il margine di intervento delle USL sulla spesa sanitaria viene valutato in misura pari all'8-12 per cento e perciò la gestione più appropriata difficilmente potrà provocare risparmi superiori all'ordine del 2 per cento (Lazio). La parte di gran lunga prevalente della spesa sanitaria, che è la spesa farmaceutica e quella conseguente a contratti e convenzioni, resta infatti manovrabile solo a livello governativo. Vi sono tuttavia alcuni indici, come quelli della diversa spesa *pro capite* tra USL e USL, che possono costituire utili criteri orientativi per interventi volti a razionalizzare la spesa (Sardegna).

Sul versante del contenimento della spesa sanitaria sono state illustrate alcune esperienze positive: la centralizzazione dei pagamenti alle farmacie a livello regionale (pur conservando a vantaggio del bilancio delle USL gli eventuali risparmi da queste ottenute, affinché queste non siano deresponsabilizzate) (Toscana); l'aumento dei punti di prelievo diagnostico, che ha avuto come conseguenza una riduzione all'essenziale delle prescrizioni mediche, proprio in relazione alla maggiore facilità delle operazioni di prelievo (Toscana); frequenti contatti fra le USL e i medici prescrittori, affinché questi si attengano strettamente alla convenzione farmaceutica, evitando di fare prescrizioni per terapie di lunga durata e scegliendo tra i prodotti più adeguati alle esigenze terapeutiche quelli meno costosi, evitando nel contempo ogni prescrizione non strettamente necessaria (Friuli). Con la finalità di ridurre la spesa, senza alterare la logica della riforma, si sono formulati alcuni suggerimenti: definizione di protocolli diagnostici e terapeutici, disci-

plina delle incompatibilità (che dovrebbe anche consentire di superare la sottoutilizzazione delle strutture localizzate vicino a strutture convenzionate similari), distinzione tra spesa sanitaria e spesa sociale (Lazio).

I danni che conseguono agli attuali vincoli finanziari sono stati individuati principalmente nella scarsissima possibilità di investimenti e quindi di ammodernamento tecnologico; nel maggior costo delle forniture, che vengono contrattate in una situazione di quasi monopolio del fornitore perché i cronici ritardi nei pagamenti lasciano fuori del mercato le aziende minori; e nella stessa gestione ordinaria. Nei giorni in cui si svolgeva l'indagine conoscitiva alla USL RM 16 i laboratori avevano dovuto sospendere alcuni tipi di analisi perché non c'erano fondi per comperare i reattivi (Lazio) mentre alla USL di Catanzaro mancava addirittura il curaro in sala operatoria (Calabria). In più occasioni sono stati rappresentati alla delegazione parlamentare il disagio e la profonda amarezza da parte degli amministratori della sanità pubblica di dover constatare il danno sociale derivante da vincoli finanziari che impedivano il funzionamento di servizi anche a livelli minimi (Lazio; Sardegna).

In alcuni casi sono stati segnalati anche sprechi conseguenti a veri e propri errori di gestione, come ad esempio gli investimenti per riattivare antiche terme senza aver previamente valutato non solo la permanenza della qualità termale delle acque, ma anche l'esistenza di un numero di utenti sufficiente a giustificare la spesa (Sardegna).

### 3.3. - *Integrazione orizzontale e verticale fra i servizi e problemi specifici degli ospedali.*

Le regioni, anche dove è stato compiuto un notevole sforzo organizzativo con i piani sanitari regionali, generalmente non sono ancora riuscite ad assicurare un assetto organizzativo e funzionale soddisfacente dei servizi. Spesso l'integrazione tra i servizi vive soprattutto sulle

