

## III.

## VISITA ALLA REGIONE LAZIO

Incontro presso il palazzo della Regione, Roma 26 giugno  
1984.

Il Presidente della giunta Panizzi apre i lavori por-  
gendo un breve saluto alla delegazione e sottolineando il momen-  
to di difficoltà in cui si trova attualmente il servizio sani-  
tario nazionale. Definisce "grave" la situazione e ricorda in  
particolare il problema dei rapporti tra servizi sanitarie e ser-  
vizi sociali.

Il Presidente della Commissione sanità della Camera  
onorevole Casalnuovo ringrazia il Presidente della Giunta per  
la sua accoglienza e tutti i presenti per la disponibilità di-  
mostrata. Illustra poi gli argomenti che formano oggetto di que-  
sta indagine conoscitiva, precisa come essa sia complementare  
a quella svolta dal Senato e ricorda come sia di viva attua-  
lità politica il tema della attuazione, od eventualmente della  
modificazione della legge 833. Sottolinea in particolare come  
fra i primi risultati di questa indagine conoscitiva vi sia la  
constatazione di una diversità forse troppo accentuata fra Re-  
gione e Regione nei criteri di attuazione della riforma sanita-  
ria.

Il Presidente del Consiglio regionale Mechelli osser-  
va come il problema sanitario oggi più che "grave" si possa de-  
finire "tragico". Si sofferma su due punti: i compiti del Mini-  
stero della sanità, che deve provvedere innanzitutto alla pro-  
pria ristrutturazione ed occuparsi dei problemi unitari della  
sanità ed in particolare del piano sanitario nazionale, senza  
sottrarre competenze alle regioni; e la questione del finanzia-  
mento per il servizio sanitario nella regione Lazio, che è ampia-  
mente sottostimato, in relazione al flusso di degenza ospedalie-  
ra proveniente dal sud.

Prende poi la parola l'Assessore regionale alla sanità Gigli. Ricorda che nella regione Lazio vi sono 59 usl, di cui 20 nella città di Roma con un'unica assemblea generale costituita dal Consiglio comunale. Anch'egli lamenta subito l'inadeguatezza del fondo sanitario nazionale, che appare molto più accentuata per questa regione che per la media nazionale: questa valutazione è confermata dal fatto che ad oggi lo sbilancio delle usl laziali è superiore alla media delle altre regioni e, in proiezione annuale, supera i 500 miliardi. Particolarmente pesante è la situazione ospedaliera, con ben 15.000 posti letto convenzionati, che creano una pesante situazione finanziaria, di fronte alla quale la regione ha in programma uno stanziamento di 150 miliardi per le strutture ospedaliere pubbliche con un impegno rilevante, ma pur sempre insufficiente rispetto alle esigenze. Un altro fenomeno tipicamente laziale è la presenza di anziani nei reparti ospedalieri di lungodegenza, che ha comportato nel 1983 una spesa di circa 150 miliardi: si tratta di una spesa di carattere socio assistenziale ben più che sanitario, che tuttavia grava in modo pesante sul fondo sanitario nazionale. Per quanto riguarda le strutture ambulatoriali, la Regione ha potuto limitarsi solo a gestire l'eredità delle mutue e perciò queste strutture rimangono tutt'ora carenti e distribuite in modo non equilibrato.

Concludendo, l'Assessore osserva che la regione dovrà probabilmente rivedere la ripartizione delle usl, visto che attualmente nella Regione c'è una usl che amministra 400 miliardi e 5.000 posti letto (è la usl RM16, che comprende i complessi ospedalieri del San Camillo, del Forlanini e dello Spallanzani) e una usl che amministra solo 500 milioni. Sul versante dell'intervento legislativo dello Stato, egli suggerisce che sia approvata una legge per consentire di destinare il patrimonio immobiliare degli enti soppressi con la legge 833 del 1978 a finanziamento del fondo sanitario nazionale.

Il Presidente della commissione sanità del Consiglio regionale, Landi, osserva che uno dei principali problemi del

Servizio sanitario è la carenza di informazione: perciò è necessario che il Ministero della sanità sia adeguatamente riformato e che si doti prioritariamente di uno strumento di informazione in grado di acquisire in tempo reale i dati indispensabili per intervenire sulla situazione sanitaria del Paese. Svolge poi un intervento di carattere panoramico, con numerose osservazioni e suggerimenti: a) la prevenzione è 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 indispensabile per ottenere un risparmio successivo; b) gli interventi di carattere socio-sanitario dovrebbero essere derubricati a interventi sociali e parte della relativa spesa dovrebbe gravare sul reddito dell'utente; c) uno degli elementi essenziali per l'attuazione della riforma sanitaria è il fattore umano: per questo occorre incrementare e valorizzare la professionalità dei diversi tipi di operatori; d) occorre una revisione delle relazioni sindacali che tenga conto delle peculiarità del settore sanitario; e) in materia di investimenti, occorre guardare in faccia la realtà: il piano di investimenti deve essere meglio definito, e di gran lunga superiore. A Roma in particolare, occorre un piano decennale di investimenti, con creazione di strutture nuove tecnologicamente avanzate e riconversione di strutture non più idonee nella loro configurazione attuale; f) anch'egli sottolinea la illogicità della riunione in una sola usl, la RM 16, di 5.000 posti letto; g) non sono stati creati i servizi alternativi, che dovevano essere la caratteristica della riforma, sostanzialmente per il blocco degli organici disposto dal Governo; h) esiste certamente una questione istituzionale, ma bisogna evitare i rischi di neocentralismo, come pure eccessivi irrigidimenti.

Cancrini, membro della commissione consiliare sanità, del gruppo PCI, svolge un intervento in tre punti. Innanzi tutto il problema del finanziamento. Egli suggerisce tre interventi che consentono una riduzione di spesa senza alterare la logi

ca della riforma: la definizione di protocolli diagnostici e terapeutici; la disciplina delle incompatibilità, che dovrebbe anche consentire di superare una situazione di sottoutilizzazione di strutture pubbliche fisicamente vicine a strutture convenzionate similari; la distinzione tra la spesa sanitaria e la spesa sociale. In secondo luogo si pone nella Capitale una esigenza di programmazione: occorre una riorganizzazione strategica dei servizi ospedalieri di Roma che non è più rinviabile, come si è fatto fino ad ora in ossequio alla logica della distribuzione sul territorio nazionale delle risorse. Infine, per quanto riguarda la tossicodipendenza, osserva che la regione Lazio ha impegnato nel settore fondi propri, diversi da quelli assegnati sul fondo sanitario nazionale. Tuttavia questo non è sufficiente, ed occorre fare nuovi investimenti, consapevoli che la cosiddetta riqualificazione della spesa sanitaria ha senso se si è capaci di investire nel breve termine per realizzare un risparmio nel tempo.

Casalena, Consigliere per la Commissione Consiliare sanità, gruppo MSI, ricorda che fin dall'epoca umbertina, erano stati assegnanti contributi statali a Roma in considerazione dell'assistenza ospedaliera fornita a cittadini immigrati, specialmente dal Sud. Di queste assegnazioni non è stato tenuto conto nella considerazione della spesa storica ai fini della assegnazione della quota regionale sul fondo sanitario nazionale. Su una migliore e più razionale distribuzione delle risorse grava pesantemente anche la mancata approvazione del piano sanitario nazionale. Infine lamenta lo scarso rilievo che viene dato alla ricerca scientifica in campo sanitario e sottolinea l'esigenza di riformare gli istituti universitari e le specializzazioni post-universitarie in medicina.

Dopo questo primo giro d'orizzonte intervengono i deputati membri della delegazione della Commissione sanità della Camera per formulare alcune domande più precise.

Il deputato Benevelli presenta una serie di domande: quale sia la distribuzione della popolazione per età nella Regione Lazio; quale sia il rapporto fra spesa ospedaliera e spesa sanitaria (o socio-sanitaria); quale sia il rapporto fra la popolazione in carico e rispettivamente le strutture convenzionate e pubbliche; quanti siano i ricoverati psichiatrici nella Regione e perché siano stati istituiti solo 45 posti-letto psichiatrici nei servizi di diagnosi e cura della città di Roma; quanti siano i precari del Servizio sanitario nazionale nella Regione Lazio e in quali servizi siano prevalentemente impiegati.

Il deputato Poggiolini osserva che oggi non si può pretendere che vi siano grandi stanziamenti per l'assistenza. Riferendosi agli sprechi cui aveva accennato il consigliere Cancrini, egli domanda perché, a differenza di altre regioni, nel Lazio vada crescendo la spesa per i servizi convenzionati (case di cura).

Il deputato Garavaglia, rivolgendosi in particolare ai presidenti delle usl, chiede dove si trovino a loro avviso gli sprechi principali e, in secondo luogo, quali siano i principali servizi istituiti nella Regione per i tossicodipendenti.

Il deputato Mainardi Fava chiede quali conseguenze sui progetti-obiettivo comporti la mancanza di un piano sanitario regionale. Domanda inoltre quali siano i rapporti delle unità sanitarie locali con le università e, più in generale, domanda quali proposte i presidenti di usl ritengano di poter avanzare per il miglior funzionamento del servizio, sulla base della loro esperienza.

Il deputato Curci pone una serie di domande: considerata la notevole incidenza sulla spesa sanitaria della diagnostica strumentale convenzionata, egli chiede se vi sia una attrezzatura pubblica adeguata e che cosa si faccia per attuarla come pure per la informazione e l'educazione dell'utenza; in materia di strutture riabilitative pubbliche e private, domanda se esse siano intese solo in senso ortopedico, oppure in senso

globale; nel contesto più generale della medicina preventiva, domanda quale importanza sia assegnata nella Regione al settore della veterinaria; chiede se siano stati istituiti i dipartimenti negli ospedali e come funzionino; quante siano le sedi di farmacie vacanti e come si attuino i relativi concorsi; quale stanziamento sia previsto per gli enti ausiliari che si occupano di tossicodipendenza; quale sia l'attuazione regionale della legge 194; infine, domanda una valutazione generale del disegno di legge di sanatoria pendente presso il Senato.

Il deputato Giovagnoli Sposetti domanda come la Regione si sia avvalsa della possibilità di deroghe al blocco degli organici e quindi di nuove assunzioni per ampliamento degli organici.

Il deputato Montanari Fornari osserva che a Bologna il 17% dell'utenza ospedaliera proviene da altre città mentre a Roma il 20% dell'utenza ospedaliera (cioè una percentuale non troppo diversa) proviene da altre città: tuttavia a Bologna il problema non è considerato così drammatico. Chiede poi in quale misura concorrano i comuni al finanziamento della spesa socio-sanitaria; e quale sia la percentuale di personale precario nei servizi cosiddetti alternativi.

Alle domande così poste rispondono dapprima i presidenti della usl presenti e poi nuovamente l'assessore Gigli.

Il presidente Masini, della RM 9, osserva che il 75% della popolazione del Lazio è concentrata a Roma, e che a Roma non si può dire che esistano le usl, ma solo una sommatoria dei servizi precedenti alla riforma, con personale che non è cambiato e conserva prassi e corporativismi dei contratti di provenienza. Per quanto riguarda il settore cosiddetto socio-sanitario (consultori, aborto, psichiatria, handicappati, tossicodipendenti) osserva che c'è una sovrapposizione fra la spesa delle usl e quella delle circoscrizioni. Nella sua usl, in particolare, si è istituito un dipartimento per il settore socio-sanitario, con la partecipazione degli utenti. Rileva la caren-

za di un osservatorio epidemiologico.

Il presidente Francescone della RM 16, con riferimento a domande sugli sprechi, ricorda che l'ambito discrezionale in cui vi è un margine di intervento delle usl sulla spesa sanitaria non è superiore all'8/12%, perciò non si può realisticamente pensare che l'intervento delle usl possa provocare risparmi superiori all'ordine del 2% circa. Il problema, più che di sprechi è di produttività: occorrono nuove tecnologie nella gestione delle unità sanitarie locali, e queste costano. Influisce sulla produttività anche il fatto che le strutture convenzionate spesso utilizzano lo stesso personale che opera a tempo parziale nella struttura pubblica. In materia di diagnostica strumentale, bisogna considerare, da un lato, che la richiesta si va facendo sempre più ampia, ma, dall'altro che ci sono anche talune esagerazioni: nel Lazio ci sono più TAC che in Olanda. Osserva poi che alcuni farmaci molto costosi risultano anche molto prescritti. Sottolinea poi la necessità di riesaminare alcune norme di sicurezza, tenendo conto del fatto che una struttura radiologica di un ospedale è diversa da una centrale nucleare, e osserva che l'applicazione delle norme CEI agli ospedali è costosa e spesso inutile. Analogamente la legge del 1939 che fissa alcuni standards di sicurezza per le costruzioni ospedaliere appare largamente superata, anche se su di essa può continuare a basarsi la V Sezione penale per incriminare presidenti di usl.

Il presidente Aquilani della usl di Viterbo comunica di essere stato egli pure condannato dal pretore a 500 mila lire di multa per la non conformità dell'ospedale alle norme CEI. Egli lamenta poi che il bilancio delle unità sanitarie locali sia esaminato abitualmente nel disinteresse dei comuni. Riferisce poi su alcune realizzazioni nella usl da lui presieduta: case-famiglia per handicappati con deistituzionalizzazione; un programma di deistituzionalizzazione per giovani degenti psichiatrici; un programma di medicina scolastica; ed infine la richiesta alla Regione di istituire nel territorio della usl di Viterbo strutture di trattamento sanitario obbligatorio per malati di mente, visto

che i malati di mente di Viterbo sono ancora attualmente ricoverati a Siena.

Il presidente Mignano della usl di Latina dà atto alla Regione del grande impegno dimostrato per far fronte alla attuale emergenza del Servizio sanitario nazionale. Anche in considerazione dell'ora tarda, limita i propri rilievi alla considerazione del laboratorio di igiene e profilassi di Latina che, rispetto all'egregio funzionamento prima della riforma, appare oggi ridotto in precarie condizioni.

Il presidente Pasquali della usl di Rieti chiede la emanazione di norme per regolamentare lo status degli amministratori delle usl. Ricorda che a Rieti esiste ancora un ospedale psichiatrico con 276 ricoverati. Infine osserva che il personale precario di cui tratta la sanatoria in esame al Senato è occupato per almeno un terzo nei nuovi servizi istituiti dopo la riforma.

Il presidente Felici, della RM 12, osserva che, oltre alla componente sociale e sanitaria, nella riforma assume grande importanza la componente culturale: quella dell'educazione sanitaria e delle prevenzioni.

