

I.

VISITA ALLA REGIONE TOSCANA

1) - Lunedì, 12 marzo 1984 - ore 10,30.

INCONTRO CON ASSESSORI SANITA' E SERVIZI SOCIALI REGIONE TOSCANA - UFFICIO DI PRESIDENZA IV COMMISSIONE CONSIGLIO REGIONALE TOSCANA - RAPPRESENTANZA PRESIDENTI USL REGIONE TOSCANA.

Il Presidente Casalnuovo introduce l'incontro illustrando fini e modalità dell'indagine conoscitiva.

Giorgio Vestri, assessore alla Sanità della Regione, riferisce preliminarmente sullo stato di elaborazione del piano regionale sanitario e del piano regionale dei servizi sociali per il triennio 1984-1986 che si sta predisponendo con notevoli sforzi e tra difficoltà che derivano anche dall'assenza di standards di riferimento contenuti in un piano sanitario nazionale.

Si sofferma quindi sui principali problemi relativi alla sanità, comuni all'ambito regionale. Precisa che la sanatoria, che nessuno ama, è peraltro condizione necessaria all'attivazione delle normali procedure concorsuali, ricorda l'elevato numero di personale, a contratto e convenzionato, ereditato dai consorzi e dalla precedente gestione, impiegato prevalentemente nei servizi di medicina del lavoro, salute mentale, consultoriali. Rileva come l'eredità di tutte le convenzioni dia probabilmente luogo ad una eccessiva dotazione di personale convenzionato ponendo problemi di riequilibrio tra strutture interne ed esterne.

Si sofferma quindi sui principali problemi ospedalieri, sottolineando come il numero di posti letto in dotazione sia sensibilmente superiore a quello considerato quale obiettivo da perseguire in ambito nazionale; il piano sanitario regionale si propone infatti la soppressione di numerosi posti letto attraverso obiettivi di riconversioni strutturali. Rileva a questo proposito come siano necessarie, a questo fine, spese per investimenti ben superiori al livello estremamente sottodimensionato deciso con legge finanziaria; d'altra parte la strada della riconversione, e quindi della moltiplicazione di strutture alternative al ricovero, è l'unica idonea ad attuare un forte ridimensionamento della spesa corrente. Sottolinea infine come la Regione e le Unità sanitarie locali si attendano come necessarie dell'istanza centrale certezze programmatiche, normative e finanziarie. Sotto questo ultimo profilo precisa che quanto più lo stanziamento per il servizio sanitario si discosta dalle necessità reali e quindi quanto più elevato è il deficit di gestione tanto meno motivata e psicologicamente agibile diventa la limitazione dello stesso da parte dei responsabili della Regione e delle USL. Ricorda altresì che i ritardi e le incertezze nell'erogazione delle somme dovute ai farmacisti, in una condizione in cui, in assenza di interventi specifici, è impossibile il mantenimento della spesa farmaceutica nel tetto di 4.000 miliardi, provocano giocosforza in molti casi il ritorno al sistema dell'assistenza farmaceutica indiretta.

Intervengono quindi alcuni membri della delegazione della Commissione Sanità della Camera.

L'on. Poggiolini chiede chiarimenti e desidera approfondimenti sui seguenti problemi:

- gestione dei grandi ospedali e policlinici (se e quali livelli di autonomia si ritengono opportuni);
- sanatoria - per quali motivi il sistema concorsuale non riesce mai a decollare e si è costretti a passare in pratica da una sanatoria all'altra;
- strutture convenzionate esterne.

L'on. Giovagnoli intende conoscere dal piano sanitario regionale è previsto il mantenimento dell'integrazione dei servizi socio-sanitari nei distretti e della competenza delle USL per i servizi sociali;

- quali siano gli ostacoli che impediscono l'applicazione delle procedure concorsuali;

- se con il recente decreto-legge n. 747 è conservata la reale possibilità di copertura dei posti vacanti.

L'on. Tagliabue formula quesiti sui seguenti temi:

- rapporti comuni - USL e aspetti istituzionali della gestione USL;
- congruità della quota del Fondo Sanitario Nazionale;
- consolidamento dei debiti pregressi;
- spesa farmaceutica, con particolare riguardo ai fenomeni di ritorno alla assistenza indiretta e di centralizzazione del sistema di erogazione e rimborsi sanitari e servizi sociali;
- applicazione della legge 187 - realizzazione di interventi programmati per la effettiva chiusura degli ospedali psichiatrici.

L'on. Curci formula quesiti sui seguenti temi:

- servizi per la riabilitazione;
- centri per la cura degli espletici;
- rapporti abitanti-farmacie;
- servizi di prevenzione per le tossicodipendenze.

