

# SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

## 313<sup>a</sup> SEDUTA PUBBLICA

### RESOCONTO STENOGRAFICO

GIOVEDÌ 23 NOVEMBRE 1989

(Antimeridiana)

Presidenza del vice presidente LAMA,  
indi del vice presidente TAVIANI,  
del presidente SPADOLINI  
e del vice presidente SCEVAROLLI

### INDICE

#### SUL PROCESSO VERBALE

PRESIDENTE .....	Pag.	3
BOATO ( <i>Fed. Eur Ecol.</i> ) .....	3	

#### CONGEDI E MISSIONI .....

3

#### DISEGNI DI LEGGE

##### Discussione:

«Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 settembre 1989, n. 329, relante disposizioni urgenti sulla partecipazione alla spesa sanitaria e sul ripiano dei disavanzi delle unità sanitarie locali» (1957) (*Approvato dalla Camera dei deputati*);

«Modifica agli articoli 30 e 31 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di prestazioni farmaceutiche» (1279), d'iniziativa del senatore Alberti e di altri senatori (*Relazione orale*)

#### Approvazione, con modificazioni, del disegno di legge n. 1957:

MELOTTO ( <i>DC</i> ), relatore .....	Pag.	4, 22
* IMBRÌACO ( <i>PCI</i> ) .....	8, 38	
* ALBERTI ( <i>Sin. Ind.</i> ) .....	13	
RANALLI ( <i>PCI</i> ) .....	14	
MERIGGI ( <i>PCI</i> ) .....	17	
* MISSERVILLE ( <i>MSI-DN</i> ) .....	18	
* DE LORENZO, ministro della sanità .....	23	
DIONISI ( <i>PCI</i> ) .....	39	
TORLONTANO ( <i>PCI</i> ) .....	39	
ONGARO BASAGLIA ( <i>Sin. Ind.</i> ) .....	39	
Verifica del numero legale .....	40	

#### SUI LAVORI DEL SENATO

PRESIDENTE .....	40
------------------	----

313<sup>a</sup> SEDUTA (antimerid.)

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

23 NOVEMBRE 1989

**DISEGNI DI LEGGE****Ripresa della discussione dei disegni di legge nn. 1957 e 1279:**

TORLONTANO (PCI) .....	Pag. 42
* NEBBIA (Sin. Ind.) .....	44
* MISSERVILLE (MSI-DN) .....	45
* IMBRÌACO (PCI) .....	46, 54
ONGARO BASAGLIA (Sin. Ind.) .....	49, 59
MERIGGI (PCI) .....	49
RANALLI (PCI) .....	50
MELOTTO (DC) .....	50, 53, 54
* DE LORENZO, ministro della sanità .....	51, 53
* TOTH (DC) .....	51

FORTE (PSI) .....	Pag. 56
SIGNORELLI (MSI-DN) .....	56
* SIRTORI (Misto-Lista Verde) .....	57
DIONISI (PCI) .....	59

**ALLEGATO****DISEGNI DI LEGGE**

Trasmissione dalla Camera dei deputati .....	63
Assegnazione .....	63

N. B. - L'asterisco indica che il testo del discorso non è stato restituito corretto dall'oratore

## Presidenza del vice presidente LAMA

PRESIDENTE. La seduta è aperta (*ore 9,30*).  
Si dia lettura del processo verbale.

VENTURI, segretario, dà lettura del processo verbale della seduta antimeridiana del giorno precedente.

### Sul processo verbale

BOATO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BOATO. Signor Presidente, vorrei risultasse, nel momento in cui approviamo il processo verbale della seduta antimeridiana di ieri, che insieme ai colleghi Spadaccia e Corleone ieri ho partecipato al congedo funebre da Leonardo Sciascia nella mattinata a Palermo e nel pomeriggio a Racalmuto. Anche se da parte nostra c'è stata la mancanza di una richiesta tecnico-formale di messa in congedo, questo era il motivo della nostra presenza non nell'Aula del Senato, come sarebbe stato nostro dovere, ma ai funerali di Sciascia, il quale, oltre ad essere stato la grandissima figura umana e letteraria che tutti conoscono, è stato anche per quattro anni nostro collega parlamentare. Anche per tale motivo abbiamo ritenuto nostro dovere essere presenti al congedo estremo da lui.

PRESIDENTE. Di quanto da lei comunicato, senatore Boato, sarà presa nota nel processo verbale della seduta odierna. Non essendovi altre osservazioni, il processo verbale è approvato.

### Congedi e missioni

PRESIDENTE. Sono in congedo i senatori: Acquarone, Bo, Calvi, Cannata, Cattanei, Coco, D'Amelio, De Rosa, Evangelisti, Fabbri, Fanfani, Ferrari-Aggradi, Giugni, Guizzi, Leone, Lombardi, Maffioletti, Manieri, Meoli, Nieddu, Pavan, Pulli, Signori, Vecchietti, Zanella.

Sono assenti per incarico avuto dal Senato i senatori: Triglia, a Parigi per attività dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa; Cardinale, Crocetta, Dujany e Fogu, in Iran e Turchia per attività della Commissione parlamentare per la ristrutturazione e riconversione industriale e per i programmi delle partecipazioni statali.

**Comunicazioni della Presidenza**

PRESIDENTE. Le comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicate in allegato ai Resoconti della seduta odierna.

**Discussione dei disegni di legge:**

**«Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 settembre 1989, n. 329, recante disposizioni urgenti sulla partecipazione alla spesa sanitaria e sul ripiano dei disavanzi delle unità sanitarie locali» (1957) (Approvato dalla Camera dei deputati)**

**«Modifica agli articoli 30 e 31 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di prestazioni farmaceutiche» (1279), di iniziativa del senatore Alberti e di altri senatori**

*(Relazione orale)*

**Approvazione, con modificazioni, del disegno di legge n. 1957**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione dei disegni di legge: «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 settembre 1989, n. 329, recante disposizioni urgenti sulla partecipazione alla spesa sanitaria e sul ripiano dei disavanzi delle unità sanitarie locali», già approvato dalla Camera dei deputati, e: «Modifica agli articoli 30 e 31 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di prestazioni farmaceutiche», di iniziativa dei senatori Alberti, Ongaro Basaglia e Cavazzuti, del quale la Commissione propone l'assorbimento.

La 12<sup>a</sup> Commissione ha terminato ieri a tarda sera i propri lavori ed è autorizzata a riferire oralmente.

Ha pertanto facoltà di parlare il relatore.

MELOTTO, *relatore*. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, del problema dei *tickets* si parla da tanti anni qui e altrove. Il provvedimento al nostro esame ha una serie di antecedenti il primo dei quali è il decreto-legge n. 111 del 25 marzo scorso. Ci troviamo quindi alla quarta reiterazione; il decreto-legge ora in conversione scade, infatti, tra qualche giorno.

In origine questo provvedimento conteneva anche il *ticket* sulle degenze ospedaliere; questa forma di *ticket* ha creato nel paese e nelle categorie parecchio allarme e molte reazioni e alla fine, con il decreto n. 265 del 28 luglio, il Governo ha soppresso la parte riguardante il *ticket* sulle degenze ospedaliere, conservandolo esclusivamente per la parte specialistica di diagnostica strumentale e farmaceutica.

Tale provvedimento conteneva pure tutta una serie di articoli relativi alla parte istituzionale ed ordinamentale del Servizio sanitario nazionale per un suo profondo riordino, alla luce del dibattito culturale e politico che si è svolto in questi anni e delle sperimentazioni eseguite nel paese. Oggi questa parte è stata stralciata ed è diventata oggetto del disegno di legge n. 4227, disegno di legge di accompagnamento alla finanziaria, all'esame, in questi giorni, dell'altro ramo del Parlamento.

Il disegno di legge si suddivide in due parti, nettamente distinte ma interconnesse: una parte che riguarda i *tickets* ed una parte che riguarda il ripiano della spesa sanitaria erogata dalle USL.

Nella prima parte, il disegno di legge stabilisce, all'articolo 1, le prestazioni del Servizio sanitario nazionale sottoposte a *ticket* nonchè la relativa misura. Riepilogando, esse sono: visite specialistiche, lire 15.000; diagnostica strumentale e di laboratorio, 30 per cento delle tariffe, da un minimo di lire 1.000 ad un massimo di lire 30.000 e di lire 60.000 per più branche specialistiche; prodotti farmaceutici, quota fissa per ricetta di lire 3.000, più il 30 per cento fino ad un massimo di 30.000 lire per ricetta; 40 per cento per tutta una serie di prodotti a seguito della revisione anticipata del prontuario terapeutico destinati, in quanto caratterizzati da indicazioni minori, a fuoriuscire gradualmente dal prontuario stesso.

Con un emendamento approvato dalla Camera, che è diventato il comma 7-bis dell'articolo 1, il *ticket*, ferma restando la quota fissa di lire 3.000 per ricetta, non verrà applicato sui farmaci, ove il prezzo non superi le 5.000 lire.

Un altro emendamento, sempre approvato dalla Camera, ha soppresso il comma 8 dell'articolo 1; sarebbe così eliminata la quota di partecipazione dei cittadini alle spese, attraverso il *ticket* del 30 per cento, per le cure termali. La Commissione propone invece, con un suo emendamento, la reintroduzione del comma 8, in quanto, per ovvi motivi di sistematica tra le prestazioni, è chiaro che le cure termali non possono essere esentate, dal momento che non sono esentati i prodotti farmaceutici, la diagnostica strumentale e di laboratorio.

Un emendamento importante approvato dalla Camera è quello che ha introdotto un comma 9-bis, con il quale si estendono a tutti i cittadini italiani e della CEE le disposizioni di cui al regolamento n. 1408, articolo 22, della stessa CEE, che per nozione di questa onorevole Assemblea mi permetterò di leggere.

L'articolo 22 recita: «Il lavoratore che soddisfa le condizioni richieste dalla legislazione dello Stato competente per aver diritto alle prestazioni, tenuto conto eventualmente di quanto disposto dall'articolo 18 e il cui stato di salute necessita di prestazioni immediate durante la dimora nel territorio di un altro Stato membro, oppure che, dopo essere stato ammesso al beneficio delle prestazioni a carico dell'istituzione competente, è autorizzato da tale istituzione a ritornare nel territorio dello Stato membro in cui risiede ovvero a trasferire la residenza nel territorio di un altro Stato membro oppure che è autorizzato dall'istituzione competente a recarsi nel territorio di un altro Stato membro per ricevere le cure appropriate al suo stato, ha diritto:

*a)* alle prestazioni in natura erogate per conto dell'istituzione competente dall'istituzione del luogo di dimora o di residenza secondo le disposizioni della legislazione che essa applica come se fosse ad essa iscritto, tuttavia la durata dell'erogazione delle prestazioni è determinata dalla legislazione dello Stato competente;

*b)* alle prestazioni in denaro erogate dall'istituzione competente, secondo disposizioni della legislazione che essa applica; tuttavia, previo accordo tra l'istituzione competente e l'istituzione del luogo di dimora e di residenza, le prestazioni possono essere erogate anche da quest'ultima istituzione per conto della prima secondo le disposizioni della legislazione dello Stato competente».

L'autorizzazione richiesta è estesa ai familiari e quindi indubbiamente si facilita la mobilità tra i cittadini degli Stati membri della Comunità.

Il comma 9-ter, sempre introdotto dalla Camera dei deputati, fornisce la copertura finanziaria alla norma che ho appena avuto l'onore di leggere.

Sempre all'interno di questo articolo 1 è stato aggiunto un altro comma, il 9-quater, il quale estende il divieto di esercitare qualsiasi forma di propaganda e pubblicità anche ai prodotti da banco o a quelli di autoprescrizione.

Questa è una norma non condivisa dalla Commissione, in quanto tende ad estraniarci dall'Europa. Infatti, nel momento in cui gli Stati membri della Comunità, attraverso il libero accesso previsto per il 1° gennaio 1993, avranno piena libertà, se noi non modificassimo questa norma, ci autoescluderemmo da una serie di inserimenti anche in altri paesi attraverso la commercializzazione di prodotti realizzati dalle nostre industrie; per cui, se vogliamo che questi ultimi abbiano un libero accesso negli altri paesi, devono avere altrettanto libero accesso nel nostro paese anche gli altri prodotti europei.

L'articolo 1-bis è stato introdotto sempre con un emendamento da parte dell'altro ramo del Parlamento; esso prevede uno stanziamento di 10 miliardi di lire per l'anno in corso al fine di dare un minimo di sostegno e di incentivazione alla produzione, commercializzazione e pubblicizzazione delle siringhe monouso autobloccanti, finalizzate a prevenire la diffusione delle patologie derivanti dall'uso multiplo di siringhe.

