

IV.
VISITA ALLA REGIONE FRIULI - VENEZIA GIULIA

2. Incontro presso la sede del Consiglio regionale, Trieste 16 luglio 1984.

Il Presidente della Commissione Sanità della Camera dei Deputati onorevole Casalnuovo illustra i caratteri della visita, che intende essere di carattere pratico, lasciando da parte i problemi teorici e dottrinali. Si sofferma poi brevemente sui singoli punti dell'indagine e chiede ai presenti indicazioni e suggerimenti derivati dalla loro esperienza, ricordando altresì che questa è la prima regione a statuto speciale che viene visitata nell'ambito della indagine conoscitiva. Infine presenta i componenti della delegazione, gli onorevoli Saretta, Falcier, Martino, Palopoli, Curci, Giovagnoli.

Prende poi la parola il presidente della Commissione Sanità del Consiglio regionale, il quale sottolinea che il cambiamento operato con la riforma è venuto ad inserirsi in un tessuto di servizi sanitari che in questa regione aveva già un livello apprezzabile. Ricorda ad esempio che nella regione esistono 12 posti letto ogni 1.000 abitanti, mentre la bozza di piano sanitario nazionale ne prevede esattamente la metà. Si sta operando per una riduzione, ma questo richiede un piano e tempi realistici. Quanto ai criteri di ripartizione del fondo sanitario nazionale, osserva che nelle regioni con un piccolo numero di abitanti occorre prevedere una quota maggiore per le spese fisse; che, se il personale è esuberante, questo non può essere ridotto per legge, in quanto è consentito solo evitare nuove assunzioni; che occorre tener conto della percentuale di popolazione anziana, e ricorda a questo proposito che Trieste è la città più "vecchia" d'Italia; e ricorda infine la presenza in regione di un alto numero di militari di leva.

Sotto il profilo politico istituzionale, si sofferma sul criterio della partecipazione, che deve essere in qualche modo rivisto, ma non può essere soppresso.

L'Assessore regionale alla sanità, Renzulli illustra una serie di punti che vengono riportati in allegato alla fine di questo capitolo. In particolare si sofferma sui seguenti problemi: la spesa sanitaria; la struttura dei servizi sanitari (ricordando in particolare che la soppressione degli ospedali è un problema di estrema delicatezza, che va condotto con gradualità, e che in taluni casi può causare atteggiamenti di rivolta nelle popolazioni); il personale, nei cui confronti continua a restare assai difficile attuare la mobilità; l'esigenza per le regioni di avere un unico interlocutore a livello dello Stato, mentre attualmente i problemi vanno trattati con i Ministeri della sanità, del Tesoro, del Lavoro, della funzione pubblica, del Turismo (per quanto riguarda le terme) e in particolare di ricevere da una istanza ministeriale competente modelli di pianificazione, di informazione, di programmi di educazione sanitaria, ecc; sotto il profilo finanziario, osserva che non vi può essere certezza nella spesa fino a quando il piano sanitario nazionale non fisserà gli standards di intervento: in particolare, per quanto riguarda la regione Friuli, per il 1984 sono previsti 100 miliardi di scoperto su 883 miliardi di spesa, nonostante una decisa azione di contenimento condotta con molto impegno; chiede infine che sia approvata la legge stralcio derivata dalla legge finanziaria 1984.

Il Consigliere Persello, del gruppo consiliare PSI, sottolinea l'esigenza che il Governo attui la legge 833 del 1978 emettendo tutti i decreti previsti. Rammenta poi che la legge 1125 del 1965 non consente di attuare iniziative di prevenzione; si domanda se esista ancora il testo unico del 1934, quale sia la responsabilità dei Sindaci, quale la natura delle USL e come si possa distinguere il settore assistenziale da quello sanitario.

Il Consigliere Floramo osserva che la riduzione di posti letto va affrontata in modo diverso dove c'è una popolazione dispersa in zone rurali o montane rispetto ad un contesto urbano. Ricorda poi che nella regione, su 12 USL, una sola è unità

"socio sanitaria" locale e che i comuni interessati versano i fondi per il settore "sociale". Osserva poi come il personale sanitario della regione non si possa considerare esuberante qualora si tengano presenti le esigenze di assistenza notturna, di riabilitazione degli handicappati, ecc. Infine lamenta la mancata attuazione dei distretti e, soprattutto, il fatto che i comuni siano stati di fatto deresponsabilizzati dalla legge 833.

Si inseriscono a questo punto una serie di domande da parte dei parlamentari presenti.

Il deputato Palopoli chiede se le carenze siano della legge 833 o della sua attuazione. In particolare domanda come vengono attuati alcuni aspetti tipici della riforma, come la prevenzione, il coinvolgimento del personale sanitario nei nuovi compiti, e la partecipazione, con particolare riferimento agli ospedali. Su questo ultimo punto si risponde che è avvertita la esigenza di un organismo intermedio tra la Assemblea e il Comitato di gestione.

Il deputato Curci chiede a quali voci siano imputati i 100 miliardi disavanzo, quali iniziative vengano attuate per la psichiatria e per la tossicodipendenza, ed infine si dichiara concorde con la necessità segnalata di individuare organismi tecnici nell'ambito del criterio della partecipazione.

Il deputato Giovagnoli Sposetti chiede chiarimenti sulla ripartizione tra spesa sociale e spesa sanitaria, sull'attività dei consultori, sulle iniziative per la riabilitazione.

Il deputato Falcier chiede se vi sia uno sforzo di riconversione degli interventi, se i medici ospedalieri siano utilizzati nel territorio, perchè non si siano ancora attuati i distretti in sede regionale, e sul piano finanziario, se la regione integri il finanziamento ex fondo sanitario nazionale, come siano utilizzati i fondi ricavati dai ticket, e quali iniziative si possono attuare per il contenimento della spesa farmaceutica, con particolare riguardo alla definizione di protocolli e alle responsabilizzazione dei medici.

Il deputato Martino chiede dati percentuali sull'uso delle strutture civili da parte dei militari ed inoltre informazioni sulle iniziative regionali in materia di educazione sanitaria, prevenzione, turn-over, ed infine chiede se nella ricostruzione degli ospedali dopo il terremoto si sia tenuto conto del numero di posti letto preesistente o del 6% di cui alla bozza di piano sanitario nazionale.

L'onorevole Saretta chiede in generale che cosa l'utenza rimproveri al sistema, e, in particolare, quali iniziative siano state attuate in sede regionale in materia di medicina scolastica e di medicina sportiva.

Da ultimo il deputato Palopoli, riprendendo la parola, chiede se sia vero che l'applicazione del contratto per il comparto sanità costi molto più di quello che era stato inizialmente previsto.

A questa serie di domande risponde l'Assessore Renzulli. Egli tratta i punti seguenti:

- finanziamento: la quota regionale 1984 è uguale a quella del 1983, ma la regione non ha strumenti per contenere seriamente la spesa: basti pensare che nel 1984 il personale è stato diminuito di 700 unità e che questo ha già portato ad un potenziale scadimento delle prestazioni, mettendo sotto stress il sistema. Lo stesso istituto della mobilità non si può attivare senza incentivi, e nessuna legge potrà costringere a cambiar sede un lavoratore che intenda fare resistenza;
- interventi sociali: la regione interviene con fondi diversi da quelli sanitari nei settori della psichiatria, dei consultori, della tossicodipendenza, della derattizzazione e disinfezione;
- progetti obiettivo: non sono più finanziati da due anni;
- distretti: la regione ha emanato un documento di orientamento per cominciare a coordinare i servizi esistenti e tentare di modificare il costume del ricorso alla struttura ospedaliera. Bisogna tener presente d'altra parte che in questa regione gli ospedali hanno fruito nel passato di ottimi amministratori;

- psichiatria: come è noto la regione è in posizione di avanguardia nel settore, esiste una legge regionale per la istituzione di strutture alternative, tuttavia va segnalato che a Udine la deospedalizzazione procede più a rilento perchè l'ospedale psichiatrico di quella provincia riceveva malati anche da altre provincie;
- tossicodipendenza: la regione ha attuato un ventaglio di soluzioni, comprese le comunità terapeutiche;
- alcoolismo: esiste un progetto specifico nell'ambito del piano sanitario regionale, in cui si tiene conto che socialmente si tratta di un fenomeno diverso da quello della tossicodipendenza;
- consultori: sono considerati un po' come contenitori in cui si tende a mettere quello che è richiesto dagli utenti tramite gli organismi di partecipazione, ma senza duplicare le strutture sanitarie esistenti;
- spesa farmaceutica: sembra che il problema non si possa affrontare senza un pieno coinvolgimento dei medici, che probabilmente richiederà anche un coinvolgimento dell'ordine nazionale;
- guardia medica: è un istituto da superare in quanto mette a disposizione del paziente un medico senza esperienza proprio nel momento del maggiore bisogno.

Infine l'Assessore Renzulli segnala che è in gestazione un osservatorio epidemiologico e che è stato istituito un osservatorio della spesa.

ALLEGATO : Elementi informativi per la Commissione igiene e sanità pubblica
della Camera dei deputati

A. Considerazioni di carattere generale

L'attuazione della riforma sanitaria nella regione Friuli-Venezia Giulia può considerarsi avviata senza timori di un suo rigetto da parte della pubblica opinione, anche se persistono lamentele peraltro originate più da cause insite nel pregresso sistema, che dalle novità introdotte.

Nel suo insieme la riforma viene considerata valida per i principi che la ispirano e per gli obiettivi che persegue: vi è peraltro anche la consapevolezza della necessità di ritocchi, di aggiustamenti e, soprattutto, di chiarezza degli intendimenti intorno al quadro finanziario nel quale si colloca.

I maggiori condizionamenti che caratterizzano l'impianto del sistema sanitario del Friuli-Venezia Giulia, sono, infatti:

- a) in via generale, la incertezza del finanziamento nel suo ammontare, da sempre sottostimato e perciò inidoneo per poggiarvi qualsiasi programmazione e, correlativamente, una corretta gestione e un efficace controllo della spesa;
- b) la necessità di carattere generale del contenimento della spesa in ragione della situazione economica del paese;
- c) in via particolare, l'esigenza di diminuire il livello della spesa storica per adeguarlo al criterio della perequazione tra le regioni, principio giusto, ma che abbisogna di un lasso di tempo adeguato e di strumenti appropriati per la sua concreta attuazione; nel breve termine, l'operazione può conseguire solo

risultati dannosi.

La dotazione di servizi sanitari del Friuli-Venezia Giulia è notoriamente più elevata che nelle altre regioni ed è frutto di scelte operate nel passato quale effetto della cultura locale nella valutazione dei bisogni sanitari e del modo e grado di soddisfarli.

E' assai difficile ed arduo passare da un assetto siffatto ad uno più contenuto poichè si tratta di diminuire le prestazioni, di ridurre i servizi e di modificare tradizioni ed abitudini consolidate.

L'assetto della organizzazione sanitaria è rigido e ciò è tanto comprensibile solo che si consideri che, trattandosi di un sistema produttore di servizi, l'elemento cardine è il personale, mentre le strutture edilizie e gli impianti esistenti assorbono le risorse necessarie per il loro funzionamento in misura indipendente dal grado del loro utilizzo.

E' più facile per le regioni che hanno il problema inverso, potendo esse attraverso gli investimenti impostare le linee di sviluppo nelle direzioni prescelte.

Di tali considerazioni non pare si sia tenuto debito conto allorché si è stabilito che l'equilibrio decorra, a ritmo serrato, da subito senza che prima siano stati predisposti ed avviati gli essenziali presupposti.

—°—

Le caratteristiche che contraddistinguono l'impianto dei vari comparti del sistema sanitario nel Friuli-Venezia Giulia sono legate alle realtà in cui si è venuto operando.

Il comparto ospedaliero, nel quale, se si vuole diminuire la spesa, si dovrà incidere in misura maggiore per il contenimento dell'offerta, presenta segni di sofferenza per la mancata parziale

sostituzione del personale cessato, ma altresì per la sua nuova collocazione all'interno di una pluralità di organismi che richiede nuovi rapporti ed interrelazioni cui non era aduso.

Vi è poi un atteggiamento psicologico del personale legato alla preoccupazione del domani, mentre da parte delle popolazioni dei luoghi per i quali si sono preannunciate chiusure di stabilimenti o di reparti si manifestano reazioni talora vivaci.

Da parte della Regione si segue con attenzione l'andamento ospedaliero perchè non ne decada l'efficienza e non ne venga meno quella tensione positiva che ha animato nel passato gli enti ospedalieri.

Sul fronte territoriale, il nuovo assetto comincia a delinearsi con sufficiente chiarezza e con prospettive di un progressivo miglioramento laddove vi è maggior equilibrio nella dotazione del personale. Ed è proprio nella non armonica distribuzione del personale che si riscontrano le maggiori difficoltà in quanto, pur esistendo l'istituto della mobilità, questo si è rivelato uno strumento inoperante per la mancanza di incentivi, volti ad agevolare l'avvio del personale stesso verso le sedi più disagiate o comunque più carenti.

