

ri delle norme consuete, di componenti della parte pubblica su un'altra componente.

Non mi è lecito dedicare troppo spazio alle convenzioni ex art. 48. Un problema delicato per la qualità del servizio reso ai cittadini è quello della migliore organizzazione della medicina generica. L'attuale convenzione ha saputo intervenire teoricamente in modo valido prevedendo attività mediche (anziani, pazienti non deambulabili, ammalati terminali, ecc.) per fronteggiare esigenze reali e crescenti. La parte innovativa della convenzione è però applicata a macchia di leopardo per i rilevanti costi che ne risultano.

Continua inoltre ad aumentare il consumo di farmaci, di accertamenti diagnostici, di interventi specialistici di varia natura. Il dubbio è che molti generici prescrivano senza molto riflettere, seguendo le mode e il desiderio del singolo assistito, scrivendo sui moduli del S.S.N. quello che è necessario, ma anche quello che è indotto dalla promozione dei mass-media, o dal desiderio — per certi profili apprezzabile — di concorrere a redistribuire la ricchezza nazionale.

A fronte, non esistono controlli degni del nome. Nulla nella convenzione viene previsto in proposito. Molte USL hanno attivato le risorse dell'informatica così che oggi, se vogliamo, possiamo conoscere i medici che usano sempre gli stessi pochi farmaci come nelle barzellette sulla sanità militare, i medici che abusano di prodotti costosissimi sproporzionati per efficacia in eccesso rispetto alla malattia da debellare, i medici che hanno vistose preferenze per alcuni prodotti o per poche case farmaceutiche e così via. Ma in questo caso conoscere non è sinonimo di poter intervenire.

Eppure proprio questo va introdotto in convenzione. Vedremo se sia, o meno, il caso di passare per la strada dell'individuazione a livello di USL di protocolli terapeutici, per poi controllare la congruità tra patologia e prescrizione. Dobbiamo comunque ottenere che i nostri medici dei servizi della Medicina di Base possano controllare la prescrizione, giudicarla e prendere gli adeguati provvedimenti verso i medici di scarsa scienza e di scarsa moralità professionale.

Nessuno si deve scandalizzare di questa richiesta. È la spesa sempre crescente quanto immotivata il vero scandalo. Non mi permetto di giudicare — salvo i casi di danno al pa-



ziente — il comportamento prescrittivo del libero professionista.

Ma altrettanto non siamo più interessati ad un rapporto convenzionale nel quale un soggetto ha tutte le libertà e l'altro — l'USL — solo il dovere di pagare spese dirette e indirette. Possiamo discutere ed, alla fine, accettare un rapporto convenzionale che preveda gli indispensabili concreti controlli. Controlli nei quali possono intervenire tutti i possibili ispettori regionali e ministeriali, ma innanzitutto affidati al nostro personale medico. In caso contrario, sarà il caso di verificare l'opportunità di rivedere dalle radici la convenzione passando al sistema a rimborso, che ridurrà certamente la spesa. Lo stesso discorso va applicato alle prestazioni di maggiore impegno professionale, per le quali controlli sistematici ed a campione sui pazienti produrrebbero effetti interessanti.

Maggiore attenzione va dedicata agli orari di apertura degli ambulatori, all'efficienza e dignitosità degli stessi, al controllo della qualità delle prestazioni.

Anche nella specialistica ambulatoriale ed in quella esterna bisogna dedicare ulteriori attenzioni alla qualità delle prestazioni. Per la diagnostica strumentale è ora di chiudere la stagione dei rinvii e di applicare le norme già sancite su attrezzature, personale, dotazioni. Si rischia in molti casi che il cittadino si rivolga al privato per prestazioni di qualità più scadente di quelle fornite dalla struttura pubblica.

Non posso aggiungere altro. I giudizi e le proposte avanzate, che tengono conto dell'esperienza, del dibattito attuale per certi aspetti, nonché del lavoro di approfondimento effettuato nel corso di due seminari organizzati del coordinamento nazionale della nostra associazione, sono alla Vostra attenzione. Sta a Voi giudicarli, correggerli, completarli, precisarli. Auspico un dibattito ricco riferito alle questioni che contano, lasciando ad altra occasione particolari di contorno. Sapremo così con maggiore certezza quali obiettivi dobbiamo perseguire per migliorare la sanità pubblica. ■

Spesa sanitaria (in miliardi)

	80	87	Diff.	%
Farmaci	3.667	13.352	+	9.685 + 264,1
Ass. Special. Interna	825	1.465	+	640 + 77,6
Ass. Special. Esterna	1.404	2.120	+	716 + 51,0
Medico generica	1.168	3.057	+	1.889 + 161,7
Totale sanità	25.962	68.103	+	42.141 + 162,3

(Dati risultanti dall'indagine conoscitiva disposta dalla Commissione Affari Sociali della Camera)