L'articolo 2 del decreto-legge al nostro esame concerne le esenzioni dalla partecipazione alla spesa di una serie di cittadini. Infatti, i soggetti esentati dal pagamento di tutte le quote di partecipazione alla spesa sanitaria sono i cittadini cui sia riconosciuta la condizione di indigenza, i titolari di pensione di vecchiaia e di invalidità con un reddito imponibile lordo fino a 16 milioni di lire, elevato a 22 milioni in presenza del coniuge a carico, i titolari di pensione sociale, i familiari a carico dei soggetti sopra citati. Tale esenzione spetta anche agli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale.

L'esenzione è poi estesa a forme morbose determinate con decreto del Ministro ed inoltre ai protocolli per la tutela della maternità, ai donatori di organi e di sangue in connessione con gli atti di donazione nonché, con un emendamento approvato dall'altro ramo del Parlamento, agli accertamenti del possesso dei requisiti di idoneità da parte delle ragazze e dei ragazzi che si avviano all'attività sportiva agonistica anche se dilettantistica.

Il comma 4 precisa infine le modalità di accertamento dei requisiti soggettivi al fine di ottenere l'esenzione. Va tuttavia precisato che il meccanismo individuato non ha dato ancora buoni risultati. L'evasione è ancora consistente e troppe sono le ricette poste a carico dell'esente, per cui gli obiettivi finanziari che si volevano raggiungere con il presente provvedimento sono ancora lontani a consuntivo.

La seconda parte del decreto-legge (che per motivi di urgenza si è ritenuto di accorpate a questa prima parte) riguarda il ripiano dei disavanzi delle unità sanitarie locali per gli anni 1987 e 1988 nonché la estensione alle unità sanitarie locali delle norme sulla tesoreria unica. L'articolo 3, concernente il ripiano dei disavanzi, richiamandosi ai criteri e alle modalità previsti dal decreto-legge 19 settembre 1987, n. 382, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 ottobre 1987, n. 456, prevede la possibilità per le unità sanitarie locali di iscrivere tra gli impegni degli esercizi finanziari

1987 e 1988 le obbligazioni effettivamente assunte e le sopravvenienze passive accertate. L'articolo 3 stabilisce inoltre che le maggiori spese vengano finanziate dalle regioni e dalle province autonome nella misura del 20 per cento attraverso operazioni di mutuo da attivare con la Cassa depositi e prestiti e nella misura del 35 per cento - grazie ad un emendamento presentato dal Governo - con operazioni di mutuo da attivare con le aziende e gli istituti di credito ordinario e speciale.

Mentre esprimo senz'altro un apprezzamento positivo al Ministro per questo ulteriore sforzo (si è passati dal 20 al 55 per cento), non posso non sottolineare anche che, trovandoci alla fine del 1989, con le procedure escogitate ed il limitato ammontare del ripiano, di fatto si è tolta ogni capacità imprenditoriale alle USL che, fatti salvi gli stipendi del personale dipendente e convenzionato, si vengono a trovare in una situazione del tutto precaria, costrette alla fine ad accettare la «imposizione» dei fornitori.

L'articolo 4, infine, estende anche alle unità sanitarie locali la normativa, già in vigore per la maggior parte degli enti pubblici e locali, concernente la tesoreria unica.

Il disegno di legge n. 1279, presentato dai senatori Alberti, Ongaro Basaglia e Cavazzuti, riprende di fatto un emendamento già presentato dagli stessi durante la discussione della legge finanziaria 1988. Tale disegno di legge mira ad articolare il prontuario terapeutico in due fasce, la fascia A e la fascia B. Mentre la fascia A dovrebbe rispondere alle effettive esigenze di tutela della salute della popolazione e risultare completamente gratuita, in realtà essa avrebbe come effetto l'inserimento nel prontuario terapeutico dei farmaci essenziali indicati dall'Organizzazione mondiale della sanità. La fascia B, che dovrebbe razionalizzare i farmaci oggi inseriti nel prontuario, attraverso l'applicazione di un *ticket* del 30, del 40 e infine del 50 per cento in un triennio, tende a far uscire quei farmaci dal prontuario e a porli a carico totale dei cittadini. Su questo argomento abbiamo discusso a lungo in sede di esame dell'emendamento. Credo di dover ribadire, da parte mia e della Commissione che ieri sera ha esaminato il provvedimento, la nostra contrarietà proprio perchè, dopo aver previsto con il prontuario quattro fasce e aver istituito la commissione unica del farmaco, già si è avviata quella procedura di revisione e di trasparenza di tutta la materia che - indubbiamente seguita attentamente dal Ministro - dovrebbe portarci nei tempi previsti, anzi con qualche anticipo, ad un prontuario idoneo alle patologie esistenti in questo paese.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, farò poche considerazioni conclusive. Premesso che in Commissione abbiamo insistito sul fatto che non è possibile attestarsi su un sistema che vorrebbe vedere il Senato soltanto un'Assemblea ratificante, in quanto i decreti che ci arrivano in seconda lettura sono portati al nostro esame quando manca qualche giorno alla scadenza, dirò che sulla partecipazione alla spesa attraverso i *tickets*, da parte dei cittadini, delle forze sociali e politiche, si discute da tanto tempo con posizioni diverse, spesso contrapposte. Tuttavia, il sistema è ormai esteso e consolidato ovunque in quanto, se correttamente applicato, ha dimostrato di poter contenere la spesa e limitare quindi i «desideri» che di fatto nella sanità sono infiniti, rispetto invece ai «bisogni» che il sistema e questo Stato sociale devono garantire a tutta la cittadinanza.

Nel merito, mi preme sollecitare l'Assemblea ad approvare tre emendamenti, che indubbiamente sono stati oggetto di lunga discussione in

Commissione. Il primo emendamento tende a sopprimere il comma 9 dell'articolo 1, perchè l'aver introdotto l'inciso: «nei limiti di cui all'articolo 74, comma 2, del testo unico delle imposte sui redditi», significa rendere deducibili le spese per congressi e convegni di rilevante valore scientifico in una misura molto incerta e aleatoria, che varia da un terzo fino al cento per cento, avendo già stabilito con la legge finanziaria 1988 che è un decreto del Ministro della sanità a stabilire esattamente quali sono i convegni di rilevante valore scientifico onde consentire solo per questi la deducibilità.

Il secondo emendamento si riferisce al comma 9-quater dell'articolo 1 che riguarda la propaganda e la pubblicità dei prodotti da banco o di autoprescrizione. Ritengo penalizzante e incostituzionale una norma che vieta, in un mercato libero come il nostro ed entro binari peraltro dettati dal Ministero, di attestare liberamente la propaganda ad un prodotto. Non credo che il 1992 debba rappresentare una penalizzazione di settori chiamati invece a concorrere nell'intera area comunitaria.

Il terzo emendamento si riferisce al ripiano delle USL; con le procedure previste per i ripiani, corrette ma estremamente lunghe nel loro esplicarsi, si rischia di lasciare nel settore scoperture ammontanti oggi a migliaia di miliardi per lungo tempo. È questo un mezzo per mettere in ginocchio il sistema; già nel parere che abbiamo espresso per la legge finanziaria 1990 si diceva che occorre rapidamente azzerare il passato se si vuol dare credibilità alla manovra posta in essere dal disegno sul riordino del Servizio sanitario nazionale presentato dal Governo, che è all'esame dell'altro ramo del Parlamento. Perciò sarebbe necessario elevare la percentuale di accesso ai mutui, se vogliamo reintrodurre dinamicità, corresponsabilità e competizione nell'intero sistema.

Con urgenza dobbiamo ricreare un clima di certezza normativa perchè solo questa dà serenità se si vuole avviare, soprattutto nelle zone carenti, il decollo definitivo di un servizio qualificato e tempestivo. (*Applausi dal centro e dalla sinistra*).

PRESIDENTE. Dicho aperta la discussione generale.

È iscritto a parlare il senatore Imbrìaco. Ne ha facoltà.

\* IMBRÌACO. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, il provvedimento al nostro esame rappresenta la quarta versione del primo atto del Governo Andreotti. Si era infatti appena insediato questo Governo e bisognò correre ai ripari per sedare una autentica rivolta che si era determinata nel paese attraverso la protesta di milioni di cittadini contro questo decreto che all'epoca conteneva anche la famigerata tassa ospedaliera.

Da circa un anno questo provvedimento naviga tra un ramo e l'altro del Parlamento nella ricerca di un approdo sicuro. Tuttavia, la logica che ispira questo provvedimento è assai antica; la prima volta che si decise una quota a carico degli assistiti risale niente meno che al 1978. Da allora abbiamo avuto addirittura 13 provvedimenti legislativi lungo questo crinale con l'obiettivo, sempre, di contenere e governare la spesa sanitaria e con il risultato, pressochè sistematico, di vedere eluso tale obiettivo, con una spesa assolutamente ingovernabile, come i fatti provano da soli.

Vi è stata dunque una pura logica di trasferimento dalla spesa pubblica da parte del bilancio dello Stato alle tasche dei cittadini, di quelli più poveri,

lasciando inalterate le strutture dei consumi. Quali sono stati i risultati, se dunque la spesa in tutti questi anni, nonostante i tentativi, ha continuato e continua a lievitare? Un risparmio certo sui fondi del servizio sanitario lo abbiamo avuto perché – ripeto – hanno pagato i cittadini di tasca propria; ma consideriamo per un attimo l'altra faccia della medaglia. Quali sono i guasti che questi decreti improvvisti hanno determinato? Disuguaglianze, ingiustizie, clientelismo, appesantimenti burocratici e, per gli strati più poveri, la ricerca disperata di eludere la legge per trovare qualche espediente per non pagare. Questo, signor Ministro, è l'argomento che poniamo alla sua attenzione, quando ella scaraventa i carabinieri e la guardia di finanza nelle case dei pensionati poveri del Mezzogiorno d'Italia, riusciti in qualche modo, sia pure ai margini della legge, a conquistarsi un farmaco senza pagare il *ticket*, magari del 40 per cento.

Questa gente, signor Ministro, ha pagato e continua a pagare e domani dovrà essere anche accusata dal codice penale. Di converso, gli altri grandi fattori di corruzione e di sperpero che cosa hanno prodotto e cosa produrranno in futuro? Le grandi industrie, i laboratori, gli operatori ingrassati in questi anni sulle spalle e sulla pelle dei cittadini e del Servizio sanitario nazionale, cosa pagheranno? In questi giorni il Ministro lancia l'allarme a proposito delle società per azioni attraverso le quali si ricicla in denaro «sporco». Si tratta di fatti drammatici, gravissimi e noi concordiamo con lui, ma quanta responsabilità pesa sui Governi centrali per aver favorito questo non governo delle situazioni, lasciando aperti varchi incredibili a tutte le forme di degenerazioni possibili? Questo decreto, per l'ennesima volta, riproduce e moltiplica tutti i vizi e i guasti dei precedenti e, per qualche aspetto, è ancora più perverso. In esso, tuttavia, i colleghi trovano plasticamente rappresentata una contraddizione stridente nel modo di governare il nostro paese da parte di tutti gli Esecutivi che si sono succeduti in questi anni, in questo decennio. In questo decreto infatti, per una strana e curiosa coincidenza, insieme ai provvedimenti sui *tickets* che, come dimostrerò, sono essi stessi causa di ulteriori sprechi e sperperi, si porta avanti anche il tentativo di ripianare i debiti delle USL per gli anni 1987 e 1988, quasi a dire cioè che nello stesso provvedimento, per un verso, diamo un colpo di piccone che apre buchi e voragini e poi, per altro verso, mettiamo un po' di calce, una toppa per rimediare e riparare questi buchi; si sottostima la spesa e poi si ripiana, il piccone e la toppa. Tuttavia, il Ministro ci consentirà, si presenta questo provvedimento come un provvedimento ambizioso, che dovrebbe chiudere definitivamente la partita con il prontuario terapeutico, mentre ci consegnamo ancora una volta inermi alle logiche del mercato, rafforziamo ulteriormente i poteri di un servizio farmaceutico centrale del quale non ci stancheremo mai di denunciare i dubbi legami con gli interessi industriali e l'affievolimento dell'impegno per la salute pubblica. È questo un decreto che non offre una sola garanzia per una politica che qualifichi la stessa industria nazionale e la renda competitiva sul piano della ricerca e dell'innovazione. Penso sempre alle parole del Ministro in Commissione, che ci richiamava e ci avvertiva di stare attenti agli interessi dell'industria nazionale, giacchè le multinazionali straniere operano in vista del 1992 per varcare le nostre frontiere. Siamo solidali su questa analisi, signor Ministro, ma ci dica, di grazia, nel decennio, nonostante l'assistenza eccezionale che è stata ad essa offerta, nonostante il protezionismo più esasperato di cui ha goduto, quante molecole innovative ha potuto