Il presidente della Giunta regionale Panizzi, replicando ad alcuni presidenti di usl intervenuti, ricorda che secondo la legge del Lazio, le usl in questa Regione non sono socio-sanitarie e pertanto le usl che hanno svolto attività di carattere socio-sanitario sono andate al di là dei loro compiti e delle loro competenze. Per lo stesso motivo dichiara che la legge 194 non deve trovare attuazione in ospedale nella fase consultoriale, ma esclusivamente per il cosiddetto terzo stadio, che è quello dell'intervento chirurgico. Le funzioni in materia di servizi sociali competono esclusivamente ai comuni, che le assolvono con i fondi ad essi destinati ex d.p.r. 616, e con altri fondi sia regionali che comunali. Certo il problema degli interventi sociali è molto vivo, ed è necessario arrivare ad un programma su scala provinciale di questi interventi, con un bilancio consolidato, ovviando alla situazione attuale in cui le province esercitano in



materia di servizi sociali un ruolo che loro non compete, e per di più clientelare. Osserva infine che la causa principale dello spreco è nella mancata razionalizzazione all'interno delle singole usl.

L'assessore regionale alla sanità Gigli, nel suo intervento conclusivo, sottolinea che l'alto indice di invecchiamento della popolazione e la mancanza di un piano sanitario regionale (per il quale c'è attualmente una commissione tecnica) sono due problemi centrali della sanità nel Lazio. Osserva poi che non è facile nella situazione attuale stabilire quale sia il rapporto fra la spesa ospedaliera e la spesa sanitaria, perché ormai non esiste una gestione finanziaria separata degli ospedali: il fondo sanitario nazionale assegnato alla Regione Lazio è di 2.330 miliardi per la parte corrente (1983). Di questi 1.250 sono destinati al personale, 600 alla spesa farmaceutica, 550 all'acquisto di beni e servizi, 350 alle convenzioni obbligatorie, 10 alla guardia medica, ecc.

Per quanto riguarda la psichiatria l'apposito comitato consultivo ha già ricevuto un pre-rapporto dalle usl ed entro 60 giorni dovrà presentare un piano regionale per la psichiatria.

I precari sono 1.500. La legge regionale sui concorsi è ancora ferma in Commissione. Il comitato regionale di controllo, a differenza di quanto ha fatto in altre regioni, ha considerato illegittima ogni forma di assunzione senza concorso, e quindi anche l'avviso pubblico. In questa situazione la sanatoria riveste un carattere di grande necessità e urgenza, anche se l'assessore avanza riserve sulla opportunità di estenderla ai primari. Per quanto riguarda le deroghe, la Regione non è pregiudizialmente contraria, ma ritiene che sia necessaria una grande oculatezza nella richiesta di deroghe in quanto bisogna prima ottenere il massimo dall'istituto della mobilità.

L'impossibilità di fare assunzioni ha bloccato numerosi progetti-obiettivo. Di questa situazione risentono numerosi settori di particolare importanza: gli anziani lungo-degenti con

tinuano ad essere ricoverati in strutture sanitarie secondo una consolidata tradizione laziale che occorre superare; per i tossicodipendenti c'è un piano triennale di prevenzione e già da tempo il Lazio ha fatto una scelta contraria a ogni terapia di mantenimento: sono esclusi dall'albo degli enti ausiliari quelli che tendevano a fare uso di morfina; per la riabilitazione continuano ad essere essenziali le strutture private.

Per quanto riguarda l'università, è in corso un progetto convenzione diretta tra la Regione e le università.

In conclusione, l'assessore ritiene che da parte della Regione vi sia ancora ampio margine di iniziativa per economizzare in alcuni settori e investire in altri. Tuttavia egli conclude presentando le attese che la Regione ha nei confronti del Parlamento: l'approvazione del piano sanitario nazionale e il corrispondente adeguamento del fondo sanitario nazionale e della sua distribuzione; la disciplina delle incompatibilità; la riforma della legge 833; la sanatoria del precariato; la riforma del Ministero della Sanità.

Il Presidente Casalnuovo,

a conclusione dell'incontro, rileva il grande interesse che questo ha rivestito, sottolinea le numerose osservazioni, valutazioni e proposte che sono emerse e ringrazia tutti gli intervenuti per la loro attiva partecipazione e per lo spirito di collaborazione dimostrato.

Visita alla Usl RM 16 - 6 luglio 1984

Dopo una introduzione del presidente Casalnuovo che illustra lo scopo dell'indagine conoscitiva sottolineando che essa deve servire anche ad una valutazione della riforma sanitaria e ad individuare l'eventuale necessità di ulteriori aggiustamenti, prende la parola il presidente del comitato di gestione della RM 16, Francescone, per illustrare le caratteristiche della unità sanitaria locale. Il problema principale della RM 16, che gestisce oltre 4.000 posti-letto, è quello della unificazione della amministrazione di tre strutture ospedaliere (San Camillo, Forlanini e Spallanzani) sia dal lato amministrativo che sanitario, e di altre strutture a carattere sanitario, come l'ex canile municipale e il servizio di disinfezione e disinfestazione per tutta la Città. Si tratta, come è chiaro, di strutture che per il 99% hanno poco a che vedere con il territorio. Sono soddisfatte dalla RM 16 numerose esigenze delle usl viciniori, come la RM 15, che ha 180 mila abitanti, ma nessun laboratorio di radiologia, nessun ambulatorio pubblico, nessun laboratorio di analisi, o la RM 14 (Fiumicino) che è pure senza strutture e gravita verso il San Camillo più che verso Ostia per la comodità offerta dalla via Portuense. Sul territorio della usl ci sono anche due cliniche convenzionate, che si avvalgono di medici ospedalieri, mentre le strutture fisiche e il personale non medico sono di proprietà privata; quattro cliniche neuropsichiatriche; e sei cliniche private convenzionate.

Il problema del personale è gravissimo, al limite di rottura. Il livello di produttività medio in questa usl, secondo il Presidente, è medio/basso, tuttavia il numero complessivo dei dipendenti è diminuito di 1.000 persone rispetto a quelli che erano occupati nelle sole tre strutture ospedaliere prima della riforma. Il CORECO ha bocciato nei giorni scorsi una

delibera della usl per l'assunzione di 50 infermieri professionali (stante una carenza di 180 unità al solo San Camillo) per la quale la Regione aveva concesso la deroga, mentre lo stesso CORECC si è comportato diversamente con altre usl, per esempio con la RM 9.

La situazione è resa più drammatica dal fatto che la usl gestisce due scuole di infermieri di ottimo livello, con 200 diplomati nel 1983, nessuno dei quali ha potuto essere assunto presso la usl stessa, così che il costo di formazione degli allievi (pari a circa 8 milioni l'anno per allievo) torna a vantaggio delle strutture private presso le quali questi vengono impiegati.

Anche la situazione economica è drammatica, al punto che i laboratori in questi giorni hanno dovuto sospendere alcuni tipi di analisi perché non ci sono i soldi per comperare i reattivi.

In questo contesto si collocano 19 diffide della magistratura penale (IX Sezione penale) ricevute dalla usl in questi ultimi mesi e 6 verbali dei vigili del fuoco. Si tratta di diffide che riguardano esclusivamente le strutture statiche e idrauliche, cioè la stessa struttura portante dell'edificio, mentre per altri aspetti le norme di sicurezza sono perfettamente osservate: ad esempio il San Camillo è l'unico ospedale d'Italia in cui i settori ad altissimo rischio (radiologia) sono perfetti quanto a norme di sicurezza.

Dal punto di vista della gestione, il Presidente Francesco osserva che nella pratica il comitato di gestione cura solo la programmazione, mentre l'ufficio di direzione ha la direzione effettiva dell'unità sanitaria locale. In conclusione, sottolinea che si avverte molto la mancanza di punti di riferimento cittadini e regionali per quanto riguarda la pianificazione.

Il vicepresidente della usl osserva che non si è avuta l'integrazione, prevista dalla riforma, fra le precedenti strutture sanitarie. Ritiene poi che per intervenire sui mec-

canismi di spesa sia necessario integrare la medicina di massa (soprattutto i medici di famiglia, che non hanno svolto la funzione di filtro che da loro si attendeva) con la specialistica. Neppure le strutture poliambulatoriali hanno svolto una funzione di filtro nei confronti dell'ospedale. Ed infine ci si trova l'eredità degli "ospedali mostro" concepiti con la logica superata dei padiglioni: al San Camillo ci sono almeno 300 addetti ai rapporti fra padiglioni. In un ospedale monoblocco questi addetti non ci sarebbero, e ognuno di essi costa in media 20 milioni all'anno. Una vischiosità di rapporti si nota fra l'assemblea generale e il comitato di gestione. Passano in media due anni tra una delibera del comitato di gestione e la relativa approvazione da parte dell'assemblea generale.

Il coordinatore sanitario, Mastantuono, osserva che il termine "servizio" significa cose diverse nelle diverse regioni: cioè la 833 ha dato indicazioni carenti. Non è chiaro fino a che punto rimanga valida la legge 132 sugli ospedali, non si sa se esistano ancora ospedali provinciali e regionali e, mancando normative precise, si confondono anche i ruoli. Egli illustra poi una lunga serie di osservazioni e raccomandazioni: si rischia di disperdere il patrimonio edilizio costituito dagli edifici ospedalieri; la riduzione dei posti-letto sta avvenendo solo nelle strutture pubbliche, mentre in quelle private avviene il contrario; le strutture pubbliche perdono competitività per mancanza di personale e di finanziamenti; non è chiaro se esista ancora il direttore sanitario di cui all'art. 5 del d.p.r. 128: il pretore si rivolge ancora a lui, ma egli non ha più gli strumenti operativi per intervenire; suggerisce di diffidare della intenzione di affidare a managers improvvisati una struttura delicata come un ospedale; occorre coinvolgere maggiormente i medici di base nella attuazione della riforma, poiché essi attualmente si limitano a fare ricette; le continue sanatorie stanno conducendo ad una dequalificazione generale: ci sono servizi multizonali che in realtà sono multi-

regionali, e di questo si deve tener conto nella programmazione e nel finanziamento perché le usl generalmente non hanno né mezzi né competenze per gestire servizi multiregionali.

Il responsabile del servizio di assistenza sanitaria, professor Pallotta, osserva che il San Camillo aveva al momento della riforma, 2.540 posti-letto, mentre oggi ne sono operativi solo 1.700. Ridurre i posti-letto però non significa ridurre le spese: con un day hospital ben attrezzato si possono curare 2.000 malati di cancro al polmone con soli 20 posti-letto. Occorre poi tener presente che spesso le strutture ospedaliere sono le più richieste perché la preparazione dei medici è migliore. In questo momento al San Camillo ci sono 48 medici di guardia per le urgenze più sofisticate. Gli interventi che non rivestono carattere di urgenza sono quelli in cui i servizi si ingolfano: per decidere se operare un'appendicite cronica passano 30 giorni, e il costo è enorme.

I finanziamenti insufficienti creano degrado anche in strutture una volta prestigiose: il Forlanini un tempo era il Campidoglio della pneumatologia e venivano dall'estero i migliori scienziati per studiare presso questo ospedale, ora invece vi mancano anche i servizi di base.

Per la psichiatria ci sono 15 posti-letto in un servizio psichiatrico collocato presso il Forlanini, ma sul territorio non c'è nulla, anche se per la maggior parte i casi psichiatrici di questa usl riguardano la demenza senile.

Quella degli invalidi civili è una problematica complicatissima, la usl ha istituito varie commissioni per studiare meglio i diversi aspetti, ma una competenza in materia non si prepara dall'oggi al domani.

Tuttavia, in conclusione, egli ritiene che si possa difendere sia le usl sia la riforma così come sono: si sono fatti miracoli, nonostante la magistratura: quattro anni sono pochissimi per avviare la riforma prevista dalla legge 833, basti pensare che nelle strutture preesistenti non esisteva nulla che riguardasse la medicina legale, l'assistenza agli in

validi, ecc. e che tutto quanto esiste in queste materie è stato creato dopo la costituzione dell'unità sanitaria locale.

Il professor Visco, responsabile del servizio igiene e ambiente, osserva che la usl ha ereditato parte dell'attività del medico provinciale, dell'ufficiale sanitario del comune, dell'ispettorato del lavoro, e di altre simili strutture minori, trovandosi in grande carenza di mezzi e di personale. La usl ora esercita il controllo su bar, ristoranti, esercizi che vendono generi alimentari in genere, sulle cucine di nidi di infanzia e di istituti scolastici, fa controlli sui mercati e si occupa in generale di tutto quanto riguarda la sorveglianza igienica del territorio, comprese le dichiarazioni di abitabilità. Spetta alla usl anche l'esercizio della prevenzione nell'ambiente di lavoro, che non riguarda in questo territorio grandi industrie, ma soprattutto 80 tipografie, imprese edili, e numerose attività artigianali. Per tutto questo il servizio dispone di alcuni ispettori e di tre/quattro medici, di cui uno solo specializzato in medicina del lavoro. Spetta al servizio d'igiene, secondo la magistratura, e successivamente anche secondo le leggi regionali, la vigilanza igienica sugli ospedali, e questo, nella scarsa chiarezza delle norme, crea qualche conflitto di competenza con il direttore sanitario. Secondo il professor Visco sarebbe più funzionale riservare al direttore sanitario la competenza sulle condizioni igieniche degli ospedali e al servizio di igiene e ambiente la competenza sul territorio.

Il coordinatore amministrativo, dottor Primicerio, osserva che la usl non avrebbe alcun problema se ci fossero finanziamenti sufficienti e la possibilità di fare assunzioni. Con la deroga regionale, per assumere 50 persone con avviso pubblico basterebbero 15 giorni (salvo il caso di un eventuale eccesso di domande) per assunzione di infermieri generici. Bisogna perciò decentrare i concorsi, e riconoscere che è indispensabile farli a livello di usl. Per quanto riguarda il bilancio di questa usl, allo stato attuale sono stati accantonati fino a fine anno i finanziamenti destinati agli stipendi del personale,

mentre sono esauriti quelli destinati all'acquisto di beni e servizi. E' da notare, egli afferma, che questa situazione era nota fin dal preventivo. Anzi, al momento del preventivo era previsto che il finanziamento per beni e servizi fosse esaurito entro la fine di giugno, successivamente c'è stata una variazione di bilancio con lo storno di 9 miliardi già destinati alle case di cura private, e con questa cifra è stato possibile durare un altro mese con l'acquisto di beni e servizi.

L'onorevole Palopoli, intervenendo, osserva che in competenza a livello nazionale c'è una carenza del 10/15% sul fondo sanitario nazionale. Perciò se in questa usl i fondi sono finiti a giugno questo significherebbe che c'è stata un'errata distribuzione del fondo sanitario nazionale fra regioni e poi fra le usl.