L'on. Corsi chiede come mai non si sia potuta avviare una soluzione graduale al problema dell'eccesso di posti letto.

L'on. Del Donno formula un quesito sugli orari di lavoro del personale delle USL e i controlli sugli orari stessi.

Il Presidente Casalnuovo chiede alcune informazioni sui processi in atto di integrazione orizzontale e verticale dei servizi di prevenzione, cura e riabilitazione.

Interviene quindi il Presidente della Commissione Sanità del Consiglio regionale, Manchetti il quale si sofferma in particolare sul piano sanitario regionale, illustrandone la bozza che è attualmente all'esame della Commissione da lui presieduta.

Rispondendo quindi a quesiti posti dai deputati ritiene, quanto ai grandi ospedali, opportune forme di autonomia contabile e finanziaria, ma non gestionale.

Quanto al ruolo delle strutture private convenzionate ritiene che occorra definire un quadro di certezze per consentire ad esse gestione imprenditoriale ed investimenti da cui non possono prescindere.

Quanto ai problemi del personale rileva come l'80 per cento del precariato derivi dai convenzionamenti effettuati dai consorzi, i quali non potevano disporre di personale proprio.

Interviene quindi l'Assessore ai servizi sociali, Benigni. Sui problemi relativi all'assistenza psichiatrica sottolinea che le difficoltà nell'applicazione della legge 180 derivano soprattutto dalla assenza di finanziamenti specifici. La gestibilità della legge dipende soprattutto dalla possibilità di apertura dei servizi 24 ore su 24 e dalla disponibilità di personale specializzato di varie qualifiche.

Quanto alle tossicodipendenze informa che in ogni USL esiste un gruppo operativo interdisciplinare dal momento che il problema richiede una pluralità di approcci e risposte. Sottolinea alcuni problemi di coordinamento tra strutture delle USL e strutture private volontarie convenzionate. L'aspetto più problematico e carente, che sicuramente ha bisogno anche di impulso programmatico a livello centrale, è quello della prevenzione.

Si sofferma quindi sui problemi della riabilitazione, sottolineando la necessità di un più diffuso approccio organico e interdisciplinare.

Riferisce infine che vi sono in Toscana centri specializzati per epilettici ma che la tendenza è ora quella di demandare i relativi problemi ad unità operative più diffuse e decentrate.

Il Presidente della USL 30, Vittorio Meoni, lamenta la scarsità di tempo a disposizione, che non consente di approfondire i problemi con la serietà che essi meritano. Egli aveva preparato tre note da illustrare alla Commissione: sulla medicina del lavoro, sul servizio veterinario, e sui laboratori di analisi privati. Limitandosi ad estrapolare alcune osservazioni principali, si dice fermamente contrario allo scorporo della gestione degli ospedali da quella delle USL. Alle motivazioni già espresse dal Presidente della Commissione Sanità del Consiglio regionale e dall'Assessore regionale alla sanità, intende aggiungere quelle derivate dalla propria esperienza. Nell'ospedale infatti, specie se universitario, si svolge la maggior parte delle attività specialistiche e sarebbe impossibile a suo avviso realizzare la logica della riforma (dipartimenti, integrazione orizzontale e verticale dei servizi) senza mantenere una gestione unitaria. Passando al tema dei laboratori di analisi, osserva che la struttura privata è da considerare integrativa di quella pubblica e che perciò lo sforzo principale dell'amministrazione deve consistere nel miglioramento delle strutture pubbliche, che comporterà automaticamente la progressiva chiusura o comunque la riduzione di quelle private. Tale conseguenza appare inevitabile in Toscana, dove la regione ha speso per i laboratori privati di analisi 1.404.000.000 nel 1981, ma solo 113 milioni nel 1983 e presumibilmente circa 50 nel 1984.

Il Presidente della USL 10A Olinto Dini, intervenendo sul rapporto USL-Comune, osserva che tale rapporto di fatto non esiste. Esso va inventato tenendo presente che da un lato la regione deve dedicarsi a compiti più ampi e dall'altro le USL non possono gestire tutti i servizi. In particolare i servizi di igiene pubblica, di medicina del lavoro, di veterinaria vanno gestiti unitariamente dal Comune. Questo implica una ridefinizione della posizione istituzionale delle USL e questa ridefinizione va fatta anche tenendo presen

te la scarsa disponibilità di personale dotato della preparazione professionale sufficiente per i compiti di direzione tecnica e amministrativa. Infine dichiara di concordare con le critiche già svolte all'ipotesi di scorporo degli ospedali; e con le valutazioni negative sulla congruità del fondo sanitario nazionale.