fornire la nostra industria nazionale? Diciamo pure che si contano sulle dita di una mano. E i profitti dove sono andati? Qual è stata la specializzazione, qual è stato il vero interesse, se non quello di badare semplicemente alla commercializzazione di prodotti sui quali l'interesse scientifico e la ricerca dell'efficacia erano quanto meno scarsi o infinitesimali? E giacchè ci siamo, signor Ministro, portate la gran parte dei farmaci nella fascia dei *tickets* al 40 per cento, farmaci da voi definiti con indicazioni minori, cioè 6.000 confezioni di largo consumo al 40 per cento, come dite voi, quasi fossero saponette, la gran parte delle quali inutili. Giacchè ci siamo, signor Ministro, ella ancora ieri sera ci ha ripetuto in Commissione che siamo arretrati, addirittura masochisti nel parlare di farmaci inutili e dannosi, che siamo agli ultimi posti in Europa, che dietro di noi ci sono solo l'Olanda e la Danimarca, che persino Cuba ha i *tickets*, che c'è una legge economica di partecipazione e di moderazione. Bene, queste sono tutte verità, ma ella ne dimentica una, signor Ministro, dimentica una verità piccola piccola, o finge di dimenticarla, e cioè che l'Italia è l'unico paese al mondo che presenta una contesto nel quale si articola un mercato sanitario semplicemente paradossale. L'industria programma la sua produzione in vista e in funzione di un unico cliente, lo Stato, che acquista tutto, anche i veleni, e si serve di uno strumento statale, il medico, per distribuire questa merce. E i controlli dove sono? Assenti, inutili. Questo è un circuito perverso su cui nessuno mette o ha messo finora le mani. La qualità, l'efficacia: parole vuote, signor Ministro. È il mercato che ha orientato e orienta il consumo.

Il problema per l'industria nazionale, lo dicevo prima, non è l'impegno sull'innovazione; il suo sforzo principale non è legato alla ricerca dell'efficacia, ma alla capacità di far circolare i prodotti. Questa è la verità, signor Ministro, e speriamo che questi circuiti perversi siano spezzati; poi parleremo di partecipazione alla spesa. Diversamente, lasciando inalterato il sistema, dovete ammettere che il vostro obiettivo è un altro: seminare sfiducia nel servizio sanitario. Al di là delle grida manzoniane, voi puntate ad allargare questa cerchia di deresponsabilizzazione, puntate ad esasperare i cittadini sui quali scaricate oneri sempre più pesanti e i cittadini, di grazia, senza una contropartita reale, senza un servizio soddisfacente, adeguato alla spesa sopportata, dove devono puntare? A quale punto di approdo devono arrivare?

Evidentemente il cittadino, che paga già il servizio con i contributi sulla busta paga (il 70 per cento dell'intera spesa), che paga la tassa sulla salute, che per una banale infermità è costretto a sborsare il 40 per cento su farmaci costosissimi, che se ha poi un'infermità seria, non fidandosi del servizio pubblico, è costretto a ricorrere al privato (e l'anno scorso abbiamo dimostrato che i privati cittadini hanno speso 20.000 miliardi di tasca propria), per quale motivo dovrebbero pagare 4-5 volte per non avere neanche una garanzia di servizio?

Signor Ministro, noi crediamo che dietro questa apparente non volontà di programmazione, ci sia un obiettivo reale: costringere un cittadino che paga cinque volte un servizio inadeguato a dichiarare di ripudiare il servizio stesso, di reclamare una libertà di scelta, di sottrarsi al servizio. Penso che sia questo il disegno che sta dietro tutte le manovre di questi anni.

La nostra denuncia è tanto più fondata se si pensa al diniego ostinato con il quale il Governo ha risposto ai nostri tentativi di far fronte ai problemi di bilancio con misure alternative. Certamente non siamo noi a non essere

coscienti che occorre una rigorosa politica di razionalizzazione, di lotta agli sprechi, di qualificazione dell'intera politica sanitaria. Al contrario, in questi anni e anche durante l'ultima discussione in occasione della sessione di bilancio, abbiamo offerto una serie di misure alternative. Oggi, con un Ministro della sanità che mostra, almeno apparentemente, la volontà di voler risanare e correggere le storture più vistose (come è accaduto in questi giorni), abbiamo ben ragione di pretendere una politica per la sanità che non sia dettata e gestita dal Tesoro o dalle grandi industrie farmaceutiche e a tecnologie avanzate: abbiamo bisogno di una politica sanitaria.

Dunque, ammesso e non concesso che si debba ridurre la spesa (dico non concesso perché tutti gli studi – anche l'ultimo del Labos, il laboratorio di politiche sociali – arrivano alla conclusione che per quanto riguarda la nostra spesa noi siamo uno degli ultimi paesi dell'Europa in materia di investimenti in questo settore), che si debba spendere di meno (in un settore dove, ripeto, già spendiamo meno rispetto a tutti i nostri *partners europei*), è proprio vero che per risparmiare 2.000 miliardi dovremmo far pagare allo Stato il 60 per cento del costo di farmaci inutili, se non dannosi e il resto – il 40 per cento – al cittadino? Non è più semplice, più efficace e più produttivo, anche ai fini del risparmio, avviare una politica che orienti i cittadini a un più razionale e positivo uso dei farmaci e dei servizi, per la promozione della salute? In sostanza, una politica che organizzi il controllo sulle prescrizioni, sul numero e sulla qualità delle prescrizioni, sulla economicità delle prevenzioni, investendo in ogni settore che punti alla prevenzione delle malattie? Non è più economica, positiva ed efficace una politica sanitaria che governi ed imbrigli un mercato sanitario agguerrito, che cresce ogni giorno, per combattere il consumismo farmacologico e tecnologico?

Certamente ciò non deve andare a scapito del progresso scientifico: noi siamo convinti e certi che in un mondo che cambia con una velocità vertiginosa, di fronte alle nuove tecniche, alle nuove diagnostiche ad immagine, alle biotecnologie, all'elettronica molecolare, agli organi artificiali, avremo costi sempre più gravi e abnormi. Allora è evidente la necessità di un rapporto e di un intreccio tra medicina, ricerca ed industria. Comunque, senza un governo di questi processi, può accadere – come si è già verificato – che sarà il Servizio sanitario nazionale, o quello che resterà di esso, ad essere governato da questo mercato. Noi vogliamo impedire che ciò accada e vogliamo raggiungere esattamente il contrario: razionalizzare e governare i processi, combattere gli sprechi indotti dal non governo. Non c'è soltanto un problema di valutazione del rapporto costi-benefici dei nuovi prodotti e delle nuove apparecchiature, ma c'è anche il rischio di seguire passivamente una cultura della innovazione fine a se stessa, il rischio di una accettazione passiva e acritica di qualunque innovazione che porti a dilatare le spese in maniera impossibile ed ingovernabile. Di questo siamo perfettamente consapevoli e se arriviamo al punto di dichiarare che questo sistema non può essere accettato è perché non è governabile, non è sopportabile.

Il Servizio sanitario nazionale non può garantire tutto ciò che il mercato medico in continua ascesa offre: una infinità di atti sanitari, di interventi garantiti dallo Stato non per tutelare la salute del cittadino, ma interessi di ben altra natura. Tutto questo il Ministro lo sa bene, sicché la riflessione sua e del Ministro del bilancio sul paradosso circa il fatto che, pur calando l'inflazione, la spesa sanitaria aumenta richiama un paradosso soltanto apparente. Dagli studi dello stesso Ministero della sanità cito quanto sta

accadendo negli Stati Uniti, cioè in un paese al quale credo si ispiri molto l'onorevole De Lorenzo. Negli Stati Uniti, dove il bilancio della sanità costituisce una quota importante di quello nazionale, nel periodo intercorrente tra il 1979 ed il 1982 il prodotto interno lordo reale è cresciuto meno dell'1 per cento, mentre la spesa sanitaria in termini reali è cresciuta del 13 per cento, esattamente quanto è cresciuta la spesa sanitaria italiana. Quindi, lasciamo perdere i discorsi sulle cause e sulle responsabilità oggettive e cerchiamo di capire invece se è possibile all'interno di questo mercato stabilire un governo che ci consenta di risparmiare senza il bisogno di imporre inutili balzelli ai cittadini.

A questo proposito, signor Ministro, le offro molto sinteticamente tre voci sulle quali ritengo necessario riflettere. Queste tre voci sono le prestazioni specialistiche, i farmaci e l'ospedalizzazione. Ella converrà con noi, come hanno fatto i Ministri che l'hanno preceduta, che in questo settore, soltanto per le tre voci che le ho citato, esiste un 20 per cento di prestazioni di specialistica, di diagnostica strumentale e di laboratorio, di ricoveri, assolutamente inutili e superflui. Quale misura organizzativa è stata mai presa per eliminare questo 20 per cento di inutile e di superfluo? È necessaria la riforma del Servizio sanitario nazionale per dichiarare che lo Stato sociale può garantire in quanto essenziali per la salute alcuni farmaci e soltanto quelli e tutto il resto deve andare al libero mercato? È necessaria la riforma per sancire l'incompatibilità tra pubblico e privato, per cui non deve accadere che il medico va nella struttura pubblica soltanto per raccogliere la domanda e poi drenarla nella struttura privata che sta a 500 metri di distanza? È necessaria la riforma delle USL per approdare a questi provvedimenti? C'è bisogno di una riforma per sottoporre l'esercizio della medicina generale ad un controllo della qualità? C'è bisogno della riforma per programmare tutto ciò che lo Stato può garantire in quanto essenziale?

Questi sono gli argomenti fondamentali che volevamo rappresentare a questa Assemblea: è necessario rompere con una strategia che ha portato semplicemente a devastare il servizio, che era a nostro parere una conquista di civiltà, e a caricare sulle spalle dei cittadini una serie di oneri insopportabili.

Siamo contrari a questo decreto, signor Ministro, e voglio concludere questo mio breve intervento rileggendo quanto è scritto nell'ultima pubblicazione del suo Dicastero. Si tratta di un volumetto dal titolo: «Salute e futuro della sanità». È stato redatto dal gruppo di studio insediato presso il Ministero della sanità. Mi consentirete di leggere questa pagina perché è significativa e non si presta a dubbi di sorta, non provenendo dall'opposizione: «Ogni anno viene stanziato un fondo sanitario che risulta puntualmente sottovalutato rispetto alla spesa, con la creazione di *deficit* variabili – prosegue citando tutti i dati – nonostante numerosi provvedimenti e forse proprio a causa di essi, approvati con il fine di contenere lo sviluppo della spesa. Spesso infatti si è valutato il fabbisogno del settore e quindi l'ammontare del fondo dando per scontata l'azione restrittiva delle misure contestualmente adottate in sede normativa, mentre per la maggior parte di queste il passaggio alla fase applicativa e quindi il loro potenziale effetto era posticipato nel tempo. Per questa miope politica di facciata, che tende a far apparire inferiore il fabbisogno del fondo, al momento della sua approvazione si è dovuto periodicamente ricorrere a successive reintegrazioni del fondo e a ripiani della spesa che nel 1987 e nel 1988 hanno toccato la cifra *record* di 15.000 miliardi».

313<sup>a</sup> SEDUTA (antimerid.)

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

23 NOVEMBRE 1989

Con questo decreto si punta a ripianare, sì e no, il 55 per cento dell'intero debito, e non sappiamo dove si troveranno i soldi per pagare gli interessi alle banche private alle quali le USL avranno accesso.

Non sappiamo ancora quanto ci costerà l'anno venturo questo provvedimento e l'anno prossimo - ho finito la citazione di questo documento, che lascio alle vostre considerazioni e riflessioni - saremo ancora qui a ripetere questo umiliante e stanco rituale che si ripete ciclicamente da dieci anni a questa parte.