Il Presidente della usl, rispondendo, osserva che per la RM 16 il finanziamento 1984 è stato minore di 23 miliardi rispetto a quello del 1983, mentre c'è stato un aumento della spesa per il personale, per le case di cura convenzionate, oltre che per la svalutazione, che in materia sanitaria è di molto superiore al 10%. La mancanza di disponibilità poi si è scaricata sul settore beni e servizi della usl in seguito a vincoli di spesa dettati in sede regionale. Egli osserva poi che la RM 19 ha un terzo dei posti-letto rispetto alla RM 16, ma un uguale finanziamento. Eppure alla RM 16 in tre anni si è passati da 300 ad oltre 900 interventi di cardiocirurgia, che, come si sa, sono molto costosi. Ricorda poi che il contratto per il personale sanitario costa molto di più di quello che era stato previsto al momento della firma, che la usl acquista spesso tecnologia estera, i cui prezzi sono legati al valore del dollaro, che i fornitori hanno prezzi alti perché ci sono fortissimi debiti pregressi, che a causa di questi debiti alcuni piccoli fornitori sono addirittura falliti. La Regione, che pure aveva previsto 500 miliardi in più rispetto al Governo, aveva in realtà fin dall'inizio sottostima



to la spesa. Basti pensare che oggi si prescrivono senza alcuna possibilità di controllo farmaci e analisi di laboratorio costosissimi. A questo ultimo riguardo osserva che si determina oggettivamente una scala di valori per cui il medico che utilizza alta tecnologia conta di più.

Questa osservazione introduce una discussione a più voci sul problema delle nuove tecnologie in cui si osserva che, se ci fossero i distretti, si potrebbero organizzare incontri con i medici per sensibilizzarli al problema, oppure che si potrebbe dare per legge allo specialista della usl il controllo di merito sulla prescrizione del medico di base (Pallotta); che nel Lazio ci sono 15 TAC mentre in tutta l'Olanda ce ne sono 10; che la strada è quella dei protocolli (Acocella, anche se su questo dissente il presidente della usl, perché ritiene che la strada dei protocolli potrebbe essere facilmente vanificata qualora il medico di famiglia facesse più ipotesi di diagnosi e chiedesse quindi le analisi per le diverse ipotesi formulate); che la spesa è correlata anche al numero dei medici, i quali sono appunto definiti "ordinatori di spesa" e nel nostro Paese c'è eccesso di medici, e per contro una scarsità di figure professionali ausiliarie.

Il consigliere Cappelli, membro del comitato di gestione, intervenendo sul tema dei "soggetti" della riforma, in primo luogo medici e pazienti, osserva che la usl ha "inventato" un consiglio tecnico consultivo che comprende i medici di tutti gli ospedali della usl. Per il resto le iniziative non hanno potuto che essere assai scarse. La prima preoccupazione è quella di non incorrere nei rilievi della Corte dei conti e della IX Sezione penale, la seconda è il risparmio, che è un dato ormai obbligato. E questo fa sì che resti sostanzialmente trascurato il territorio e soprattutto che non si possa dedicare la sufficiente attenzione a migliorare le condizioni del malato. Ricorda infine che nella RM 16 c'è la massima concentrazione di handicappati della città, per la presenza di cinque centri convenzionati.

Il dottor Battaglia, direttore sanitario del San Camil

lo, riferisce di essere inquisito dalla Magistratura per aver istituito un day hospital che ha sostituito la astanteria pediatrica, trasformando un certo numero di letti fissi in letti diurni. L'incriminazione sarebbe dovuta a una inosservanza della legge sugli ospedali del 1939, che la legge di riforma non ha formalmente abrogato. Osserva, in conclusione, che per adeguarsi a leggi antiquate si sarà costretti a distogliere risorse dall'attuazione della riforma. E ricorda che con 700 letti in meno rispetto al 1978 il San Camillo continua ad assistere oltre 50 mila malati all'anno, che è una cifra equivalente a quella del 1978. Accettando una media di 140 malati al giorno, di cui 40 urgenti, che confluiscono qui anche perché l'ospedale è dotato dell'unico eliporto ospedaliero della città.

A seguito di questo intervento, il presidente Casalinuovo chiede una memoria scritta, in particolare sull'asserito contrasto fra alcune implicazioni della legge 833 e leggi precedenti che non sono state esplicitamente abrogate.

L'onorevole Palopoli, d'altra parte, sottolinea che la legge 833 prevedeva all'art. 24 che il Governo emanasse un testo unico in materia di sicurezza del lavoro, riordinando tutta la disciplina in modo da uniformarla ai principi della riforma. Osserva anche, con riferimento alla legittimità della istituzione di un day hospital trasformando la astanteria pediatrica, che essa è certamente in linea con i criteri generali della legge di riforma, e che sarebbe anche in linea con la norma se non ci fossero stati i ritardi lamentati ormai da ogni parte nella emanazione del piano sanitario nazionale e per questa regione del piano sanitario regionale. D'altra parte, osserva anche che la Regione ha facoltà di intervenire in materia di organizzazione ospedaliera con propria legge.

Il Presidente della usl, concludendo l'incontro, osserva che sprechi rilevanti sono dovuti anche a norme superate. In particolare numerose analisi di laboratorio, obbligatorie per determinate categorie di dipendenti pubblici, sono completamente inutili; fra queste cita vari esempi, fra cui il tampone ret

tale per 250 dipendenti di asili nido (a questo riguardo tutta via l'onorevole Palopoli osserva che non è materia di competenza del Parlamento, ma di competenza comunale, perché il regolamento d'igiene è adottato dal Comune). Lo stesso dicasi per la reazione di Wasserman, che viene richiesta ora non già a chi entra in un impiego pubblico, ma a chi fa domanda: avviene per ciò che decine di migliaia di persone concorrenti ad alcune centinaia di posti pubblici si presentino presso le strutture sa-nitarie per chiedere la reazione di Wasserman.

Al termine il presidente Casalnuovo ringrazia tutti i presenti per la collaborazione dimostrata e rileva l'interesse dei chiarimenti forniti e delle osservazioni formulate.

## AUDIZIONE DELLE RAPPRESENTANZE SINDACALI

La seduta comincia alle 9,20.

**PRESIDENTE.** Vi ringraziamo per essere intervenuti a questo incontro organizzato dalla Commissione attraverso la regione Lazio, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione del servizio sanitario nazionale della quale avrete conosciuto le modalità e gli scopi anche attraverso la stampa. Per la verità le notizie riportate dai giornali sono state scarse, ma quel che conta è che la Commissione ha deciso di svolgere il proprio lavoro direttamente sul territorio, tant'è che abbiamo già visitato la Toscana ed il Piemonte e ci accingiamo a visitare il Friuli-Venezia Giulia ed altre regioni ancora.

Come si evince dal titolo dell'indagine, il nostro scopo è quello di verificare, nell'ambito dei poteri a noi concessi dal regolamento, lo stato d'attuazione della riforma sanitaria; dal momento che, però, il Senato ha deliberato un'indagine analoga, anche se attraverso modalità differenti, abbiamo deciso di indirizzare i nostri sforzi su alcuni argomenti che ci sembrano centrali ai fini di una verifica di ordine pratico dell'attuazione della legge n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale. In particolare ci interessa capire quali innovazioni concrete siano state introdotte applicando la legge n. 833, nonché conoscere le ragioni per le quali alcune disposizioni contenute in tale legge siano state disattese.

Allo scopo di avere un quadro generale della situazione del servizio sanitario nazionale, abbiamo deciso di incontrarci con i rappresentanti regionali ed abbiamo avuto quindi modo di ascoltare presidenti delle giunte regionali, assessori alla

sanità ed altri assessori in quei casi in cui le competenze nelle singole regioni sono distribuite in maniera differente, nonché i presidenti delle commissioni sanità delle regioni medesime. Gli incontri con le rappresentanze sindacali a livello regionale e nazionale, nonché con le rappresentanze dell'ordine dei medici, sono stati stabiliti dalla Commissione allo stesso scopo. Aggiungo, inoltre, per consentirvi di avere maggiore contezza di quanto andiamo facendo, che abbiamo stabilito di visitare alcune USL e che contiamo di svolgere la nostra indagine per campioni; cosa che del resto era scontata, data la difficoltà di una indagine completa a livello nazionale. In particolare si è stabilito di visitare una USL urbana ed una extraurbana per avere un termine di raffronto tra i servizi periferici e quelli delle città, anche perché, come sapete, le leggi regionali di attuazione della legge n. 833 hanno spesso stabilito criteri estremamente differenziati di organizzazione interna. Tanto per fare un esempio, la città di Torino dispone di una sola USL alla quale fa capo oltre un milione di persone, mentre Roma, se non erro, ha oltre 50 USL.

Relativamente all'aspetto istituzionale del settore oggetto della nostra indagine, devo precisare che non ci occuperemo della natura giuridica delle USL poiché di tale questione si è fatta carico la Commissione sanità del Senato, mentre ci proponiamo di capire le ragioni per le quali non si è ancora arrivati ad una ristrutturazione del Ministero della sanità secondo quanto stabilito dall'articolo 59 della legge n. 833.

Per quanto riguarda i profili finanziari, la Commissione intende acquisire ele-

menti sul flusso delle entrate previste dalla legge ed in particolare sui problemi della evasione e della perequazione contributiva. Sul versante della spesa, particolare attenzione sarà dedicata alle cause della formazione del *deficit*.

Vi è, poi, un capitolo che riguarda il personale, per il quale saranno raccolti elementi sui ruoli regionali, sulla pianta organica delle USL e dei loro servizi, sui problemi del precariato, sui concorsi e sullo stato di attuazione dei contratti e delle convenzioni.

Ma la nostra indagine conoscitiva verte principalmente sulla organizzazione dei servizi, come è prevista dalla legge di riforma, dalle leggi regionali e, dove esistono, dai piani sanitari regionali. In particolare, la Commissione intende verificare il grado di integrazione orizzontale e verticale tra i servizi nei tre settori della prevenzione, cura e riabilitazione, nonché 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, e precisamente: sui mercati primari (prevenzione, igiene pubblica e tutela ambientale, assistenza materno-infantile, anziani); sui servizi per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e per la medicina del lavoro; sugli 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; sui servizi psichiatrici (ospedali psichiatrici residui, servizi territoriali sanitari e sociali, istituti di cura privati); sui servizi per la riabilitazione; sui servizi per l'attuazione della legge n. 685 sulla tossicodipendenza; sui servizi per l'attuazione della legge n. 194 per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza; sui servizi farmaceutici; sui servizi veterinari e sui servizi privati convenzionati.

Abbiamo voluto specificare, in relazione all'organizzazione dei servizi, in maniera analitica le singole parti che ci inte-

ressano ai fini della nostra indagine conoscitiva.

In sostanza, ci proponiamo di raccogliere elementi conoscitivi e di offrirli alla valutazione del Parlamento nel momento in cui esso dovrà affrontare la cosiddetta « riforma della riforma ». Pertanto intendiamo raccogliere tali elementi da coloro i quali si occupano particolarmente, ai vari livelli, della riforma sanitaria e dei problemi relativi alla salute dei cittadini, che sono primari secondo quanto è stabilito nella nostra Costituzione.

A questo punto, do senz'altro la parola ai nostri ospiti.

VITTORIO CAVACEPPI, *Presidente dell'Ordine dei medici di Roma*. Signor presidente, sono qui presente (ed è insieme a me il dottor Santopadre, in rappresentanza della Federazione dell'Ordine dei medici del Lazio) per esporre la situazione dell'Ordine dei medici di Roma, che, essendo composto da un numero particolarmente elevato di colleghi (gli iscritti sono circa 23 mila), costituisce un bacino-campione capace di fornire elementi conoscitivi utili a questa Commissione.

L'ordine dei medici di Roma si è posto - in linea con il dettato della legge di riforma n. 833 - in stretto collegamento con gli istituti residui e con i nuovi istituti dell'ordine professionale dei medici, abbandonando ogni filosofia di intervento o di interferenza su problematiche di natura sindacale e cautelandosi con interventi che possono essere effettuati laddove, all'interno di meccanismi sindacali, sia a livello di convenzione, sia a livelli successivi, sia possibile intervenire su quella che è la convivenza comunitaria dei medici, estremamente importante anche nell'interesse della collettività civile.

Desidero sottolineare innanzi tutto come, nella regione Lazio, non sia ancora molto avvertita la necessità di un collegamento con l'ordine professionale dei medici, sia a livello provinciale, sia a livello di federazione, cosicché ci troviamo costantemente a dover fare un affrettato recupero presso l'organizzazione sanita-

ria regionale e, successivamente, presso quella delle USL.

Questa mancanza di collegamento con la regione comporta dei danni reali nel meccanismo generale di impostazione della sanità nel nostro territorio.

Per quanto ella, signor presidente, ha richiesto e sottolineato, devo dire che la mancanza di una definizione dei ruoli e delle piante organiche nel Lazio, nonché la mancanza di una definizione degli elenchi per quanto riguarda la generica, determinano - viste nell'ottica dell'Ordine dei medici di Roma - una condizione di degrado della professionalità dei medici perché è assai difficile controllare una situazione che, dal punto di vista strettamente normativo, non poggia su un piano di attuazione accettabile. Notiamo che, a fronte di un intervento programmatico delle regioni, che non è perfetto - mi auguro diventi perfettibile - le USL ruotano intorno ad impostazioni autonomistiche. Senza entrare nel merito della « istituzione USL », va subito detto che vi sono condizioni di difformità assoluta che si registrano nelle USL. Come Ordine dei medici dobbiamo denunciare la difformità di interpretazione della riforma sanitaria che viene attuata nelle varie USL territoriali. In questo senso l'Ordine dei medici è fortemente preoccupato, anche perché, nel contempo, deve denunciare i problemi relativi alla disoccupazione professionale. Solo a Roma si hanno 23 mila iscritti alla facoltà di medicina e 7 mila sottoccupati e disoccupati.

Si tratta di importanti problemi che devono essere affrontati a livello politico; si parla già di numero « chiuso » per quanto riguarda le iscrizioni di nuovi studenti alla facoltà di medicina. Da parte nostra riteniamo che non si debba promuovere un'azione di « cannibalismo » fra i medici, anche se dobbiamo sottolineare il crescente numero di medici generici che finiscono per esser inquadrati in attività che non sempre sono funzionali ai bisogni della comunità. Da parte nostra ci siamo adoperati affinché gli scontri generazionali non vanificassero la potenzialità della legge di riforma.

Dobbiamo denunciare però il fatto di essere rimasti ancora ad un periodo pre-mutualistico e assistenziale, in una situazione che, rispetto ai vecchi metodi, non prevede possibilità di impiego per i medici giovani che invece, a nostro avviso, potrebbero verificarsi solo che vi fossero indirizzi unitari da parte delle regioni.