Da parte degli amministratori delle U.S.L. si è ben compreso lo spirito della riforma con particolare riguardo alla importanza delle attività sul territorio e vi si è adeguata una seria politica coerente.

Nel suo insieme il processo riformatore abbisogna ancora di maturazione per esprimere un più incisivo mutamento della realtà pregressa.

Ciò vale segnatamente per l'approccio di integrazioni tra i vari comparti, per le forme di collaborazione delle varie componenti del personale, per una maggior chiarezza dei compiti e delle modalità della loro attuazione, per l'esigenza di un sistema informativo che sappia esprimere un circuito nel quale ciascuno trovi il più ampio e compiuto supporto per la propria attività.

B. Problemi istituzionali

Avendo riguardo alle competenze che la legge di riforma ha attribuito al Ministero della Sanità si è portati a ritenere che l'attuale assetto strutturale del dicastero dato dalla sovrapposizione di nuovi uffici ed organi (Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria, Ufficio di attuazione del S.S.N., Consiglio Sanitario Nazionale e relativa Segreteria) a quelli preesistenti non sia nel suo insieme integrato ed impostato in base a nuovi orientamenti di amministrazione che privilegino i metodi della programmazione dell'indirizzo e del coordinamento.

Anche se quasi tutte le attuali attività del Ministero paiono coerenti con il ruolo cui esso è preposto, molti compiti non sono infatti svolti o non ricevono sufficiente attenzione, ritenendosi che esso ponga l'enfasi più sulla gestione piuttosto che sugli indirizzi in ordine alle attività del Servizio Sanitario nazionale.

I compiti non svolti o sui quali non vi è stata sufficiente attenzione, sembrano, ad esempio quelli afferenti a:

- la fornitura agli amministratori del Servizio sanitario nazionale di modelli di pianificazione, organizzazione e gestione dei servizi;
- la raccolta, l'analisi e la divulgazione di indicatori sui risultati raggiunti dal S.S.N.;
- la fissazione di standards che limitino i rischi per la collettività;
- la formulazione di programmi di educazione sanitaria;
- la formulazione di un piano funzionale per la ricerca sanitaria;

- la definizione del numero di operatori sanitari necessari a livello nazionale e l'adeguamento delle disposizioni in materia di formazione degli stessi.

Ci si chiede inoltre se le professionalità disponibili all'interno del Ministero siano sufficienti e se l'approccio burocratico delle dire

zioni generali sia in grado di rispondere in tempi brevi alle necessità di una situazione sanitaria in continua evoluzione.

Ci si rende conto che le problematiche più sopra accennate siano riferibili all'intera pubblica amministrazione ivi comprese le regioni, ma sembrano maggiormente attuali nell'ambito del S.S.N. ove si sono voluti modificare gli assetti preesistenti ed operare un salto di qualità nell'amministrare cosa quest'ultima che appare indispensabile per governare un sistema particolarmente complesso ed articolato che impegna una parte così consistente delle entrate dello Stato.

In ordine al Consiglio Sanitario nazionale, ci si pone la domanda della adeguatezza o meno della presenza nel suo seno di rappresentanze delle componenti più direttamente coinvolte dagli obiettivi del S.S.N. e la risposta parrebbe essere non positiva tenuto conto che nell'ambito di detto collegio non vi è, ad esempio, adeguata rappresentanza degli operatori sanitari.

C. ASPETTI FINANZIARI

a. FLUSSO DELLE ENTRATE - EVASIONE E PEREQUAZIONE CONTRIBUTIVA

E' noto che fino all'emanazione della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale sussisteva una differenziazione di contribuzione da parte sia dei lavoratori che dei datori di lavoro alla quale corrispondeva una differenziazione di prestazioni sanitarie a favore dei cittadini aventi diritto.

Con l'art.76 della legge 833/78 è stato previsto, in via transitoria, che a decorrere dal 1° gennaio 1980 e fino alla completa fiscalizzazione degli oneri sociali gli adempimenti relativi all'accertamento, alla riscossione ed all'eventuale recupero dei contributi di malattia venivano affidati all'I.N.P.S., ferme restando le diverse misure cui tali contributi venivano conteggiati.

Per contro, a partire dal 1° gennaio 1980 in forza di quanto stabilito dall'art.5 del D.L. 663/79 convertito nella legge 33/80 l'assistenza sanitaria viene erogata a tutti i cittadini presenti nel territorio della Repubblica in condizioni di uniformità e di uguaglianza.

E' evidente che tale situazione crea una pesante sperequazione che tende ad aggravarsi quanto più dura il regime transitorio: è pertanto auspicabile instaurare prima possibile il regime della fiscalizzazione degli oneri sociali esplicitamente previsto dal richiamato art.76 della legge 833/78.

Per quanto concerne l'evasione contributiva, pur non disponendo di dirette rilevazioni, com'è noto nella Regione Friuli-Venezia Giulia tale fenomeno si verifica in misura molto contenuta e tale da non creare situazioni di particolare rilievo, per cui sia in riferimento alle valutazioni delle Regioni circa la completa copertura della spesa sanitaria con il gettito derivante dai contributi sociali, sia in riferimento alle più prudenti valutazioni degli organi centrali dello Stato secondo le quali ~~la~~ suddetta copertura è pari all'80% circa, la spesa sanitaria regionale risulterebbe coperta dai contributi riscossi ~~dall'~~ l'I.N.P.S. nel territorio regionale.

b. ASPETTI FINANZIARI SUL VERSANTE DELLA SPESA -CAUSE DELLA FORMAZIONE DEL DEFICIT.

La gestione del Servizio Sanitario nel Friuli-Venezia Giulia, anche nel corrente esercizio, è caratterizzata da una pesante situazione di incertezza, derivante dal divario fra il reale fabbisogno di spesa e la inadeguatezza delle risorse disponibili cui inevitabilmente conseguirà la chiusura del 1984 in deficit.

Per il 1984, tenuto conto principalmente del reale tasso d'inflazione finora verificatosi variante fra il 12 e 13% rispetto al 10% considerato in un primo tempo quale TIP, e dell'aumento del costo per il personale dipendente dovuto sia alla normale progressione di carriera, sia agli effetti, in termini di spesa, derivanti dall'inquadramento del personale ai sensi del D.P.R. n. 348/83, il fabbisogno della Regione viene stimato da un minimo di 996 miliardi ad un massimo di 1.027 miliardi.

Per contro le risorse disponibili ammontano presumibilmente a 882 miliardi e derivano:

- dalla quota di F.S.N. di parte corrente già assegnata alla Regione (delibera CIPE 29.11.1983) comprensiva sia della parte a destinazione indistinta, sia della parte a destinazione vincolata pari a 842 miliardi circa;

- dall'assegnazione di circa 17 miliardi, qualora venisse ripartita la ulteriore disponibilità di circa 700 miliardi, facente parte dell'accontamento di 850 miliardi di cui alla richiamata delibera CIPE 29.11.1983;
- dalle entrate proprie delle Unità Sanitarie Locali, nonché dalle somme di cui all'art. 69, lettere b), c) ed e) della legge n. 833/78, quantificate presumibilmente in 23 miliardi circa.

Dal confronto delle risorse disponibili con il fabbisogno di spesa emerge un divario già da ora quantificabile fra 114 e 145 miliardi che costituirà il deficit dell'esercizio finanziario in corso.

Le cause di tale deficit sono imputabili:

- all'insufficiente stanziamento stabilito dalla legge finanziaria 1984 quale F.S.N. di parte corrente (34.000 miliardi a fronte di 38.590 miliardi risultanti dalla valutazione mediata Stato/Regioni);
- dall'applicazione dei criteri di riparto adottati a partire dal 1982 per cui la quota di F.S.N. "a destinazione indistinta" che costituisce buona parte del Fondo Sanitario Nazionale stesso, viene ripartita:

- a) per una parte secondo la spesa storica, applicando, cioè, il coefficiente di incidenza percentuale della spesa sanitaria di ogni Regione sulla spesa sanitaria nazionale;
- b) per la restante parte secondo la popolazione residente, mediante cioè l'applicazione del coefficiente di incidenza percentuale della popolazione regionale sulla popolazione nazionale.

L'applicazione di tali criteri avrebbe dovuto costituire l'avvio di un processo redistributivo delle risorse inteso a conseguire gradualmente il cosiddetto "riequilibrio interregionale" delle strutture e dei servizi; in realtà essa costituisce in concreto un'operazione meramente finanziaria che si risolve, in definitiva, in una minore quantità di risorse assegnate a quelle Regioni, come il Friuli-Venezia Giulia, che in virtù di scelte operate a suo tempo e ritenute valide a tutti i livelli, sono maggiormente dotate di strutture e di servizi, non potendo comportare - per converso - a breve termine, un miglioramento dei servizi nelle Regioni sottodotate che deve conseguire, evidentemente, - a serie operazioni di investimento i cui effetti non si acquisiscono certamente in tempi ristretti.

Ora è di tutta evidenza che lo scostamento fra fabbisogno e risorse disponibili sopra indicato, o deficit presunto d'esercizio, può essere assorbito, a breve termine, solo in minima parte mediante azioni volte al contenimento della spesa, sulla cui necessità la Regione, che ha già messo in atto direttamente tutte le possibili misure che consentissero la realizzazione dei risparmi (ad esempio: nel settore del personale sono state autorizzate con la massima oculatezza le assunzioni, in deroga al divieto di cui alla legge finanziaria 1983) ha ripetutamente richiamato l'attenzione degli organi istituzionali delle Unità Sanitarie Locali.

La Regione - a tal fine - ha fornito alle Unità Sanitarie Locali una serie di indicazioni atte a conseguire il massimo contenimento della spesa (circolare n. 20021 del 24.11.1983), a consentire la conduzione delle UU.SS.LL. con criteri improntati alla più rigorosa economicità onde pervenire alla massima efficacia ed omogeneità nell'andamento del sistema sanitario regionale (delibera della Giunta Regionale n. 141 dd. 18.1.1984, circolare n. 12257 dd. 5.7.1984).

E' stato poi formalmente costituito con apposita delibera della Giunta Regionale l' "osservatorio della spesa" quale organismo di consulenza della Direzione Regionale dell'Igiene e Sanità e delle UU.SS.LL., composto da esperti dipendenti dalle UU.SS.LL. e con il compito di valutazione della spesa sanitaria.

E' di tutta evidenza, peraltro, che risparmi notevoli possono ottenersi ~~invece~~, solo con una contrazione dei servizi e delle strutture, azione questa che però impone un processo di riadeguamento a medio-lungo termine mediante appropriata programmazione.

Al riguardo il Friuli-Venezia Giulia si accinge a varare il Piano Sanitario Regionale per il triennio 1984-1986 che prevede, come uno dei principali obiettivi, la riduzione dei posti letto dagli attuali 12 per mille circa agli 8,5 per mille alla fine del triennio.

Si ritiene utile evidenziare, comunque, che già nel 1983, le UU.SS.LL. sono state ripetutamente richiamate alla necessità di gestire al meglio le risorse riducendo le aree di minor efficienza ed efficacia; in particolare sono state effettuate puntuali segnalazioni

agli organi di gestione ed ai Collegi dei Revisori di alcune UU.SS.LL. nelle quali erano stati riscontrati, per taluni capitoli di spesa, incrementi lontani dalla media delle altre UU.SS.LL. che hanno avuto l'effetto di innalzare notevolmente la percentuale media regionale di incremento rispetto all'anno precedente.

Questi primi interventi hanno permesso - pur in presenza delle situazioni anomale di cui sopra - di registrare alla chiusura dell'esercizio 1983 un incremento di spesa rispetto al 1982 inferiore all'incremento medio nazionale e di conseguenza ciò ha comportato un effettivo - sebbene minimo - contenimento del costo di gestione del servizio sanitario regionale che può essere indubbiamente considerato come l'avvio della auspicata inversione di tendenza.

D. L'organizzazione dei servizi com'è prevista dalle leggi di riforma e dalle leggi regionali

a. I servizi primari (organizzazione centrale delle U.S.L.)

L'art.9 della L.R. n.15 del 1980, introduce l'organizzazione centrale dell'USL che viene suddivisa in settori e stabilisce che l'istituzione di tali settori avviene avuto riguardo a ciascuna o a gruppi delle materie sottoriportate, in relazione alle esigenze e all'entità dei servizi e dei presidi delle Unità Sanitarie Locali:

a) materie proprie dei settori con funzioni di servizio e coordinamento

- ecologia
- igiene pubblica e profilassi e medicina legale
- igiene e prevenzione della patologia di lavoro
- assistenza sanitaria di base, specialistica e ospedaliera
- attività farmaceutiche
- assistenza, profilassi e vigilanza veterinaria
- assistenza e tutela sociale nell'età adulta, servizio sociale e consultoriale della famiglia;

b) materie proprie di settori con funzioni di carattere gestionale:

- amministrazione del personale
- gestione economico-finanziaria
- gestione dell'esercizio tecnico degli stabilimenti e degli edifici
- gestione del provveditorato;

c) materie proprie di settori con funzioni per aree obbiettivo:

- tutela sanitaria e sociale della maternità ed infanzia e dell'età evolutiva
- formazione ed aggiornamento professionale.