iniziative personali degli operatori, i servizi primari e di prevenzione mancano di precisi programmi di riferimento e non esiste un soddisfacente accordo tra le strutture di base, dove sono istituite, ed i servizi ospedalieri. Tali carenze di raccordo sono spesso individuate come uno dei punti di mancato decollo della riforma (Piemonte). In alcuni casi i responsabili regionali dichiarano esplicitamente di non aver potuto fare altro che limitarsi a gestire l'eredità delle mutue, così che le strutture esistenti continuano ad essere carenti e distribuite in modo non equilibrato (Lazio). Anche nelle regioni che godono per generale riconoscimento dei servizi migliori si è ancora alla fase dei documenti di orientamento per « cominciare a coordinare » i servizi esistenti e tentare di modificare il costume del ricorso alla struttura ospedaliera (Friuli). Il punto cruciale è una più razionale distribuzione dei servizi sul territorio, che incontra le maggiori difficoltà nella non armonica distribuzione del personale. Infatti, pur esistendo l'istituto della mobilità, questo si è rivelato uno strumento inoperante per la mancanza di incentivi volti ad agevolare l'avvio del personale verso le sedi più disagiate, o comunque più carenti (Friuli). Eppure gli amministratori sono consapevoli che l'istituzione dei servizi sul territorio è uno dei punti più qualificanti della riforma e che la medicina deve uscire dai luoghi come l'ospedale, in cui è stata sempre chiusa, per diffondersi sul territorio ed entrare più attivamente nella vita delle altre istituzioni sociali, specialmente attraverso i poliambulatori distrettuali e i servizi di medicina scolastica e di medicina sportiva (Friuli). Si verifica addirittura il caso limite, in una USL del Sulcis, di 195 dipendenti in un ospedale disattivato che non si riesce ad utilizzare in un nuovo ospedale della stessa USL carente di personale (Sardegna).

I responsabili locali della sanità hanno osservato ripetutamente che, se è vero che obiettivo della riforma sanitaria deve essere la dismissione delle strutture ospedaliere desuete e, più ancora, il capovol-

gimento della tradizionale concezione ospedalocentrica, facendo del territorio e dei servizi di base il vero centro di gravità dell'attività delle USL, questo impone la integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali che, pur essendo perfettamente nella logica della riforma, è ancora lontana dall'essere attuata, sia pure solo legislativamente (Toscana). La mancata riforma della assistenza gioca pesantemente anche sul mancato decollo dei distretti, che sono considerati lo strumento più adatto per coordinare gli interventi di tipo sanitario con quelli di tipo sociale (Toscana). Talvolta le regioni intervengono con fondi diversi da quelli sanitari nei settori della psichiatria, dei consultori, della tossicodipendenza e dell'igiene pubblica (Friuli). Esistono anche esperienze regionali in cui la spesa per interventi sociali consente economie della spesa sanitaria, con un complessivo minore impiego di risorse, specialmente nel settore della psichiatria (Sardegna); e ci si domanda talvolta se, dove i fondi per questi interventi di carattere sociale non sono sufficienti, non sarebbe opportuno, proprio per ragioni di economia generale, oltre che per rispetto dei diritti del cittadino e della razionalità generale degli interventi, potervi sopperire attingendo al Fondo sanitario nazionale (Sardegna).

I responsabili locali della sanità hanno osservato ripetutamente che, se è vero che obiettivo della riforma sanitaria deve essere la dismissione delle strutture ospedaliere desuete e, più ancora, il capovolgimento della tradizionale concezione ospedalocentrica, facendo del territorio e dei servizi di base il vero centro di gravità dell'attività delle USL, questo impone la integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali che, pur essendo perfettamente nella logica della riforma, è ancora lontana dall'essere attuata, sia pure solo legislativamente (Toscana). La mancata riforma della assistenza gioca pesantemente anche sul mancato decollo dei distretti, che sono considerati lo strumento più adatto per coordinare gli interventi di tipo sanitario con quelli di tipo sociale (Toscana). Talvolta le regioni interven-

gono con fondi diversi da quelli sanitari nei settori della psichiatria, dei consultori, della tossicodipendenza e dell'igiene pubblica (Friuli). Esistono anche esperienze regionali in cui la spesa per interventi sociali consente economie nella spesa sanitaria, con un complessivo minore impiego di risorse, specialmente nel settore della psichiatria (Sardegna); e ci si domanda talvolta se, dove i fondi per questi interventi di carattere sociale non sono sufficienti, non sarebbe opportuno, proprio per ragioni di economia generale, oltre che per rispetto dei diritti del cittadino e della razionalità generale degli interventi, potervi sopperire attingendo al fondo sanitario nazionale (Sardegna).