Nel contempo dobbiamo sottolineare l'enorme importanza che ha assunto in questi anni il volontariato medico, per mezzo del quale si regge in pratica il servizio sanitario nazionale. Accanto al volontariato vi è il problema del precariato; per quanto riguarda questo aspetto, dobbiamo rilevare che si stanno facendo alcuni esperimenti, come quello attuato in questo momento a Roma, al Policlinico, dove si sta avviando una convenzione fra regioni e università; in questa convenzione non viene però tenuto sufficientemente conto della presenza di 1.500 precari all'interno del Policlinico i quali, senza alcun vantaggio dal punto di vista economico, nei limiti del loro livello culturale assicurano il successo delle attività di tale presidio sanitario. In sostanza non si dovrebbe fare, a nostro avviso, una convenzione a scatola chiusa.

Siamo disponibili a fornire a questa Commissione tutti gli elementi possibili ad integrazione delle brevi note che abbiamo illustrate questa mattina. Invieremo pertanto documenti precisi e dettagliati per un maggiore approfondimento dell'attuale situazione.

**BRUNO MEREU**, *Rappresentante della UIL Sanità*. Ringrazio per questo incontro che ci dà modo di far conoscere i problemi che attualmente abbiamo nella regione Lazio.

Avevamo già evidenziato, in sede di prima applicazione della legge n. 833, le difficoltà che si erano venute a creare in un trasferimento di compiti che certo non poteva essere indolore. Questa situazione si è ulteriormente degradata in particolare per la regione Lazio che ha un'alta popolazione fluttuante ed è inoltre la sede della capitale senza avere, nel contempo, strutture capaci di assolvere ai bisogni previsti dalla riforma sanitaria.

Un altro errore è stato quello della determinazione degli ambiti territoriali per le rispettive USL nell'ambito della quale non si è tenuto conto dell'esistenza dei servizi e del numero di persone da poter utilizzare. Com'è a tutti noto, vi sono USL che hanno sei-sette mila posti letto e otto mila dipendenti, mentre vi sono altre USL con una popolazione di 117 mila abitanti ai bisogni dei quali devono far fronte con cento dipendenti. In sostanza vi è una concentrazione di servizi e di personale che impedisce un intervento assistenziale adeguato alla popolazione dislocata nei vari ambiti territoriali; si verifica pertanto il ricorso massiccio alla struttura privata.

Questa situazione ha determinato l'aumento del numero delle USL, rendendo necessaria la formazione di 59 comitati di gestione e, quindi, la designazione di un numero ingente di gestori sanitari, che non sempre sono sufficientemente preparati ad operare secondo criteri manageriali. A queste difficoltà, inoltre, si sono aggiunte quelle derivanti dai conflitti istituzionali apertisi tra i vari livelli di competenza. La regione, in questi ultimi mesi, si sta sforzando di dare indicazioni e predisporre piani; il comune di Roma, forte del peso della sua grandezza, è spesso in disaccordo con la regione e le USL, in molti casi, agiscono senza alcun coordinamento reciproco.

Non si è fino ad ora riusciti ad organizzare il lavoro di prevenzione, cura e riabilitazione, come non si è riusciti ad integrare personale proveniente da diverse esperienze, che viene ad essere inserito in servizi scarsamente gratificanti da un punto di vista professionale. Si è, in sostanza, verificato non un avanzamento del processo di riforma sanitaria, ma un peggioramento rispetto alle condizioni preesistenti. La situazione ospedaliera è peggiorata e si può dire che complessivamente sia peggiorata l'intera situazione assistenziale.

Tutto ciò ha avuto inevitabili riflessi sulla spesa sanitaria, sull'organizzazione dei servizi e, soprattutto, sull'impegno degli operatori del settore della sanità. Si

ha attenzione non al come si spende, ma al quanto si spende; si guarda soltanto alla consistenza dell'aumento dei fondi e non alla programmazione di bilancio ed alla finalizzazione delle risorse.

La regione Lazio ha dato indicazioni, inviando alcune circolari, affinché le USL pianifichino a livello territoriale la spesa con riferimento al potenziamento delle strutture ambulatoriali e degli interventi di prevenzione e cura (il discorso della riabilitazione è diverso, in quanto nel settore pubblico, purtroppo, se ne fa poca). Ebbene, queste direttive non sono state tenute in considerazione dalle USL ed è mancato un confronto con le organizzazioni sindacali e con gli operatori che sono i primi protagonisti del funzionamento dei servizi.

Stiamo attendendo da tre anni che le USL inviino un quadro delle situazioni di fatto e dei ruoli normativi regionali. Un primo fascicolo al riguardo avrebbe dovuto essere pubblicato, ma ciò non è avvenuto ed anzi esso è stato manipolato in maniera piuttosto maldestra; così, a distanza di quattro anni, stiamo ancora attendendo l'uscita dei ruoli normativi regionali relativi al 1980.

Eguale situazione è quella riguardante le piante organiche provvisorie, che dovrebbero limitarsi ad una mera fotografia della situazione di fatto concernente il personale di ruolo e quello non di ruolo, precario o convenzionato. A distanza di tre anni dall'avvio della riforma, quattro USL devono ancora inviare le piante organiche. Ciò determina uno stato di profondo malessere in seno ai servizi, trattandosi di personale precario in possesso di professionalità non generiche. Il numero di precari, inoltre, aumenta con il passare degli anni ed appare intollerabile che, nonostante il blocco degli organici, si abbiano forme sostitutive di assunzione, attraverso il ricorso a forme di prestazione cooperativistiche in campo assistenziale. Il problema va risolto attraverso la definizione dei ruoli normativi regionali, coprendo le vistose carenze esistenti negli organici dei medici, degli infermieri e dei tecnici. Non si può

assicurare l'assistenza ricorrendo a privati che mancano spesso delle qualità essenziali alla fornitura del servizio.

L'altro problema è quello della mobilità che - voglio dirlo francamente - è attualmente soltanto di tipo clientelare, tanto che vi sono USL sovraccariche di personale ed altre impossibilitate ad operare per mancanza di addetti. Tutto ciò impedisce anche un corretto governo della spesa, essendovi USL che possono contare su mille dipendenti amministrativi ed altre con a disposizione due soli dipendenti amministrativi, pur operando su un territorio parimenti popolato.

Analogo discorso vale per l'organizzazione del lavoro e dei servizi, carenti e scarsamente produttivi. In alcuni ambulatori la media delle prestazioni orarie è dello 0,80 o dello 0,60 per visita, mentre vi sono servizi di degenza che fanno registrare una media di utilizzazione che va dal 34 al 50 per cento e che, comunque, non supera il limite del 65 per cento. In alcune strutture, quindi, personale e servizi sono largamente sottoutilizzati, mentre in altre scarseggiano oltre ogni limite.

Siamo preoccupati di questa situazione e vorremmo che il Governo e la Commissione, assieme alla regione Lazio, approntassero un piano che tenesse conto delle particolarità della regione al fine di arrivare ad una gestione corretta della sanità, traducendo in fatti concreti non dico tutti i principi contenuti nella legge di riforma, ma almeno i più importanti. Il sindacato ritiene, infatti, che sia possibile garantire nella regione una migliore assistenza se si riesce a programmare ed a far mantenere gli impegni assunti nonché a far valere le responsabilità a tutti i livelli istituzionali. Un aspetto importante è rappresentato dalla possibilità di assumere iniziative finalizzate ad impedire alcuni comportamenti scorretti: le USL possono, infatti, assumere arbitrariamente qualsiasi decisione senza essere perseguibili né sul piano amministrativo né su quello gestionale o disciplinare.

Come sindacato siamo impegnati in un lavoro di riaffermazione dei valori es-

senziali della riforma sanitaria e di verifica di alcune incongruenze all'interno del servizio al fine di contribuire alla rimozione di quanto allontana i cittadini dalla istituzione. Preciso che siamo contrari alla privatizzazione ed allo scorporo degli ospedali dalle USL perché riteniamo che i problemi non possano essere risolti con l'adozione di misure di questo tipo. Si tratta, invece, di gratificare la professionalità del personale dei servizi e di trovare strumenti e correttivi che possano rilanciare nella regione e su tutto il territorio nazionale il servizio sanitario.

**LUIGI BARBATANO**, *Rappresentante dell'Associazione nazionale aiuti e assistenti ospedalieri*. Siamo lieti di constatare che la Commissione sanità della Camera ha deciso di dedicare parte della propria attenzione ai problemi della regione Lazio perché riteniamo, d'accordo con il rappresentante della UIL che mi ha preceduto, che essa sia una di quelle rimaste più indietro nell'applicazione della riforma sanitaria.

Ci siamo permessi di predisporre una nota che consegneremo alla presidenza della Commissione. Sintetizzando dico subito che condivido tutte le perplessità che sono state esposte dai miei colleghi. Desidero però soffermarmi su alcuni problemi specifici, ribadendo che, se non è obiettivo di questa Commissione esaminare i problemi istituzionali connessi all'applicazione della legge n. 833, non possiamo non rilevare che la poca chiarezza esistente nei rapporti tra regione, comune ed USL è elemento frenante perché crea una competitività che ritarda l'emanazione di atti fondamentali per la vita del servizio sanitario regionale. A prescindere da queste considerazioni di carattere generale, desidero far rilevare come a tutt'oggi manchi nella regione un raccordo tra il potere politico-amministrativo e la sede delle decisioni tecniche. Mi riferisco in particolare allo scioglimento del consiglio dei sanitari previsto dalla legge n. 833 e dal decreto del Presidente della Repubblica n. 761, cui non è seguita l'istituzione di un organo tecnico



consultivo previsto dalla legge regionale. Tale mancata sostituzione ha portato ad un netto distacco tra la competenza politico-amministrativa e la sede delle decisioni tecniche. Riteniamo che questo organismo tecnico-consultivo debba essere imposto per legge alle USL senza lasciare loro alcun margine di discrezionalità.

Tralascio di prendere in considerazione alcuni tra i problemi più spinosi del servizio sanitario per soffermarmi su quello più pressante per la regione, cioè quello finanziario. Anche altre regioni hanno difficoltà di carattere economico, ma non bisogna dimenticare che nel Lazio esse assumono dimensioni drammatiche in quanto la regione sopporta un carico che va ben al di là dell'utenza propria. Le stime fatte dalla regione, sulla base della spesa del 1983, superano di circa 500 miliardi l'erogazione di fondi prevista nel Fondo sanitario nazionale. Si tratta di un elemento da chiarire subito in quanto, se si continua a sottostimare le necessità reali, ci si porterà dietro anche ingenti debiti che dovranno nuovamente essere ripianati per il 1984. Il problema appare ancora più grave se si considera che il Governo, a fronte di una stima della spesa pari a 34-35 mila miliardi, non ha predisposto norme finalizzate alla contrazione della spesa per cui, spesso, la regione si trova nella condizione di non poter attuare una effettiva politica di risparmio in quanto i contratti, le convenzioni ed i prezzi dei farmaci sono predisposti a livello nazionale. È necessario pertanto che si prenda atto dell'entità della spesa della regione e che si predisponga una copertura di questo « buco » che non può più essere ignorato.

Altri problemi di carattere finanziario sono legati al ripianamento dei debiti pregressi. A questo proposito devo far rilevare che i tempi fissati dal decreto-legge per la determinazione dei debiti pongono molte USL nell'impossibilità di procedere a tale calcolo. Inoltre - ed è un fatto grave - si è registrato un atteggiamento restrittivo da parte dei revisori nella certificazione del debito. Se di debito effettivamente si tratta, i revisori dei

conti dovrebbero limitarsi a prendere atto della realtà senza tardare nell'emettere la certificazione entrando nello specifico per vedere come il debito stesso si è creato. Il problema semmai è quello di vedere come evitare nuove debiti in futuro; in ogni caso non è possibile che non vengano fatte le certificazioni dei debiti deliberati dalle USL.

Un altro fenomeno gravissimo, che si verifica nel Lazio ed anche in altre regioni, è quello della indisponibilità di alcuni importanti istituti di credito di concedere anticipazioni alle USL o la tendenza a concederne di così limitate da non consentire affatto un ripianamento del debito. La dizione « possono », contenuta nel decreto-legge con riferimento agli istituti di credito ai fini della erogazione delle anticipazioni, viene interpretata in senso restrittivo per cui di fatto la disposizione non viene attuata. Ci sono unità sanitarie locali che annegano nei debiti ed è quindi necessario che, al momento della conversione in legge del decreto, si corregga la dizione attuale.

È necessario, inoltre, tener conto del fatto che la spesa sanitaria nel Lazio è fortemente distorta. Alla fine di questa riunione mi permetterò di consegnare alla presidenza gli atti di due convegni promossi dalla ANAAO sul costo della sanità nel 1983. Anticipo subito che nel Lazio non più del 46 per cento dei fondi erogati viene speso per strutture pubbliche a gestione diretta a fronte di un 45 per cento speso in strutture private ed in convenzioni. Questa è la realtà del Lazio, che è estremamente difforme da qualunque media nazionale e da qualunque situazione regionale (comprese quelle della Sicilia, della Sardegna e della Lucania). Su questo meccanismo si può influire se si prendono decisioni a livello regionale ed anche a livello governativo e parlamentare.

A parte il problema dello stato giuridico del personale ed in particolare dei medici, è stato fatto rilevare come la situazione del personale da molti anni precario non possa che incidere negativamente sui servizi erogati, data l'incertez-

za in cui tale personale vive dal punto di vista giuridico (cito soltanto l'impossibilità di usufruire di congedi straordinari per l'aggiornamento, essendo tali congedi previsti soltanto per il personale di ruolo).

Un altro fatto molto grave è che l'attuale normativa concorsuale non permette il reale espletamento dei concorsi, i quali sono chiaramente irrealizzabili nelle forme e nei modi previsti. Pertanto si è valutato che i 6 o 7 mila posti ancora vacanti nella regione Lazio rispetto a piante organiche che risalgono ad otto o dieci anni fa (e che, perciò, non hanno tenuto conto dell'espansione e dell'articolazione dei servizi così come è previsto dalla riforma) non potranno essere coperti con meccanismi concorsuali perché l'attuale metodo concorsuale è inapplicabile in termini concreti.

Sono stati compiuti esperimenti pilota: se ne è tratta la conclusione che in meno di 24 mesi non si riesce a portare in fondo le procedure concorsuali.

Immaginate cosa può succedere se alla lentezza delle procedure si affianca la cattiva volontà?

Dunque, se si vuole giungere ad una definizione del precariato, si cominci con l'azzerare la situazione e si cerchi di creare una normativa concorsuale applicabile in tempi concreti.

Desidero concludere questo mio intervento soffermandomi sul problema dell'applicazione del decreto del Presidente della Repubblica n. 348.