Il Presidente della USL 10 G. Bongiacchi consegna alla Commissione un documento che illustra due esperienze: la trasformazione di un ex sanatorio in residenza per gli anziani non autosufficienti, e la creazione di una rete diffusa di presidi diurni per l'assistenza ad handicappati motori sul territorio. Egli osserva 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 della USL. Questo impone però la integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, che è perfettamente nella logica della riforma, ma che è ancora lontana dall'essere attuata, sia pure solo legislativamente.

Il Presidente della USL 16 Roberto Volpi osserva che la "controriforma" è iniziata con la legge finanziaria 1982 e in particolare con le sue disposizioni in materia di controllo degli atti delle unità sanitarie locali. In particolare l'organo regionale di controllo appare un organismo burocratico, ispirato da formalismo esasperato, quando non da rappresaglia, e comunque staccato dalle esigenze della amministrazione attiva. Vi sono attualmente tre condizioni che impediscono istituzionalmente ad una USL di essere efficiente: una fortissima minoranza all'interno, una molteplicità di controlli, la mancanza di immediata eseguibilità di atti urgenti.

Quanto ai livelli di spesa, sia della spesa sanitaria generale come in particolare di quella farmaceutica, osserva che la mancanza di una valutazione realistica genera necessariamente incertezza e comporta pertanto che i livelli fissati siano travolti dalla realtà.

Anche il Presidente della USL 10A Alberigo Chiaroni sottolinea la necessità di rivedere l'assetto istituzionale delle USL affidando ai comuni i grandi compiti di indirizzo e di controllo e alle USL la gestione. Ma nessuna efficienza sarà possibile senza la certezza delle risorse finanziarie, superando il permanente contenzioso stato-regione-comune, e delle risorse umane, superando il problema del precariato e delle proroghe periodiche degli incarichi.

In particolare con riferimento al precariato il Presidente della USL28 (100.000 abitanti e 54 miliardi di bilancio annuo), Lino Signori, si associa alla richiesta di immediata eseguibilità degli atti urgenti. Sottolinea poi la necessità di ripristinare il tirocinio per i medici, e osserva al riguardo che l'ultimo avviso pubblico per assistenti di radiologia nella sua USL è stato vinto da un dentista.

Riprendendo molti temi già segnalati dai Presidenti delle USL, l'Assessore Vestri osserva che attualmente le regioni non indicano i concorsi sia temendo le disfunzioni che potrebbero derivare dalla possibilità di concorrere a posizioni apicali per medici che hanno operato fino ad ora in strutture marginali, sia per attendere l'assetto definitivo delle piante organiche conseguente all'attesa sanatoria. Con riferimento ai laboratori di analisi, osserva che non sembra giusto buttar via il patrimonio tecnologico che questi hanno acquisito, e che d'altra parte non sempre è possibile per i laboratori pubblici rispettare la regola dei "tre giorni". Ma, detto

questo, bisogna porre con forza il problema delle incompatibilità (perchè ci potrebbe essere chi ha interesse a non fare funzionare le strutture pubbliche), problema che tuttavia deve essere risolto con legge dello Stato e non può essere affidato ai contratti e alle convenzioni.

Riprendendo il tema dell'assetto istituzionale ricorda che molti problemi sono di carattere intercomunale e che non può bastare a risolverli un rafforzamento del ruolo del comune. E d'altra parte, prima di affidare tutte le aspettative ad una riforma del carattere istituzionale delle USL, si dichiara convinto che esiste tuttora uno spazio per recuperare una maggiore funzionalità interna delle unità sanitarie locali.

Sotto il profilo finanziario osserva che la ricentralizzazione dei pagamenti alle farmacie operata dalla regione Toscana non deresponsabilizza le USL, perchè gli eventuali risparmi da queste ottenuti vanno a vantaggio del bilancio delle stesse USL. Circa il pagamento dei debiti pregressi delle USL precisa che le banche sono autorizzate a fornire le anticipazioni necessarie, ma dichiarano spesso di non essere obbligate a farlo e nonostante una recente circolare del Ministero del Tesoro all'associazione bancaria italiana non si è ancora pervenuti ad una soluzione formale. Da ultimo, sul livello del Fondo sanitario nazionale, osserva che non si sono verificate le previsioni di risparmio secondo i meccanismi della legge finanziaria, mentre si stanno verificando le previsioni unanimesi delle regioni per una spesa, che, in assenza di modificazioni dei suoi meccanismi, potrà arrivare fino a 38.500 o 39.000 miliardi.

2) - Lunedì 12 marzo 1984 -

INCONTRO CON RAPPRESENTANTI DEI SINDACATI CONFEDERALI, DELL'ORDINE DEI MEDICI E DI ASSOCIAZIONI E SINDACATI DI CATEGORIA.