Spetta all'Assemblea stabilire il numero e l'ambito di competenza dei settori che non possono essere più di sei per le USL con meno di 100.000 abitanti e non più di otto per USL con meno di 200.000 abitanti.

Tutte le USL hanno costituito i settori ed, in particolare, tutte le USL hanno costituito il Settore dell'Igiene pubblica, sia pure con una diversità di soluzioni organizzative.

Prevenzione, igiene pubblica e tutela ambientale

Le funzioni di cui gli artt. 20, 21, 22 e 32 della legge 833/78 sono state regolamentate con le leggi regionali n. 43/1981 "Disciplina ed esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica" e n. 32 del 1983 "Presidi multizonali di prevenzione", che in materia rappresentano le più importanti fonti normative.

In particolare la legge 43/81 costituisce il più significativo impegno legislativo mirante a coordinare e ad armonizzare la legge 833/78 e la legge regionale 15/80 "Organizzazione delle USL" con le norme del precedente ordinamento sanitario.

La legge di cui trattasi si compone di 4 titoli e 48 articoli e disciplina le seguenti materie:

- a) attribuzioni riservate alla Regione (ordinanze contingibili ed urgenti, autorizzazioni all'apertura e all'esercizio di case di cura private, istituti medici, centri di raccolta sangue e, macelli pubblici e privati; smaltimento dei rifiuti radioattivi; attività nell'interesse dei privati, servizio farmaceutico e conferimento di sedi farmaceutiche);
- b) attribuzioni dell'Unità sanitarie locale. Vengono disciplinate le funzioni di igiene pubblica, profilassi ed ecologia; di medicina legale, compresa l'attività collegiale per l'accertamento dell'invalidità permanente da cause lavorative e di servizio; si stabilisce che tali materie spettano al settore dell'igiene pubblica, profilassi e medicina legale, il cui responsabile assume anche le funzioni già di competenza del medico provinciale e dell'ufficiale sanitario; vengono disciplinate le funzioni riservate all'USL nel campo del Servizio farmaceutico e quelle di igiene e polizia veterinaria; vengono specificate le attribuzioni del Comitato di Gestione e quelle riservate al Sindaco, vengono precisate le funzioni già di competenza dei consorzi provinciali antitubercolari e quelle dei laboratori provinciali di igiene e profilassi; nel medesimo titolo viene sancito,

all'art.24, il principio dell'interdisciplinarietà nello svolgimento delle attività sopra considerate e quello del coordinamento tra i vari servizi dell'USL comunque interessati.

Al titolo IV sono istituiti e disciplinati i seguenti organismi collegiali:

- Commissione regionale per la disciplina e lo sviluppo dei servizi trasfusionali
- Commissione regionale per la protezione sanitaria delle popolazioni contro i rischi da radiazioni ionizzanti;
- Comitato regionale contro l'inquinamento atmosferico;
- Commissione regionale per gli aspiranti all'idoneità all'impiego dei gas tossici;
- Commissioni sanitarie provinciali per il rilascio del certificato medico per le patenti di guida per autoveicoli e natanti;
- Commissione sanitaria provinciale per il risanamento degli allevamenti nei confronti della tubercolosi e brucellosi;
- Commissioni sanitarie per l'accertamento dell'invalidità civile;
- Commissioni sanitarie per i ciechi civili (di USL e regionale);
- Commissioni sanitarie per l'accertamento del sordomutismo (di USL e regionale);
- collegio medico per l'accertamento della compatibilità dello stato psico-fisico dell'invalido rispetto alle mansioni lavorative affidate o da affidare;
- Commissioni tecniche per i gas tossici;
- Commissioni per il servizio farmaceutico e di controllo delle farmacie;
- Commissione consultiva in materia di assistenza zoiatrica.

Le norme sopra riportate hanno trovato attuazione applicativa e sono ormai in fase di regime.

La legge regionale 27.4.1983 n.32 disciplina la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei presidi e servizi multizonali di prevenzione.

Questa legge, che fissa il paradigma sul quale dovrà muoversi l'intera materia, in attesa dell'approvazione del piano sanitario regionale, forma attualmente oggetto di discussione con i rappresentanti delle Unità sanitarie sia per quanto attiene alla identificazione degli ambiti, sia per quanto riguarda la defini-

zione dei compiti, tenuto conto della precedente organizzazione dell'ENPI, ANCC, Ispettorato del Lavoro e laboratori provinciali di igiene e profilassi.

Merita ricordare che recentemente è stato proposto un disegno di legge che prevede misure per il controllo dell'inquinamento atmosferico in un'area ben circoscritta, al quale progetto sono chiamati a partecipare, oltre ai servizi dell'USL, gli Enti locali interessati e organismi rappresentativi del mondo imprenditoriale.

- Assistenza materno-infantile

Oltre alle norme di carattere generale che regolano la materia (assistenza pediatrica di base, assistenza specialistica, assistenza ospedaliera) l'assistenza materno-infantile è regolata, in attuazione della legge 405/75, dalla legge regionale 22.7.1978, n.81, sull'istituzione dei consultori familiari.

Nel fare rinvio alla Relazione sanitaria per gli aspetti riguardanti i risultati quali-quantitativi, si vuole qui sottolineare che, alla data di avvio delle USL esistevano 29 consultori in grado di svolgere il servizio nei confronti della popolazione, con almeno un consultorio operante in ciascuna USL.

Esistono anche 6 consultori privati, di cui tre operanti a Udine, due a Pordenone e uno a Trieste.

Si può oggi affermare che l'attività consultoriale, pervenuta ad una fase operativa per molti casi a regime, si esplica intorno ai seguenti aspetti:

- rapporto di convivenza nell'ambito familiare;
- genetica, gravidanza, parto, sviluppo psico-fisico del bambino;
- procreazione responsabile e tutela della donna in caso di gravidanza;
- educazione ed informazione sessuale.

Sempre nell'ambito dell'assistenza materno-infantile, si segnala che nella regione sono 17 i presidi autorizzati ad effettuare

I.V.G..

I servizi di medicina scolastica sono operanti presso tutte le USL della Regione.

L'assistenza materno-infantile, in generale, trova la sua naturale sede operativa a livello di distretto e di norma viene coordinata dal Settore Materno-Infantile, istituito presso tutte le USL.

Da segnalare in questo specifico settore la messa a punto di un progetto obiettivo che, forte dell'esperienza scientifica ed organizzativa dell'Istituto Regionale specializzato Burlo Garofolo di Trieste, ipotizza una serie di elementi conoscitivi nel territorio (controlli bilanciati della salute), progetto che coinvolge tutti i servizi sia essi ospedalieri che di base per una migliore assistenza nell'età evolutiva, tramite la c.d. cartella pediatrica.

- Assistenza geriatrica

Nella Regione Friuli-Venezia Giulia l'assistenza agli anziani trova la sua regolamentazione nella Legge 3.6.1981, n.35 che, agli artt.8-15, prevede una serie d'interventi specifici ad integrazione delle attività sanitarie quali:

- l'assistenza domiciliare
- l'assistenza abitativa
- centri sociali diurni
- alloggi autonomi, alloggi protetti ed appartamenti polifunzionali
- soggiorni climatici e di vacanza
- case per anziani ed inabili
- servizi di carattere sanitario.

A complemento delle assistenze sopra descritte, è stata emanata la L.R.23.6.1983 n.67 "Interventi a favore delle persone non autosufficienti" che autorizza l'amministrazione regionale a concedere alle USL interessate, con vincolo di destinazione, contributi per prestazioni di assistenza e di riabilitazione psicofisica erogate presso strutture residenziali protette per anziani.

I servizi e le strutture sopra indicate sono pienamente operative e il coordinamento e l'organizzazione è svolto dai competenti settori delle USL e dai competenti uffici comunali.

b. I servizi per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e per la medicina del lavoro

Questa materia è regolamentata, con riferimento agli ~~artt~~ 14, 20, 21 e 22 della legge 833/78, dalla legge regionale n.52 del 1981 "Prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro"

Tale legge, nel dettare i compiti rispettivamente della regione e delle USL, ha fissato gli obiettivi e le direttive per le varie attività, ponendo le premesse per una impostazione più evoluta dell'intera materia.

Tuttavia, per ragioni che possono così riepilogarsi:

- carenza qualitativa e numerica del personale confluito dagli Enti che gestivano la materia nel sistema pregresso;
- mancanza di una conoscenza adeguata delle attività produttive, del numero e della distribuzione degli occupati in ambito regionale;
- carente standardizzazione dei criteri e dei metodi con cui debbono operare i Servizi di medicina del lavoro;
- mancanza di un idoneo sistema informativo per ora supportato dalle informazioni fornite dall'INAIL;

I risultati dell'attività in questione sono suscettibili di ulteriore sviluppo.

Si sta operando in varie USL per la definizione delle mappe di rischio e per l'individuazione delle attività produttive. Gravido di conseguenze è comunque il ritardo nell'emanazione del provvedimento legislativo di cui all'art. 24 della legge 833/78 sul riordino della materia.

Al riguardo si fa rinvio alla Relazione sanitaria.

c. Gli ospedali

Per quanto attiene all'analisi complessiva del funzionamento delle strutture ospedaliere, si rinvia alla Relazione Sanitaria, ampiamente esaustiva del quadro d'insieme.

Sul piano organizzativo, la disciplina la si ricava dall'art. 18 della legge regionale 15/80 che stabilisce che fino all'entrata in vigore del primo piano sanitario regionale l'assetto degli ospedali resta regolato dalla legge 12.2.1968, n.132.

Si osservano particolari problemi in riferimento alla gestione interna, di cui è cenno nell'allegata circolare con la quale sono state impartite direttive alle USL per la definizione di un assetto più attinente ai servizi ospedalieri.

L'integrazione degli stabilimenti ospedalieri con i servizi e presidi operanti sul territorio, in particolare presso le USL medio-piccole, è in fase di sempre maggior sviluppo pur nelle difficoltà insite nel processo riformatore generale.

d. I servizi psichiatrici trovano la loro regolamentazione, oltre che nelle norme nazionali, nella L.R. n.72 del 1980.

Questa legge, nelle disposizioni preliminari, oltre a fissare le funzioni e le attività relative alla tutela della salute mentale, stabilisce il principio che gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione debbano avvenire di norma in strutture extraospedaliere.

Successivamente, la legge istituisce il dipartimento di salute mentale, diretto da un coordinatore, nel quale confluiscono i presidi territoriali di igiene mentale (C.S.M.) i servizi speciali psichiatrici ospedalieri, le strutture di riabilitazione e la clinica universitaria convenzionata psichiatrica.

Al Capo-III, la legge indica i presidi e i servizi per la tutela della salute mentale, prevedendo anche il servizio per l'emergenza.

Dal punto di vista operativo si può affermare che la legge 180 ha trovato

nella regione Friuli-Venezia Giulia seria ed avanzata applicazione, in particolare nella USL Triestina in relazione all'esperienza del prof. Basaglia e in quella Pordenonese per l'assenza dell'ospedale psichiatrico.

La legge regionale n.72 del 1980 si presenta comunque quale strumento legislativo che si allinea anche con gli indirizzi e con le indicazioni emergenti nell'ambito delle tematiche attuali in sede nazionale.

La quasi totalità delle USL ha approvato lo statuto del dipartimento psichiatrico e tre di esse lo hanno anche in concreto attuato.

e. I servizi per la riabilitazione

L'attività di riabilitazione viene svolta, oltre che presso le strutture sanitarie delle USL, anche presso Centri gestiti da Enti pubblici e privati.

Nella Regione ne esistono 11 che svolgono attività di internato, seminternato, ambulatoriale, domiciliare ed extramurale.

Con l'attuale consistenza e diffusione territoriale, tali centri appaiono sufficienti. Occorrerà migliorarne la qualità e questo obiettivo potrà essere raggiunto con la stipula delle nuove convenzioni che, nel rivedere i termini economici degli accordi, fissano nuovi standards minimi di personale tecnico, al di sotto dei quali le convenzioni possono non essere rinnovate.

Quanto sopra indipendentemente dall'azione promozionale svolta a tutti i livelli affinché i servizi della riabilitazione ricevessero un ulteriore impulso di operatività; - le strutture ospedaliere con i loro servizi di riabilitazione e l'ente ospedaliero specializzato del Gervasutta hanno saputo dimostrare un adeguato adattamento per la necessaria riconversione degli stessi servizi che ora svolgono la loro attività in funzione delle esigenze assistenziali del territorio

f. I servizi per l'attuazione della legge 685 sulla tossicodipendenza

La materia di cui trattasi è stata ulteriormente regolamentata dalla Regione con propria legge n. 57 del 1982.