Onorevoli componenti la Commissione sanità, in questo paese, una volta firmati dei patti liberamente, bisogna poi rispettarli; e quando i patti diventano legge dello Stato, devono essere rispettati due volte!

Purtroppo, nel Lazio (ma proprio ieri ho appreso dai segretari regionali della ANAAO che nelle altre regioni le cose non vanno molto meglio) il contratto non è applicato per una serie di motivi.

In primo luogo non è applicato a causa delle interpretazioni unilaterali e strumentali che provengono da responsabili del Governo. Cito con estrema precisione

la circolare interpretativa del ministro Gaspari, il quale ha interpretato il contratto in maniera unilaterale e personale. Questo non è possibile perché, essendo stato il contratto firmato da una parte pubblica e da una sindacale, l'interpretazione di esso deve avvenire intorno ad un tavolo al quale siedano tutte le parti firmatarie.

In secondo luogo, il contratto non è applicato per il ritardo nell'emanazione delle direttive per gli accordi-quadro regionali. Stiamo cercando di risolvere questo problema; ma siamo molto indietro.

In terzo luogo, il contratto non è stato applicato per la difficoltà della regione ad esercitare i poteri sostitutivi nelle USL inadempienti, anche per quanto riguarda le retribuzioni economiche previste nel decreto del Presidente della Repubblica.

Infine, il contratto non è applicato per la mancanza di atti di indirizzo e di coordinamento da parte del Governo: in particolare, per la mancanza del tariffario, che sarebbe stato preciso dovere del Governo emanare in termini concreti.

La non applicazione del contratto, ad un anno di distanza dalla pubblicazione del decreto, costituisce un elemento di disturbo sul livello dei servizi che vengono erogati nella regione Lazio. È giusto, infatti, che il personale abbia quanto gli spetta se si vuole che faccia tutto il dovere per il quale viene assunto e retribuito.

Da ultimo voglio ricordare il problema della disoccupazione medica che, come ha rilevato il presidente dell'ordine dei medici di Roma, è drammatico. Per altro, tale problema non è, a mio avviso, risolvibile con iniziative regionali, a parte la necessità di risolvere in tempi brevissimi la questione della selezione per l'accesso alla facoltà di medicina. Infatti, vi è attualmente una tale pleora di personale non occupato che anche se chiudessimo oggi gli accessi alla facoltà di medicina, ci vorrebbero probabilmente parecchi anni per risolvere il problema dei laureati non occupati.

Poiché tra gli impegni del Governo vi è anche quello di predisporre un piano occupazionale, ritengo che sarebbe utile predisporre all'interno di tale piano un programma specifico per il recupero della disoccupazione medica.

Sono questi i problemi che riteniamo più importanti poiché incidono in modo sicuramente negativo sui livelli dell'assistenza sanitaria erogata nel Lazio.

MARIO BONI, *Rappresentante della Federazione italiana medici di medicina generale*. La situazione dell'assistenza sanitaria nel Lazio, vista dal medico di medicina generale, è estremamente preoccupante.

A parte il fatto che sul territorio laziale la distribuzione dei medici è assai anomala perché, se in periferia essa è corretta, nella città di Roma sono presenti 5.000 medici di medicina generale (numero esuberante rispetto alle esigenze previste dalla legge), va denunciata la grave situazione derivante dal problema della disoccupazione giovanile. Infatti, mentre in periferia è possibile attuare un *turn-over* di medici, nella città di Roma la situazione è del tutto bloccata. Va evidenziata la presenza negli elenchi dei medici di medicina generale della città di Roma di 500 o 600 medici i quali, di fatto, non operano nell'ambito della medicina generale avendo un carico di 15-20 assistiti, e che, pertanto, dovrebbero essere cancellati dagli elenchi suddetti per facilitare il *turn-over*.

Per quanto concerne la gestione dell'assistenza, dobbiamo stabilire una separazione tra la periferia ed il centro; in periferia, infatti, la gestione delle USL per quanto riguarda la medicina generale è abbastanza corretta. Proprio perché vi sono situazioni diverse nelle varie USL (ed il nostro punto di vista vuole essere corretto), dobbiamo denunciare una difforme prestazione a seconda della ubicazione territoriale. Al riguardo l'intervento del comune dovrebbe, in qualche modo, tendere ad una unificazione.

Di tutto questo siamo estremamente preoccupati, anche perché ci sembra che

il passaggio da una situazione mutualistica come quella precedente alla riforma ad una assistenza quale quella attuale comporti un certo numero di problemi; per i cittadini vi è una assistenza diversa a seconda che abitino in una zona o in un'altra. La riforma non tendeva certamente a complicare in questo modo la struttura operativa.

Circa le attività propriamente regionali, la situazione è particolarmente preoccupante. Dal 1979 - mi riferisco alla regione Lazio - siamo in attesa di conoscere il numero esatto degli assistiti; non solo, la regione Lazio non è stata in grado di attribuire ai singoli medici un numero determinato di assistiti. La situazione è pertanto « pericolosa ». Nel giro di un anno e mezzo abbiamo avuto 400 denunce da parte di cittadini ed alcuni medici sono stati indiziati di reato poiché non avevano provveduto a regolarizzare la posizione dei loro assistiti. Anche se la vicenda si è smontata rapidamente, si va incontro a turbative proprio in un settore, come quello dell'assistenza medica, che la riforma aveva voluto potenziare.

Per quanto riguarda gli altri aspetti di cui ci erano stati chiesti dettagli, vorrei accennare al problema della spesa farmaceutica. Nella regione Lazio, fra pochi mesi, si arriverà al blocco della erogazione nell'assistenza farmaceutica; sembra infatti che i fondi previsti si saranno esauriti entro la fine del mese di luglio. Già l'anno scorso per ben 4 mesi i cittadini sono stati costretti a pagare la spesa farmaceutica per i medicinali compresi nella fascia B perché la regione Lazio non aveva programmato in maniera corretta la gestione della spesa farmaceutica. Quest'anno si rischierà, da luglio in poi, di vedere i cittadini della regione Lazio pagare i medicinali senza speranza di un successivo rimborso.

Questa situazione deve essere denunciata e chiarito allo stesso tempo. A complicare maggiormente la situazione vi è l'attuale applicazione delle norme che riguardano il *ticket* farmaceutico. A Roma, specialmente nella fascia extraurbana delle borgate, vi è una popolazione che

per certi aspetti è economicamente in disagio e quindi si ha un'altissima percentuale di esenzioni dal pagamento del *ticket*; a nostro giudizio non sempre le esenzioni sono giustificate. Rivolghiamo pertanto un invito al Governo ad attivarsi per una migliore applicazione di tale normativa, soprattutto per quanto riguarda i controlli previsti dalla normativa vigente. Ripeto, l'esenzione di questa alta percentuale di cittadini romani dal pagamento del *ticket* crea una situazione estremamente pericolosa e dolorosa dal punto di vista finanziario. A questo si aggiunge una situazione altrettanto precaria per quanto riguarda la possibilità da parte della regione di fare indagini a livello delle varie USL sul tipo di prestazioni che vengono erogate. In sostanza non si hanno dati conoscitivi che permettano di fare controlli seri, anche in applicazione della legge finanziaria. Un altro aspetto che la riforma ha lasciato aperto in modo problematico è quello relativo al collegamento fra i medici generici, gli specialisti e gli ospedalieri. Tutto questo non si è realizzato; i dati che abbiamo sono assolutamente sconcertanti. Prima della riforma ogni famiglia aveva il proprio medico in grado di seguirla sia nell'assistenza diretta che nell'indirizzo verso i vari specialisti; oggi abbiamo vari centri gestiti ognuno autonomamente ed il paziente non è più tutelato da un collegamento fra questi vari centri.

La situazione è sempre più pesante proprio per quanto riguarda l'evasione delle richieste specialistiche da parte della struttura pubblica, sia di quella ambulatoriale che di quella ospedaliera. Si ha pertanto un massiccio ricorso a convenzioni private. La struttura pubblica non è in grado di rispondere in tempi brevi alle esigenze della popolazione; si hanno prenotazioni per prestazioni specialistiche a distanza di un mese o addirittura due; è chiaro che a quel punto si ricorre al convenzionamento esterno. La situazione è pertanto pericolosa e difficile e deve essere affrontata in modo diverso da quello attuale.

Vi è un'altra situazione che forse riguarda Roma in particolare, ma credo debba essere sottolineata, quella concernente le richieste di emergenza provenienti dalla popolazione. In una città come Roma, infatti, l'invio delle autoambulanze nei casi di emergenza viene effettuato soltanto nel raggio del centro urbano e della sua periferia, ma non raggiunge il territorio dell'intero comune. Tutte le autoambulanze, inoltre, sono concentrate in un solo punto e, di conseguenza, non sono in grado di raggiungere rapidamente tutte le zone della città. È stato forse giusto arrivare all'eliminazione delle autoambulanze private, ma occorre provvedere comunque a fornire un servizio efficiente. Da una indagine effettuata, inoltre, è risultato che il numero di uscite medie delle autoambulanze localizzate presso gli ospedali, pur essendo adibito a tale servizio un organico di quindici persone, è di tre o quattro al mese. Questa situazione, a mio parere, va corretta, perché è il cittadino a pagarne duramente le conseguenze.

Anche in questa sede, inoltre, come ho già fatto in molte altre occasioni nei confronti della regione, voglio denunciare l'assoluta mancanza di forme di aggiornamento professionale dei medici. Né la regione né le USL effettuano corsi di aggiornamento relativi alla medicina generica che, invece, vengono svolti a cura dei sindacati di categoria ed in parte dell'ordine dei medici. I fondi necessari, tra l'altro, non fanno parte del Fondo sanitario nazionale, fatto questo che darebbe alla regione Lazio la possibilità di attuare senza grosse difficoltà una precisa norma contenuta nella legge n. 833.

GIULIO PAPANDREA, *Rappresentante della Segreteria nazionale della Confederazione italiana medici ospedalieri*. Desidero innanzitutto ringraziare la Commissione per aver promosso questo incontro, che sollecita il ricordo di altre analoghe occasioni e, in particolare, della audizione effettuata nelle more dell'*iter* parlamentare della legge n. 833. Devo dire che quegli incontri sono rimasti nei nostri

ricordi, ma non hanno portato ad alcun risultato rispetto alla formulazione della riforma successivamente varata. Mi auguro che l'odierna riunione consenta agli onorevoli deputati di tenere in maggior conto quanto da essa emergerà.

Mi permetto di suggerire alla Commissione di recarsi, qualora decidesse di compiere qualche viaggio in provincia, a visitare la USL di Altamura, di cui oggi parlano alcuni giornali invitando a non ricorrere alle cure ospedaliere o comunque a farlo portandosi dietro lenzuoli ed altro.

Devo dire che alcuni dei problemi relativi all'attuazione della riforma sanitaria si collegano all'esistenza di problemi esterni ad essa o al modo distorto in cui la riforma è stata applicata a livello di unità sanitarie locali. Alcune distorsioni nell'attuazione della riforma sono, inoltre, dovute a cattiva volontà di chi avrebbe dovuto effettuarla.

Preferisco sorvolare rispetto a problemi di carattere molto generale, volendo soprattutto evidenziare come nel Lazio avrebbero potuto essere evitati alcuni problemi applicativi della riforma, che invece sono insorti. Le USL, ad esempio, non hanno creato alcuni istituti tipici della legge di riforma, quali uffici di direzione. Molte USL, addirittura, non hanno ancora provveduto ad emanare le relative delibere, mentre altre si sono affrettate ad ottemperare a tale onere al solo scopo di rendere erogabile l'indennità prevista in favore dei dirigenti di tali nuovi organismi. La verità è che col funzionamento degli uffici di direzione i comitati di gestione hanno visto il possibile determinarsi di limitazioni dei propri poteri di gestione che certamente non gradiscono. Un richiamo in favore del superamento di tale situazione di stasi va senz'altro effettuato ed il sindacato si è fatto carico di sollecitare in tal senso il Ministero della sanità, chiedendo anche la nomina di commissari *ad acta* presso le USL che non hanno istituito gli uffici di direzione. Non mi risulta, tuttavia, che alcunché sia stato fatto in tal senso dalla regione o dal Ministero.

Un altro problema è rappresentato dalla mancata costituzione in numerose USL delle consulte tecniche, previste dalla riforma. Mi risulta che nel Lazio accade spesso che tali organismi non sono in grado di esercitare la propria funzione perché i comitati di gestione ne impediscono un corretto funzionamento. È un altro caso di mancanza di volontà politica rispetto alla costituzione ed al funzionamento di nuovi organismi previsti dalla legge per migliorare l'organizzazione delle USL.

Entrando nel merito si può vedere come alcuni errori e distorsioni della riforma sanitaria sono dovuti al modo in cui sono state organizzate le USL dal punto di vista della loro distribuzione nel territorio. Nel Lazio sono numerosissime e molte inutili; alcune hanno un'utenza di 12-13 mila abitanti e sono state istituite per soddisfare esigenze di potere locale. Pertanto, se effettivamente si vuole razionalizzare il servizio, occorre rivedere la mappa delle USL; la soluzione di tale problema ha carattere prioritario, così come lo ha quella del problema della redistribuzione degli ospedali del Lazio. In alcune province, infatti, il numero degli ospedali è superiore al fabbisogno, mentre in altre si verifica esattamente il contrario: per questo motivo è necessario che la regione intervenga con precise direttive, non essendo certo sufficiente una semplice attività di studio e di analisi della situazione che lascia il tempo che trova. Bisogna avere il coraggio di eliminare le cose inutili, di chiudere i reparti ospedalieri che registrano una presenza media giornaliera al di sotto di certi *standards*, procedendo secondo un piano organico di riassetto dell'intero settore ospedaliero regionale.

Procedendo ancora in termini estremamente sintetici - cosa di cui mi scuso, ma purtroppo non posso fare altrimenti perché i problemi sono numerosissimi - desidero soffermarmi anch'io su un problema richiamato dal collega dell'ANAAO che riguarda direttamente il Parlamento. Intendo riferirmi al problema rappresentato dall'atteggiamento assunto dagli istituti di

credito di fronte alle richieste di anticipazioni da parte delle USL per il consolidamento dei debiti. Colgo l'occasione per denunciare pubblicamente un istituto di credito del Lazio che, addirittura, avrebbe costretto alcune USL a rivedere i tassi previsti da una convenzione con scadenza il 31 dicembre 1986, pena il mancato consolidamento del debito. Ciò è stato possibile perché l'istituto si è fatto scudo della dizione contenuta nel decreto che non lo obbliga alla concessione delle anticipazioni, consentendo, invece, un'ampia discrezionalità.