Signor Presidente e, in particolare, onorevole Ministro, alcuni suoi gesti di queste settimane li abbiamo apprezzati; siamo d'accordo con lei sul fatto che occorra risanare e rivitalizzare il sistema, ma perchè abbia credito e perchè questo possa accadere, occorre che ella rompa con una prassi perversa. Bisogna porre fine a questo stillicidio di decreti e di sottostime ed impegnarsi in un programma, in un governo della sanità pubblica che ponga alla base i bisogni reali dei cittadini e faccia giustizia di tutti gli intrecci più o meno perversi che si hanno con le grandi realtà che finora hanno goduto di un servizio sanitario che non ha mai controllato i profitti e che ha consentito che avvenissero i guasti più gravi che abbiamo potuto denunciare questa mattina e in tutte le altre occasioni che hanno visto questa Assemblea assistere a dibattiti in materia di politica sanitaria. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Alberti. Ne ha facoltà.

\* ALBERTI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, a distanza di qualche anno dalla sua prima formulazione, ancora nella passata legislatura, il disegno di legge n. 1279, presentato insieme alla senatrice Ongaro ed al collega Cavazzuti, per la modifica degli articoli 30 e 31 della legge n. 833, resta ancora attuale, e può essere oggi riproposto a questa Assemblea ad emendamento del decreto governativo che viene sottoposto alla nostra attenzione per la conversione, segno che in questi anni la politica del farmaco adottata dal Governo non ha subito sostanziali modifiche.

Cercherò di riassumere in pochi minuti la nostra posizione: d'altronde si tratta di argomenti che abbiamo già avuto modo di svolgere più volte in quest'Aula, per cui limiterò il mio intervento alla questione del prontuario.

La vicenda della revisione del prontuario è nota: prevista dall'articolo 30 della legge di riforma, a distanza di dieci anni non abbiamo ancora la versione definitiva. Una prima versione provvisoria è stata approvata dal Ministro solo qualche giorno fa sotto l'incalzare dell'aumento vertiginoso delle spese farmaceutiche. Questo è il suo primo limite, in quanto la revisione è sempre più dettata da considerazioni di carattere economico invece che da interventi diretti a soddisfare le reali necessità di terapia dei cittadini malati.

La manovra di contenimento è affidata ai soliti *tickets*, questa volta in misura più consistente, fino al 40 per cento, anche per farmaci di provata efficacia terapeutica e di largo consumo, mentre la logica della dissuasione avrebbe voluto che fossero gravati da *tickets* elevati solo i farmaci non efficaci. Poichè a tale livello non possono essere considerati i *tickets* come misure dissuasive al consumo, essi sono dei veri e propri trasferimenti di spesa dal Fondo sanitario al cittadino. Va dunque precisato che nella migliore delle ipotesi la politica dei *tickets* non riduce in assoluto il consumo dei farmaci, semmai la spesa del Fondo.

Ben diversa e razionale è la nostra proposta. Noi continuiamo a ritener che il prontuario, così come prescrive l'articolo 30 della legge n. 833 del 1978 deve uniformarsi anzitutto ai principi dell'efficacia terapeutica, dell'economicità dei prodotti e della semplicità e chiarezza della classificazione.

Infatti, la nostra proposta prevede come riferimento l'elenco dei farmaci essenziali adottato dall'Organizzazione mondiale della sanità da inserire in una prima fascia - fascia «A» - e da fornire agli utenti senza partecipazione di spesa, mentre in una seconda fascia - fascia «B» - sarebbero compresi quei farmaci che devono essere esclusi dal prontuario perché di non provata efficacia e che invece vengono gravati da un *ticket* progressivo per consentirne la progressiva espulsione in modo da ripulire con gradualità il prontuario, consentendo all'industria farmaceutica un certo lasso di tempo per la conversione dei piani di produzione.

La gratuità dei prodotti della fascia «A» è, a nostro avviso, l'unica garanzia per un Servizio sanitario nazionale, ma anche per la riuscita della manovra complessiva, mentre i *tickets* attualmente in vigore, pur riuscendo a scaricare sulla spesa privata una parte del fatturato, non hanno prodotto in questi anni il cambio culturale che veniva posto a loro giustificazione, perchè essi non incidono sui meccanismi e sulla qualità della prescrizione.

Sono questi i motivi che ci inducono a ripresentare la nostra proposta, mentre restiamo perplessi in merito alla proposta avanzata dal Governo.

In mancanza di un riferimento, la formazione delle fasce da sottoporre a *tickets* differenziati non può che essere arbitraria, perchè dettata da criteri diversi dall'efficacia e dall'essenzialità.

Svolgerò ora un'ultima considerazione sulle industrie farmaceutiche.

Noi non comprendiamo perchè farmaci non essenziali, riconosciuti di dubbia efficacia - il decreto-legge al nostro esame parla molto eufemisticamente di «indicazioni minori», e quindi non si capisce bene cosa si intende affermare con queste parole - debbano rimanere nel prontuario a *tickets* esosi. Il fatto che l'industria italiana rimarrebbe fuori dal panorama produttivo europeo ci induce ad insistere sull'opportunità di selezionare le concessioni e di qualificare la ricerca nel settore.

È per tutti questi motivi che noi voteremo contro la conversione del decreto-legge emanato dal Governo, la cui politica nel settore della spesa sanitaria ci sembra ancora senza prospettive certe, anche se guardiamo con interesse all'attivismo del nuovo Ministro della sanità. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Ranalli. Ne ha facoltà.

RANALLI. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, in aggiunta a quanto già ampiamente dichiarato e illustrato dal collega Imbrìaco, desidero svolgere alcune brevi considerazioni sul provvedimento in esame.

La prima considerazione che desidero sollevare è che il provvedimento unisce due questioni tra di loro abbastanza diverse e disomogenee; è come se un sarto cucisse un vestito con colori stridenti: ne uscirebbe un risultato probabilmente non gradito e non coerente con le normali tonalità e la soddisfazione dell'occhio.

Ora, noi qui abbiamo nello stesso provvedimento il ripiano dei disavanzi delle unità sanitarie locali degli esercizi 1987 e 1988. Questo provvedimento

ha una sua autonomia, ha un suo peso anche nella storia sanitaria del nostro paese degli ultimi anni, in quanto serve a consentire alle regioni e alle unità sanitarie locali di provvedere a scoperti che pesano negativamente sulla organizzazione e sulla gestione dei servizi.

Al di là del merito e delle modalità scelte dal Governo per farvi fronte, si tratta di un provvedimento che ha ovviamente le caratteristiche della necessità e della urgenza, che viene sollecitato dai bisogni lasciati finora insoddisfatti per le scelte di tradizionale sottostima effettuate dal Governo nei confronti del Fondo sanitario nazionale.

La seconda materia trattata è quella, viceversa, assai discutibile della reiterazione di un *ticket* che proprio nel 1989 raggiunge la quarta versione: nacque come una sorpresa pasquale per gli italiani, per i lavoratori e nei confronti di quel provvedimento si levò vasta e forte la protesta popolare soprattutto per la istituzione odiosa ed ingiusta del *ticket* sulla occupazione del posto ospedaliero.

Questa seconda materia attiene ad un modo di concepire la organizzazione del servizio sanitario, ad un modo di provvedere alla sua organizzazione che noi evidentemente consideriamo ormai da tempo sbagliato, ingiusto per la popolazione già pagante e soprattutto per la umanità sofferente, quella che si trova ad avere tra l'altro i redditi più bassi. La prima osservazione che facciamo è che sarebbe stato corretto separare la trattazione delle due materie e non coinvolgere in un giudizio «oggetti» così diseguali tra loro. Una volta il Parlamento era molto sensibile a questo problema e sollecitava il Governo a trattazioni omogenee.

Sono rimasto stupito – e desidero ribadirlo qui in Aula – che il relatore non abbia voluto o potuto nulla ridire rispetto a questo metodo che, a mio giudizio, non deve essere accettato.

La seconda osservazione riguarda la cosiddetta «operazione verità», con la quale il ministro De Lorenzo si è presentato alla Commissione e all'Aula, relativamente alla necessità di procedere ad una rigorosa ricostruzione dei debiti pregressi e quindi, a fronte di provvedimenti di riordino strutturale che sono in arrivo (ad esempio il riordino delle USL), a quella che è stata chiamata «operazione di azzeramento del debito», per consentire dal 1990 una partenza pulita. Ovviamente abbiamo condiviso la necessità di una «operazione verità»; del resto l'avevamo sollecitata anche nei confronti dei suoi predecessori. Solo che dobbiamo ancora una volta constatare che, a fronte dei 14.000 miliardi che con il presente provvedimento saranno ripianati, abbiamo già un nuovo debito che rincorre le regioni e le unità sanitarie locali che sta maturando con il consuntivo 1989. Avremo poi anche l'altro debito, che già si preannuncia per il 1990, avendo ancora una volta ostinatamente il Governo ritenuto per considerazioni complessive di compatibilità di bilancio di dover sottostimare il Fondo sanitario nazionale: 62.000 miliardi per la legge finanziaria, o 66.000, o addirittura 69.000 miliardi. Tra l'altro, vista la discordanza dei dati, attendiamo quelli che l'onorevole Ministro ci ha finalmente preannunciato essere risolutivi e definitivi in modo da avere una chiara lettura di questa materia.

Ecco allora il secondo punto politico che desidero sottolineare: quale credibilità si può dare a questa nuova «operazione verità» e all'azzeramento dei debiti quando di fatto non si ha alcuna volontà di mutare i meccanismi reali che determinano questi squilibri, lasciando il problema ancora nell'incertezza e nella irresolutezza? Questo, onorevole Presidente, è il secondo punto critico che facciamo pesare nell'ambito di questo dibattito.

La terza questione è relativa alla volontà che il Governo e la maggioranza manifestano nel ritenere che il *ticket* abbia davvero una funzione educativa, scoraggiante e moderatrice, come l'ha definita il relatore. Al contrario, dai dati, collega Melotto, non c'è una conferma reale di questa dissuasione nei confronti del consumismo sfrenato, che anche noi criticiamo e additiamo come un disvalore di una sanità male organizzata. Tuttavia riteniamo che la via intrapresa introducendo ancora una volta il *ticket* non sia quella più giusta per rendere possibile la razionalizzazione del sistema e per rendere più credibile la volontà politica di ricercare la produttività del servizio, prestazioni più qualificate che il cittadino si attende e che non sempre l'attuale organizzazione del Servizio sanitario nazionale è in grado di offrirgli: ci sono infatti lunghe attese per il posto letto, soprattutto per i casi di patologie particolarmente difficili e rilevanti.

Noi abbiamo sempre ritenuto che infierire con il *ticket* sul cittadino sia inefficace e non producente, che sia soltanto causa di sdegno e proteste. Quando un lavoratore paga già con i contributi – e noi sappiamo che sono contributi sempre più elevati – quando alcune categorie sociali sono anche sottoposte al pagamento della tassa sulla salute, quando poi pesano i *tickets* sui farmaci e sulla specialistica e quando infine se il cittadino vuole risolvere un caso di urgenza è costretto a porre mano al portafoglio perché in molti casi la sanità pubblica non offre valide soluzioni, il signor Ministro deve chiarire all'opinione pubblica come sia possibile trangugiare questa pillola che rimane nonostante tutto una pillola amara.

Sono dell'avviso che noi comunisti insieme ai sindacati abbiamo fatto bene a promuovere nel paese il rifiuto della cultura del *ticket*; credo che all'origine ci sia questa diffusa opinione negativa del cittadino che non accetta nei confronti di un diritto sancito dalla Costituzione repubblicana all'articolo 32 di essere trattato in questo modo quando un farmaco gli è necessario per curarsi e per andare verso la guarigione.

Il quarto ed ultimo punto, onorevole Presidente, è anche quello che in qualche misura mi ha turbato personalmente. Riflettiamo un momento: a fronte di tanta evasione fiscale, che nessuno ormai più nega, di fronte a tanta criminalità organizzata, di fronte alla corruzione dilagante anche nel sistema sanitario (come hanno messo in luce alcune iniziative improvvise ed improvvise del nuovo Ministro della sanità), a me pare una misura sproporzionata ed esagerata invitare i comuni, che gelosamente difendono la loro autonomia e il loro modo di indagare, a servirsi del corpo dei carabinieri, della polizia e della guardia di finanza al fine di evitare la esenzione facile. È vero, lo sappiamo tutti, ci sono titolari di esenzioni lecite ottenute legittimamente che si fanno carico della prescrizione di farmaci, di medicine nei confronti di cittadini che non possono dimostrare lecitamente, legalmente, di aver diritto all'esenzione. Scatenare nei confronti di questi cittadini, che sono sicuramente sempre spinti dal bisogno e dalla consapevolezza di un loro diritto, i carabinieri, la polizia e la guardia di finanza mi pare davvero troppo.