Questa legge è scaturita dalla necessità di potenziare i servizi ed adeguare la loro organizzazione al nuovo assetto istituzionale, determinato dalla riforma sanitaria.

In precedenza operavano in regione quattro Centri medici e di assistenza sociale, attivati ai sensi della legge 685/75, nei capoluoghi di provincia.

Per la legge regionale di cui trattasi prevede:

- la costituzione del Comitato Regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcoolismo
- la costituzione in ciascuna U.S.L. di un "gruppo operativo"
- la costituzione in ciascuna U.S.L. di una consulta locale
- il sostegno ad iniziative private nel campo della prevenzione e della riabilitazione
- il finanziamento a favore delle U.S.L. delle risorse a carico del Bilancio e della Regione e di quello dello Stato.

Di quanto sopra è stato realizzato:

- istituzione del Comitato Regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze (ottobre 1983)
- istituzione del gruppo operativo in 3 U.S.L. su 12
- istituzione della consulta locale in 9 U.S.L. su 12.

Nel 1982 tra le 12 U.S.L. della Regione è stato ripartito l'importo di 1.141 milioni di cui un miliardo a carico del Bilancio Regionale. Nel 1983 è stato invece ripartito l'importo di 1.072 milioni di cui un miliardo a carico del bilancio Regionale. Analogo finanziamento sta per essere assegnato alle U.S.L. per l'anno 1984.

In regione operano validamente le seguenti strutture private, che usufruiscono dei finanziamenti da parte della Regione:

- "Centro di solidarietà giovani" in Udine
- "Comunità S. Martino al Campo" in Trieste.

Altre iniziative di volontariato, parzialmente sostenute dagli enti locali sono in fase di strutturazione.

E' stato anche approvato lo schema tipo di convenzione tra le U.S.L. e le comunità terapeutiche.

g. I servizi farmaceutici

Previsti dalla legge 15/30 e dalla richiamata L.R. 43/81, i servizi farmaceutici, peraltro costituiti in tutte le U.S.L., sono in fase di adeguamento e di sviluppo per svolgere tutte le funzioni stabilite dalle norme.

Nel caso di specie, si tratta di individuare e utilizzare diversamente il personale proveniente dagli enti e di predisporre un sistema informativo e di elaborazione dati richiesto dall'enorme mole di lavoro collegato con l'attività farmaceutica convenzionata.

Migliore risulta la situazione sul versante ospedaliero, soprattutto per merito del Prontuario terapeutico ospedaliero regionale, che ha il duplice scopo di costituire uno strumento guida per gli ospedali nell'acquisto dei farmaci di accertata utilità e di effettiva documentata attività farmacologica ed inoltre di contenere la spesa della relativa posta dei bilanci.

Pur non avendo carattere vincolante, essendo la materia di competenza dello Stato, al Prontuario è stata riconosciuta una sua autorevolezza ed ha raggiunto gli scopi per cui è stato compilato.

Per tornare ai problemi dell'assistenza farmaceutica convenzionata, que-

sto Assessorato ha deciso di costituire una Commissione regionale con incarico di studiare i fenomeni connessi con gli andamenti erogativi e di spesa.

Spetterà a questa Commissione, che ha già iniziato il suo lavoro, trovare le idonee soluzioni ai problemi della corretta utilizzazione dei farmaci e del contenimento della spesa farmaceutica.

La rete distributiva regionale appare piuttosto omogenea e si attesta sul rapporto di 2,4 farmacie ogni 10.000 abitanti.

b. I servizi veterinari

La prima fase attuativa della riforma sanitaria in campo veterinario ha avuto praticamente inizio dall'1.10.1931, in attuazione della legge regionale 43/31, con la soppressione degli uffici dei veterinari provinciali ed il conseguente passaggio delle competenze di quelle strutture ai Comitati di gestione ed ai settori veterinari delle U.S.L. e con la attivazione di un Servizio veterinario regionale.

Allo stato attuale, tutte le U.S.L. hanno istituito il settore veterinario, tranne l'U.S.L. Sacilese che, a causa della piccola consistenza territoriale e demografica, ha istituito il servizio nell'ambito del settore dell'igiene pubblica.

Poichè la riforma sanitaria privilegia il momento della prevenzione anche nel campo zoiatrico, la Regione ha dato grande importanza alla rapida e costante informazione circa l'insorgenza e l'evolversi di determinate situazioni.

Al fine di mettere nelle migliori condizioni gli operatori sanitari, sia centrali sia periferici, di affrontare i problemi con la massima prontezza, si è reputato necessario salvaguardare il flusso informativo riguardante l'insorgenza di malattie infettive degli animali soggette a denuncia.

Sono stati, pertanto, richiesti ai settori veterinari delle U.S.L. aden-

pimenti periodici riportanti le situazioni più significative.

Superata la fase iniziale, nella quale il brusco impatto con il diverso assetto del Servizio periferico ebbe a causare alcune incertezze soprattutto in quelle U.S.L. dove il personale non era pronto ad affrontare i problemi alla luce della nuova organizzazione, l'attuale situazione può ritenersi soddisfacente ed ormai in fase di regime.

1. I servizi privati convenzionati

La Regione si avvale, oltre che della rete ospedaliera articolata in 24 stabilimenti, anche di sette strutture private convenzionate. Tali strutture dispongono di 944 posti letto convenzionati pari al 3,11% del totale.

La spesa complessiva ammontava nel 1982 a lire 33.451 milioni pari al 5,7% del totale della spesa ospedaliera.

La situazione, che non presenta particolari problemi, può ritenersi soddisfacente.

Con riguardo all'attività specialistica, si devono rilevare i seguenti valori:

- poliambulatori extraospedalieri pubblici:	3%
- poliambulatori ospedalieri:	31%
- convenzionati privati esterni:	

Questi risultati sono stati valutati, con evidente riferimento all'efficienza e all'efficacia degli interventi, per cui la Regione, allo scopo di ridurre i tempi di degenza ospedaliera, i tempi di definizione delle decisioni terapeutiche ed - in generale - i tempi di attesa, sta impostando con le U.S.L. un programma che indichi:

- la necessità che alla definizione della diagnosi nei casi di ricovero ospedaliero, come in quelli di cura ambulatoriale o domiciliare, si giunga il più sollecitamente possibile, conseguendo i reperti diagnostici attraverso l'uso delle strutture disponibili più idonee allo

scopo;

- l'esigenza che il ricorso alle strutture diagnostiche, sia pubbliche sia private, sia improntato al miglior risultato sia funzionale sia economico;
- l'affinamento delle tecniche di prenotazione che, attraverso il ricorso a tutte le strutture diagnostiche disponibili, renda corrente e tempestiva la risposta diagnostica;
- l'invito ai medici curanti di prescrivere gli esami diagnostici in senso mirato.

1. I distretti

In ottemperanza al dettato legislativo, tutte le U.S.L. hanno deliberato sull'istituzione dei distretti, tranne l'U.S.L. Goriziana.

Tuttavia è sempre vivace l'attività di studio diretta alla formulazione di un modello che dia garanzia di validità e di efficienza nel campo pratico ed operativo.

E' di questi giorni il licenziamento di un documento elaborato da una Commissione di studio in cui, dopo una premessa in cui si definiscono le linee di realizzazione del distretto, si affrontano i problemi legati alla dimensione, all'attività, agli elementi costitutivi indispensabili, alla partecipazione del cittadino alla vita del distretto, ai rapporti funzionali tra distretto ed U.S.L., al personale ed ai relativi compiti.

In generale può concludersi che se anche non è stato ancora raggiunto il traguardo prefissato, tuttavia l'attività dei distretti costituiti appare sufficientemente completa e tale, comunque, da soddisfare i bisogni più immediati della popolazione.

E. ASPETTI CONCERNENTI LE QUESTIONI DEL PERSONALE

a. STATO DI ATTUAZIONE DEL CONTRATTO UNICO NAZIONALE

Questa Regione, di concerto con la sezione regionale dell'ANCI, si è impegnata fin dal luglio 1983 ad assicurare la puntuale e sollecita attuazione delle norme contrattuali di cui al D.P.R. n. 348/1983, procedendo ad un confronto serrato e costante con le organizzazioni sindacali firmatarie dell'accordo medesimo, convocate su due tavoli in analogia alle modalità adottate per la contrattazione in sede romana.

Si è stabilito, fin dall'inizio dei lavori che, oltre alle materie specificamente soggette alla trattativa regionale, la discussione e la ricerca dell'accordo con le organizzazioni sindacali dovevano essere estesi anche ad altri istituti contrattuali che presentassero dubbi d'interpretazione o per i quali, comunque, s'imponesse l'uniformità dell'applicazione in tutte le unità sanitarie locali del territorio, da assicurarsi, appunto, in sede di confronto regionale.

Si è concordato e, da parte della Regione conformemente disposto, in ordine agli argomenti che seguono, alle date in corrispondenza specificate, con gli effetti in sede periferica altresì sottoriportati.

28 luglio 1983

Disposizioni per l'erogazione di acconti sui miglioramenti contrattuali, secondo importi predeterminati, in sede regionale; i predetti emolumenti sono stati corrisposti dalle amministrazioni conformemente alle misure fissate.

8 settembre 1983

- Intesa sui principi di regolamentazione dell'orario di lavoro.

Detta intesa ha trovato applicazione in tutte le unità sanitarie locali conformemente ai criteri nelle medesime stabiliti, in particolare:

- dal 1° settembre 1983 è fissato in 38 ore settimanali l'orario di lavoro per tutto il personale delle unità sanitarie locali (28,5 per il tempo definito);
 - è consentito l'orario flessibile entro un limite non eccedente i 30 minuti all'ingresso e all'uscita;
 - il citato orario è articolato su 5 o 6 giorni, avuto riguardo alle esigenze dei servizi;
 - l'intervallo eventualmente usufruito per la mensa non costituisce orario di lavoro;
 - l'installazione dei mezzi meccanici per il controllo dell'orario di lavoro (ordinario e straordinario) ha avuto luogo ovunque con sufficiente tempestività.
- Intesa concernente, in via transitoria, il mantenimento della situazione in atto, già prevista con precedenti accordi regionali, relativamente ai permessi sindacali ed alla formazione professionale.

28 ottobre 1983

- Intesa concernente l'applicazione progressiva di alcuni istituti economici dell'accordo di lavoro.

Trattasi, in buona sostanza, di indicazioni di carattere tecnico per consentire un adeguamento degli acconti di cui sopra, onde ripianare da un lato eventuali situazioni debitorie ed alleggerire dall'altro quelle creditorie.

L'intesa è stata regolarmente recepita ed applicata dalle unità sanitarie locali.

- Indirizzi applicativi dell'art. 28 del D.P.R. n. 348/1983.

Si è voluto in tale contesto segnalare l'interpretazione adottata in sede interregionale in ordine all'esercizio dell'opzione di cui al primo comma del citato art. 28 che, per i medici condotti, rimane collegato alla definizione, da parte delle Regioni, delle fasce orarie: nelle

more continuano ad applicarsi a detto personale le norme contrattuali degli Enti di provenienza.

A tale indirizzo le amministrazioni si sono puntualmente adeguate.

18 novembre 1983

- Inquadramento economico (artt. 54 e segg. D.P.R. 348/1983).

Trattasi di disposizioni di carattere interpretativo e di sostanza tecnica che per tale natura e per la consistenza e articolazione delle medesime, non si ritiene in questa sede di poter riportare puntualmente. Dette disposizioni, atte a consentire di addivenire nel mese di settembre 1984 all'inquadramento definitivo, corretto ed uniforme di tutto il personale del S.S.R., sono state recepite dalle unità sanitarie locali e si è già conclusa la fase che concerne la resa dei dati necessari al centro meccanografico preposto agli stipendi del personale, che attualmente elabora le informazioni secondo il predisposto programma.

- Accordo sugli aspetti ed istituti dell'organizzazione del lavoro.

Del predetto accordo, di notevole consistenza, si ritiene di sintetizzare alcuni principi considerati di maggiore rilevanza e potenziale incidenza sugli assetti organizzativi precedenti.