Il problema degli ospedali è riconosciuto come l'altra faccia del problema dei servizi sul territorio e perciò la attuazione dei principi della riforma può essere perseguita solo con un approccio globale. Oltre ai problemi relativi al numero dei posti letto, alla loro distribuzione sul territorio, e alla loro qualificazione, e quindi alle conseguenti spese di investimento, esistono quelli connessi all'esigenza di una completa riorganizzazione strategica delle strutture e delle risorse. In alcuni casi viene assunto a principio base della pianificazione sanitaria regionale quello di riconoscere come aventi dignità di ospedali, e di conservare quindi come tali, solo quelle strutture che dispongano dei quattro servizi di base: medicina, chirurgia, pediatria e ostetricia. Gli ospedali soppressi vengono utilizzati per servizi di carattere poliambulatoriale, per gli anziani, per i tossicodipendenti (Piemonte). Questa « riorganizzazione strategica », che in alcune situazioni è considerata una priorità non più rinviabile (Lazio), non può prescindere da un costante rapporto con i medici di base, affinché questi siano resi sempre più consapevoli di quale possa essere l'utilizzazione ottimale delle strutture ospedaliere, e con gli stessi utenti, che spesso privilegiano la scelta dell'ospedale ritenendo che i medici che lì operano siano più preparati (Piemonte e Lazio). La politica ospedaliera si trova di fronte a problemi assai

diversi nelle diverse realtà geografiche e socio-economiche del paese: si va da situazioni di posti letto esuberanti, ma ben serviti (Friuli, Toscana, Piemonte), a situazioni in cui il numero dei posti letto è soddisfacente, ma la loro dislocazione è inadeguata e soprattutto la specializzazione dei relativi servizi è assai carente (Calabria) ed altre in cui, a fianco a strutture scientificamente avanzate ne esistono altre in condizioni di grave arretratezza (Sardegna). Tutti questi problemi sono poi quasi riassunti nel caso limite di Roma, con i suoi ospedali *monstre* in cui si dura fatica a conservare il livello scientifico raggiunto nel passato, mentre i disservizi nell'assistenza quotidiana sono gravissimi (Lazio).

#### 3.4. Igiene pubblica, prevenzione, ambiente.

È opinione generale che la prevenzione sia un settore ancora troppo largamente trascurato, perché le risorse finanziarie non consentono di avviare le nuove strutture e di destinare ad esse il personale necessario. Tuttavia un investimento nella prevenzione è considerato indispensabile per ottenere un risparmio successivo (Lazio). In alcuni casi la materia è disciplinata da apposite leggi regionali, come avviene ad esempio nella regione Friuli con le leggi n. 43 del 1981 « Disciplina ed esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica » e n. 32 del 1983 « Presidi multizonale di prevenzione ». Si tratta di norme che disciplinano le attribuzioni riservate alla regione (ordinanze contingibili ed urgenti, autorizzazioni all'apertura e all'esercizio di case di cura private, istituti medici, centri di raccolta del sangue, macelli pubblici e privati, smaltimento di rifiuti radioattivi, eccetera) e le attribuzioni delle unità sanitarie locali (Friuli). Uno dei problemi principali è quello della preparazione del personale: si rileva infatti che i medici sono normalmente preparati per la cura della salute individuale, ma che sembra mancare nella loro formazione una preparazione specifica per la

cura della salute pubblica, per l'igiene e la prevenzione. È molto avvertita anche l'esigenza di una figura professionale, che dovrebbe operare a tempo pieno nell'ambito del comune, per gli adempimenti di carattere tecnico sanitario (Toscana). Anche dove vengono impegnati nel settore della prevenzione gli ex ufficiali sanitari (e quindi per esempio ben 14 unità mediche in una USL di 14 comuni) il settore continua ad essere considerato gravemente deficitario (Calabria). Un forte ostacolo alla soluzione di questi problemi è connesso anche ai mancati chiarimenti sull'inquadramento professionale dei medici condotti (Sardegna, Calabria). Tuttavia proprio nel settore della prevenzione sono stati segnalati alcuni successi, come la sconfitta del favismo in Sardegna, che è stata conseguita con una modesta campagna di educazione e informazione sanitaria che ha comportato la spesa di poche decine di milioni (Sardegna).