La punibilità sembra essere in questo scorciò di vita del Governo in carica una espressione del suo modo di fare politica. Nel pomeriggio cominceremo a discutere la vexata *quaestio* della punibilità del consumatore di droga, ma abbiamo anche qui il segnale di una punibilità del cittadino di fronte al farmaco e ai suoi diritti. E non basta, onorevole Presidente: si impugna anche l'articolo 640 del codice di procedura penale per dichiarare

questi cittadini come volgari truffatori, come frodatori del bene pubblico dello Stato; questo è scritto in un comma dell'articolo 2.

Per queste ragioni, onorevole Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, ribadiamo la nostra più viva e ferma contrarietà a questo provvedimento, carico di ingiustizie verso la popolazione, che non propone misure incisive per cambiare i meccanismi all'origine degli sprechi e delle dissipazioni e che quindi non può assicurare una credibilità nuova al Ministro ed al Governo, consapevoli come siamo che misure ben diverse, di taglio e di qualità diverse, sono necessarie per dare alla sanità un corso nuovo. (*Applausi dall'estrema sinistra. Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Meriggi. Ne ha facoltà.

MERIGGI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, mi permetto alcune brevi considerazioni per ribadire quanto già detto dai colleghi che mi hanno preceduto. Voglio limitarmi a sottolineare ancora il valore emblematico di questo decreto-legge che evidenzia il fallimento della politica seguita dal Governo, quella dei *tickets* e dei tetti di spesa.

Nonostante le argomentazioni e l'insistenza del Governo e della maggioranza nel sostenere e nell'applicare i *tickets*, ribadiamo la nostra opposizione a questa logica che crea – come è già stato detto con forza – iniquità ed ingiustizie. Si è dimostrata inoltre l'inutilità del *ticket* quale strumento addirittura educativo – è stato detto – per contrastare il consumismo per farmaci, esami, eccetera, e quindi per il contenimento della spesa pubblica. Questo diventa per noi oltremodo inaccettabile nel momento in cui questa resta l'unica misura e si rinuncia, come si è rinunciato sinora, ad altre strade, come noi da tempo proponiamo, per combattere gli sprechi e le disfunzioni del settore e quindi per tentare un rilancio di questo delicato e importante settore. Ecco perchè manteniamo la nostra ferma opposizione ad ogni politica dei *tickets*, opposizione espressa altresì, come è stato richiamato anche dal relatore, dai lavoratori e dai cittadini con una vasta protesta che è sfociata in uno sciopero generale – non dimentichiamolo – indetto in modo unitario dalle organizzazioni sindacali, nel quale non solo si chiedeva l'abolizione dei *tickets*, ma anche un rilancio del settore sanità.

Anche se questo decreto-legge non contiene più la cosa più odiosa, cioè il *ticket* sui ricoveri ospedalieri, resta comunque per noi inaccettabile, perchè insiste in una logica che noi non condividiamo assolutamente. Infatti in esso è stata inserita un'altra norma odiosa, quale secondo noi è il controllo sulle esenzioni dai *tickets* che dovrebbero fare i comuni tramite la polizia, i carabinieri e la guardia di finanza (non ho visto l'esercito, ma per poco non c'era anche quello). Si tratta di controlli solo sui cittadini e mai sui prescrittori, sui medici, sulla loro attività. Concordo pienamente con quanto diceva il collega Ranalli in proposito e mi limito solo a dire che si mette in moto un meccanismo che sarebbe meglio vedere all'opera contro gli evasori fiscali, vista l'entità enorme dell'evasione nel nostro paese.

Questo decreto-legge mira a rimediare ad un errore voluto dal Governo e dalla maggioranza e da noi sempre denunciato che è la sottostima del Fondo sanitario nazionale, prevedendo il ripiano dei debiti USL per gli anni 1987 e 1988. Ciò dimostra il fallimento della politica dei tetti di spesa, quando essi sono fasulli, e della politica dei *tickets*. In due anni è stato cumulato uno scarto molto alto; però voglio dire che si tratta di uno scarto previsto e

annunciato prima. Secondo noi quindi la logica della sottostima, invece di far risparmiare, alla fine fa spendere di più per gli interessi che si è costretti a pagare e questa è una logica voluta – forse è bene dirlo – dal Ministro del tesoro, fatta propria però dal Governo e dalla maggioranza, che alla fine poi paghiamo tutti quanti.

Nel dibattito relativo all'ultimo provvedimento di ripiano dei debiti USL – era il 1987 – noi fummo facili profeti affermando, a futura memoria, che il Governo avrebbe dovuto varare un altro provvedimento per l'anno 1987 e per gli anni successivi. La cosa, come avevamo annunciato, è accaduta e il collega Ranalli già a futura memoria ha detto che probabilmente ciò si ripeterà ancora per l'anno 1990, visto che anche per quell'anno è stata prevista una sottostima del Fondo sanitario nazionale. Quindi concordo con l'appello del relatore per arrivare ad un provvedimento che permetta di ripianare tutta questa situazione debitoria che ha dei costi non solo economici – e questo va detto – ma si ripercuote nella impossibilità da parte delle USL di fare qualsiasi programmazione; si ripercuote quindi sulla qualità dei servizi e alla fine sui cittadini. Questa è poi la conseguenza vera che si crea con tale modo di agire.

Il meccanismo previsto, come già diceva il collega Imbriaco, per il ripiano ci lascia molto perplessi in quanto non è chiaro come questo marchingegno che viene previsto dall'articolo 3 possa ripianare l'ammontare totale dei debiti. L'impressione che ho io è un po' di una finzione scenica, che non so se in concreto potrà funzionare, a parte i costi che si pagheranno, costi pesanti per interessi. Per concludere, credo che sia evidente che questo provvedimento non ci soddisfa; è il solito provvedimento-tampone, contingente, che si pone fuori da ogni logica di programmazione e di rilancio del servizio.

Signor Presidente, noi abbiamo presentato alcuni emendamenti per tentare di migliorare questo decreto-legge, anche se sarà difficile – per quanto ci riguarda – renderlo accettabile. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Misserville. Ne ha facoltà.

MISSEVILLE. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevole Sottosegretario, colleghi, la materia di cui oggi discutiamo meritava per la verità una trattazione più diffusa, un uditorio più numeroso ed attento e soprattutto, signor Ministro, una forma di cortesia da parte sua.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. È un provvedimento urgente.

\* MISSEVILLE. Signor Ministro, le debbo contestare, proprio perché il mio discorso è diretto verso di lei, le dichiarazioni che ieri ha reso al «Giornale d'Italia» con le quali, lanciando un allarme su tutto il settore della sanità, paventa che si possano introdurre nelle fonti di finanziamento delle USL addirittura dei riciclaggi di denaro sporco provenienti dall'ambiente della malavita. Questa dichiarazione, onorevole Ministro, si accompagna ad un'altra dichiarazione diffusa da tutta la stampa con la quale lei ha affermato che se fosse stato un semplice deputato avrebbe proposto una Commissione d'inchiesta sul funzionamento delle USL e sul settore della sanità.

Questi atteggiamenti, che non voglio considerare puramente declamatori, destano un certo allarme nell'opinione pubblica e soprattutto la mettono

di fronte ad un bivio logico, per cui noi ci attendiamo dalla sua azione di Ministro della sanità un'opera di chiarimento e di moralizzazione che vada alla vera sostanza del problema, che non è una sostanza contingente e settoriale ma coinvolge tutti gli aspetti di questo delicatissimo settore della nostra finanza e della nostra organizzazione sociale.

Abbiamo sentito dal relatore di quali circospette critiche sia circondato questo decreto-legge di cui si propone la conversione. A tale proposito devo ringraziare tutti i colleghi che sono già intervenuti nel dibattito per avermi sollevato dall'incarico ripetitivo di dover tornare a criticare il ricorso alla decretazione d'urgenza, che non dovrebbe essere consentito in questo campo per l'estrema importanza e delicatezza della materia. Comunque non è neanche questo il nocciolo del problema: il nocciolo del problema, che è stato eluso nella presentazione del decreto-legge e che viene soltanto menzionato nella relazione svolta dal senatore Melotto (e di cui speriamo vi sia una traccia profonda nella sua replica, onorevole Ministro), è che cosa si vuole fare per mettere finalmente un po' di ordine e per esercitare un controllo pulito nel campo della sanità.

Il senatore Ranalli nel suo intervento ha detto che spesso capita ai cittadini di non trovare rispondenza alle loro attese di salute nella organizzazione sanitaria nazionale, imperniata sulle unità sanitarie locali. Devo dire che il senatore Ranalli è un ottimista: non si trova mai risposta a queste attese, che sono poi delle attese di civiltà. Non si trova mai un riscontro puntuale, ma ci si trova sempre di fronte ad una serie di organismi pletorici, con una loro burocrazia, con una loro clientela, con una loro particolare lottizzazione, che fanno in modo che anche il servizio sanitario nazionale sia la perfetta riproduzione dei malanni che affliggono il paese e la nostra società. Quindi, il discorso sui *tickets* è episodico e marginale. Non è neanche un discorso di valenza economica perché se fate il conto del risparmio che i *tickets* comportano, potete arrivare a 1.240 miliardi, a fronte di un *deficit* accumulato in un biennio di 14.000, quasi 15.000 miliardi di lire. Per cui neppure sotto l'aspetto economico si può giustificare questa disordinata materia di imposizione di *tickets* che costituisce dal punto di vista generale il trasferimento dell'onere del servizio sanitario dalla spesa pubblica alle spalle del cittadino e che è la riprova precisa della mancanza della volontà politica di mettere ordine al settore.

Ci viene sottoposto un decreto-legge che rappresenta una ottima esemplificazione della maniera di legiferare «per dispetto»: per fare un dispetto al Governo è stato approvato un divieto di pubblicità per i prodotti da banco, di cui non esiste una giustificazione logica neppure nella discussione di cui vi è traccia nei verbali della Camera; di conseguenza si è arrivati ad una esenzione della contribuzione privata per quanto riguarda le spese termali che dal punto di vista logico non trova giustificazione alcuna nella precedente impostazione del decreto. Infatti non si riesce a comprendere la ragione per cui debbano essere pagati taluni medicinali, talune prestazioni previdenziali e di carattere ambulatoriale e addirittura taluni esami di laboratorio, e nello stesso tempo debba essere lasciata scoperta tutta la materia delle cure termali, che è certamente meno importante, meno urgente ed incisiva delle altre cui ho fatto poc'anzi riferimento.

Quindi, onorevoli colleghi, signor Ministro, onorevole Sottosegretario, la nostra è una critica che va ben oltre la contingenza del momento, che va ben oltre il punto relativo ai *tickets* e al ripiano delle spese. È una critica che

313<sup>a</sup> SEDUTA (*antimerid.*)

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

23 NOVEMBRE 1989

coinvolge tutto un sistema nel quale bisogna mettere ordine. A tale scopo anche noi ci siamo attivati attraverso la presentazione del disegno di legge n. 1679, che prevede norme per l'amministrazione sanitaria delle unità sanitarie locali e per il controllo sugli atti degli amministratori. In altre parole, riteniamo che in questo settore sia arrivato finalmente il momento di porre fine ad una forma di lottizzazione che è ancora più incivile di quella normale perché è la lottizzazione compiuta sulla pelle e sulla salute dei cittadini. Riteniamo sia arrivato il momento di creare entro un biennio strutture che amministrino direttamente la sanità nazionale nel quadro di un regime di controlli assai minuziosi per mettere un fermo a questa voragine che si va facendo senza fondo, che appesantisce un bilancio dello Stato e determina, onorevoli colleghi, discussioni ricorrenti e frustranti, simili a quella che stiamo tenendo oggi.

Le proponiamo, signor Ministro, di fare per il settore sanitario quello che si fa per le aziende in dissesto. Questa è una azienda in dissesto: lo dice lei, lo ha ripetuto; addirittura lei è arrivato a sospettare che si tratti di un'azienda nella quale vi siano implicazioni malavitose e riciclaggio di denaro sporco. Lei ci ha proposto il ripiano di debiti per 15.000 miliardi in un biennio, nella certezza che tutto quanto questo si aggraverà e certamente non cesserà; è arrivato a dirci, onorevole Ministro, che se fosse un semplice deputato promuoverebbe una Commissione d'inchiesta: lei è nella condizione ideale per accettare la nostra proposta, per farla propria. Gliela regaliamo intellettualmente per mettere un fermo a questa situazione e per nominare una sorta di amministrazione controllata in un settore che si avvia fatalmente verso il fallimento. Con la differenza che il fallimento di una azienda privata è soltanto un fatto economico che determina delle conseguenze di carattere economico, mentre il fallimento di un settore come quello della sanità nazionale, oltre ad essere un fatto economico, comporta incalcolabili conseguenze di carattere sociale perché incide sulla salute dei cittadini.