L'intesa, che si pone quale obiettivo un recupero sostanziale della produttività, attraverso una graduale, ma certa riorganizzazione del lavoro, che conduca, altresì, al contenimento della spesa, nel rispetto di limiti imposti, stabilisce, tra l'altro:

- l'utilizzazione delle strutture di diagnosi e cura, prevenzione e medicina legale deve essere garantita nell'arco della settimana, su sette giorni;
- l'organizzazione dei servizi di emergenza deve essere preordinata secondo criteri della massima efficienza e, pertanto, nelle sole strutture in grado di assicurare prestazioni improntate alla massima sicurezza di risultati;

- al riordino dei servizi di emergenza deve conseguire una contrazione apprezzabile dei turni di pronta disponibilità;
- la pronta disponibilità nell'ambito della nuova organizzazione del lavoro si effettua nel periodo notturno e, in quello diurno nei soli giorni festivi, salvo comprovate esigenze da concordare a livello di U.S.L. con le OO.SS. firmatarie;
- l'organizzazione del servizio di pronta disponibilità, tenuto conto delle realtà peculiari di ogni U.S.L., deve venir concentrata:
 - su base dipartimentale;
 - su base interdivisionale;
 - su base interdisciplinare;
 - su base interstabilimento;
- il dipendente che effettua la pronta disponibilità nel giorno festivo ha diritto a godere di un giorno libero da impegni, fatto salvo il rispetto dell'orario di lavoro settimanale; il servizio di pronta disponibilità dal periodo 1.1.1983 - 20.7.1983 è compensato con la somma di lire 24 mila per ogni turno come disposto secondo le norme allora vigenti, fermo restando l'automatico adeguamento in relazione a diversa interpretazione a livello nazionale;
- a partire dal 21.7.1983 il servizio di pronta disponibilità dà diritto ad un compenso di L. 24.000.- per ogni turno di 12 ore;
- l'attuazione dei predetti indirizzi e criteri in ordine alla riorganizzazione del lavoro va preceduta da uno studio di fattibilità, da parte delle UU.SS.LL..

Per quanto attiene gli effetti conseguenti all'intesa di cui si riferisce, si evidenzia che tutte le unità sanitarie locali si sono attivate, secondo procedure da ognuna di esse prescelte, per la verifica sulle modalità e tempi di attuazione dei predetti indirizzi, pervenendo alcune di esse a risultati anche sostanziali certo apprezzabili, nonostante le difficoltà generalmente lamentate.

17 febbraio 1984

E' stata quindi raggiunta un'intesa concernente modalità, criteri e tempi di erogazione delle indennità di cui agli artt. dal 39 al 51 del D.P.R. n. 348/1983. Nello stesso giorno è stato sottoscritto l'accordo per la regolamentazione della mensa e delle attività sociali (artt. 31 e 32 del citato D.P.R.), i cui punti significativi di seguito si riportano:

- convenuto di definire un prezzo unico, nonostante le disomogeneità esistenti, il medesimo è stato fissato in L. 1.000.-, a condizione che entro 45 giorni si applichino trattamenti alimentari uniformi e di costo correlato alla predetta quota. Al fine di vigilare sui predetti adempimenti e coordinarli nel senso previsto, è stata costituita una Commissione tecnica di parte pubblica che porta avanti i suoi lavori fin dal mese di maggio u.s..
- Per i lavoratori che operano in strutture prive di mensa, ove non sia possibile l'accesso ai presidi forniti di detto servizio, sono stipulate convenzioni con mense o trattorie vicine, per il medesimo tipo di posto garantito all'altro personale e con la medesima quota a carico dei dipendenti.

La spesa conseguente alla predetta previsione sarà coperta con lo stanziamento a bilancio delle UU.SS.LL., di cui all'art. 32 del D.P.R. n. 348/1983, che è stato fissato sulla base dello stanziamento a bilancio per gli oneri (diretti e riflessi) relativi al personale, nelle seguenti misure:

- 0,08% per le UU.SS.LL. nel cui ambito territoriale la densità di popolazione è superiore a 140 ab./kmq;
- 0,11% per le UU.SS.LL. nel cui ambito territoriale la densità di popolazione è inferiore a 140 ab./kmq;
- le somme eventualmente residue sono messe a disposizione degli organismi di cui all'art. 11 dello Statuto dei lavoratori.

1 marzo 1984- Prestazioni di consulenza e consulti (art. 27 D.P.R. n. 348/1983)

Tale accordo è da intendersi quale ulteriore strumento di organizzazione del lavoro, per una razionalizzazione delle risorse disponibili. Particolare importanza è annessa alla regolamentazione delle prestazioni di consulenza del personale medico nei servizi di unità sanitarie locali diverse da quella di appartenenza: esse si attuano attraverso un'apposita convenzione tra le UU.SS.LL. interessate e non possono superare le 15 ore settimanali per équipe, con limite di 8 ore per ciascun operatore.

Le presenze dei consulenti sono registrate mediante i sistemi in uso per il restante personale.

Il compenso è stabilito in 35.000.- lire orarie per le prime due ore e 25.000.- orarie per ogni ora successiva.

16 marzo 1984- Mobilità del personale (artt. 14, 15 e 16 D.P.R. n. 348/1983)

Anche detta intesa si colloca quale strumento di gestione ai fini di una migliore utilizzazione del personale, e della necessaria riorganizzazione dei servizi, a fronte delle esigenze derivanti dalla nuova strutturazione funzionale ed operativa introdotta dalla Riforma sanitaria e resa attuale ed operativa dalle disposizioni del piano sanitario regionale all'esame della Giunta.

L'accordo si articola in criteri e modalità per l'attuazione della mobilità d'urgenza, ordinaria (volontaria e obbligatoria), e per l'attivazione di procedure di comando per l'utilizzo di personale tra UU.SS.LL. diverse.

26 marzo 1984- Diritto all'informazione (art. 33 D.P.R. n. 348/1983)

Vi sono individuati momenti e strumenti attraverso i quali si attua, nei previsti limiti contrattuali, la partecipazione e l'informazione tra le amministrazioni e le OO.SS. firmatarie.

- Assenze per malattia, congedo ordinario e congedo straordinario

Trattasi di una regolamentazione articolata dei ^{tra}vistuti contrattuali perchè ne sia data uniforme applicazione nelle UU.SS.LL. della Regione, che vi si sono conformate.

20 maggio 1984

- Aggiornamento professionale e riqualificazione del personale.

Vi sono definiti la composizione, i compiti e modalità di ~~riqualificazione~~ delle due Commissioni per l'aggiornamento di cui al IV comma dell'art. 19 del D.P.R. n. 348/1983; vi sono altresì previsti benefici speciali per la riqualificazione del personale non medico che frequenti corsi per il conseguimento di titoli abilitanti propri del ruolo sanitario, nonché, in via transitoria, particolari condizioni per la riqualificazione straordinaria di cui alla legge n. 243/1980.

Attualmente sono in corso di predisposizione da parte della Regione e delle UU.SS.LL. gli atti di rispettive competenze in ordine alla costituzione delle Commissioni di cui sopra.

- Attività libero professionale dei medici all'interno ed all'esterno delle strutture del S.S.N..

Trattasi di linee di indirizzo e di criteri operativi atti a regolamentare aspetti organizzativi dell'attività in questione, ferma restando la sua disciplina nell'ambito della normativa generale dell'ANULPO 1979, richiamata dall'art. 66 del D.P.R. 348/1983, della legge regionale n. 28/1979 e nel quadro dei principi della legge n. 833/1978 e del D.P.R. n. 761/1979.

- Incentivazione della produttività

Vi si afferma che obiettivo dell'istituto è una migliore utilizzazione delle risorse umane e strutturali del S.S.R., al fine di garantire una più tempestiva ed soddisfacente risposta alle esigenze dell'utenza.

Fermo restando l'obbligo dell'attività ambulatoriale da prestarsi nel normale orario di lavoro, l'incentivazione è corredata alla produttività

aggiuntiva del personale conseguibile in primo luogo attraverso la riorganizzazione del lavoro con l'obiettivo, tra l'altro, di assicurare l'espletamento delle attività in tutti i giorni feriali.

Premesso che nelle UU.SS.LL. del Friuli-Venezia Giulia l'ammontare delle ex compartecipazioni del 1982 supera di gran lunga la misura del 10% della somma complessiva individuata dal primo comma dell'art. 60 del D.P.R. n. 348/1983, il fondo d'incentivazione non può superare per ciascuna U.S.L. la somma complessiva risultata dalla suindicata rendicontazione.

L'interpretazione come sopra data alla rigidità del tetto di spesa non deve poter comportare a parità o in aumento di domanda di prestazioni specialistiche negli anni 1984 e 1985 una riduzione delle prestazioni effettivamente erogate e riconosciute nell'ambito della struttura pubblica nel 1982, per cui vengono salvaguardati il 2° comma dell'art. 64, nonché il 1° comma dell'art. 61 del D.P.R. n. 348/1983.

Ove la predetta rigidità del tetto di spesa dovesse risultare, da apposita verifica, motivo di indirizzo della risposta e quindi della domanda di prestazioni sanitarie specialistiche verso l'area convenzionata esterna, le parti si sono impegnate ciascuna nei limiti della propria istituzionale competenza, a richiedere le necessarie interpretazioni valutative a livello nazionale.

Alla conclusione della trattativa si è altresì concordata una intesa finale che prevede la costituzione di un gruppo di lavoro paritetico quale osservatorio delle fasi applicative delle intese nelle unità sanitarie locali, al fine di stabilire un costante confronto in ordine ai problemi di carattere interpretativo che nella predetta fase dovessero emergere.

- 0 -

Per quanto attiene i problemi conseguenti all'emanazione della circolare del Ministro Gaspari, la cui intempestività va ancora una volta vivamente lamentata, la Direzione Regionale dell'Igiene e della Sani

tà nel rispetto delle intese intercorse e firmate, in coerenza con la richiesta di ritiro della circolare medesima, formulata dagli Assessori regionali della Sanità, per il tramite dei Presidenti delle Giunte ed in piena adesione alle argomentazioni in quella sede addotte, coglie l'occasione per auspicare che emerga rapidamente una soluzione definitiva che sia valida nei presupposti giuridici, esaustiva delle problematiche insorte e corretta nelle procedure.

b. Elementi sui concorsi

In attuazione delle funzioni attribuite ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 761/1979 che disciplina in ordine alle modalità transitorie per i concorsi pubblici di assunzione, sono stati adottati dalla Giunta regionale i provvedimenti relativi alle varie fasi di attivazione delle procedure concorsuali già proprie degli enti cessati ed in conformità agli ordinamenti previgenti.

Si riporta lo schema numerico, per unità sanitaria locale, dei concorsi effettuati e in corso di espletamento.

	espletati	in corso di espletamento	Tot.
U.S.L. n. 1 "Triestina"	9	1	10
U.S.L. n. 2 "Goriziana"	21	3	24
U.S.L. n. 3 "Carnica"	4		4
U.S.L. n. 4 "Gemonese"	7		7
U.S.L. n. 5 "Cividalese"		6	6
U.S.L. n. 6 "Sandanielese"	-	-	-
U.S.L. n. 7 "Udinese"	12	3	15
U.S.L. n. 8 "Bassa Friulana"	7	1	8
U.S.L. n. 9 "Sanvitese"	2		2
U.S.L. n. 10 "Maniaghese e Spil."	4		4
U.S.L. n. 11 "Pordenonese"	31	4	35
U.S.L. n. 12 "Livenza"	4		4
TOTALE	101	18	119

Questa Direzione ha altresì predisposto la bozza di legge regionale attuativa delle procedure concorsuali a regime, che è attualmente all'esame del competente Ufficio Legislativo.

Si evidenzia che l'attuazione della predetta normativa concorsuale presenta in questa Regione enormi difficoltà, del resto intuibili, per cui si auspica vivamente che il legislatore nazionale provveda ad introdurre

re una norma che contempia la facoltà di delega da parte delle Regioni, dell'indizione e dell'espletamento dei concorsi alle Unità Sanitarie Locali.

Facoltà, anzichè obbligo, e ciò perchè sia rispettata l'autonomia delle scelte delle singole Regioni in relazione alle diversificate esigenze locali.

Elementi sui ruoli nominativi regionali

Il ruolo unico regionale del personale del Servizio Sanitario Nazionale è stato adottato con delibera della Giunta Regionale dd. 27 aprile 1983 n. 2224, e pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione il 18 ottobre 1983.

Il primo ruolo unico regionale è stato determinato alla data dell'1.1.1982.

Nella redazione del primo ruolo unico questa Regione si è attenuta rigorosamente ai principi normativi di cui al D.P.R. n. 761/1979, per cui la prima iscrizione del personale già dipendente dalle amministrazioni le cui funzioni in materia sanitaria sono cessate, - è stata effettuata sulla base delle tabelle di equiparazione di cui all'allegato 2 del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761, con esclusivo riferimento alla qualifica di provenienza rivestita in posizione di ruolo.

Qualora il predetto personale rivestisse qualifiche non espressamente indicate nelle citate tabelle - ma solo in tale caso - l'iscrizione ha avuto luogo con riferimento a quanto previsto per le qualifiche equipollenti, secondo quanto prescrive il medesimo D.P.R.. Va evidenziato in proposito che i criteri adottati per le equipollenze, così come del resto le soluzioni adottate per ogni problema di carattere interpretativo sono conformi a quelli elaborati in sede interregionale e successivamente approvati in appositi documenti dagli assessori alla sanità di tutte le Regioni, al fine di garantire in tutto il Paese l'omogeneità di applicazione delle norme di che trattasi.