Partecipa per la Commissione Sanità della Camera una sottodelegazione composta dal Vicepresidente Tagliabue e dagli Onorevoli Poggiolini e Corsi.

Introduce l'incontro il Vicepresidente Tagliabue il quale illustra le finalità e l'oggetto dell'indagine conoscitiva.

Il presidente della Federazione regionale dell'ordine dei medici, Tursiani, ritiene che si debba ricercare nella deficienza organizzativa e funzionale delle USL se non l'unica (non si possono infatti dimenticare gli inadempimenti relativi al Piano Sanitario Nazionale, ai Piani sanitari regionali, alla definizione congrua del Fondo sanitario, alla redistribuzione precisa e tempestiva del Fondo stesso,) certamente la principale causa delle macroscopiche disfunzioni dello stato dei servizi sanitari in Italia. Anzitutto è - a suo avviso - necessario che la legge costruisca un modello organizzativo prefigurato di USL, idoneo ad eliminare il deleterio stato di difformità erogativa, amministrativa ed organizzativa, il quale produce un insostenibile stato di confusione, disagio e malumore negli utenti e negli operatori. E' inoltre convinto che la legge dovrebbe prevedere controlli statali sulle Regioni e controllo regionali sulle USL fino alla possibilità di interventi straordinari in caso di manifesta incapacità

tà di funzionamento. Ritiene poi indispensabile che si definiscano precisi confini tra attribuzioni e responsabilità dei politici e dei tecnici. Quanto all'organizzazione della USL, se è vero che essa debba configurarsi quale una grande azienda che, per la complessità delle strutture, dei problemi, delle funzioni, necessita di una agile ed efficiente conduzione manageriale, ritiene che la soluzione più adatta sia quella di un'azienda municipalizzata. In tale quadro sottolinea peraltro la necessità di superare l'attuale eccessiva politicizzazione del comitato di gestione, i cui componenti - pochi - dovrebbero essere in possesso di requisiti morali e professionali che garantiscano efficienza e correttezza dell'azienda municipalizzata USL. Il comitato di gestione dovrebbe essere, secondo Tursiani, competente per gli atti di maggiore rilevanza (approvazione dei bilanci e dei consuntivi, formulazione di programmi, ecc.). L'Ufficio di Direzione, invece, composto da un direttore generale, da un direttore amministrativo, da un direttore sanitario e dai dirigenti dei servizi e dei presidi dovrebbe sovrintendere all'attività aziendale secondo le direttive del comitato di gestione e compiere tutti gli atti relativi all'amministrazione del personale, alla organizzazione del lavoro ed alla gestione economico-finanziaria. Quanto all'Assemblea, essa dovrebbe essere soppressa e le relative attribuzioni dovrebbero essere assunte dal Consiglio comunale e dalle assemblee generali delle Associazioni dei comuni.

Sottolinea infine la necessità di ricentralizzare alcune attività (anagrafe del personale, pagamenti), ridurre il numero - considerato eccessivo - delle USL, dar luogo ad effettivi meccanismi di mobilità del personale.

Il dott. DE LUCA, rappresentante dei medici CGIL, contesta radicalmente la diagnosi dei mali del Servizio sanitario effettuata dal dott. Tursiani riferita all'eccesso di politicizzazione.

Ritiene infatti che la politica sanitaria debba, a meno che non si voglia tornare indietro rispetto alle legge 833, essere quanto più concretamente e da vicino fatta dai cittadini attraverso le loro rappresentanze politiche. Succede semmai invece, troppo spesso, che i Comitati di gestione, che esercitano di fatto poteri di vero e proprio indirizzo politico in campo sanitario, non siano rappresentativi della maggioranza politica espressa dai cittadini.

Il dott. Cappa, della CIMO, ritiene che vada maggiormente valorizzato il ruolo dei sanitari negli aspetti tecnici della gestione delle USL. Sottolinea quindi l'importanza, per i medici come per il personale paramedico, di periodi di qualificazione e aggiornamento; alla luce di tali esigenze rileva come non si possa sostenere che negli ospedali vi sia eccesso di personale. Si sofferma quindi sulle caratteristiche verso cui dovrebbe tendere l'assistenza ospedaliera, sottolineando la grande importanza (anche sotto il profilo del contenimento della spesa) del day hospital e delle "sessioni di frequenza"; la maggiore diffusione di tali sistemi deve però accompagnarsi - a suo avviso - ad un potenziamento delle dotazioni strumentali delle strutture ospedaliere.