Noi allora chiediamo una moratoria: blocchiamo tutto. Nominiamo dei tecnici alla direzione delle USL; finiamola con questo assemblearismo dal quale deriva necessariamente lo sperpero; finiamola con questa situazione di sfascio e di disagio; finiamola soprattutto con questa forma di decretazione di urgenza che a questo punto fa davvero ridere. Mettiamo un punto fermo: cominciamo a dare – ripeto – la direzione di questo settore ai tecnici; facciamolo controllare accuratamente e almeno per due anni restituiamo al sistema della sanità quel minimo di razionalità che oggi non può essergli certamente riconosciuto.

Questa è la proposta di legge che noi abbiamo presentato e sulla quale, onorevole Ministro, – le farò avere copia del disegno di legge da noi presentato – attendiamo una sua risposta. Si tratta di una proposta di legge che è in perfetta armonia con le dichiarazioni che lei rende alla stampa. Lo facciamo per aiutarla a fare il Ministro non soltanto in senso spettacolare ma anche in senso propositivo e concreto, perché abbiamo appreso tutti con molto piacere che lei è un visitatore degli ospedali, che lei è un «inviatore» di NAS al controllo di tutte le strutture sanitarie, che lei estende il suo impegno personale in ogni branca del settore, e ne siamo stati lieti. Ma se lei non trae da tutta questa attività una conclusione di carattere pratico, se lei non ne trae la conclusione che questo settore va bloccato, va rivisto, sorvegliato, controllato e cambiato radicalmente, noi le diciamo che questo atteggiamen-

to perde di spessore umano e perde di credibilità presso il Parlamento e presso il paese.

Credo, infatti, che noi non abbiamo tanto bisogno di un Ministro che si attivi in azioni spettacolari e di effetto: abbiamo bisogno di un Ministro che dall'analisi attenta del fenomeno e del problema, collaudata da frequenti ispezioni e da rapporti che gli provengono da tutto il paese, traggia la conclusione che le USL, così come sono amministrate, non possono andare avanti, che il Servizio sanitario nazionale, così come viene amministrato, è una voragine senza fondo nella quale i debiti si accumulano con prospettive future ancora più gravi, e conseguentemente acceda a questa nostra idea di fare per il settore una sorta di amministrazione controllata.

Sono confortato in questo dal collega Sanesi, il quale è un bravo amministratore aziendale. Signor Ministro, se l'azienda sanitaria, dalle sue esperienze, le fornisce questi dati, non c'è altra soluzione che quella di fermarla, bloccarla, di sottoporla ad un commissariamento generale per due anni e ad un controllo che sia, oltre che formale, di merito, per arrivare alla conclusione che questo è l'unico sistema con il quale si può sanare un settore che presenta indubbiamente molte magagne all'attenzione dell'opinione pubblica e dei cittadini italiani.

Ecco perchè, anche se abbiamo aderito ad alcuni emendamenti che il senatore Signorelli, nostro rappresentante nella Commissione sanità, ha firmato insieme ad alcuni colleghi, crediamo che sia venuto il momento di dire una parola forte sull'argomento. Ed una parola forte non può essere detta con la reiterazione dei decreti, soprattutto perchè anche questo decreto – non vorrei scommettere in proposito perchè sarebbe una previsione troppo facile – è destinato alla decadenza: questo decreto non potrà essere approvato, entro sabato prossimo, perchè lo stesso relatore mi ha indicato quali sono le conclusioni della Commissione e gli emendamenti che verranno sottoposti al Governo, con il supporto della maggioranza e con il nostro supporto parziale. Tutto ciò con la conseguenza che ci riduciamo qui, onorevole Ministro, nella stessa condizione dei pazzi: rischiamo di parlare da soli su un argomento inconsistente, su un argomento che o viene affrontato veramente a fondo o diventa solo il pretesto di una esercitazione accademica, su un decreto che dovrà essere reiterato, in una materia che non richiede più i palliativi dei piccoli interventi, come quelli che si vogliono fare con l'accensione di mutui presso istituti privati nei confronti delle USL, ma richiede interventi che vadano ben oltre e che siano drastici.

Non so, signor Ministro, se lei avrà il coraggio di fare questo. Probabilmente un suo atto in questa direzione provocherebbe la ribellione di tutte le piccole assemblee delle USL, che costituiscono il vero tramite ed il vero fomite del disservizio sanitario nazionale e soprattutto dei debiti che ne conseguono.

Non so se nella storia del nostro paese un Ministro avrà finalmente il coraggio di dire basta con una decisione che noi attendiamo dalla sua azione, alla quale vogliamo riconoscere credibilità ed efficacia soltanto in relazione a quelli che saranno i provvedimenti concreti.

In sede di dichiarazione di voto finale interverrà il senatore Signorelli, che è un tecnico; io le sottopongo, onorevole Ministro, e sottopongo anche all'attenzione dei colleghi intervenuti nella discussione questa proposta di legge che noi le doniamo come strumento, affinchè possa finalmente dirsi che in Italia esiste un Ministro della sanità che non fa soltanto le interviste ai

giornali, ma vuole veramente incidere sul settore e vuole definitivamente incidere sull'argomento della sanità.

Debbo ringraziare i colleghi che mi hanno preceduto per la dovizia di argomentazioni, però mi pare che tutto ciò non affronti il problema nel fondo, nella radice e non vada veramente al cuore della questione come va questa nostra proposta legislativa per la quale dobbiamo attendere la risposta dal Ministro, ma sulla quale mi pare che ci sia da farsi poche illusioni e da nutrire poche speranze.

Di conseguenza, signor Presidente, signor Ministro, onorevole Sottosegretario, colleghi, noi preannunciamo il voto contrario del Gruppo del Movimento sociale italiano alla conversione in legge del decreto-legge sulla sanità che oggi è sottoposto alla nostra attenzione e al nostro esame nella certezza che ancora una volta abbiamo fatto una inutile declamazione su un provvedimento che dovrà essere reiterato, ma almeno abbiamo finalmente portato una parola di chiarezza ed una parola definitiva sulla volontà concreta del Governo di affrontare responsabilmente questo problema, questo tema e questo settore. (*Applausi dalla destra. Congratulazioni*).

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione generale.

Ha facoltà di parlare il relatore.

MELOTTO, *relatore*. Signor Presidente, interverrò brevissimamente su tre aspetti.

Il primo concerne il prontuario terapeutico. Ringrazio i colleghi che hanno sollecitato questi argomenti pur da angolazioni diverse, ma credo che il prontuario terapeutico, normato dal Parlamento e gestito oggi dal Ministero, debba essere e rappresentare lo strumento valido per poter rimettere ordine in tutta la materia.

In questo settore c'è necessità di mettere ordine, ma c'è anche da considerare, se vogliamo essere realisti, la gradualità necessaria. Comunque, non vi è dubbio che vi è tale necessità e un messaggio va inviato anche all'industria farmaceutica con molta chiarezza, perché il nostro paese non può essere subalterno, bensì deve incentivare la ricerca, deve tendere ad accorpare la frammentazione che esiste proprio per far sì che la ricerca sia uno strumento estremamente necessario ed efficace al fine non solo di dare risposte al paese ma, proprio attraverso questo settore, di ampliare la sfera di incidenza anche verso l'estero.

Io credo che la gestione sin qui avviata rappresenti certamente questa strada; quindi, spero e mi auguro che il Ministro la voglia percorrere proprio con altrettanto dinamismo, perché ciò è importante.

Il secondo punto che vorrei affrontare concerne gli sprechi, che si riagganciano a quanto diceva poc'anzi il senatore Misserville, e cioè che cosa si propone. Infatti, al di là della politica dei *tickets* noi dobbiamo rendere un servizio qualificato, dignitoso, tempestivo e capace di evolversi in rapporto a scienza e tecnologia e quindi a disposizione del cittadino, senza avere alternative subordinate che fanno carico esclusivamente alla disponibilità pecuniaria del cittadino.

La legge di riordino che il Governo ha presentato sul Servizio sanitario nazionale, che raccoglie la nostra sostanziale approvazione e che il Parlamento attraverso il libero e franco confronto vorrà certamente migliorare, rappresenta la strada sulla quale oggi, con le esperienze

acquisite, attestare un servizio veramente efficace. Mi auguro che il suo *iter* sia breve e che possa fornire delle risposte alle attese dei cittadini.

Un ultimo discorso riguarda il *ticket*, su cui si è molto discusso; nonostante le tante discussioni, le posizioni sono restate pressoché immutate. Sono convinto che l'allarme generato nell'opinione pubblica dal *ticket* ospedaliero sia stato reale, nel senso che la gente ha sentito minare la propria sicurezza di avere un domani delle risposte valide in caso di gravi necessità sotto il profilo della salute; tuttavia credo sia doveroso inserire un *ticket* sulla specialistica e sulla farmaceutica per corresponsabilizzare il cittadino in un uso appropriato di queste prestazioni. Non credo al «tutto *gratis* a tutti»: l'assenza di controlli porta alle degenerazioni, oltre a non coinvolgere il cittadino nelle scelte che lo riguardano più direttamente. Le statistiche hanno dimostrato – anche se poi ognuno si avvale delle proprie – che nel momento in cui sono stati soppressi i *tickets* la spesa sanitaria è salita vertiginosamente e che con la loro reintroduzione la spesa è divenuta nuovamente governabile.

Non è comunque solo la politica del *ticket* che provoca la riduzione della spesa: accanto a quella occorre – e ormai con decisa volontà – ampliare la campagna di educazione sanitaria, in modo che si possa veramente coinvolgere il cittadino nella tutela della sua salute, che non va affidata soltanto agli operatori sanitari. Solo attraverso una informazione corretta, una campagna di educazione sanitaria che miri alla prevenzione e alla cura sarà possibile coinvolgere davvero i cittadini in questa politica.

Per questi motivi, signor Presidente, confermo la validità del provvedimento e degli emendamenti che la Commissione ieri sera a maggioranza ha approvato. (*Applausi dal centro e dalla sinistra. Congratulazioni*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il Ministro della sanità.

\* DE LORENZO, *ministro della sanità*. Signor Presidente, onorevoli senatori, come è stato ampiamente ricordato dal relatore e dai senatori intervenuti, si tratta di un decreto-legge che ritorna all'attenzione del Parlamento dopo numerose reiterazioni. Questa volta il testo del decreto-legge è completamente diverso dai precedenti, fondamentalmente per due ragioni: è stata eliminata tutta la parte che si riferiva alla modifica della legge n. 833, raccogliendo, anche da questo punto di vista, le osservazioni e le richieste venute dalle opposizioni; in secondo luogo si esclude la possibilità di applicare il *ticket* per il ricovero ospedaliero, una norma che effettivamente ha determinato notevoli perplessità e preoccupazioni per una sua corretta applicazione non solo nell'ambito dell'opposizione, ma anche della stessa maggioranza, per le temute iniquità e ingiustizie applicative in un sistema dove la qualità dell'assistenza assicurata dai vari ospedali non è omogenea in tutto il paese. Il Governo ha pertanto ritenuto di eliminare questa norma e quindi il decreto è sostanzialmente diverso ed include una parte di essenziale importanza che si riferisce al ripiano dei debiti relativi al 1987-1988.

Voglio ricordare ai senatori che è essenziale la conversione in legge di questa parte del decreto per consentire l'utilizzazione dei mutui previsti: infatti non basta un decreto-legge per consentire alle regioni e alle unità sanitarie locali di contrarre mutui per ripianare i debiti e disporre una maggiore liquidità per far fronte alle esigenze di spesa dei prossimi mesi, così da evitare il ricorso all'assistenza indiretta per alcune prestazioni. Ecco

perchè il Governo sperava e riteneva che fosse da tutti condivisa l'esigenza di convertire il decreto in legge; i senatori hanno giustamente rilevato che il decreto è pervenuto alla loro attenzione con notevole ritardo, per cui i necessari correttivi che l'Assemblea ritiene di dovervi apportare ne rendono difficile la conversione. Ciò determina notevoli preoccupazioni nel Governo, soprattutto per il ripiano dei debiti delle unità sanitarie locali.