#### 3.5. Servizi psichiatrici.

In generale in tutte le regioni visitate si sono riscontrate difficoltà sia nell'avvio dei nuovi servizi psichiatrici sia nel raggiungimento degli *standards* assistenziali previsti dalla legge. Si è osservato che le difficoltà nell'applicazione della legge n. 180 derivano soprattutto dalla assenza di finanziamenti specifici, in quanto la legge può essere gestita soprattutto in relazione alla possibilità di apertura dei servizi 24 ore su 24 e di disponibilità di personale specializzato nelle varie qualifiche (Toscana). Anche in una regione dotata in genere di buoni servizi sanitari, come il Piemonte, dove la Commissione ha visitato un servizio psichiatrico territoriale, l'opinione degli amministratori è che tutto il settore dell'assistenza psichiatrica sia ancora lontano dall'aver trovato assetto accettabile (Piemonte). Nella stessa regione Friuli, dove l'esperienza di Trieste ha fornito la base sperimentale alla legislazione nazionale, i sindacati denunciano che i nuovi servizi

psichiatrici hanno difficoltà a decollare nelle USL sia per carenza di volontà politica, sia per mancanza di personale qualificato sia per la inesistenza di strutture alternative al tradizionale ospedale psichiatrico (Friuli). In alcuni casi, nonostante l'esistenza di precise norme regionali, i nuovi servizi psichiatrici non sono stati attuati per mancanza di mezzi (Calabria, Sardegna).

### 3.6. Servizi per la riabilitazione.

Il settore della riabilitazione è quello in cui più acutamente si avverte la necessità di un approccio organico e interdisciplinare, con la cooperazione del settore sociale e di quello sanitario (Toscana). La problematica connessa al mondo dell'*handicap* è considerata complicatissima persino nella più « ricca » USL della capitale, la RM 16, dove gli amministratori dichiarano espressamente che, « una competenza in materia non si prepara dall'oggi al domani » (Lazio). A parere degli amministratori, la situazione sembra adeguata nella regione Friuli, dove oltre che presso le strutture sanitarie delle USL, l'attività di riabilitazione viene svolta presso 11 centri pubblici o privati che svolgono attività di internato, semi internato, ambulatoriale, domiciliare, ed extramurale (Friuli). In altri casi la situazione è più disagiata, e le USL non riescono neppure a utilizzare le strutture ereditate da enti che operavano nel settore prima della riforma (Calabria) e talvolta non hanno neppure ancora assunto le loro competenze in questa materia (Sardegna).

### 3.7. Servizi per la attuazione della legge n. 685 sulla tossicodipendenza.

In alcune regioni ogni USL è attrezzata ad affrontare il problema delle tossicodipendenze con un gruppo operativo interdisciplinare che consente una pluralità di approcci e di risposte (Toscana, Friuli); in altri casi i servizi per la tossicodipen-

denza sono considerati ancora gravemente carenti (Piemonte, Sardegna). In generale si tratta di un tema al quale nel corso dei vari incontri non è stata dedicata un'attenzione specifica da parte degli interlocutori regionali, trattandosi di interventi problematici, più che sotto il profilo sanitario, sotto il profilo sociale.

### 3.8. Servizi convenzionati.

Emergono in materia di servizi convenzionati due esigenze contrapposte: da un lato quella di ridurre il più possibile la spesa per i servizi convenzionati potenziando i servizi pubblici, dall'altro quella di definire un quadro certo per il legittimo ambito di espressione della imprenditorialità privata nel settore (Toscana). Specie nelle situazioni economiche più svantaggiate è sottolineato vivacemente il diritto al lavoro degli operatori del settore (Calabria). Uno dei problemi cruciali largamente avvertiti è quello delle incompatibilità: si richiedono strumenti, che dovrebbero essere definiti in sede nazionale, che consentano di impedire che uno stesso sanitario sia impiegato contemporaneamente in una struttura pubblica e in una struttura privata concorrenti. Ma il problema principale è quello della capacità organizzativa e programmatica. A questo riguardo è da segnalare l'esperienza della regione Friuli, che, allo scopo di ridurre i tempi di degenza ospedaliera, i tempi di definizione delle decisioni terapeutiche, ed in generale i tempi di attesa, sta impostando con le USL un programma che interpreti la necessità di giungere il più sollecitamente possibile alla definizione della diagnosi nei casi di ricovero ospedaliero, l'esigenza che il ricorso alle strutture diagnostiche sia improntato al miglior risultato sia funzionale che economico, l'affidamento delle tecniche di prenotazione, che, attraverso il ricorso a tutte le strutture diagnostiche disponibili, renda corrente e tempestiva la risposta diagnostica, ed infine l'invito ai medici curanti a prescrivere gli esami diagnostici in senso mirato (Friuli).