I problemi relativi alle piante organiche sono strettamente connessi a quello della revisione della distribuzione territoriale delle USL. La revisione delle piante organiche, infatti, ha senso soltanto se si arriva alla elaborazione di piani di programmazione sanitaria ed ospedaliera. È un problema enorme connesso, per quel che riguarda i medici, a quello della pleora di laureati: nel momento in cui è stato fissato il presunto numero ottimale del personale sanitario laureato sarebbe stato necessario provvedere contemporaneamente alla revisione dei sistemi di accesso alla facoltà di medicina, cosa della quale, per altro, si parla ormai da 15 anni.

Anche quello del precariato è un problema di enormi proporzioni. Devo precisare però che la situazione attuale non è ascrivibile alle responsabilità delle organizzazioni sindacali, bensì a quelle dello Stato che non gestisce i concorsi. Dalla cosiddetta legge Mariotti in poi non si è riusciti a fare concorsi ospedalieri: prima perché si dovevano sostenere ben 10 esami di idoneità e poi - cioè dal 1968 ad oggi - perché poco è stato fatto. Come ho testé detto, la questione è di grande rilevanza, ma noi non intendiamo farcene carico anche perché, quando l'abbiamo fatto, si è verificata una cosa strana, siamo stati cioè ricattati sul contratto. Noi non intendiamo più accettare cose di questo tipo per poter avere la sanatoria. Penso, però, che arriveremo al momento del contratto con un nuovo progetto di sanatoria e che in quel momento ci verrà

detto che non ci sono più soldi, per cui saremo posti di fronte ad un nuovo ricatto nel senso che la sanatoria verrà accettata solo se i medici saranno disposti ad accettare un certo tipo di contratto. Ho voluto sottolineare questo aspetto del problema non perché la sanatoria ci riguardi direttamente come organizzazioni sindacali, ma solo perché si tratta di un problema talmente grave che non può essere ignorato nell'ambito di un discorso di riorganizzazione dei servizi sanitari. Colgo anche l'occasione per stigmatizzare il comportamento della parte pubblica: siamo stati, infatti, costretti a firmare un contratto nelle condizioni che tutti conoscono. Il risultato è un contratto inapplicabile ed inapplicato. Credo che nessuna USL del Lazio sia stata in grado di farlo perché alla farraginosa contratto si sono affiancate direttive della parte pubblica tali da distorcere quel poco di positivo che era contenuto nel contratto medesimo.

In una situazione siffatta non sappiamo davvero come comportarci, anche perché il ricorso allo sciopero ci ripugna come medici, tant'è che ogni volta lo facciamo malvolentieri, assicurando spesso comunque l'assistenza, così come è avvenuto l'anno scorso. Bisogna che questo paese tenti di darsi un più razionale assetto della sanità: se, però, anche il ministro agisce in maniera tale da vanificare quel poco di contrattazione che si può fare, mi chiedo se non abbiamo perso tempo dietro a queste.

Il presidente ci ha anche invitati ad entrare nel merito di alcuni argomenti cui ha fatto cenno introducendo questa audizione. Relativamente ai servizi psichiatrici dico subito che il programma di riforma pensato alcuni anni fa è stato completamente vanificato dai comportamenti concreti. Su tutto il territorio - a parte pochi reparti di diagnosi e cura in alcuni ospedali, che per altro funzionano male - non esistono strutture in grado di far fronte ai vari problemi e le condizioni di abbandono degli ex ospedali psichiatrici sono tali da aver provocato l'intervento della magistratura. Mi riferisco al-

l'ospedale psichiatrico di Ceccano presso il quale la vicenda si è conclusa ovviamente con l'incriminazione dei soli tre medici che vi operavano, con la sospensione del direttore per omissione di atti d'ufficio e con la trasmissione di avvisi di reato per gli altri due primari.

Quanto al problema della tossicodipendenza, o andiamo verso la valorizzazione del volontariato o è molto difficile che la struttura pubblica da sola possa in qualche maniera intervenire in questo delicato settore dell'assistenza sanitaria. Beninteso, intendo riferirmi al volontariato professionale preparato, che è assai diverso da quello che talvolta si va facendo.

Pertanto, bisogna assolutamente tenere conto delle istituzioni, anche di carattere privato (anzi, soprattutto di carattere privato), che in questo settore operano lodevolmente anche nel Lazio.

Questo deve servire senz'altro da stimolo alla parte pubblica per una migliore organizzazione dell'assistenza sanitaria.

L'ultimo problema che desidero fare presente è quello della guardia medica notturna, che va riesaminato perché è impensabile che sia affidata esclusivamente a medici neolaureati la fase più importante nella salvaguardia e nella tutela della salute dei cittadini, cioè la fase dell'emergenza. Perché spesso i medici neolaureati non hanno una preparazione professionale all'altezza dei compiti ai quali sono chiamati. Su tale problema mi riservo di presentare a codesta Commissione una relazione scritta.

**GILBERTO ZUCCHIATTI**, *Rappresentante della CISL*. Anch'io mi associo al ringraziamento espresso dagli altri componenti la delegazione sindacale per l'iniziativa assunta da codesta Commissione e per la possibilità che ci viene data di scambiare le nostre opinioni su un argomento di tanta importanza.

Certo, la tentazione sarebbe quella di elencare tutti i mali che quotidianamente ci affliggono; ma è meglio attenersi all'oggetto dell'indagine conoscitiva.

Il presidente Casalnuovo ha detto, in apertura di questa audizione, che la Commissione sanità della Camera sta svolgendo un'indagine conoscitiva complementare rispetto a quella della Commissione sanità del Senato, che è più specifica, sui problemi istituzionali.

Desidero aggiungere che l'indagine complementare sicuramente non è indifferente rispetto a quelle che saranno le decisioni sui termini istituzionali. Pertanto, ci auguriamo che le riflessioni che intendiamo porre all'attenzione di codesta Commissione vengano tenute nella dovuta considerazione, soprattutto in relazione ai processi che stanno delineandosi (ad esempio, la « riforma della riforma » delle USL, più che della riforma sanitaria).

La prima domanda cui desidero rispondere riguarda lo stato di attuazione della riforma nella nostra regione. Su tale argomento dobbiamo riflettere approfonditamente; e, del resto, non possiamo muovere rilievi alla regione come istituzione, data la tempestività con cui ha emanato le leggi e le disposizioni di sua competenza.

Dobbiamo rilevare, invece, come, di fronte a tale tempestività nell'emanazione delle leggi, l'attuazione reale di esse abbia incontrato degli ostacoli veramente difficoltosi e talvolta quasi insuperabili.

Riteniamo che si tratti non tanto di modificare delle leggi (anche se ve ne è la necessità), quanto di modificare dei costumi nell'applicazione delle leggi stesse e di superare resistenze ormai storiche rispetto alla trasformazione di un sistema che nessuna legge può modificare se prima non si è capito bene come incidere in un sistema di questa natura.

Su un tema importante come quello della partecipazione complessiva al progetto di trasformazione che si intende attuare è opportuno, a nostro avviso, fare alcune considerazioni.

La prima considerazione è che con la regione Lazio abbiamo un rapporto - almeno in questi ultimi tempi - seppure precario e difficoltoso, tuttavia abbastan-

za credibile sul piano della trattativa, su cui ci confrontiamo, o ci scontriamo, o troviamo dei punti di convergenza.

La seconda considerazione è che non riusciamo assolutamente ad avere un rapporto serio e corretto con i comitati di gestione. Vi sono alcuni comitati di gestione - non so se la mia analisi corrisponde anche alle esperienze vissute dai colleghi degli altri sindacati - che sfuggono alle loro responsabilità, adducendo, a motivo di ciò, la fumosità delle leggi che non li pongono come entità giuridiche in grado di assumere decisioni.

A noi sembra che il progetto governativo di modifica dell'assetto delle USL faccia un passo avanti rispetto a questo stato di cose quando delega a tali entità autonomia e poteri. Rimane il problema della capacità e della volontà di esercitarli, e su questo ho da fare un rilievo.

Siamo abituati, in Italia, a passare da un estremo all'altro. Se, ad esempio, vi sono cose che non vanno, estremizzando il concetto, determiniamo delle situazioni troppo elastiche.

Nella delega dei poteri ai comitati di gestione sarebbe opportuno lasciare centralizzate alcune normative riferite alla gestione complessiva del regolamento del personale. È impensabile, infatti, che ogni USL si costituisca un regolamento del personale a modo suo.

Ho voluto porre in evidenza l'opportunità di una tale misura perché ciò riflette una nostra preoccupazione per le decisioni che saranno prese.

Inoltre, non ritengo opportuno considerare, tra le cause del cattivo funzionamento delle USL, la soluzione dello scorporo degli ospedali clinicizzati. La preoccupazione è, infatti, anche qui di conflittualità, perché si darebbe il via ad una conflittualità tra istituzioni, comuni e comunità montane da un lato e regione dall'altro. Questo è stato uno dei grossi scogli che ci siamo trovati davanti e che oggi, con alcune forzature, stiamo cercando di superare, dando alla regione la possibilità di gestire direttamente gli ospedali scorporati o quelli clinicizzati così da consentirle di determinare le quote economiche da erogare a tali ospedali.

Noi ci troviamo davanti ad una gestione diretta delle regioni che nominano i comitati di gestione; sicuramente si propenderà per un accentramento economico mandando a monte il concetto di riforma e di trasformazione, che era legato alla costruzione sul territorio di una struttura sanitaria alternativa o integrativa.

Sul numero delle USL si è già parlato. Per quanto riguarda la spesa va rilevato che la regione Lazio attraversa un momento di difficoltà poiché con le assegnazioni del Fondo sanitario nazionale deve far fronte ad una serie di impegni che sono divenuti oramai troppo gravosi per il ruolo che viene assegnato alla regione medesima. Va rilevato che con questo Fondo le USL fanno fronte ad una serie di spese che non sono di stretta pertinenza del settore sanitario.

Si è potuto fare una riforma sanitaria esclusivamente indirizzata al settore della sanità, sul quale però si fanno gravitare una serie di spese che non sono di competenza del settore medesimo. In questo modo non si è fatto altro che generalizzare l'allarme - presente spesso sulla stampa - di una spesa sanitaria che sta affossando la spesa pubblica nel suo complesso.

Si tratta di richieste importanti che vanno valutate attentamente; sappiamo che ci sono fondi stanziati per gli enti locali destinati al settore riabilitativo, al settore della tossicodipendenza, eccetera. Come qualche medico ha evidenziato, non sta scritto da nessuna parte che l'intervento economico da fare per i tossicodipendenti debba essere caricato esclusivamente sul Fondo sanitario nazionale. Oggi, invece, è proprio quello che succede e poi si dice che il Fondo sanitario manda fallito lo Stato! Inoltre, va tenuto presente che i cittadini pagano direttamente circa il 70 per cento della loro spesa sanitaria individuale (in alcuni casi si arriva addirittura al 90 per cento). Si tratta di valutazioni generali, che sono però importanti se si vuole veramente migliorare la gestione finanziaria degli organi periferici.



Mi sembra anche giusto sottolineare un dato negativo, che si rileva particolarmente nella nostra regione, relativamente al rapporto fra privato e pubblico. Una costante della nostra regione, fino a qualche anno fa, è stata quella di elevare sempre di più la spesa rispetto al settore privato convenzionato; ebbene, se le variabili economiche anche qui non sono indipendenti, in questo modo si sottraggono fondi al settore pubblico. Bisogna pertanto intervenire in maniera corretta non per affossare il settore privato, che ha pieno titolo di svolgere le sue funzioni, ma per potenziare al meglio la struttura pubblica.

Qualcuno ha evidenziato il fatto che nel settore pubblico vi è una quantità enorme di servizi sottoutilizzati. In effetti, se si facesse una seria analisi per vedere come in una USL di grandi dimensioni ospedaliere vengono utilizzati i servizi pubblici, ci si accorgerebbe — senza drammatizzare — che almeno il 40 per cento di tali servizi non sono utilizzati al meglio, di fronte ad una utilizzazione del 100 per cento che viene invece effettuata nelle case di cura private. Questo è un fenomeno che nessuna legge può modificare, se non si modifica un sistema ed un costume che esiste e sopravvive ormai da molto tempo. Anzi, a me viene il sospetto che si faccia una politica tendente a convogliare il cittadino verso la struttura privata (e su questo credo che esista la complicità di tutti).

Senza ripetere le cose già dette, desidero denunciare le difficoltà che esistono nell'ambito della regione Lazio per quanto riguarda il settore della formazione professionale; purtroppo non abbiamo rapporti diretti in questo settore con l'assessore regionale, ma dobbiamo dire che si continua ad impostare una politica di formazione professionale che oggi non ha motivo di esistere e tutto questo perché non si ha il coraggio di confrontarsi con gli organismi sociali predisponendo piani adeguati. Basti pensare che oggi si formano infermieri professionali che non rispondono alle esigenze e alle necessità attuali; si tratta di un puro e semplice

calcolo matematico per cui « tale » cifra divisa per il costo di ogni allievo dà un certo numero di allievi. Debbo dire che in questo modo non si riuscirà mai ad attuare una vera e propria riforma sanitaria.

Non mi dilungo ancora perché molte cose sono state dette bene da altri colleghi. Auspico che nei rapporti fra noi ed i medici si riesca ad individuare un denominatore comune capace di dare impulso alla ormai indilazionabile trasformazione del settore sanitario. Sono anch'io d'accordo sul fatto che ristrutturando i servizi e modificando le piante organiche si possa arrivare a ulteriori possibilità occupazionali per i medici; a mio avviso dobbiamo, però, discutere con le categorie dei medici per trovare condizioni vantaggiose soprattutto per la collettività, anche se ciò richiederà un minimo di sacrificio da parte di tutti.

GIUSEPPE UGUCCIONI, *Rappresentante dell'Associazione primari ospedalieri*. Desidero anche io ringraziare la Commissione per l'invito a partecipare all'odierno incontro, di cui l'onorevole presidente ha puntualizzato i termini nella sua introduzione.

Ritengo che esistano deficienze di attuazione della legge di riforma sanitaria che riguardano anche aspetti di carattere normativo, che hanno avuto una ricaduta negativa sull'organizzazione territoriale dei servizi. Non vi è dubbio, ad esempio, che il piano sanitario nazionale, pur non potendo essere considerato la panacea di tutti i mali, avrebbe dovuto indicare indirizzi ben precisi entro i quali operare. Più che formulare 800 articoli, sarebbe stato necessario fornire indicazioni precise, soprattutto per chiarire la funzione fondamentale della regione, che deve essere di programmazione rispetto all'attuazione del servizio.