Onorevoli senatori, vorrei soffermarmi sulle questioni sollevate. Condiviso in pieno la relazione del senatore Melotto e le sue osservazioni rispetto agli emendamenti approvati dalla Camera dei deputati. Alcuni di essi sono effettivamente in fortissimo contrasto con le norme della Comunità europea, in particolare quello relativo al divieto di effettuare pubblicità, che noi vediamo sotto forma di informazione, per i prodotti da banco. Voglio ricordare che negli Stati Uniti i prodotti da banco non sono venduti nelle farmacie ma nei *drug-stores* perchè il cittadino può procedere alla loro acquisizione diretta, ma per essi è necessaria un'adeguata informazione. Ed è questo lo spirito che ha guidato le scelte del Ministero della sanità che ne ha il controllo e che dovrà sempre più indirizzare il Ministero in questa direzione. Il Governo è pertanto pienamente d'accordo con la modifica di questa norma.

Allo stesso modo il Governo ritiene molto giusta l'osservazione del relatore e degli altri senatori che hanno sottoscritto gli emendamenti relativi al recupero di quella norma che prevede un *ticket* anche per le prestazioni termali, non solo al fine di individuare una omogeneità nelle prestazioni sanitarie, ma anche al fine di rendere le prestazioni termali veramente utili e necessarie dal punto di vista sanitario ed evitare che, attraverso il ricorso alle prestazioni termali che hanno validità terapeutica, si possano inserire altri aspetti non esclusivamente di tipo sanitario. Il Governo ritiene pertanto utile questo correttivo proposto dal relatore e ritiene anche opportuna la soppressione di quella norma che riguarda la deducibilità delle spese per convegni, rifacendosi a quanto già in precedenza fissato dalla legge finanziaria.

Fatta questa premessa e condividendo naturalmente le indicazioni fornite per gli emendamenti che il Governo stesso ha presentato alla Camera dei deputati relativamente all'eliminazione del *ticket* sui farmaci che, anche se inseriti nella fascia del 40 per cento, costano meno di 5.000 lire, si ritiene che sia opportuno accettare - come del resto il Senato ha dimostrato di voler fare - le proposte emendative approvate dalla Camera per quanto riguarda l'esenzione dal pagamento dei *tickets* delle prestazioni relative ai controlli degli sportivi delle società dilettantistiche e anche per quanto riguarda la parte relativa alle siringhe autobloccanti che, attraverso incentivi, possono essere più facilmente disponibili sul mercato.

Al di là di queste premesse, onorevoli senatori, vorrei soffermarmi sulle osservazioni avanzate dai colleghi intervenuti. Vorrei innanzitutto fare una precisazione. A nessuno, e neanche al Governo e ad alcuno dei partiti della maggioranza, piace ricorrere al sistema dei *tickets*. Però, voglio ricordare che, nonostante si dimentichi questo fatto, la politica dei *tickets* non è una politica inventata dal Governo italiano: i *tickets* sono applicati in tutti i paesi della Comunità europea e anche nei paesi dell'Est europeo e dunque non si può, contestualmente alla necessità di uniformare la politica sanitaria dei paesi della Comunità, tornare da parte nostra indietro rispetto ad una norma che ha una logica economica perchè la spesa sanitaria a costo zero per

l'assistito arriva a livelli infiniti. A questo scopo vi sono misure di salvaguardia quali le esenzioni che – come ha ben ricordato il relatore – sono incluse in questo provvedimento e che riguardano le fasce economicamente più deboli, ma anche le patologie. Quindi, non ritornerei su questa criminalizzazione dei *tickets* che mi sembra fuori posto, soprattutto alla luce della considerazione che vi sono alcuni paesi che per ridurre il consumo arrivano – come ad esempio Cuba – a far pagare integralmente i farmaci, senza ricorrere al sistema dei *tickets*.

Superata questa logica di principio per cui i *tickets* hanno una funzione di moderazione dei consumi e di partecipazione alla spesa e null'altro (e voglio ricordare che in Francia il *ticket* farmaceutico arriva fino al 65 per cento), voglio fermarmi su alcune questioni che anche il Governo ritiene di fondamentale importanza.

Siamo convinti – e lo hanno detto un po' tutti, anche l'opposizione tramite il senatore Imbriaco – che con la politica dei *tickets* non si arriva a risolvere il problema della spesa sanitaria. Non era d'altro canto questo l'obiettivo che il Governo voleva perseguire. Siamo altresì convinti che è necessario bloccare questo tipo di intervento che, con il ricorso a nuovi *tickets* o con l'aumento dei *tickets* stessi, possa intervenire nel ridurre la spesa o nel contenere il *deficit*. È quindi intendimento del Governo non ritornare ulteriormente in futuro su provvedimenti di questo genere ed è intendimento ritenere la questione del *ticket* moderatore definitivamente chiusa.

Vorrei poter fare poi alcune osservazioni che riguardano proprio il problema dell'applicazione del *ticket*. È stato qui ricordato che si è ottenuto un risultato ridotto sul tipo di intervento anche di risparmio che il *ticket* doveva produrre. Ciò è dipeso dal fatto che vi è un ricorso all'esenzione che determina un abuso diffuso in tutto il paese. È notorio che circa l'80 per cento dei consumi del nostro paese grava su meno del 25 per cento degli esenti ed è quindi logica secondo me la necessità di dover sempre più ricorrere al principio dei controlli perché non è possibile, attraverso il meccanismo delle esenzioni, arrivare a ingiustizie ed iniquità che colpiscono poi le fasce più deboli. Se ci troviamo di fronte ad esenzioni che in alcuni comuni arrivano fino al 90 per cento, mi domando se non sia giusto assicurare ai comuni strumenti di controllo sulle autocertificazioni. Cari colleghi, non vi è ombra di dubbio che i controlli producono una conflittualità diffusa, ma per piacere non si dica che si vuol ricorrere alla guardia di finanza o ai carabinieri per intervenire e verificare se un pensionato ha o meno il diritto all'esenzione.

Onorevole senatore Imbriaco, lei sa bene qual è stato l'uso che si è fatto dei NAS che non è stato certo un uso improprio, come dice lei. Infatti non si è ricorso ad essi per individuare, a livello del pensionato, nel suo domicilio, se era stata operata in maniera corretta l'esenzione. Non hanno fatto questo i NAS e quindi non dobbiamo sminuire il valore e la funzione dei controlli che lo Stato, come Stato di diritto, ha il dovere di fare. Non credo che sia corretto dire, come da qualche parte politica è stato fatto, ad esempio dal senatore Misserville, che la politica dei NAS è una politica-spettacolo. Lo rifiuto nella maniera più totale. È questa una politica seria di uno Stato che vuole muoversi nella direzione di tutelare gli interessi dei cittadini e dei consumatori. Quindi lo spettacolo è un'altra cosa, come altra cosa sono le interviste, perché se il Ministro è obbligato a partecipare ad alcuni convegni

formali, ha il diritto-dovere di parlare e i giornali, seguendo la logica dell'informazione, riferiscono. Pertanto anche questo è un tentativo di ridurre il ruolo importante che i NAS svolgono.

Voglio ricordare al senatore Imbrìaco che ha citato solo un aspetto che non è stato seguito dai NAS, che mi sorprende (anche se ne ha fatto un riferimento positivo in generale) che non si sia ricordato che noi siamo andati a controllare le case di ricovero per anziani, le case di cura private; che siamo andati nelle farmacie, siamo andati a scoprire nei depositi dei farmaci partite di farmaci senza fustella; che ci sono in alcune farmacie ricette mediche non firmate, o farmaci scaduti, o defustellati. Abbiamo cioè fatto un controllo molto ampio proprio nel settore sanitario e abbiamo controllato anche le industrie farmaceutiche sotto molti aspetti, non soltanto oggi ma anche in passato. Allora abbiamo protetto le fasce più deboli, abbiamo protetto gli anziani, abbiamo protetto gli handicappati, abbiamo protetto la gente negli ospedali e le stesse regioni hanno messo in moto un meccanismo a cascata di controlli (e non solo le regioni, ma anche i comuni) per far sì che questa diffusione dei controlli fosse corretta. Mi domando se c'è qualcuno che non ha gradito che si sia andati a vedere nei panifici come si produce il pane e se questo è un intervento spettacolare o un intervento nell'interesse dei cittadini. Se è un intervento spettacolare, qualcuno dica che il Ministro non ha fatto un'azione corretta a tutela di questo tipo di interessi e lo dica chiaramente senza fare generiche accuse o genericci tentativi di sminuire un'azione di controllo che lo Stato ha il dovere di intraprendere.

Per quanto riguarda il problema della sottostima e del ripiano, sono convinto, come ho detto ripetutamente, onorevoli senatori, anche in maniera formale in Commissione (e l'ho scritto anche nella relazione), che dobbiamo fare insieme tutto ciò che è necessario per avere una chiara indicazione di quale sia la spesa reale. Dobbiamo evitare di andare incontro a sottostime del fabbisogno, soprattutto essendo prossimo il trasferimento alle regioni, attraverso l'autonomia impositiva, del ripiano dei debiti. Io stesso ho detto che dobbiamo intervenire per operare dei correttivi che indichino fino in fondo quale sia la spesa reale. Dobbiamo da questo punto di vista, quindi, fare dei passi avanti notevoli e cambiare il sistema; non si possono eliminare sprechi, abusi, illeciti arricchimenti, che pure ci sono nel sistema sanitario nel suo complesso, se non si modifica l'attuale sistema di gestione. Da questo punto di vista voglio anche ricordare al senatore Misserville, che è così bravo a propagandare il suo disegno di legge, di leggersi anche quelli che presenta il Governo, perché anche quelli meritano rispetto e considerazione, se non altro a livello di Assemblea. In quei disegni di legge c'è sostanzialmente quello che chiede lui, e mi domando perché io dovrei ricorrere come membro del Governo all'applicazione di alcune norme previste dal disegno di legge del Movimento sociale senza che sia intervenuto il Parlamento per dare al Governo gli strumenti necessari di intervento. È bene ricordare che oggi nessuno può procedere allo scioglimento e al commissariamento di unità sanitarie locali con gli strumenti di legge che ci sono: non è stato possibile fare questo neanche al Capo dello Stato perché, quando l'ha fatto, il Consiglio di Stato ha revocato quel tipo di commissariamento.

Voglio ricordare che il disegno di legge prevede il commissariamento obbligatorio a partire dal 1º gennaio del 1991, nel caso in cui le regioni non abbiano provveduto a legiferare per il rinnovo dei comitati. Inoltre abbiamo

previsto nuovi disegni di legge ed il commissariamento da parte delle regioni, quando vi siano le condizioni necessarie per farlo. Quindi sono tutti aspetti a sostegno di iniziative che il Governo ha già assunto.

Onorevoli senatori, desidero affrontare un ultimo problema. Qualcuno degli intervenuti ha detto: «ciò che rimane del Servizio sanitario nazionale». Rimane tutto del Servizio sanitario nazionale e viene tolto solamente ciò che è stato aggiunto attraverso una gestione che non ha soddisfatto la generalità, se non la totalità, degli italiani. Rimangono il Servizio sanitario nazionale, la struttura pubblica; è previsto il potenziamento di quest'ultima, sono previsti i controlli, l'osservatorio delle tecnologie, l'osservatorio dei prezzi, l'albo unico dei fornitori, meccanismi che dovrebbero portare a contenere la spesa attraverso l'eliminazione di quegli abusi che hanno fatto in modo che oggi, anche se si spende meno, per quanto riguarda la percentuale sul prodotto interno lordo, non si possa chiedere di spendere di più per un servizio che non migliora la sua qualità.

### Presidenza del vice presidente TAVIANI

(Segue DE LORENZO, *ministro della sanità*). Desidero ricordare al senatore Imbriaco, che si è riferito al 13 per cento sul PIL della spesa sanitaria, che innanzitutto si tratta di una spesa sanitaria gestita da privati e, in secondo luogo, che tale spesa porta ad avere delle prestazioni di alta qualità, tanto è vero che su questa materia sappiamo quanto gli Stati Uniti d'America siano più avanzati rispetto a tutti gli altri paesi. Allora, noi dobbiamo recuperare un rapporto di fiducia da parte dei cittadini rispetto al Servizio sanitario nazionale e sono convinto che riusciremo a raggiungere questo obiettivo attraverso l'approvazione del provvedimento che è all'esame della Camera dei deputati (e spero che venga approvato celermemente).