Bettinetti, rappresentante della CISL, ritiene necessario reimpostare l'organizzazione delle USL secondo criteri di separazione funzionale dei momenti tecnico e politico; segnala anche fenomeni di parcellizzazione

e quindi l'opportunità di ridurre il numero delle USL; quanto ai rapporti USL-ospedale, ritiene occorra tener conto delle peculiarità dei grandi ospedali, senza però giungere a forme di separazione degli stessi dal tessuto delle Unità sanitarie.

In relazione ai problemi finanziari, ritiene che si possono attuare notevoli economie affidando il sistema di approvvigionamento e in generale degli acquisti da parte della USL a strutture pubbliche specializzate quali - ad esempio - gli ex Enti comunali di consumo.

Mauro, rappresentante della CGIL, denuncia la pesante campagna di mistificazioni in atto contro le USL e ricorda i gravi inadempimenti governativi che hanno di fatto bloccato o deviato l'attuazione della riforma sanitaria: sottolinea soprattutto i guasti derivati dalla assenza di una seria politica centrale di programmazione e razionalizzazione.

Rileva come esistono peraltro anche problemi di strutture delle USL; occorre in particolare, a suo avviso, superare la scissione tra istanze decisionali ed imputazione di responsabilità, riconducendo questa ultima al suo naturale referente politico secondo il principio cardine della maggioranza; un comitato di gestione composto da assessori dei comuni componenti le USL potrebbe essere - a suo avviso - una valida soluzione.

Gli onn. Poggiolini, Corsi e Tagliabue pongono alcuni quesiti e sollecitano approfondimenti sui seguenti temi:

- centralizzazione dei pagamenti alle farmacie;
- elevato livello dei posti-letto in Toscana e prescrizioni del piano sanitario nazionale;

- applicazione del contratto del comparto pubblico
- applicazione delle convenzioni.

Il Dott. Mayer, del Sindacato nazionale radiologi, analisti e patologi, si sofferma sui temi del convenzionamento esterno. Si chiede in particolare se il convenzionamento esterno sia effettivamente posto, ai sensi della legge 833, sullo stesso piano dei presidi pubblici, se vi siano garanzie per il malato ai fini della libera scelta del medico e del luogo di cura, se le USL possano impunemente ignorare la "legge dei tre giorni", se il Parlamento sia a conoscenza delle sentenze dei TAR e del Consiglio di Stato in relazione alla corretta ed integrale applicazione di tale normativa, e se sia a conoscenza che molti medici convenzionati attendono ancora il pagamento degli onorari per il 1982.

Il Dott. Panti, della Segreteria nazionale della Federazione medici di medicina generica, sottolinea la notevole disomogeneità nell'attuazione dei servizi. Segnala in particolare gravissime carenze nell'assistenza degli anziani, alla base delle quali vi sono anche difficoltà nell'applicazione dei criteri di mobilità; segnala inoltre carenze nei servizi di riabilitazione e di medicina del lavoro. La rete di consultori, invece, appare sovradimensionata rispetto alle esigenze, con conseguenti duplicazioni di spese, anche perchè l'obiezione di coscienza è fenomeno poco diffuso in Toscana. Troppi sono anche - a suo avviso - gli ambulatori specializzati e i poliambulatori cui si può accedere in sostanza senza autorizzazione del medico di famiglia: si tratta di una surrettizia privatizzazione dei servizi. Dopo aver sottolineato la centralità di un programma di riduzione del-

la spesa ed aver osservato che il numero delle USL è eccessivo, si sofferma sull'applicazione delle convenzioni in Toscana, che giudica nel complesso positiva. Quanto alla spesa farmaceutica, sottolinea la necessità di una corretta educazione sanitaria che ovvi ai condizionamenti dell'industria.

Il Dott. Parrese, del SUMAI, evidenzia i risparmi di spesa corrente che possono derivare da un congruo adeguamento dei fondi per investimenti.

Il Signor Prensì, della UIL, sottolinea le responsabilità della pubblicità sanitaria sul livello di consumi farmaceutici. Rileva quindi che modalità e tempi dell'applicazione del contratto variano in maniera notevole da USL a USL; sottolinea in particolare come alcuni istituti economici vengano applicati ancora sotto veste di acconti.

3) - Lunedì, 12 marzo 1984 -

INCONTRO CON SINDACI, COMITATO DI GESTIONE E COORDINATORI DELL'UNITA' SANITARIA LOCALE 20/A IN SAN GIOVANNI VALDARNO.

Il Presidente Casalnuovo introduce l'incontro ricordando gli scopi dell'indagine, la sua complementarità rispetto a quella parallela condotta dalla Commissione sanità del Senato ed illustrando il programma della visita in Toscana. Illustra altresì gli argomenti oggetto dell'indagine conoscitiva, la quale verte in particolare sull'organizzazione dei servizi.