### 3.9. *Il personale.*

In materia di personale esistono ancora numerosi problemi connessi sia al convergere nell'unico comparto sanità di personale proveniente da molti comparti diversi, sia alla corretta assegnazione delle qualifiche previste dalle nuove norme, sia infine alla disarmonica distribuzione delle figure professionali, con un eccesso di personale medico e una scarsità per contro di personale sanitario non medico nelle varie qualifiche. Una grande enfasi è posta, specie da parte delle organizzazioni mediche, sulla necessità di riconoscere il ruolo medico, sia a livello della legislazione nazionale, sia nei contratti, sia nella piena responsabilizzazione ai vari livelli nelle unità sanitarie locali. In tutti gli incontri avuti dalla commissione si è sollecitata una soluzione ai problemi gravissimi del precariato (poi attuata dal Parlamento con l'approvazione della legge n. 207 del 20 maggio 1985).

Molto avvertita è l'esigenza di provvedere in modo più appropriato alla formazione professionale. Vengono segnalate carenze normative a livello nazionale per quanto riguarda la possibilità di conseguire le qualifiche previste dalle norme vigenti (Sardegna). L'aggiornamento professionale è considerato carente anche per quanto riguarda i medici, sia per la mancata attuazione dei contratti sia per l'inadeguatezza di talune disposizioni, sia infine per la mancanza di incentivi, a favore soprattutto dei medici residenti nelle zone più disagiate (Sardegna).

Eccessivi ritardi nella attuazione del primo contratto nazionale unico del comparto sanità sono stati ampiamente denunciati. Si arriva al paradosso che non è stato ancora interamente applicato un contratto giunto ormai alla sua scadenza (Piemonte, Calabria, Sardegna). La inadeguatezza della normativa in sede nazionale ha creato problemi anche in quelle regioni in cui l'iniziativa delle autorità regionali ha riscosso l'apprezzamento delle organizzazioni di categoria (Piemonte). In Friuli in particolare le organizzazioni sindacali hanno osservato che i ruoli nominativi regionali sono stati isti-

tuiti applicando alla lettera le tabelle di equiparazione del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 e questo ha creato grosse difficoltà: 1) perché le tabelle rispecchiavano la realtà esistente al 20 dicembre 1979; 2) perché le stesse tabelle di equiparazione non hanno tenuto conto delle peculiarità e specificità di alcune figure professionali che esistono o emergono; 3) perché i ruoli sono stati pubblicati nel 1983 e riferiti al 1982 mentre nel frattempo sono stati rinnovati i contratti di tutti i settori confluiti, per cui gli inquadramenti previsti dai contratti di origine non hanno trovato applicazione nei suoli (Friuli).

### 3.10. *Altri problemi segnalati.*

Vengono segnalati in questo paragrafo alcuni problemi che sono stati oggetto di particolari considerazioni solo in taluni degli incontri avuti dalla delegazione parlamentare nelle sei regioni campione.

#### a) *Medicina di base.*

Si osserva che la USL deve tenere particolari rapporti con i medici di base, perché essi possano svolgere correttamente una funzione di filtro nei confronti dell'ospedale e della specialistica. A questo fine è necessario che il medico di base sia disposto ad assumere le proprie responsabilità, rifuggendo dalla tentazione di rinviarle ad altri livelli. Occorre anche inventivare e premiare la professionalità dei medici di base, per evitare che la medicina di base divenga il rifugio di chi non è in grado di inserirsi nella specialistica, non potendo neppure nel contempo rivestire i panni dei medici di un tempo. Bisogna assolutamente evitare che il medico di base si senta trasformato in impiegato con mentalità burocratica, investito solo del compito di scrivere ricette (Friuli).

#### b) *Specialistica.*

La specialistica ambulatoriale esterna è spesso affidata alle strutture private,

che in alcuni casi le regioni non sono state neppure in grado di censire (Calabria). Anche nelle regioni dotate di strutture sanitarie considerate generalmente buone viene a volte considerato eccessivo il numero di ambulatori specializzati e di poliambulatori a cui si può accedere senza autorizzazione del medico di famiglia, con la conseguenza di una surrettizia privatizzazione del servizio (Toscana). Viene considerata carente anche la integrazione fra la specialistica ospedaliera e la specialistica ambulatoriale esterna (Piemonte). In sintesi il problema sembra essere quello di una difficile razionalizzazione delle strutture esistenti, perché gli specialisti non si improvvisano, perché la relativa tecnologia si fa sempre più costosa, e perché il settore è prevalentemente gestito da privati.