Corre l'obbligo sull'argomento, di manifestare infine le perplessità insorte a seguito del parere del C.S.N. n. 53 per la parte che riguarda le equipollenze, la cui applicazione verrebbe di fatto a modificare sostanzialmente il dettato di legge, e ritenendosi conseguentemente che un tanto sia riservato alla competenza del legislatore.

Rimane da sottolineare, comunque, nel merito, che l'art. 64 del D.P.R. n. 761/1979 fa riferimento ad equipollenze di qualifica, non già di mansione, ed altresì che il rinvio, operato dal predetto parere a dati "soggettivi" quali elementi culturali, specifiche competenze e contenuti professionali disattende il criterio di riferimento alle preesistenti qualifiche, sancito dalla legge.

Non va sottaciuto infine il rischio che discende dall'adozione di criteri correlati alle funzioni, che indubbiamente porta a rincorse e pressioni difficilmente gestibili.

- d. Elementi sulle piante organiche provvisorie e loro servizi, sulla consistenza e distribuzione del personale ivi compreso quello precario.

Le piante organiche provvisorie sono state adottate, conformemente a quanto stabilito dall'art. 1, primo comma del D.L. 26/11/1981, n. 618 convertito nella legge 26.1.1982 n. 12, con provvedimenti della Giunta Regionale distinti per ogni Unità Sanitaria Locale, e, all'interno di questa, per comparto di provenienza (Enti Ospedalieri - Enti Locali - Hu tue).

La consistenza globale dei posti previsti per ogni U.S.L. è la seguente:

U.S.L. n. 1 "Triestina"	5.324
U.S.L. n. 2 "Goriziana"	3.315
U.S.L. n. 3 "Carnica"	480
U.S.L. n. 4 "Gemonese"	454
U.S.L. n. 5 "Cividalese"	592
U.S.L. n. 6 "Sandanielese"	547
U.S.L. n. 7 "Udinese"	5.019
U.S.L. n. 8 "Bassa Friulana"	1.533
U.S.L. n. 9 "Sanvitese"	673
U.S.L. n. 10 "Maniaghese e Spilimberghese"	684
U.S.L. n. 11 "Pordenonese"	2.600
U.S.L. n. 12 "Livenza"	609
TOTALE	21.830

Si significa, altresì, in argomento che sono in corso di predisposizione i criteri e le modalità per la determinazione delle piante organiche definitive che dovranno costituire uno strumento essenziale per la riorganizzazione dei servizi e dei presidi secondo i piani attuativi

che ciascuna U.S.L. dovrà approvare in conformità al piano sanitario regionale, attualmente all'esame della Giunta.

La determinazione delle piante organiche definitive dovrà aver luogo, in rapporto alle esigenze e nel rispetto di un criterio perequativo tra le varie zone, esasperando soprattutto delle operazioni di riconversione di strutture e servizi mediante il loro orientamento verso le funzioni privilegiate dalla riforma.

3. Incontro presso la USL n.1 "Triestina".

L'incontro è aperto dal Presidente del Comitato di gestione, il quale segnala che a Trieste un abitante su tre ha più di 65 anni di età. Fra le altre caratteristiche della USL vi è la presenza di un istituto scientifico che si occupa dell'assistenza sanitaria ai minori, di una università, di cinque cliniche private convenzionate (su un totale di 8 presenti nella regione) di una struttura di bioingegneria, collegata con le strutture di ricerca private. In materia di psichiatria, come è noto, Trieste ha percorso la riforma attuando la deistituzionalizzazione, centri di cura sul territorio, organizzazione del tempo libero per gli ex degenti psichiatrici, con una erogazione di sussidi per 1 miliardo e 200 milioni. Vi è pura una ricca presenza di volontariato, con 20 associazioni convenzionate.

Prende poi la parola il Sindaco di Trieste il quale osserva che solo grazie all'esistenza in città di una unica USL è stato possibile creare un nuovo ospedale moderno come quello di Cattinara (presso cui si svolge la riunione) che è a servizio dell'intera provincia. Anch'egli si sofferma sul problema dell'assistenza agli anziani, che a Trieste veniva prima attuata da diversi enti, poi soppressi, ed ora è passata alla competenza del Comune. Alcuni tipi di case di ricovero hanno rette assai alte, vicine ad 1 milione al mese. Gli anziani non autosufficienti, se non interviene l'ente pubblico, sono destinati ad una ospedalizzazione impropria, e in questo caso il ricovero è gratuito per l'utente, anche se molto più costoso per l'ente pubblico. Si avverte l'esigenza di un unico punto di riferimento per l'assistenza agli anziani, e teoricamente dovrebbe essere la USL, ma che ora rappresenta un compito che non può essere assunto da nessuno.

Il Sindaco di Duino Aurisina sollecita l'attuazione dei

distretti per evitare che in certe aree montane un paziente debba fare 40 chilometri di strada per mettere un timbro ad una pratica.

Il Sindaco di San Dorligo della Valle solleva il problema delle minoranze, chiedendo che cosa si possa fare quando il medico non è bilingue, o quando i medici bilingui sono pochi e non possono accettare pazienti senza superare i massimali.

Interviene poi il coordinatore sanitario il quale osserva che il territorio della USL coincide esattamente con quello della provincia, e che le incombenze enormi che ne derivano sono difficili da gestire. Osserva inoltre che fino ad ora gli amministratori sono stati assorbiti dal problema del grande complesso ospedaliero di Cattinara e la USL non ha potuto assumersi i problemi dell'assistenza domiciliare e del territorio. Tuttavia c'è una copertura completa dei servizi di base, compresa la pediatria. Segnala infine l'importanza assunta dalle associazioni di volontariato.

Il deputato Palopoli osserva che sia la regione che il comune hanno competenza sulla materia sanitaria come sulla materia sociale, che, dal punto di vista finanziario sono gestite entrambe tramite trasferimenti: dovrebbe essere possibile perciò un intervento organico, perchè la separazione delle competenze non sembra possa facilitare il risparmio.

Il deputato Martino chiede quanti siano gli assistiti psichiatrici nel periodo 1972-74 e rispettivamente oggi; come mai, data la anzianità della popolazione, la spesa farmaceutica non sia ancora maggiore di quella indicata; per quale motivo esistono ancora tanti posti letto convenzionati se sono sufficienti i posti letto pubblici; perchè negli ospedali pubblici si abbia una degenza media di 16,7 giorni in dermatologia, cifra che sembra effettivamente troppo alta e che spiega allora perchè si abbia un tasso di utilizzazione del posto letto dell'84%, che sarebbe in sé ottimale; infine quale sia il rapporto tra geriatria e lungodegenza.

Rispondono prima il Consigliere Rotondaro, il quale

osserva come in geriatria normalmente non vi sia un alto consumo di farmaci perchè l'anziano ha bisogno soprattutto di essere accudito, ma non in particolare di trattamenti farmacologici; e poi il coordinatore sanitario, il quale si rimette per la risposta in parte ai dati e alle tabelle che sono stati consegnati alla Commissione e che vengono qui citati in appendice e precisa che la lungodegenza media in dermatologia è dovuta al fatto che i casi dermatologici in regione riguardano prevalentemente ustioni. Osserva poi che, a suo avviso, gli ospedali dovrebbero svolgere una attività ambulatoriale oltre a quella ospedaliera, costituendo in un certo modo essi stessi un filtro a sé stessi e lamenta l'eccessiva complessità, oltre che la troppo rapida modificazione della legislazione statale, in particolare per quanto riguarda i tickets e le autocertificazioni.

4. Incontro con le organizzazioni sindacali e con l'ordine dei medici.

Erano presenti all'incontro: Sergio Schiulaz, UIL sanità, Giorgio Delli Zotti, CISL Sanità; Guido Minato, CISL sanità; Claudio Biancuzzi, CGIL sanità; Giuseppe Parlato, Presidente dell'ordine dei medici di Trieste; Mario Travaglini, Vicepresidente dell'ordine dei medici di Udine; Claudio Lucas, della CIMO; Silvano Antonini Canterin, Presidente dell'ordine dei medici di Pordenone e Presidente regionale degli ordini dei medici; Luigi Zilli, Presidente regionale dei primari ospedalieri; Lucio Santarossa, rappresentante dei medici condotti, di Pordenone, Gianfranco Cocco, rappresentante regionale FIMED di Pordenone.

Numerosi intervenuti illustrano i documenti riportati in appendice a questo capitolo.

In particolare il dottor Parlato, presidente dell'ordine dei medici di Trieste, lamenta la plethora medica, che in questa città tocca il culmine di un medico ogni 205 abitanti. Nonostante questo vi è una carenza assoluta di personale nel settore dell'igiene e della prevenzione degli infortuni. La struttura igienico-sanitaria di Trieste era un tempo molto avanzata ed ora sta degradando. Fra i dipendenti dell'ex ispettorato regionale del lavoro uno solo è passato alle USL, e si tratta di un giovane chimico inesperto. Non ritiene essere esente da critica il moltiplicarsi di servizi di pediatria in un'area come quella triestina, che vede una natalità in progressiva riduzione, mentre mancano day hospital per anziani.

Così pure sono carenti i servizi per la riabilitazione, presso i quali vi sono liste di attesa di mesi. Il professor Zilli, presidente regionale dei primari ospedalieri, invita alla cautela nel ridimensionare le strutture esistenti, perchè si rischia di distruggere proprio quello che funziona. Osserva che la situazione sta peggiorando, e cita ad esempio il fatto che il 21% dei tumori alla mammella quando vengono

rtilevati dal sanitario sono al quarto stadio, e questo avviene in una regione ad alto livello culturale. Osserva che occorre ritornare alla selezione, ai concorsi, e che in tutto questo polverizzare la partecipazione e la responsabilità si trascura a volte di consultare le organizzazioni mediche prima di prendere grosse decisioni in campo sanitario.

Il dottor Lucas, della CIMO, osserva che il numero di medici disoccupati in Italia è uguale al numero di medici disoccupati in Europa. Si dice favorevole alla istituzione del ruolo medico e alla separazione della gestione ospedaliera da quella delle USL.

Il dottor Antonini Canterin, presidente regionale dell'ordine dei medici ed ex assessore regionale alla sanità, ricorda lo sfascio in cui si trovava la sanità in Italia nel 1978 ed attribuisce la crisi successiva alla riforma alla mancanza di un piano sanitario nazionale. Per quanto riguarda il numero degli addetti alla sanità, osserva che non ha senso confrontare il 9 per 1000 di addetti alla sanità come media nazionale con il 16 per 1000 di addetti alla sanità nella regione Friuli se non ci si chiede quale sia il numero di addetti sufficienti per applicare la riforma. Egli apprezza l'applicazione dei contratti del comparto sanità che viene data in sede regionale, e lamenta le carenze esistenti a livello nazionale. In particolare chiede che i contratti dei medici siano fatti dai medici, che si istituisca il numero programmato nella facoltà di medicina e che siano riviste le dimensioni delle USL, che a suo avviso, devono essere di dimensioni più grandi, mentre gli ospedali devono essere di dimensioni più piccole. Lamenta infine l'abolizione della figura del medico condotto, che nei piccoli comuni era una figura fondamentale, una sentinella dell'igiene pubblica.

Il rappresentante della CISL sanità, Giorgio Delli Zotti, chiede che sia emanato l'atto di indirizzo in materia di incompatibilità previsto dal DPR 348, anche per ovviare alla disoccupazione dei giovani medici, e si dice contrario sia allo scorporo degli ospedali dalle USL sia al ruolo medico separato.

5. Incontro presso la Usl n. 3 "Carnica", Tolmezzo, 17 luglio 1984

All'incontro partecipano il Sindaco ospitante, il Presidente della USL, Gio Batta Mecchia, il Comitato di gestione e l'ufficio di direzione della USL, l'Assessore regionale e numerosi sindaci.

Il Presidente della USL illustra il seguente intervento.

" Nel porgere il saluto agli ospiti, a Lei signor Presidente onorevole Casalnuovo ed ai suoi colleghi componenti la Commissione Sanità della Camera, estendendolo per doveroso ossequio all'Assessore regionale alla Sanità, al signor Sindaco di Tolmezzo che ci ospita, nonché a tutti i sindaci presenti, agli operatori sanitari e amministrativi qui convocati, mi sia consentito evidenziare in premessa, seppure in forma sintetica, la situazione ambientale nella quale si è trovata ad operare la USL n.3 Carnica.

A fronte di una popolazione di 45.776 unità residenti sul territorio in data 31.12.1982, esiste una consistenza di iscritti al servizio sanitario nazionale di 45.375, con uno scarto differenziale di 401 unità che non hanno presentato alcuna richiesta di iscrizione.