Il Presidente della USL ospitante, Pasquale Potenza sottolinea i gravi problemi della spesa, con particolare riferimento alla legge finanziaria 1984 e ricorda che la spesa sanitaria ha fatto verificare dal gennaio 1983 al gennaio 1984 un incremento del 27 per cento. Accanto alla spesa sanitaria altri due gravi problemi sono quelli del convenzionamento esterno, che interessa una notevole percentuale del personale del Servizio Sanitario Nazionale, e del Piano Sanitario Nazionale la cui esigenza è avvertita in modo sempre più impellente. Un altro punto critico del sistema - secondo Potenza - è quello istituzionale, sia dal punto di vista dell'organizzazione interna delle USL sia di quella del rapporto tra le USL e i Comuni. Inoltre, con l'aggravamento del sistema dei controlli, gli amministratori delle USL sono talvolta posti di fronte alla alternativa di compiere illegalità amministrative o addirittura illeciti penali (omissio-

ne di soccorso). Ritiene necessario introdurre norme che consentano agli organi direttivi delle USL di esplicitare sino in fondo il loro potere decisionale. Occorre anche - a suo avviso - perfezionare il rapporto tra amministratori e tecnici all'interno della USL, di fronte alla situazione creata dal parere obbligatorio di organi tecnici nei confronti di atti di competenza degli amministratori. Considera poi gravissimo il problema del precariato. Nella USL 20/A vi sono 47 persone in tali condizioni e quasi tutte nei nuovi servizi attuati in seguito alla riforma. Ricorda infine il problema non ancora risolto della collocazione degli ex medici condotti, anche in relazione alla istituzione dei distretti che si trovano talora senza il corrispondente referente medico.

Interviene quindi il presidente della "Assemblea intercomunale della USL, Rolando Nannicini, il quale rileva come la riforma sanitaria presupponga una adeguata spesa di investimento. La legge finanziaria invece negli ultimi tre anni, a fronte di oltre 110 mila miliardi di spesa corrente, ha stanziato solo 440 miliardi per investimenti, di cui la maggior parte è destinata per altro alle nuove strutture ospedaliere nel Mezzogiorno. Si constata quindi una forte disparità fra le risorse destinate alla spesa corrente e le risorse destinate agli investimenti. Rileva inoltre come gli amministratori comunali stiano compiendo un grande sforzo per intervenire nei problemi della riforma sanitaria; in Toscana tutti i Consigli Comunali hanno discusso o stanno discutendo il progetto di Piano Sanitario regionale, eppure sulla stampa nazionale si continua a parlare di lottizzazione delle USL mentre non viene assolutamente messo in luce lo

sforzo dei Comuni per occuparsi dei problemi della riforma. Dal dibattito inoltre sembra stia addirittura scomparendo lo stesso compito delineato nella legge 833 per i Comuni. Invece, porre di nuovo in evidenza il ruolo del Comune e correlativamente quello del distretto, è richiesto anche dalla necessità di avviare la riforma dell'assistenza sociale. La USL deve qualificarsi maggiormente quale strumento dei Comuni più che quale strumento di amministrazione decentrata della Regione. Occorre inoltre stabilire a livello nazionale, e non solo con il Piano Sanitario regionale, indici e standards per i servizi. Non si può infine dimenticare che anche se nella regione Toscana il numero degli ospedali è sufficiente e forse superiore agli standards è tuttavia necessario costruire ospedali in alcune zone dove esistono strutture che di ospedaliero hanno solo il nome e più propriamente devono essere considerate delle infermerie.

Il sindaco di Terranuova Bracciolini, Enrico Tigli, esprime il suo apprezzamento per l'iniziativa della Commissione Sanità della Camera. Rileva che la legge n. 833 ha bisogno di essere attuata e perfezionata più che di essere riformata. Ritiene che il Comune abbia una funzione prevalente nei compiti di prevenzione e di riabilitazione e l'ospedale invece nel compito della cura. Rileva inoltre come manchi nella formazione dei medici una preparazione specifica per la cura non già della salute individuale - per la quale la preparazione, almeno per quanto si constata in Toscana, sembra essere ottimale - quanto per la cura della salute pubblica, igiene e prevenzione. Rileva altresì come occorra una figura professionale a tempo pieno, operante nell'ambito del comune, per gli adempimenti di caratte-

re tecnico-sanitario (certificati di idoneità sanitaria in campo edilizio ecc.). Sottolinea come sia grave la mancanza del Piano Sanitario Nazionale, che si avverte in modo pesante nel lavoro quotidiano del Comune di fronte ai problemi della sanità. Infine osserva come sia necessario che le USL abbiano amministratori a tempo pieno: non è possibile che per amministrare i 40 miliardi di una piccola Unità Sanitaria locale vi sia un presidente con la disponibilità di poche ore al giorno per 300 - 400 mila lire al mese.