Occorre attenersi ad una banca dati reale; mi riferisco ai vari osservatori epidemiologici che fino ad ora non risultano basati su una effettiva realtà, in quanto essa è qualcosa che si va costruendo piano piano e che ha bisogno di tempi tecnici, dei quali non si è tenuto conto nel

predispone la legge di riforma. Si è voluto dare risposte alle attese del cittadino in modo astratto, non tenendo conto dei necessari tempi di realizzazione e soprattutto delle potenzialità delle strutture. Sono stati affidati ai comuni compiti completamente nuovi, ai quali essi non erano preparati.

Si è parlato di aree della comunità, con riferimento a criteri che dovrebbero essere l'espressione di uno dei due supporti del servizio sanitario, del distretto sanitario. Ebbene, occorre dire al riguardo che non vi è stata né formazione né costruzione e che si comincia adesso a tentare di definire in modo concreto i compiti di questa struttura. E ciò pur essendo noto che le due strutture fondamentali tecnico-mediche e sanitarie sono il distretto sanitario e l'ospedale territoriale, l'uno come espressione della medicina di base, l'altro come sede della medicina specialistica, terapeutica e riabilitativa.

E in questa ottica che va vista una realizzazione completa del servizio sanitario nazionale che ne consenta l'effettivo decollo, ponendo, inoltre, particolare attenzione al discorso della formazione del personale, che non può essere affidata a forme di volontariato, ma deve essere realizzata in modo organico e, soprattutto, accreditabile sul piano tecnico e funzionale; occorre costruire medici idonei a rispondere alle esigenze di un servizio sanitario nazionale efficiente e consapevoli della necessità di far decollare il servizio.

Ritengo prioritario, come dicevo, provvedere alla realizzazione della rete complessiva dei distretti sanitari e degli ospedali territoriali, come livello di guardia di tutto il servizio. Abbiamo prodotto un documento in materia, in cui delineiamo tali criteri fondamentali, e di esso ne lascerò copia alla Commissione.

Circa il ruolo della regione altri colleghi hanno affrontato importanti problemi. Desidero, tuttavia, rilevare che, a mio parere, le regioni devono provvedere a piani organici, ma non rigidi, cioè capaci di contenere una concezione dinamica

della realtà, che eviti, soprattutto, il mantenimento a vita di certe posizioni. È centrale, praticamente, che il valore politico, sociale e funzionale del ruolo del medico sia bene evidenziato. I problemi sociali dei servizi psichiatrici sono particolarmente gravi in quanto molti dei ricoverati non sono degli ammalati psichici ma soltanto dei vecchi. Questo rappresenta una delle ragioni del fallimento dell'assistenza psichiatrica che si è trovata costretta a farsi carico di persone rifiutate dalla società.

Il personale medico-psichiatrico è ottimo: il problema è, anche in questo caso, quello della scarsità dei medici; lo dico come primario della USL 19 che ha contatti con l'ospedale Santa Maria della pietà nel quale si sono verificati pazienti ricoverati per « addome acuto » che avevano dei gomitoli nel retto di cui nessuno si era accorto. Ciò significa che spesso si fa troppa filosofia e poca medicina.

Non mi sembra il caso di elencare tutte le carenze delle USL; molte sono state ricordate dai colleghi qui presenti per cui concludo dicendo che mi associo alle loro considerazioni.

LUIGI MACCHITELLA, *Rappresentante della CGIL*. Nell'associarmi al ringraziamento dei colleghi della Commissione per questa convocazione utile ed opportuna, desidero dire in premessa che è necessario sgombrare il campo dall'idea - che molti si sono fatta e che spesso viene presentata come possibile soluzione - che le difficoltà della sanità su tutto il territorio nazionale e non solo nella nostra regione possano essere risolte esclusivamente attraverso un nuovo atto legislativo oppure attraverso la revisione e la correzione della legge di riforma. È evidente che quest'ultima, anche alla luce dell'esperienza maturata, ha bisogno di alcune modifiche di adeguamento: non ritengo comunque che questo sia il terreno sul quale ci si debba muovere perché il vero problema della sanità, direi il « bubbone » da eliminare, è rappresentato proprio dal contrario, cioè dalla mancata

applicazione di alcune disposizioni della legge. Basti pensare che, a distanza di 6 anni dall'approvazione della legge, non è stato ancora elaborato il piano sanitario nazionale e questo fatto non può non avere avuto negativi riflessi sui servizi. Ad esempio, la riconversione della spesa, che avrebbe dovuto essere indicata dal piano per iniziare una seria politica di risparmio e di razionalizzazione, non è stata avviata, per cui oggi ci si ritrova con un meccanismo di spesa collegato al vecchio modello di sanità e che, non solo non consente di soddisfare i bisogni odierni del territorio, ma è anche causa dei mancati finanziamenti più e più volte denunciati dalle organizzazioni sindacali. Lo stesso discorso può essere fatto per altri settori, dato che la riforma avrebbe dovuto trovare concreta attuazione attraverso il piano sanitario nazionale che il Governo avrebbe dovuto elaborare. L'inattività del Governo in questo settore risulta ancor più condannabile se si considera che parte del piano nazionale è delegificata per cui esso ha la possibilità di intervenire in tempi brevi. Capisco che questi argomenti non riguardano direttamente la Commissione, ma era necessario farvi riferimento perché rappresentano il vero nodo da sciogliere.

Un altro argomento - già trattato dal collega Zucchiatti - sul quale intendo richiamare l'attenzione della Commissione, è quello delle entrate della sanità. A sei anni dall'approvazione della legge di riforma, esistono ancora delle sperequazioni di trattamento tra i cittadini: i lavoratori dipendenti pagano il servizio con il versamento automatico tramite detrazione dalla busta paga, mentre altre categorie pagano in maniera diversa per avere lo stesso servizio; altre ancora o sfuggono alla contribuzione a causa dei problemi fiscali che tutti conosciamo oppure versano un contributo assolutamente insufficiente e comunque di molto inferiore a quello che dovrebbero. Anche quello delle entrate è dunque un problema sul quale non si può « glissare » come se non esistesse, non fosse altro perché, com'è noto, l'80-90 per cento dei servizi viene

pagato e ciò nonostante viene imposto il *ticket*. Si tratta dunque di un sistema iniquo che non può essere perpetuato in un paese civile quale il nostro intende essere e che diventa davvero inaccettabile a fronte delle denunce relative al fatto che nella sanità si spende troppo. Quel che è sicuro è che si spende male.

La ristrutturazione del Ministero è bloccata per ragioni di interesse: sono stati elaborati almeno 8 progetti, ma se andiamo a vedere qual è la ragione per cui non si riesce a trovare un accordo, ci accorgiamo che il nodo è quello del numero di dirigenti centrali da nominare. La ristrutturazione del Ministero è un supporto indispensabile per la direzione del servizio sanitario nazionale e non è accettabile che non la si faccia per ragioni quali quelle cui ho testé accennato.

A Roma abbiamo ereditato un servizio molto importante anche se il passaggio è avvenuto in maniera scorretta. Intendo riferirmi alla Croce Rossa che è l'ente gestore del pronto soccorso cittadino; la legge ne prevedeva lo scorporo, ma da anni non si fa nulla, mancano i finanziamenti e le assunzioni di nuovo personale sono del tutto insufficienti. Una città come Roma, dunque, non è dotata di un servizio di pronto soccorso efficiente solo perché si ritarda lo scorporo della Croce Rossa! Anche in questo caso le ragioni del ritardo sono rappresentate dalle resistenze dell'ente con riflessi all'interno del Parlamento. Non esistono infatti resistenze del comune: è l'ente che non vuole convenzionarsi con quest'ultimo dandogli in gestione il servizio di pronto soccorso. Poi, all'interno della nostra regione vi è una città preponderante come Roma; così che non si può partire da una analisi dell'eredità che abbiamo ricevuto dal vecchio servizio mutualistico ed ospedaliero. Abbiamo ospedali in stato di degrado assoluto, ma non perché la riforma sanitaria ne abbia determinato il degrado, bensì perché per anni non sono stati fatti investimenti di nessun genere e, in previsione del fatto che quegli enti sarebbero stati scorporati, sono stati abbandonati tutti gli interventi di manutenzione che dove-

vano essere realizzati. Sono state riempite le strutture di tali enti con una pletera di amministrativi, tanto che Roma è la città in cui lo squilibrio tra il personale amministrativo e quello addetto ai servizi è il più accentuato. Ma non è pensabile che un servizio come quello sanitario possa continuare con uno squilibrio del genere.

All'interno di questo problema si pongono almeno due questioni.

La prima questione è data dal fatto che le leggi impediscono la mobilità del personale. Infatti, il decreto del Presidente della Repubblica n. 761, al di là della farraginosità delle procedure per l'indizione dei concorsi, impedisce di fatto la mobilità del personale all'interno del territorio romano e di quello laziale. Questo è vero in tutte le realtà sanitarie italiane, ma a Roma è diventato un problema centrale. Non è possibile, infatti, non disporre di strumenti legislativi che permettano un riequilibrio del personale. Il meccanismo è che non si indicano prima i concorsi e, quindi, non vi è l'opzione individuale di chi vuole occupare il posto messo a concorso, quella persona non può essere spostata se non attraverso atti di imperio che hanno, poi, tutte le conseguenze che hanno, anche per le situazioni di attrito che si verificano tra il personale. Nei fatti, siamo nell'impossibilità di operare sul piano legislativo in termini di mobilità. Questo stato di cose deve essere cambiato se si vuole andare ad una distribuzione del personale che renda possibile quell'efficacia e quella efficienza dei servizi che tutti vogliamo.

Inoltre, abbiamo ereditato una realtà tale per cui nella nostra regione lo squilibrio tra il settore sanitario privato e quello pubblico è notevolissimo. Occorre, pertanto, procedere ad un riequilibrio tra i due settori considerando il problema esistente a Roma come problema nazionale. Tuttavia vi sono anche, senza dubbio, responsabilità di gestione locali che non derivano tanto dall'impostazione delle leggi quanto dal modo in cui si governa. La nostra è, infatti, una regione che, pur avendo come compito istituzionale quel-

lo della programmazione, tutto fa tranne che programmare, ed ha assunto la gestione come strumento di lavoro suo proprio. In realtà, non si fa il piano sanitario regionale (e non è un alibi il dire che, poiché non vi è un piano sanitario nazionale, non può esservi quello regionale, giacché molte regioni vi hanno già provveduto ed anche una precedente giunta regionale laziale ne aveva avviato uno); non solo, ma le USL - come è stato denunciato dal collega Boni - non esercitano controlli sulla ricettazione dei medici di base, cosicché tale ricettazione è accentrata nella USL RM9 e, nonostante sia stata chiesta la soluzione di questo problema, la regione ha deciso che si tratta di materia accentrata a livello regionale.

Ancora: non viene fatta la legge sul riconvenzionamento delle strutture private, essendosi manifestate forti resistenze per quanto riguarda il problema della compatibilità della presenza delle strutture pubbliche con quella delle strutture private.

Sono questi i nodi centrali intorno ai quali dobbiamo lavorare.

Non è possibile mantenere il blocco delle assunzioni e pensare di fare funzionare le strutture sanitarie con l'attuale quantità di personale precario (circa 70 mila sono i precari in tutta Italia, e di essi 5 o 6 mila si trovano nella regione Lazio). Fatto sta che tutti i nuovi servizi ed il funzionamento delle macchine sanitarie nella nostra regione è, in pratica, nelle mani di personale non di ruolo, con tutte le difficoltà che ne conseguono e con la possibilità di un ricatto continuo nei confronti di operatori i quali possono essere cacciati da un giorno all'altro dal servizio sanitario, facendo così correre il rischio della chiusura dei servizi essenziali in quanto territoriali e di nuova istituzione. In tale situazione lo stesso governo di questo personale diviene difficile perché un personale così facilmente ricattabile ed anche così rigido nella sua collocazione non è certamente in grado di gestire adeguatamente i servizi ai quali è preposto. E se è già difficile spostare il personale di ruolo diventa addirittura impossibile spostare il personale precario laddove

vi sia l'esigenza di modificare un servizio, o di ampliarne un altro, o di chiuderne un altro ancora.

Questo è il nucleo centrale dei problemi che abbiamo da affrontare se vogliamo risolvere realmente le questioni della sanità.

È mio convincimento che la questione della riforma delle autonomie locali è centrale e si collega direttamente ai problemi della riforma sanitaria perché i problemi dei comuni, delle USL e degli enti regionali sono centrali e pertanto non possono essere elusi e devono essere risolti proprio perché quello della sanità non è un capitolo a parte ma va considerato nell'ambito della questione dei servizi a livello territoriale.

FRANCO CECCHERINI, *Rappresentante del Sindacato unitario medici italiani*. Signor presidente, desidero innanzitutto ringraziarla per l'invito che ci ha rivolto.

Voglio iniziare questo mio intervento facendo osservare come, al giorno d'oggi, la ricerca dei mali della regione Lazio sia estremamente impegnativa in tanto in quanto, secondo noi, i problemi della regione Lazio sono gli stessi che si presentano a livello nazionale, se si fa eccezione per alcune regioni le quali - bontà loro - hanno assunto un ruolo pilota nella riforma sanitaria.

Va osservato subito come la regione Lazio non sia collegata « a filo diretto » con i comuni e con le USL, come dimostra il fatto che delibere assunte a livello regionale vengono poi disattese a livello di comuni e di USL.

Faccio solo un esempio banale: mentre viene formata una commissione specifica, a livello USL si formano altre commissioni per l'applicazione del contratto, col risultato di creare più caos di prima. Vi è quindi carenza di indirizzo unitario proprio per l'applicazione della normativa vigente.

Alle USL diamo la maggiore responsabilità dei mali che affliggono il settore dell'assistenza sanitaria; in effetti si tratta di organismi che sono di per sé caotici; basti pensare alle difficoltà che si presentano agli utenti che si rivolgono alle USL

per accertamenti diagnostici particolari e che si vedono sbattuti da una parte all'altra poiché le USL non sanno presso quali ospedali o presidi sanitari indirizzare tali utenti. Le visite specialistiche rappresentano un ulteriore grosso problema; al riguardo siamo dell'avviso che una libera concorrenza fra struttura privata e convenzionamento esterno non possa che rappresentare l'ottimo per i fini che si intende raggiungere.