c) *Guardia medica.*

L'istituto è considerato generalmente con sfavore, e come bisognoso di un radicale ripensamento. Il nodo principale sta nel fatto che questo istituto mette a disposizione del paziente un medico senza esperienza proprio nel momento del maggiore bisogno (Friuli). Il servizio è stato definito « cassa integrazione dei medici neolaureati » e addirittura una calamità tanto per la finanza pubblica quanto per l'utente (Friuli). Sono state denunciate anche situazioni in cui non si riesce neppure ad organizzare un servizio di guardia medica in grado di dare al sindaco la prescritta autorizzazione per le sepolture nei giorni festivi (Sardegna).

d) *Consultori.*

In qualche caso la rete dei consultori appare sovradimensionata rispetto alle esigenze, con conseguenti duplicazioni di spese (Toscana). In altri casi viene lamentato che i consultori trascurino l'aspetto della prevenzione, che dovrebbe essere uno dei cardini della loro attività (Piemonte). Il servizio non pare soggetto a particolari critiche laddove esso è considerato come un mero contenitore in cui

mettere « quello che è richiesto dagli utenti tramite gli organismi di partecipazione » evitando solo di duplicare le strutture sanitarie esistenti (Friuli).

e) *Assistenza materno-infantile.*

Una particolare enfasi su questo problema è stata posta in Calabria dove, pur essendovi una mortalità neonatale altissima, il progetto obiettivo materno-infantile non è stato mai realizzato e si è osservato che probabilmente la causa dovrebbe essere individuata in una imperfetta legislazione che rende difficile aggregare le diverse unità operative che si occupano della materia. È stato osservato che il 50 per cento degli *handicaps* è conseguenza di inefficienza nella prevenzione, e che, applicando i dati statistici generali, si può supporre che a fronte di una mortalità neonatale in Calabria pari al 10 per mille corrisponda una nascita di 40 handicappati. D'altra parte la legge del 1968 prevede un'assistenza di 420 minuti per il bambino neonato in terapia intensiva, mentre negli ospedali del capoluogo si possono garantire al massimo, lavorando a pieno ritmo, dai 100 ai 120 minuti di assistenza.

f) *Anziani.*

L'assistenza agli anziani è particolarmente adeguata nella regione Friuli-Venezia Giulia dove la città di Trieste vanta il primato di essere « la città più vecchia d'Italia ».

La legge regionale prevede una serie di interventi specifici ad integrazione delle attività sanitarie, quali assistenza domiciliare, assistenza abitativa, centri sociali diurni, alloggi autonomi, alloggi protetti ed appartamenti polifunzionali, soggiorni climatici e di vacanza, case per anziani ed inabili e servizi di carattere sanitario.

Viene segnalato tuttavia che alcuni tipi di case ricovero hanno rette assai alte a carico dell'utente, vicine alla cifra di un milione al mese (Friuli).

In altre regioni dell'assistenza agli anziani non viene fatta parola, oppure si dichiara espressamente che essa è largamente insufficiente (Piemonte, Calabria).

g) *Medicina del lavoro.*

Le difficoltà che i servizi di medicina del lavoro incontrano sul territorio sono di ordine strutturale. Non si tratta solo di mancanza di finanziamenti, che privilegiano l'aspetto diagnostico e terapeutico rispetto a quello preventivo, ma anche dell'assenza di leggi sia regionali che nazionali, e soprattutto della mancanza del piano sanitario nazionale. Pesa inoltre la carenza di competenze di secondo livello, cioè di servizi multizonali per la prevenzione, che in passato competevano all'ENPI e alla ANCC e che, in mancanza di una normativa adeguata, non possono essere adeguatamente assunte nell'ambito dei servizi per la prevenzione delle USL. Manca altresì una struttura di terzo livello, cioè di livello regionale, quale centro di documentazione a cui possano attingere tutti gli operatori e gli utenti dei servizi per la prevenzione e di medicina del lavoro. Va rilevato inoltre la delicatezza dei rapporti con l'unità sanitaria locale, derivante dalla circostanza che alcuni operatori dei servizi di prevenzione sono ufficiale di polizia giudiziaria e quindi rispondono direttamente alla magistratura oltre che agli organi direttivi delle stesse unità sanitarie locali: questo rende particolarmente

difficili gli interventi su strutture delle USL da cui l'operatore dipende (Toscana). In linea generale le difficoltà di avviamento dei servizi per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e per la medicina del lavoro vengono attribuite a ragioni che possono così ri-pilogarsi: carenza qualitativa e numerica del personale confluito dagli enti che gestivano la materia nel sistema precedente; mancanza di una conoscenza adeguata delle attività produttive, del numero e della distribuzione degli occupati in ambito regionale; carente standardizzazione dei criteri e dei metodi con cui devono operare i servizi di medicina del lavoro; mancanza di un idoneo sistema informativo per ora supportato dalle informazioni fornite dall'INAIL (Friuli).