Il coordinatore sanitario della USL, Roberto Cipriani ricorda come siano frequenti i conflitti tra tecnici e amministratori laddove la USL raggruppi un numero notevole di comuni: nel caso della USL 20 A si è istituito un distretto per ognuno dei dieci comuni esistenti nell'ambito della USL, ma non si è bene risolto il problema di chi sia responsabile del distretto, se il Presidente della USL, il sindaco o l'Assessore alla sanità. Rileva quindi come il problema che si verifica abitualmente nel quotidiano della vita delle USL, l'impossibilità cioè di sostituire qualsiasi operatore, sia vissuto oramai come un'esperienza tragica. Il Comitato Regionale di controllo, in questi casi, assume un ruolo che è spesso sentito come ostile e malizioso. Passando ad esaminare l'organizzazione dei servizi osserva come l'aumento dei punti di prelievo diagnostico si sia risolto non già in un aumento ma in una riduzione della spesa; infatti, quando il prelievo veniva effettuato quasi esclusivamente in ospedale, il medico prescriveva più facilmente una serie di esami non strettamente necessari, mentre ora che l'aumento dei punti di prelievo consente una

maggior facilità delle operazioni, le prescrizioni sono ridotte all'essenziale. Ritiene infine che occorra correggere e migliorare la riforma, senza rinunce e senza defezioni dal momento che i risultati raggiunti dal 1980, anno di costituzione dell'ufficio direttivo della USL, sono largamente incoraggianti.

Il sindaco di San Giovanni Valdarno, Paolo Parigi, concentrando la sua attenzione sul tema del distretto, osserva che le maggiori difficoltà che si incontrano in merito derivano dalla mancata riforma dell'assistenza: il distretto è infatti lo strumento studiato appositamente per coordinare gli interventi di tipo sanitario e quelli di tipo sociale; occorre tuttavia definire quale sia il ruolo preciso dei sindaci e degli assessori nei confronti delle USL e dei loro organi. Rileva come vi siano nella zona altri problemi acuti, primi fra tutti quello delle tossicodipendenze e quello degli ex agenti psichiatrici. Di fronte ai problemi che l'esperienza presenta nella vita delle USL non può che restare perplessa sentendo parlare della tendenza a risolvere i problemi delle USL in sede nazionale attraverso una serie di controlli successivi; il problema, infatti, non è di controlli, ma di norme che consentano un adeguato funzionamento.

Paolo Aterini, supplente ispettore sanitario e incaricato, per comando, ufficiale sanitario presso il comune di San Giovanni Valdarno. Rileva come di fronte alla situazione caotica che la stessa definizione della sua qualifica abbondantemente illustra, un giovane professionista che intenda scegliere la sua strada non sappia assolutamente dove possa indirizzarsi.

Il coordinatore amministrativo, Mauro Brogi, sottolinea i problemi della formazione della volontà delle USL che ha il seguente iter: unità operativa, servizio, comitato di gestione, assemblea, sindaci, comitato di controllo. Formula critiche nei confronti del comitato regionale di controllo rilevandone la scarsa utilità in presenza di un collegio dei revisori all'interno di ciascuna USL. Ritiene che sotto il profilo organizzativo l'organizzazione verticale della USL sia nel complesso congrua, mentre crei dei problemi l'organizzazione orizzontale, che consiste sostanzialmente nei distretti e nei dipartimenti; meglio: il problema si manifesta non tanto dal punto di vista delle strutture orizzontali del distretto e del dipartimento, che nella USL 20 A sono state organizzate in modo soddisfacente, quanto nei rapporti tra l'ufficio di direzione e il comitato di gestione. Ricorda infine che la riforma sanitaria ha consentito la raccolta organica dei dati che la molteplicità degli enti prima esistenti non consentiva.

Visita ai distretti di San Giovanni Valdarno e Terranuova.

Si sono visitati in particolare il laboratorio di analisi della USL di San Giovanni Valdarno e successivamente il distretto di San Giovanni Valdarno ed il distretto di Terranuova. In quest'ultimo è presente un laboratorio di radiologia ed, in particolare, i servizi per la riabilitazione della intera USL, una struttura nella quale - secondo gli operatori della stessa - è essenziale la cooperazione del sociale e del sanitario ai cui fini sono necessarie figure professionali non previste dal decreto del Presidente della Repubblica n. 761.



4) - Martedì 13 marzo -

Visita alla USL 10/D.