Si parla molto del fatto che la spesa ospedaliera assorbe la maggior parte della spesa sanitaria nazionale, ma attenzione, andiamo a vedere cosa c'è dentro. Si tratta di fondi che vengono mal gestiti soprattutto a livello di comitati gestionali, i quali provvedono spesso ad acquisti di apparecchiature diagnostiche che il più delle volte non servono perché sono vecchie. Ad esempio, all'interno della USL n. 16 di Roma si registra un caso emblematico: la maggior parte delle attrezzature diagnostiche vengono date al San Camillo, mentre il Forlanini è completamente sprovvisto di attrezzature che gli sarebbero necessarie vista la specializzazione che dovrebbe fornire agli utenti. Si tratta di dati che vanno tenuti presenti poiché nei comitati di gestione non vi sono tecnici capaci di poter effettivamente valutare le necessità che si vengono a creare all'interno di un nosocomio. Si era detto di mettere accanto a questi comitati di gestione dei consulenti medici, non perché noi vogliamo essere al di sopra di tutti, ma perché siamo i diretti interessati e perché sappiamo cosa serve quotidianamente per rendere migliore l'assistenza sanitaria all'interno delle varie divisioni o dei vari reparti ospedalieri. In effetti, oggi come oggi, gli ospedali pubblici sono fatiscenti, si va avanti con piante organiche vecchie ormai di dieci anni; l'attività ospedaliera si regge in piedi grazie all'abnegazione dei colleghi che prestano il volontariato senza percepire alcuna remunerazione. La cosa ancora più grave è che agli stessi non viene dato un minimo di attestato che possa essere utile per gli eventuali concorsi pubblici. Signor presidente, ripeto, è bene che si

sappia che la maggior parte degli ospedali, se non la totalità, può svolgere la propria attività solo per il lavoro del volontariato, senza il quale - con le attuali carenze di personale medico e paramedico - gli ospedali si fermerebbero da un giorno all'altro.

Il problema della disoccupazione giovanile non può essere risolto a livello di regione Lazio, ma la situazione esistente nell'ambito di quest'ultima va tenuta presente se si vuole arrivare a soluzioni positive. Al riguardo vi sono progetti di legge avanzati dagli stessi sindacati, che riguardano anche il problema della non cumulabilità di incarichi particolari. Si tratta di progetti che vanno approfonditi.

Circa il numero « chiuso » di studenti universitari, debbo dire che riguarda argomento in discussione da molti anni; a mio avviso non può risolvere il problema della disoccupazione in maniera immediata, e vanno quindi prese misure ben più drastiche ed urgenti se si vuole davvero risolvere un problema che è anche di sottoccupazione.

Legato a questo, in un certo senso, vi è il problema dei medici generici di base i quali svolgono un'attività a volte frustrante. Anche se è vero che a volte possono incorrere in errori, quotidianamente sono costretti a vivere in un clima poliziesco dati i rapporti che si sono instaurati con le USL. Del resto in Italia si procede prima con le denunce, rimandando ad un secondo tempo l'accertamento delle vere o presunte colpe.

Riprendendo il discorso del convenzionamento esterno, intendiamo sottolineare i positivi effetti che potrebbero scaturire da una libera concorrenza fra struttura pubblica e convenzioni private. Tutto questo rappresenterebbe anche un vantaggio per gli utenti che potrebbero godere di prestazioni migliori come livello qualitativo.

Infine, vorrei sottolineare la necessità di potenziare gli incontri simili a quello odierno al fine di raggiungere quello scambio di idee che è l'unico, a mio avvi-

so, utile ad approfondire i problemi reali del settore sanitario.

FRANCO FRAIOLI, *Rappresentante della Confederazione unitaria specialistica esterna*. Cercherò di attenermi ai temi dell'audizione odierna. Rappresento qui le convenzioni esterne dei laboratori radiologici, che vengono fatti passare per cattivi. In effetti non vi è « riunione » in cui non si senta parlare della necessità di diminuire il convenzionamento esterno.

Va però detto che la regione Lazio non conosce bene il problema e per « programmare » bisognerebbe prima « conoscere ».

Darò solo alcune notizie esemplificative della situazione esistente ed apro una parentesi per dire che, in una recente riunione tenutasi a Bologna da parte di una sezione della Confindustria in materia di recupero crediti in applicazione della legge finanziaria, è emerso che l'unica regione riguardo alla quale non esistono dati di conoscenza, nonostante una indagine effettuata da un'agenzia specializzata, è la regione Lazio; sarebbe interessante sapere cosa ne pensa la regione stessa.

Per il potenziamento esterno sono stati spesi 321 miliardi nel 1981, 250 miliardi nel 1982, 210 miliardi nel 1983, mentre per l'anno in corso dati certi indicano una proiezione che non supera 150 miliardi. Non ho bisogno di sottolineare l'importanza della diagnostica specialistica: in Francia il potenziamento di questo settore ha portato al conseguimento di un saldo attivo della bilancia dei pagamenti sanitaria. È nota a tutti l'importanza di questo tramite tra il medico di base ed il ricovero ospedaliero.

Il problema dei 321 miliardi spesi nel 1981, e che ha destato tanto scalpore, andrebbe riconsiderato sotto nuova luce, in quanto chi viveva a Roma durante quel primo anno di applicazione della riforma sanitaria sa bene che le uniche strutture capaci di far fronte alla richiesta di analisi mediche erano quelle del settore del convenzionamento esterno.

Credo, quindi, che la nostra categoria meriti un ringraziamento per non aver

trasferito al privato tutto il carico del lavoro derivante dalle esigenze mediche. L'area del convenzionamento esterno ha creato nella regione Lazio un investimento pari a circa 1.500 miliardi di valore in strutture, occupando circa 20 mila persone, tra tecnici, medici e personale di segreteria.

Stando, però, alla situazione oggi sottolineata dal comitato di programmazione, secondo cui l'ambulatorio esprime solo il 20 o il 30 per cento della propria funzionalità, mentre l'ospedalità pubblica può e deve essere ampliata, non si comprende quale potrà essere in futuro lo spazio destinato al settore del convenzionamento esterno nell'area della diagnostica specialistica. Non dobbiamo nasconderci dietro un dito: il convenzionamento esterno, stante l'attuale linea di tendenza, o andrà a morire o restringerà la propria attività in un ambito molto piccolo. Ebbene, chi ci guadagnerà sarà il privato, il privatissimo, perché, se la struttura pubblica non lavora, il cittadino non avrà altra soluzione che rivolgersi alla struttura superprivata.

Per queste ragioni chiediamo che vengano programmati spazi per la nostra attività. Ed è falso attribuire alla nostra volontà ostacoli alla applicazione della riforma sanitaria, essendoci noi dichiarati favorevoli alla incompatibilità, purché si proceda ad un censimento vero dei presidi diagnostici, pubblici e privati, ed alla individuazione di aree precise di intervento in cui dialogare con la struttura pubblica ai fini di un miglioramento delle prestazioni. Se ciò non dovesse avvenire l'area convenzionata non potrà fare altro che richiedere la totale rescissione delle convenzioni con passaggio alla assistenza indiretta. Vorrei che tale dichiarazione fosse accolta come una linea di tendenza, qualora non vengano costituiti i presupposti su cui fondare un reale e serio colloquio tra le strutture professionali che effettuano la diagnostica specialistica nel campo pubblico e privato.

**GUIDO COLITTO**, *Rappresentante dell'Ordine dei medici*. La regione Lazio ha

varato una serie di leggi relative al settore della sanità assai avanzate nel contenuto, ma va rilevato che neanche una di esse è stata applicata pienamente.

Con riferimento all'attuazione della riforma sanitaria, occorre dire che per quanto riguarda la medicina preventiva nella regione Lazio si è all'anno « zero ». Non sono stati realizzati gli ossevatori epidemiologici ed è quindi impossibile fare della programmazione.

Come è stato detto, inoltre, esiste il grave problema dell'aggiornamento e va sottolineato che, nonostante siano stati stanziati 3 miliardi ed 800 milioni per l'aggiornamento dei medici, il relativo piano non trova attuazione.

Per quanto riguarda il problema del servizio relativo ai tossicodipendenti, l'indagine promossa dall'Ordine dei medici ha permesso di accertare che si opera spesso in modo difforme per mancanza di coordinamento tra USL: gli orari di servizio sono difformi ed è assolutamente carente la parte organizzativa.

L'altro aspetto che volevo mettere in evidenza è quello della partecipazione. La legge regionale prevede un organismo consultivo e propositivo, ma la regione non ha emanato le direttive necessarie per l'applicazione di tale disposizione. Concludendo, sempre con riferimento a questo argomento, desidero far presente alla Commissione che l'Ordine dei medici ha elaborato un documento in cui sono elencate tutte le leggi regionali che fino ad oggi non hanno trovato applicazione.

**PRESIDENTE**. Vivamente vi ringrazio per il contributo che avete voluto portare all'indagine della Commissione, sia pure nella diversità delle vostre convinzioni ed orientamenti.

Il quadro che avete delineato è tanto completo - sia in termini generali, sia con riferimento ai singoli aspetti da me indicati all'inizio di questo nostro dialogo - che i colleghi della Commissione non ritengono di dovervi rivolgere domande al fine di ulteriori informazioni su alcuni degli argomenti trattati, considerati, da chi qui oggi li ha sollevati, centrali ai fini

della soluzione dei problemi della sanità. È chiaro che quanto da voi ci verrà inviato sarà ufficialmente considerato parte dell'indagine e sarà allegato alla relazione finale che concluderà i nostri lavori.

Desidero comunicarvi anche alcuni fatti: la scorsa settimana abbiamo cominciato l'esame di un disegno di legge riguardante la riforma della legge n. 180, nonché quello delle proposte di legge (fino ad oggi il Governo non ha presentato un proprio progetto) relative alle tossicodipendenze e contenenti proposte di modifica della legge n. 685, modifica di cui tutti riconoscono la inderogabile necessità visto quanto accade nel paese. L'impegno del Governo per la soluzione di questo problema è già stato messo in evidenza; proprio in questi giorni si sta svolgendo a Venezia un convegno di grande rilevanza sul tema della tossicodipendenza che rappresenta un considerevole contributo alla lotta al fenomeno, che deve vedere impegnata tutta la società.

Nei prossimi giorni prenderemo in considerazione il disegno di legge di conversione del decreto-legge relativo al ripianamento dei debiti delle USL. Come sapete il disegno di legge di conversione è stato già approvato dal Senato e la Camera dovrà farlo al più presto, scadendo il tempo utile il 26 di questo mese. È in

corso pure un dibattito sull'andamento della spesa sanitaria sulla base di comunicazioni rese dal Governo. Ho voluto comunicarvi anche questo perché penso sarebbe utile, a partire da oggi, e a prescindere dall'andamento dell'indagine in corso, continuare a mantenere contatti che possono esserci reciprocamente utili.

Dall'elencazione degli impegni assunti ultimamente dalla Commissione può evincersi l'attenzione — per noi doverosa — dedicata dalle istituzioni al problema della sanità. Colgo l'occasione per dare atto ai colleghi di tutte le parti politiche componenti la Commissione dell'impegno prestato nella ricerca delle soluzioni migliori nel tentativo di risolvere con decisione e tempestività tutti i problemi sul tappeto. Tutti conosciamo la delicatezza di questi ultimi: mi soffermo su questo aspetto perché spesso dall'esterno si può pensare che tante cose siano facilmente risolvibili, magari attraverso una piccola modificazione delle leggi vigenti o elaborazione di nuove. È vero, invece, il contrario, anche perché l'oggetto in questo caso è la salute pubblica; e questo è un problema che non riguarda certamente soltanto il nostro paese, bensì tutto il mondo.

**La seduta termina alle 12,10.**



Visita alla Unità Sanitaria locale 22 di Bracciano.

11 luglio 1985

Vi prendono parte oltre al Presidente i deputati Gianfranco TAGLIABUE, Mariapia GARAVAGLIA, Francesco CURCI e Roberto BARONTINI.

Il Presidente della Unità Sanitaria locale, il Signor Gentili, dopo aver illustrato la struttura territoriale dell'Unità Sanitaria locale che comprende sette Comuni (due dei quali con intensa popolazione estiva) riassume nei seguenti termini la sua posizione sui temi proposti nell'indagine conoscitiva:

- è opportuna e positiva una iniziativa volta a ridurre il numero dei membri del Comitato di gestione;
- occorre rivedere la questione dell'Assemblea dei Comuni che giudica collegio di difficile omogeneizzazione e incapace di una proficua partecipazione ai problemi;
- deve porsi mano ad una efficace politica dei servizi sul territorio; fin'ora, infatti, non sono stati possibili nè nuove iniziative nè, tanto meno, investimenti;
- deve essere avviata una importante azione di formazione e di riorganizzazione del personale del servizio sanitario.

Intervengono al successivo dibattito il Sindaco di Ladispoli, Signor Gaudini, il quale osserva che lo spirito democratico della riforma non si è trasformato in spirito gestionale, in vista del superiore interesse della collettività. Così l'assetto dei rapporti politici in ambito comunale si trasmette all'Assemblea con inequivocabili effetti negativi sulla tutela della salute. A ciò si aggiunga l'insufficienza organizzativa del servizio Sanitario rispetto a situazioni che, pur ripetutesi con cadenze prestabilite, non hanno trovato alcun intervento correttivo (per esempio il Comune di Ladispoli durante l'estate passa da 30.000 a 3-400.000 residenti!); il Sindaco di Manziana, Signor Albicini, che vede nella impreparazione del personale del servizio sanitario la causa dell'affievolimento della presenza della struttura pubblica rispetto agli operatori privati; il Sindaco di Cerveteri, Signor Marini che si sofferma sulla localizzazione delle Unità Sanitarie Locali; l'Assessore alla Sanità del Comune di Bracciano, Signor Sigillò, che sottolinea come il passaggio al servizio sanitario nazionale abbia a questo trasmesso i mali del precedente regime, cui si sono aggiunte carenze, in particolare, nella qualificazione e riqualificazione del personale; il componente del comitato di gestione, Signor Esigibili, il quale sottolinea il bisogno di maggiori finanziamenti, una diversa organizzazione dei controlli, oggi troppo farraginosi, un collegamento tra i momenti della decisione e quelli della re-

sponsabilità; il componente del comitato di gestione Signor Lepri, il quale sottolinea la mancanza di una adeguata assistenza professionale del personale medico e paramedico; il componente del comitato di gestione Signor Valecchi, il quale lamenta il cattivo rapporto esistente tra i Comuni e l'Unità Sanitaria Locale, la mancata definizione del ruolo e dello Status di amministratore, la frammentazione degli atti gestionali, privi come sono di riferimenti tipo a livello regionale, infine, la rigidità nell'impiego del personale; il Signor Ferrari, coordinatore amministrativo il quale ritiene necessaria la definizione di coordinamento amministrativo e sanitario e dello stesso ufficio di direzione, infatti sono stati mutuati modelli organizzativi pre-riforma; il Signor Barberi, coordinatore sanitario il quale osserva che, avendo iniziato dal niente tutto quello che è stato fatto rappresenta il soddisfacimento dell'essenziale: il resto appare ancora oggi utopistico.