E' un primo elemento statistico che evidentemente non può significare l'avvenuta creazione della unità sanitaria soprattutto se rimane avulso dalla dimensione del territorio e dalla frammentarietà della reale dislocazione della popolazione, generalmente insediata in piccoli centri di vallata attorno ai quali fanno capo i numerosi borghi e casolari sparsi lungo l'arco pre-alpino carnico. Ne deriva una enorme difficoltà di collegamento, particolarmente accentuata durante la lunga stagione invernale, e di mantenimento dei contatti indispensabili per un servizio sanitario ottimale.

Va pure evidenziata la sopravvivenza di una spinta concorrenziale tra i centri contermini di vallata che, oltre ad avere contribuito in talune situazioni a rendere più difficoltosa la definizione della sede di distretto, provoca un conseguente deterioramento di rapporti già storicamente difficili e una conseguente spinta preclusiva nei confronti di eventuali proposte innovative.

Più comprensibili quindi le difficoltà incontrate e solo in parte superate, per far calare in taluni ambienti i principi informatori della riforma sanitaria tanto più se pensiamo che a monte esiste una situazione di quasi completo abbandono, fatta salva qualche isolata quanto lodevole iniziativa facente capo ad alcuni operatori sanitari dello ospedale e di medici di base.

Ma le difficoltà maggiori che si frapponevano e si frappongono tuttora al superamento del primo periodo di rodaggio e al tentativo di mettere in atto un servizio di prevenzione, debbono senz'altro essere imputate alla inadeguatezza numerica del personale sanitario. Le contingenti disposizioni restrittive troncano ogni tentativo di formazione dei quadri specializzati all'interno dei singoli servizi e consentono a mala pena di ricercare di volta in volta fortunate soluzioni demandate all'entusiasmo e alla spontanea collaborazione del personale. Siamo quindi ben lungi dall'instaurare una vera politica sanitaria di prevenzione.

Non tedierò con riferimenti alla situazione finanziaria limitandomi a considerare che mentre per gli Enti locali ci si indirizza verso previsioni di bilancio triennale, le UU.SS.LL. devono giocoforza considerare l'esercizio finanziario suddiviso perlomeno in due semestralità. Orbene a questo punto c'è da chiedersi quale tipo di programmazione si potrebbe individuare in una situazione economica che non ci consente neppure il mantenimento del preesistente.

In data 24.11.83 la Direzione Sanitaria Regionale ha segnalato l'urgenza che si studino e si proponano alla Regione iniziative volte al riordino, riconversione e ristrutturazione dei servizi, al fine di giungere ad un organico contenimento della spesa, nella convinzione che le possibili economie realizzabili nell'acquisto di prodotti economici e nei servizi generali, incidendo su un comparto ridotto della spesa complessiva, in definitiva servirebbero solo in misura limitatissima a ridurre o ad evitare l'ulteriore lievitazione della spesa.

La circolare invita le UU.SS.LL. a considerare soprattutto i seguenti punti:

- a) Contenimento della spesa farmaceutica sia interna che convenzionata mediante una precisa informazione del personale medico;
- b) riduzione della spedalizzazione mediante interventi sostitutivi da farsi a domicilio;
- c) riorganizzazione del lavoro all'interno delle strutture in applicazione anche all'art. 6 dell'ultimo accordo nazionale di lavoro;
- d) riconversione o soppressione di strutture che non assolvono più alla loro funzione originaria;
- e) riduzione del personale;
- f) oculata scelta degli investimenti, evitando quelli che comportano aumenti di costi nella loro gestione.

La citata circolare della Direzione Regionale della Sanità, pur orientata principalmente a cercare il contenimento della spesa, pone in evidenza che, in definitiva, la riconversione delle strutture è alla base della stessa riforma sanitaria: è evidente, infatti, che la riforma non solo non ha senso ma è negativa se, anziché riconsiderare il ruolo sia delle strutture sia degli operatori, si limita a gestire ^{con difficoltà} la preesistente situazione.

Tantopiù che riconversione e ristrutturazione possono dare frutti positivi solo a medio ed a lungo termine ed è ben difficile che possano influire positivamente ed in modo determinante sui costi relativi all'esercizio corrente, per cui non si può non considerare con viva preoccupazione le obiettive difficoltà che si avranno di mantenere la spesa entro i limiti previsti.

Di contro posso segnalare brevemente le situazioni nelle quali, invece di una riduzione, è fin d'ora prevedibile che si verifichino incrementi di spesa.

Per quanto riguarda il personale, ad esempio, anche mantenendo la consistenza numerica dei dipendenti al livello medio 1983, si verificheranno inevitabilmente gli aumenti dovuti:

- alla progressione orizzontale dei trattamenti economici;
- all'incidenza sull'indennità integrativa speciale 1984 sia dei punti di contingenza progressivamente maturati nel 1983 sia di quelli che matureranno in corso d'anno;
- all'incidenza sulla spesa 1984 sia dei miglioramenti contrattuali gradualmente applicati nel 1983 sia di quelli in via di maturazione;
- progressioni economiche per i medici ambulatoriali interni;
- automatico incremento dei compensi capitari per la medicina generica in relazione agli indici del costo della vita;

Di fronte a tale situazione, l'obiettivo principale deve essere quello di giungere al più presto ad una ristrutturazione complessiva che consenta di ridurre conseguentemente anche il numero dei dipendenti in servizio, rappresentando gli oneri di personale la voce che maggiormente incide nel bilancio (50,45%).

D'altra parte non è razionale ridurre il personale solo attraverso il blocco delle assunzioni, in quanto questo sistema mette in crisi tutti i servizi e crea grosse disfunzioni.

Pertanto bisognerà puntare su una diversa organizzazione del lavoro, cosa peraltro auspicata anche dal nuovo contratto nazionale di lavoro, e su una riconversione complessiva dei servizi sanitari e non sanitari.

E' quindi necessario riconsiderare con urgenza il ruolo di tutti i servizi sanitari, cercando di attuare una riconversione degli stessi che renda possibile la utilizzazione ottimale del personale. In questa ottica va considerato con particolare attenzione il presidio ospedaliero, presso il quale attualmente è occupata gran parte del personale dipendente. Per quanto riguarda i servizi diagnostici

si dovrà ridurre, selezionandolo, il numero degli esami richiesti; del problema deve interessarsi l'ufficio di Direzione, perchè una azione in tal senso non è attuabile senza la massima collaborazione dei medici.

Bisognerà anche provvedere urgentemente alla revisione degli orari di lavoro, delle guardie mediche e delle pronte disponibili come prevede l'accordo nazionale.

Naturalmente la riorganizzazione dei presidi extra-ospedalieri non può prescindere dall'attuazione dei distretti, che, in definitiva, di tale riorganizzazione dovranno essere perno, anche perchè dovrebbero assicurare l'erogazione a livello periferico di talune prestazioni che ora sono centralizzate.

Sarà quindi necessario perseguire anche altre strade; tra esse quella più realisticamente più ipotizzabile è il contenimento della spesa per l'acquisizione di beni e servizi. L'obiettivo da raggiungere è il mantenimento della spesa a livelli attuali, attraverso una riduzione dei consumi ed un più attento controllo sull'acquisto di nuovi presidi, in modo da assorbire i maggiori oneri conseguenti all'inflazione.

Si deve però rilevare che qualsiasi economia si riesca ad ottenere nella voce riguardante l'acquisizione di beni e servizi (voce che comprende tutte le spese relative all'acquisto di farmaci, presidi sanitari, vitto, riscaldamento, luce, telefono, manutenzioni ordinarie ecc.) verrà comunque ad incidere in misura minima sulla spesa complessiva, rappresentando di questa solo il 17,90% circa.

Un altro rilevante fattore di spesa riguarda l'assistenza farmaceutica convenzionata, che nonostante l'applicazione del ticket nel 1983 ha subito un aumento del 21,33% rispetto al 1982 - comunque inferiore alla media Regionale 24,09%.

L'adozione di misure tendenti a ridurre o a controllare la libertà di scelta del farmaco da parte del medico non è facilmente attuabile; anche le iniziative in tal senso proposte dal Governo nel disegno di legge per la formazione del bilancio dello Stato per il 1984

hanno dovuto essere ritirate.

Si cercherà quindi di perseguire l'unica via possibile che è quella di un frequente contatto con i medici prescriventi, perchè si attengano strettamente alla convenzione farmaceutica, evitando di fare prescrizioni per terapie di lunga durata, scegliendo, tra i prodotti più adeguati alle esigenze terapeutiche, quelli meno costosi ed evitando ogni prescrizione non strettamente necessaria.

A supporto di questa opera di persuasione e di orientamento, un gruppo di 18 medici convenzionati con il conforto dell'U.S.L. n. 3 hanno predisposto e le stanno applicando alcune indicazioni intese come proposte di comportamento all'uso dei farmaci antibiotici nella pratica medica extra-ospedaliera in collaborazione con l'Istituto di Ric. Farmacologica "M. Negri" di Milano ed inoltre è nostra ferma intenzione attuare, attraverso il sistema informativo, un'indagine che consenta di conoscere le prescrizioni di ciascun medico e quindi di avere in mano dati concreti per impostare, ove si riscontrino anomalie, interventi seri e giustificati.

L'attività dell'U.S.L. è quindi condizionata dalla situazione delineata e dovrà essere perciò caratterizzata non da una espansione dei servizi ma da una loro razionalizzazione: il ridimensionamento di talune strutture e l'inizio dell'attività distrettuale saranno gli obiettivi ai quali bisognerà tendere; a loro supporto dovrà essere definito l'assetto organizzativo.

Dall'evidenziazione degli aspetti necessari da adottare per il contenimento della spesa e la razionalizzazione dei servizi, traspare la consapevolezza che le somme stanziare non saranno in grado di far fronte alle esigenze di spesa corrente per tutti i 12 mesi dell'anno.

Questa condizione preliminare ci pone nelle condizioni di incertezza amministrativa e d'altronde, volendo essere conseguenti, si corre il rischio di bloccare fin d'ora tutti i servizi stante che la somma pur insufficiente ci consentirà di gestire per un arco di tempo di 10 - 11 mesi.

Nell'evidenziare all'Assessore, che ben conosce l'inadeguatezza del finanziamento che coinvolge d'altronde tutte le UU.SS.LL.

d'Italia, la realistica prospettiva di una interruzione di alcuni servizi consiglia la massima serenità e senso di responsabilità al fine di non creare anticipatamente situazioni destabilizzanti.

Colgo l'occasione per evidenziare inoltre che in prospettiva nelle ripartizioni dei fondi assegnati alla Regione, venga adottato un criterio non privilegiato nei nostri confronti quale zona di montagna, ma che si tenga in doverosa considerazione lo stato delle varie epidemiologie esistenti nella nostra USL, che sono diverse, molto consistenti e preoccupanti; la caratteristica e particolare conformazione territoriale dei 28 Comuni della Carnia sulla quale insiste una popolazione di 46 mila abitanti distribuiti su una superficie vasta e caratterizzata da serie difficoltà di comunicazione, fattori che possono costituire un valido presupposto per invocare un diritto preferenziale di intervento.

Sorvolerò sulla veste giuridica delle unità sanitarie locali, che non hanno ancora trovato una esatta collocazione istituzionale e che tuttavia sono costrette ad operare senza poter disporre dei mezzi tecnici di pronta efficacia che permetterebbero una maggiore snellezza. E infine rimane pur sempre la latitanza dello Stato che non è riuscito a formulare un Piano Sanitario Nazionale, lasciando le regioni arbitre di provvedimenti che dovrebbero discendere da norme di carattere generale.

Tuttavia, nonostante la pluralità dei fattori frenanti, durante questi primi anni di attività si è potuto concentrare l'attenzione su particolari servizi preventivi, privilegiando alcune scelte scaturite dalla analisi della situazione sanitaria generale della zona.

L'esame di un secondo dato statistico evidenzia la entità numerica della fascia di popolazione al di sopra del 60° anno di età. Le unità di questa fascia sommano a totali 11.080 soggetti con sensibile prevalenza femminile in un rapporto di

circa 6 a 4, e comprendono nel totale circa 1/4 dell'intera popolazione residente. Il dato è indicativo di una situazione che trova radici storiche ben definite e costituisce pur sempre una realtà che non poteva essere trascurata nell'impostare tutta l'azione da svolgere a favore degli anziani. Grosse difficoltà sorgono a causa della sproporzione fra il numero degli assistiti e l'effettivo organico assistenziale in dotazione alla unità sanitaria locale. Inutile tentare qualche comparazione con il modulo ottimale presentato in sede regionale che prevede un assistente per ogni nove assistiti.

Con brevissimi flash cercheremo di dare una immagine il più possibile aderente alla realtà amministrativa e sanitaria in cui si identifica l'U.S.L. così come si è via via costituita in seguito alla riforma sanitaria.

Amministrare l'incertezza: La prima immagine che se ne ricava è precisa e condivisa: l'amministratore è tenuto a dare risposte, deve risolvere i problemi, soddisfare le richieste con equità, accortezza ma soprattutto con rapidità! Ogni ritardo, eventuali incertezze costituiscono già le premesse di probabile fallimento. Di contro però la riforma sanitaria richiede tempi lunghi introducendo situazioni di tale incertezza che ogni iniziativa è vissuta come un rischio, a prescindere, inoltre, dalle considerazioni di limite personale dovuti a dei dubbi circa la esigenza di una competenza enciclopedica.