h) *Ricerca e università.*

Si lamenta il rilievo assai scarso dato attualmente alla ricerca scientifica in campo sanitario e l'inadeguatezza delle convenzioni, che, sia pure con ritardo, cominciano ad essere stipulate fra regioni e università. In particolare viene chiesto che nella stipula di tali convenzioni siano coinvolti anche i medici ospedalieri (Lazio, Sardegna).

i) *Tecnologia sanitaria.*

Il settore esige di essere sorvegliato e programmato con cura. Occorre infatti ottimizzare l'impiego delle nuove tecnologie, affinché gli stanziamenti previsti per l'acquisto, l'addestramento professionale e la gestione ordinaria siano effettivamente finalizzati al miglioramento del servizio e consentano una migliore formazione professionale degli operatori. Bisogna valutare se sia opportuno dare allo specialista delle USL il controllo di merito sulle prescrizioni del medico di base, quando si tratti di prescrizioni particolarmente costose e consentire l'accesso di tutti gli specialisti del settore all'uso degli strumenti più qualificati per evitare che si determini nei fatti una scala di valori per cui il medico che utilizza alta tecnologia ha più prestigio (Lazio).

**La seduta comincia alle 22,05.**

PRESIDENTE. Come d'accordo, onorevoli colleghi, ai sensi dell'articolo 144, terzo comma, del regolamento, pongo in votazione il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva, condotta sul funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

*(La Commissione approva).*

Il documento ed i relativi allegati costituiscono parte integrante del resoconto stenografico della seduta.

**La seduta termina alle 22,10.****4. — CONSIDERAZIONI FINALI.**

Il ritmo dei lavori parlamentari non ha consentito di concludere l'indagine conoscitiva in un breve arco di tempo, ma il programma concordato è stato integralmente realizzato, dalla prima visita in Toscana (12 marzo 1984) all'ultima visita nel Lazio (11 luglio 1985). Nel frattempo sono intervenuti nel Servizio sanitario nazionale numerosi provvedimenti di rilievo.

Basti citare il ripiano del *deficit* pregresso delle unità sanitarie locali (1), l'approvazione della legge per l'immissione nei ruoli nominativi regionali del personale precario delle unità sanitarie locali (2), la approvazione del Piano sanitario nazionale 1986-88 (3), la riforma delle autonomie locali attualmente all'esame dell'Assemblea del Senato, in cui numerose norme hanno incidenza sul Servizio sanitario nazionale e infine la cosiddetta « piccola riforma » delle unità sanitarie locali, approvata dal Senato il 1° agosto

(1) Stabilito dapprima con l'articolo della legge finanziaria 1984, e reso operativo con l'emanazione e la reiterazione nel corso del 1984 di cinque decreti legge e, infine, del decreto-legge 25 gennaio 1985, n. 8, convertito in legge con modificazioni, con la legge 27 marzo 1985, n. 103.

(2) Legge 20 maggio 1985, n. 207.

(3) Legge 23 ottobre 1985, n. 595.

1985 e approvata dalla Camera, per la parte relativa all'Assemblea e alla composizione del comitato di gestione (4).

Contemporaneamente restano da segnalare altri gravi problemi non risolti: il riordino del Ministero della Sanità, il decollo dei servizi per la prevenzione e la riabilitazione, la definizione dello *status* degli amministratori delle USL, e in generale l'emanazione di tutti gli atti previsti dalla legge n. 833 del 1978, in particolare per quanto riguarda la prevenzione.

Sullo sfondo di questi problemi si possono formulare alcune considerazioni conclusive che emergono dalla indagine svolta dalla Commissione.