La Commissione è ricevuta nella villa medicea di Careggi, sede della direzione del Policlinico di Careggi, dal Presidente della USL, Olin- to Dini, e dall'Assessore comunale alla sanità, Fioretta Mazzei. Sono pre- senti all'incontro i componenti del comitato di gestione, Remo Mannetti e Carlo Melani, il coordinatore amministrativo Generoso De Gennaro, il coor- dinatore sanitario Pasquale Cioffi, il responsabile della unità operativa di segreteria, Leopoldo Scutto, il responsabile del servizio attività sanitarie distrettuali, Bruno De Napoli e il responsabile dell'ufficio tecnico Dario Giaconi.

Il presidente Casalnuovo illustra le finalità dell'indagine cono- scitiva disposta dalla Commissione.

L'assessore alla sanità del comune di Firenze, Fioretta Mazzei, ricorda che il comune di Firenze consta di cinque USL i cui servizi sono strettamente integrati fra di loro e che si avverte l'esigenza di un cen- tro di coordinamento a livello comunale fra le dette USL. Osserva inoltre come la città, grazie alle sue ricche tradizioni ospedaliere, offra un servizio altamente specializzato di cui si avvalgono non solo la USL 10 D, in cui ha sede il Policlinico, o l'area cittadina ma anche la periferia intesa in senso ampio ed aree ancora più esterne; vi è quindi l'esigenza di conservare la specializzazione ma anche di evitare rischi di appiatti- mento; di tale esigenza va - a suo avviso - tenuto conto nella ripartizio- ne dei fondi.

Interviene il presidente della USL, Olinto Dini il quale conferma che il ruolo del comune deve essere rivalutato. Osserva che la USL ha organizzato fino ad ora un unico distretto, soluzione non soddisfacente dal momento che esiste una zona fortemente urbanizzata dove la USL non giunge ancora con servizi adeguati. Ritiene che in questo caso sia compito del comune intervenire con i suoi strumenti per consentire l'installazione di servizi anche in queste zone. Rileva infine che da un punto di vista amministrativo ogni USL coincide con un certo numero di quartieri e che l'obiettivo sarebbe quello di istituire un distretto in ogni quartiere, entità che, nel comune di Firenze, è la circoscrizione del decentramento amministrativo.

Visita ad un centro di medicina del lavoro della USL 10/D.

Il responsabile del centro informa che il servizio è stato istituito dieci anni fa ed i suoi interventi in parte sono attuati per mezzo di piani mirati preceduti da una mappatura del territorio, in cui si trovano 50 - 60 aziende; il resto degli interventi attengono ad attività di emergenza. Il responsabile del centro, che fa parte del coordinamento nazionale dei servizi di prevenzione (più di 300 in tutta Italia) segnala le principali difficoltà che questi servizi incontrano sul territorio: difficoltà di ordine strutturale non solo per la mancanza di finanziamenti che privilegiano l'aspetto diagnostico e terapeutico rispetto a quello preventivo, ma anche per l'assenza di leggi sia regionali che nazionali e soprattutto

per la mancanza del Piano Sanitario Nazionale. Pesa inoltre - a suo avviso - la carenza di competenze di secondo livello, cioè i servizi multizonali per la prevenzione che in passato competevano all'ENPI e all'ANCC e che, in mancanza di una normativa adeguata, non possono essere ristrutturati nell'ambito dei servizi per la prevenzione delle USL. Segnala inoltre la necessità di una struttura di terzo livello, di livello cioè 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. Rileva inoltre la delicatezza dei rapporti con l'Unità sanitaria locale derivanti dalla circostanza che alcuni operatori dei servizi di prevenzione sono ufficiali di polizia giudiziaria e quindi rispondono direttamente alla magistratura, oltre che ovviamente, agli organi direttivi delle Unità sanitarie. La situazione si fa particolarmente difficile quando gli interventi avvengono su strutture della Unità sanitaria locale. Si potrà ovviare al delicato problema solo istituendo all'interno delle singole USL un servizio di igiene delle strutture sanitarie. Un'altra difficoltà nei rapporti con le USL - rileva - è dovuta al fatto che nelle grandi USL l'attività è molto polarizzata sui problemi ospedalieri e ciò sottrae risorse, attenzione e competenze per i servizi di prevenzione ed in particolare per la medicina del lavoro. Rispondendo quindi ad alcune domande osserva che la costruzione di mappe dei rischi è ostacolata dal fatto che una serie di informazioni in possesso dell'INAIL sono considerate riservate e non vengono segnalate ai servizi e che il servizio di medicina del lavoro ha ormai la facoltà di entrare in ogni luogo di lavoro e di presentarsi quindi come

istituto al servizio della salute tout court e non al servizio di una parte sociale come appariva precedentemente quando l'intervento era consentito soltanto su richiesta dei lavoratori in applicazione dello Statuto dei lavoratori.