Tre, secondo gli amministratori, sono i punti qualificanti della riforma

- a) la prevenzione: intorno a questo argomento, in effetti, sembra difficile dire qualcosa di più oltre al riconoscimento di costituire la specificità qualificante della riforma e oltre la sottolineatura della contraddizione con l'orientamento curativo tipico dello Ospedale.
- b) l'istituzione dei servizi nel territorio: la medicina deve uscire dai luoghi come l'Ospedale, in cui è stata sempre richiusa per dif

fondersi nel territorio ed entrare più attivamente nella vita delle altre istituzioni sociali. In questo senso ^{appunto} vengono visti i poliambulatori distrettuali, la medicina scolastica, la medicina sportiva.

- c) la medicina specialistica: l'istituzione dei nuovi servizi è funzionale ad una presenza più massiccia degli specialisti ospedalieri nel territorio. In fondo, è proprio la presenza degli specialisti ospedalieri che dà una qualità diversa alle nuove strutture; solo gli specialisti ospedalieri infatti, con la collaborazione dei medici di base e convenzionati possono alzare il livello di salute nel territorio.

Rilevanza dell'Ospedale: Si potrà osservare come la tematica dell'Ospedale si ripresenti ad ognuno dei tre punti enunciati, come una sorta di perno intorno al quale ruotano tutti i discorsi.

Naturalmente, se l'Ospedale occupa una posizione rilevante nei discorsi degli amministratori, è perchè occupa una grande parte delle attività del Comitato di Gestione.

D'altra parte la cosa sembra ovvia; il 90% del personale della U.S.L. lavora in Ospedale. C'è, poi, un altro fatto importante. L'Ospedale ha sede nel capoluogo e ben cinque membri del Comitato di Gestione su nove sono espressione del capoluogo. L'amministratore difende intensamente gli interessi della popolazione che rappresenta e, nello stesso tempo, conosce bene i problemi del suo territorio. I periferici si sentono così doppiamente in minoranza ed emarginati: in quanto schiacciati dalla maggioranza, e in quanto si trovano per la prima volta di fronte ad un problema che non hanno mai trattato e che, peraltro, impegna quasi tutte le risorse del Comitato. Così l'Ospedale che ha sede nel capoluogo rinforza ulteriormente la centralità dello stesso capoluogo a scapito della periferia.

Si profila, in tal modo, una rappresentazione comune e condivisa: l'Ospedale è il centro dell'assistenza sanitaria.

Ospedale come luogo di resistenza: Si deve, allora, far uscire i medici dall'Ospedale e attraverso questa operazione di mobilità si producono molteplici effetti, tutti positivi: si diffondono gli specialisti nel

territorio; si svolge, di conseguenza, una più efficace e opera di filtro nei confronti dei potenziali ricoveri; i medici cominciano a vedere i problemi in un'ottica territoriale.

Il medico di base: Il medico di base è accusato, soprattutto, di non svolgere la sua funzione principale di filtro nei confronti dell'Ospedale e degli specialisti. Le visite tradizionali non costituiscono un vero filtro, perchè il medico di base non vuole assumersi le sue responsabilità rinviandole altrove.

L'attacco alla professionalità dei medici di base si sostanzia anche di una certa sfiducia per il fatto che si tratta di un medico che lavora nel territorio perchè non ha nulla di meglio da fare: se uno è bravo se ne va dai servizi pubblici. Lo si accusa inoltre di incapacità di essere medico all'antica, come il vecchio medico condotto: un medico di famiglia pronto a curare anche le fisime del paziente, disinteressato, tollerante.

Invece, preoccupato solo del proprio tornaconto e di avere il maggiore numero di pazienti possibile, il medico si è oggi trasformato in impiegato, con mentalità burocratica, scrive solo ricette, senza alcuna passione. Fortunatamente nella nostra U.S.L. medici con queste peculiarità ne abbiamo pochi. Direi, che, contrariamente a quanto avviene in altre zone, riscontriamo una certa disponibilità di collaborazione e di comunicabilità per alcuni discorsi nuovi e molto interessanti da parte di un nutrito gruppo di giovani medici di base e di famiglia.

Tra i compiti del settore c'è anche la guardia medica notturna, prefestiva e festiva, la cosiddetta cassa integrazione dei medici neolaureati.

Una chiamata notturna di questi operatori sanitari nel 1983 è costata circa 86.000 lire, uguale a lire 4 10 milioni circa nell'anno. Questo servizio per vari motivi è una calamità tanto per la finanza pubblica quanto per l'utente sotto l'aspetto sanitario.

Sempre nei limiti delle possibilità una particolare attenzione è stata prestata per la creazione di un servizio di alcologia nell'ambito della USL Carnica. Il progetto, nato dopo una serie di esperienze verificate anche in se

no ai Clubs per alcolisti in trattamento, è stato posto al l'esame dell'assessorato Regionale.

Per quanto concerne gli interventi tutt'ora in atto, unicamente a carattere riabilitativo, si deve constatare la inadeguatezza a fronte della richiesta. Sul territorio esistono ed operano 5 gruppi terapeutici riabilitativi, condotti da professionisti in larga parte volontari, ai quali fanno capo circa un centinaio di alcolisti provenienti da diversi Comuni della Carnia.

Analoga situazione va registrata per quanto si riferisce alla azione svolta in favore dei portatori di handicap per un loro inserimento sociale. Di fatto gli interventi riservati agli handicappati dell'età evolutiva risultano ancora slegati e parziali anche per effetto della diversificazione delle competenze tra il settore assistenziale e sanitario demandate ad Enti distinti.

Ben più grave la situazione nel settore della tossicodipendenza dove la complessità dei compiti d'istituto risulta concentrata su un unico responsabile che già esercita la professione di medico di base, coadiuvato da una assistente sanitaria con funzioni di segretaria, alla quale in definitiva sono affidate tutte le pratiche relative alla tossicodipendenza. Gli interventi preventivi o riabilitativi risultano pertanto nulli o restano affidati al senso di responsabilità dell'unico operatore presente. Esiste una proposta per un programma di potenziamento degli interventi, formulata dal gruppo operativo, ma è rimasta a tutt'oggi nella primitiva fase propositiva.

Altre situazioni di disagio vanno segnalate per quanto si riferisce ai settori della riabilitazione fisioterapica per esiti traumatici, situazioni che si traducono in prolungate degenze nei presidi ospedalieri con sensibile dispersione di mezzi finanziari. Per ultimo un brevissimo cenno alla difficoltà insuperabile incontrata nel predisporre adeguati controlli sull'intero servizio farmaceutico alla base del quale dovrebbe porsi l'esigenza della precisione assoluta mentre nel

la realtà le strutture attuali consentono, e a malapena, dei veloci controlli campione.

Di proposito ho limitato l'accento ad alcuni settori che ritengo degni di particolare attenzione ma non per questo penso che si debbano sorvolare tutte le problematiche che investono gli altri campi della sanità.

Eventuali risposte a quesiti specifici vengono demandate al coordinatore sanitario e al direttore sanitario del presidio ospedaliero ed al coordinatore amministrativo per la parte amministrativa che potranno fornire più ampia documentazione sulla attività svolta e dei piani operativi già attuati o attualmente in fase di progettazione.

A chiusura di questa presentazione introduttiva rinnovando il saluto ai membri della commissione e agli intervenuti, mi auguro che da questa visita possa scaturire un maggior impegno da parte degli amministratori e degli operatori di questa unità sanitaria locale, impegno che non potrà essere disgiunto da quello della autorità regionali e dello Stato perchè possano essere forniti i mezzi e gli strumenti per avviare a soluzione i molteplici problemi che giornalmente ci assillano, concedendo infine quella serenità che non sempre può essere presente in chi opera spesso a proprio rischio delle scelte ancora prive di qualche codificazione legale.

L'auspicio di questo avvio non può ignorare la contingente situazione finanziaria del Paese, ma tutti siamo consapevoli che le risposte alle istanze sociali non possono essere troppo a lungo demandate, pena il naufragio della Riforma sanitaria.

La quale cosa non rientra certamente tra le nostre finalità."

Interviene poi il Sindaco di Enemonzo, Signor Rugo, lamentando l'assenza di qualsiasi accenno alla zootecnia nella relazione del Presidente della USL. Egli osserva che si sta trascurando il patrimonio bovino della regione e che occorre una riforma che assegni al veterinario una somma per ogni animale assistito. Lamenta infine l'inadeguatezza dei controlli sanitari alla frontiera per l'importazione di bovini.

Il coordinatore sanitario, rispondendo anche agli interventi di vari deputati, tocca i temi della guardia medica, che la USL intende raccordare all'ospedale; della guardia turistica, che si è ritenuto di non attuare perchè richiede spesa maggiore là dove sono sufficienti i medici già presenti sul territorio; della tossicodipendenza, ricordando che mediamente ci sono 40 persone in trattamento per questo motivo presso i presidi della USL; della epidemiologia, con riferimento a due indagini in corso, rispettivamente nei settori dell'alcolismo e delle malattie polmonari; degli invalidi civili, che oggi ottengono il riconoscimento della loro condizione mediamente in un periodo di 30 giorni; dei distretti, che la USL sta avviando solamente ora, limitatamente ad un distretto pilota; della fisioterapia, che oggi appare il settore più carente, con una lista di attesa fino a cinque mesi.

Il Sindaco di Tolmezzo ricorda che il cittadino osserva che l'ospedale funziona oggi come prima della riforma, mentre la medicina di base funzionava meglio prima della riforma e si domanda perchè ora vi sia una spesa maggiore, con minori risultati. Per quanto riguarda i rapporti fra il Comune e la USL osserva che fino ad oggi il bilancio della USL non può che essere di emergenza e non programmatico e che non c'è pertanto spazio per controllarlo. Non è possibile inoltre avere un rapporto tra 28 comuni: l'assemblea generale dovrebbe essere composta dai 28 sindaci o dai loro delegati. Ritiene che sia mitizzato il concetto di partecipazione, creando disfunzioni. Lamenta anche la scarsa chiarezza dal punto di vista giuridico sulle competenze sanitarie del comune: il comune

conserverebbe competenze sanitarie, ma tutte delegate alle unità sanitarie locali, e questo crea altre disfunzioni (qui il deputato Palopoli osserva che le competenze sanitarie del sindaco restano quelle anteriori alla riforma, con la differenza che i tecnici di cui il sindaco si avvale non sono più oggi dipendenti comunali ma sono inseriti nell'unità sanitaria locale, la quale può avere una dimensione più ampia rispetto al territorio e al Comune).

Rispondendo ad una serie di domande del deputato Falcier, il coordinatore sanitario osserva che per la prevenzione non si è fatto nulla di nuovo, salvo l'istituzione di un centro di igiene mentale, che ha una presenza in altre due località oltre a quelle di cui alla propria sede. Sul tema dell'autonomia ospedaliera osserva che l'ospedale in questa USL ha una sua autonomia in campo sanitario, ma fa sempre capo all'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale.

Spiega infine quale sia l'iter dei provvedimenti in materia di igiene: su relazione dei vigili urbani viene svolta una istruttoria da parte del medico capo settore, la quale viene inviata al sindaco che è l'autorità cui compete prendere i provvedimenti.

Il direttore sanitario osserva che il medico non si sente ancora "medico della USL" ma dell'ospedale o del servizio o di base, ecc., e ritiene che sarebbe opportuna una maggiore circolazione dei medici tra l'ospedale e il territorio. Considera infine che la guardia medica non debba più continuare ad esistere come oggi, perchè comporta un assurdo rapporto costi-benefici.

Il Presidente della USL, rispondendo ad alcuni dei problemi sollevati nell'incontro, osserva che nel settore veterinario la USL dispone di 6 dipendenti, che corrispondono allo stesso organico esistente prima della riforma. Ritiene che la costituzione dei distretti sia ostacolata dalla impossibilità di stabilire le fasce orarie di presenza. Sotto-

linea il grave problema degli alcolisti: ce ne sono 100 in trattamento presso la USL, ma il totale è di 4.500 e, considerando le famiglie, si tratta di un problema che coinvolge 12.000 persone.

Il coordinatore amministrativo osserva che sia i centri di igiene mentale che i consultori sono stati collocati nelle sedi previste per i futuri distretti. Per quanto riguarda i controlli fiscali la USL ha stipulato convenzioni con medici liberi professionisti che vengono pagati con le quote versate dai datori di lavoro che chiedono la visita fiscale. Sulla gestione degli ospedali, ritiene opportuno che essa sia svolta con una certa autonomia. Infine osserva che, una volta riconosciuto il diritto all'assistenza al cittadino, non esistono strumenti per verificare il permanere di questo diritto.