**a) Aspetti istituzionali.**

Si avverte la necessità che il Governo tratti i problemi della sanità in modo unitario e con un'unica voce. Le regioni, i comuni, le USL, gli operatori sanitari, devono avere nel Ministero della sanità un unico referente a livello governativo, che riassume le competenze ora disperse tra i ministeri della sanità, del tesoro, del bilancio, della funzione pubblica, del lavoro, degli affari regionali.

Bisogna inoltre che le USL raggiungano al più presto un assetto stabile per quanto riguarda i loro organi e le rispettive competenze, nel quadro della riforma delle autonomie locali. Se il dibattito sul « nuovo assetto » e su piccole e grandi riforme dovesse protrarsi ancora a lungo, ci sarebbe il rischio grave di favorire l'immobilismo, mentre l'attuazione della riforma richiede proprio il contrario: agilità, iniziativa, assunzione di responsabilità.

**b) Aspetti finanziari.**

L'indagine della Commissione ha confermato le gravi conseguenze sulla gestione finanziaria dei servizi prodotte dalla sistematica sottostima del Fondo sanitario nazionale per la parte corrente, dalla inadeguatezza della parte in conto

(4) Legge 9 gennaio 1986, n. 4.

capitale e dai ritardi nei trasferimenti. L'approvazione del Piano sanitario nazionale potrà contribuire in modo importante all'acquisizione di un metodo diverso e all'avvio di una gestione complessiva in cui il flusso delle risorse sia valorizzato in modo ottimale in relazione alle esigenze.

Il problema dei controlli sugli organi delle USL deve essere rivisto e finalizzato a criteri di economicità, funzionalità ed efficienza, evitando doppioni e meccanismi che si risolvano prevalentemente in un intralcio all'attività degli amministratori.

Infine, una maggiore attenzione deve essere posta al flusso delle entrate, sia sotto il profilo dell'ammontare delle quote dovute a questo titolo all'erario dai privati, come da organismi pubblici, sia sotto quello della perequazione contributiva, in vista di giungere alla completa fiscalizzazione già prevista dall'articolo 76, comma 2, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

#### c) *Personale.*

Dopo la travagliata approvazione della legge 20 maggio 1985, n. 207, per l'inquadramento diretto nei ruoli nominativi regionali del personale non di ruolo delle USL, è necessario garantire con il massimo impegno il rapido svolgimento dei primi concorsi, così da consentire la messa a regime dei meccanismi per il reclutamento del personale e per l'accesso alle varie posizioni funzionali.

Di non minore importanza è il problema della formazione, sia per quanto riguarda gli studi medici che per le altre figure professionali previste dal decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, sullo stato giuridico del personale delle USL. In questa materia, infatti, mentre a livello di studi esistono vari contributi, la normativa rimane assai disorganica e frammentaria, e soprattutto mancano norme generali coerenti con le esigenze della riforma sanitaria.

Lo stesso decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, deve essere sottoposto a revisione, per superare le contraddizioni che si sono evidenziate e renderlo più coerente ai principi della riforma sanitaria. Le convenzioni e i contratti devono essere strutturati in modo da renderli strumento della riforma.

#### d) *Servizi.*

La riabilitazione, e soprattutto la prevenzione, considerati i due pilastri della riforma, sono ancora lontani dall'aver assunto il rilievo che a loro spetta sotto il profilo economico, sotto quello etico e alla luce delle stesse esigenze della scienza medica.

Strettamente connessi a questa carenza sono altri adempimenti, che si pongono in parte a livello normativo e in parte a livello gestionale: la riforma dell'assistenza e la conseguente integrazione degli interventi sanitari e sociali; l'attuazione dei distretti, quali sedi privilegiate per l'individuazione degli interventi di prevenzione e in generale delle attività previste dagli articoli 20-22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833; l'integrazione orizzontale e verticale dei servizi, da cui dovrebbe derivare il superamento dell'ottica ospedalocentrica e l'impiego ottimale delle risorse.

I quattro punti indicati (aspetto istituzionale, aspetto finanziario, personale e servizi) sono di rilievo tale che non possono essere affrontati in successione, stabilendo tra essi un ordine di priorità perché una carenza in uno di questi settori sarebbe tale da vanificare l'impegno posto negli altri.

Il grande impegno che ha portato alla realizzazione del Servizio sanitario nazionale, il cui disegno complessivo mantiene piena validità, deve proseguire a livello legislativo, amministrativo e gestionale, per consentire la piena valorizzazione delle risorse che il paese - e in primo luogo gli operatori sanitari - dedicano alla tutela della salute.