Infine, mi sembra doveroso soffermarmi sul problema relativo ai farmaci, che è stato affrontato in questa sede. Ritengo necessario considerare che la politica del farmaco non è più una politica nazionale. Oggi la politica farmaceutica è di tipo europeo e l'Italia si pone esattamente in linea con quanto fanno gli altri paesi della Comunità economica europea. Inoltre, penso di aver soddisfatto l'esigenza di informazione e di conoscenza, avanzata giustamente dal Parlamento, inviando – come sanno gli onorevoli senatori – una lunga relazione alla Commissione igiene e sanità per dare tutte le indicazioni necessarie a capire come funziona il sistema di registrazione, di controllo e anche di garanzia e di sicurezza per il cittadino. Devo respingere nella maniera più totale l'affermazione secondo la quale vi sono farmaci dannosi ed inutili nel prontuario. Noi abbiamo una commissione unica del farmaco, composta da autorevoli esponenti del mondo della cultura scientifica, che verifica tutte le caratteristiche che devono accompagnare una richiesta di registrazione. Escludo ciò al punto tale da dire che l'Italia chiede alle aziende farmaceutiche di effettuare sperimentazioni di mutagenesi e di cancerogenesi ancora più rigorose di quelle adottate dal *Food and drug administration*. Allora desidero chiedere che, al di là della polemica politica, si rispettino le istituzioni; è molto grave far passare un

messaggio non giusto e falso e cioè che vi siano ancora oggi farmaci inutili e dannosi nel prontuario. Abbiamo realizzato un'opera di revisione molto seria, stiamo applicando le norme della direttiva europea, abbiamo eliminato dal prontuario 1.000 confezioni a partire dal 31 dicembre, ne toglieremo altre 800 il 30 giugno e, rispetto ad una generica accusa che viene ripetutamente sostenuta e che non dà un nuovo contributo al dibattito e alla discussione sulla politica del farmaco, ci troviamo nella situazione per cui (contrariamente a quanto è stato sostenuto in questa sede) l'85 per cento dei farmaci registrati in Italia è registrato in tutti i paesi della Comunità economica europea, negli Stati Uniti e in Giappone.

Desidero ricordare inoltre, a coloro che pensano che il prontuario sia ricco di specialità farmaceutiche e di confezioni, che, rispetto agli altri paesi (considerato 100 il numero delle confezioni per milione di abitanti in commercio in Italia), gli indici sono: 612 per la Germania, 103 per l'Inghilterra, 490 per il Belgio, 136 per la Spagna, 132 per gli Stati Uniti e 139 per il Giappone. Con gli 800 farmaci che toglieremmo dal prontuario arriveremmo a livelli molto vicini a quelli dell'Olanda e della Danimarca ed a una quota molto simile a quella indicata dal senatore Alberti e dagli altri senatori del Gruppo della Sinistra indipendente, ferma restando l'inapplicabilità della norma dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Siamo di fronte ad un provvedimento che nella sua articolazione meriterebbe l'approvazione da parte del Senato. Mi rendo conto che vi sono alcuni emendamenti approvati dalla Camera che giustamente, sottoposti alla valutazione del Senato, potrebbero conseguire risultati diversi, determinando così una modifica del testo ed il suo ritorno alla Camera dei deputati.

Ho avuto occasione di dire ieri in Commissione che il Governo chiede la conversione in legge del decreto-legge nel testo attuale per le ben note ragioni di urgenza del ripiano del debito. Avendo però preso atto della volontà molto ampia della Commissione e quindi anche dell'Assemblea del Senato di apporre alcuni correttivi, che peraltro il Governo ritiene giusti, credo sia opportuno che il Senato esprima la sua opinione e contribuisca ad un miglioramento del testo. Quindi, alla luce anche delle indicazioni fornite dal senatore Melotto, per un potenziamento dell'educazione sanitaria, dell'informazione e per l'adozione di una serie di norme che era mia intenzione applicare anche in sede amministrativa, credo che il Governo possa ritenerne confortante il fatto che il Senato esprima, come ha già fatto la Camera, la propria posizione. A tale proposito, posso fin da ora impegnarmi, a nome del Governo, nel senso che il testo approvato dal Senato verrà reiterato integralmente, tornando al Senato per una più celere approvazione.

Credo, onorevoli senatori, che non possiamo tenere sospeso l'aspetto relativo al ripiano dei debiti. La questione dei *tickets* va nella direzione che è stata scontata da una prassi che non ha prodotto iniquità, che dobbiamo modificare con questo decreto in alcune norme, consolidando quanto è stato già fatto.

Alla luce di queste considerazioni, attendo i risultati del Senato e garantisco che le correzioni in tale sede apportate verranno integralmente accolte dal Governo, che ne terrà pienamente conto nella reiterazione del provvedimento.

PRESIDENTE. Invito il senatore segretario a dare lettura del parere della 5<sup>a</sup> Commissione permanente sugli emendamenti presentati.

FERRAGUTI, *segretario*. Il parere è il seguente:

«La Commissione programmazione economica, bilancio, esaminati gli emendamenti trasmessi dall'Assemblea, esprime parere contrario su tutti gli emendamenti all'articolo 1 in base alla considerazione che essi mirano a modificare il regime attuale relativo alla partecipazione degli assistiti alla spesa, per tal via causando una diminuzione di entrata che provocherebbe influssi sul fabbisogno. L'emendamento 1.19, provocherebbe un aumento di costi relativi alla gestione del personale: anche ad esso la Commissione è contraria. Non rientrano nella valutazione contraria gli emendamenti 1.9, 1.11, 1.12, 1.15, 1.16, 1.17 e 1.18.

La Commissione è inoltre contraria a tutti gli emendamenti presentati all'articolo 2, in quanto essi amplierebbero la sfera dei beneficiari del provvedimento, comportando pertanto un onere. L'emendamento 2.5, diminuendo i controlli, potrebbe causare oneri conseguenti al minore contenimento del fenomeno delle evasioni.

Quanto infine all'emendamento 3.1, esso provocherebbe l'innalzamento dal 20 al 50 per cento dell'onere di ammortamento a carico del bilancio dello Stato, concernente il finanziamento del ripiano dei disavanzi delle USL relativi al 1987 e 1988, mediante l'attivazione di mutui con la Cassa depositi e prestiti. Conseguentemente provocherebbe un peggioramento del fabbisogno, con effetti non conformi alla risoluzione che ha fissato il limite massimo del fabbisogno stesso. Pertanto non può che esprimersi parere contrario.

La Commissione bilancio e programmazione economica, esaminati gli emendamenti 1.20, 1.21 e 1.22, dichiara di esprimere parere contrario su di essi.

L'emendamento 1.20 stabilisce la cessione gratuita dei medicinali essenziali, comportando conseguentemente un maggior onere derivante dal mancato introito della quota di partecipazione degli assistiti.

Il comma 6 dell'emendamento 1.21 potrebbe provocare oneri derivanti dall'approvvigionamento, anche all'estero, e dalla distribuzione di prodotti non compresi nelle due fasce del prontuario terapeutico.

L'emendamento 1.22 infine mira a promuovere una campagna di educazione sanitaria, per la quale non è contabilizzata né coperta la relativa spesa».

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 1 del disegno di legge:

Art. 1.

1. Il decreto-legge 25 settembre 1989, n. 329, recante disposizioni urgenti sulla partecipazione alla spesa sanitaria e sul ripiano dei disavanzi delle unità sanitarie locali, è convertito in legge con le modificazioni riportate in allegato alla presente legge.

2. Restano validi gli atti ed i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodotti sulla base del decreto-legge 25 marzo 1989, n. 111, dell'articolo 1 del decreto-legge 27 aprile 1989, n. 152, e dei decreti-legge 29 maggio 1989, n. 199, e 28 luglio 1989, n. 265.

Ricordo che la Camera dei deputati ha apportato le seguenti modificazioni in sede di conversione del decreto-legge 25 settembre 1989, n. 329:

*All'articolo 1:*

*dopo il comma 7, è aggiunto il seguente:*

«7-bis. Le quote di partecipazione alla spesa farmaceutica da parte dell'assistito, nelle misure del 30 e del 40 per cento, previste dai commi 5 e 7 e dall'articolo 3, comma 4, della legge 1° febbraio 1989, n. 37, non si applicano ai farmaci con prezzo di vendita al pubblico non superiore a lire 5.000»;

*il comma 8 è soppresso;*

*sono aggiunti, in fine, i seguenti commi:*

«9-bis. A decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, le disposizioni di cui all'articolo 22 del Regolamento CEE n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 si applicano a tutti i cittadini, italiani e degli Stati membri della CEE, iscritti al Servizio sanitario nazionale.

9-ter. All'onere derivante dall'applicazione delle disposizioni di cui al comma 9-bis, valutato in lire 2.500.000.000 per l'anno 1990 e in lire 5.000.000.000 annui a decorrere dall'anno 1991, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1989-1991, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1989, utilizzando la proiezione dell'accantonamento "Ratifica ed esecuzione di accordi internazionali".

9-quater. A decorrere dal 1° luglio 1990 il divieto di esercitare qualsiasi forma di propaganda e pubblicità di cui all'articolo 31, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è esteso alle specialità medicinali da banco».

*Dopo l'articolo 1, è aggiunto il seguente:*

«Art. 1-bis. – (*Incentivi per la produzione, commercializzazione e pubblicizzazione delle siringhe monouso autobloccanti*). – 1. Al fine di prevenire la diffusione delle patologie derivanti dall'uso multiplo di siringhe sono stanziati, per l'anno 1990, dieci miliardi di lire, da iscrivere nel capitolo dello stato di previsione del Ministero della sanità riguardante le misure di prevenzione dell'AIDS.

2. La somma di cui al comma 1 è destinata alla realizzazione di misure di sostegno ed incentivazione alla produzione, commercializzazione e pubblicizzazione delle siringhe monouso autobloccanti, finalizzate alla progressiva sostituzione sul mercato delle siringhe da insulina. Entro due mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto il Ministro della sanità, con proprio decreto, da adottarsi di concerto con il

Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, adotta un apposito piano per la realizzazione delle finalità di cui al presente articolo».

*All'articolo 2:*

*al comma 3, sono aggiunte, in fine, le parole: «, agli accertamenti del possesso dei requisiti di idoneità da parte delle ragazze e dei ragazzi che si avviano alla attività sportiva agonistica nelle società dilettantistiche».*

*All'articolo 3:*

*i commi 2, 3, 4 e 5 sono sostituiti dai seguenti:*

«2. La maggiore spesa di cui al comma 1 è finanziata dalle regioni e dalle province autonome mediante l'impiego delle somme eventualmente non utilizzate, a valere sulle quote degli esercizi finanziari 1987 e 1988 del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, e mediante operazioni di finanziamento con onere di ammortamento a carico del bilancio dello Stato entro i seguenti limiti:

*a) 20 per cento con operazioni di mutuo da attivare entro il 31 dicembre 1989 con la Cassa depositi e prestiti, secondo criteri e procedure stabiliti con decreto del Ministro del tesoro;*

*b) 35 per cento con operazioni di mutuo da attivare nell'anno 1990 con le aziende ed istituti di credito ordinario e speciale, individuati con decreto del Ministro del tesoro e secondo condizioni, durata e modalità stabilite nel decreto medesimo.*

3. I mutui di cui al comma 2, che possono essere concessi dalle aziende ed istituti di credito anche in deroga alle loro norme statutarie, sono versati in unica soluzione sul conto corrente generale infruttifero che ciascuna regione e provincia autonoma intrattiene con la Tesoreria centrale dello Stato e sono trasferiti agli enti che gestiscono la spesa sanitaria con vincolo di destinazione. Non si applicano i limiti per l'assunzione di mutui previsti dalle vigenti disposizioni per le regioni e le province autonome.

4. I mutui, entro i limiti indicati nel comma 2, possono essere concessi, in via di anticipazione, sulla base del disavanzo presunto risultante, per ciascuno degli anni 1987 e 1988, dalle rispettive documentazioni contabili previa autorizzazione del Ministro del tesoro. Con successivo provvedimento legislativo saranno determinati modalità e tempi per l'ulteriore finanziamento della spesa sanitaria di cui al comma 1.

5. All'onere derivante dall'applicazione del presente articolo, valutato in lire 330 miliardi per l'anno 1990 e in lire 1.440 miliardi per l'anno 1991 e seguenti, si provvede, per l'anno 1990 mediante parziale utilizzo della proiezione dell'accantonamento "Oneri connessi con il ripiano dei disavanzi USL per l'anno 1987" e per l'anno 1991 mediante utilizzo della proiezione degli accantonamenti "Oneri connessi con il ripiano dei disavanzi USL per l'anno 1987" e "Oneri connessi con il ripiano dei disavanzi USL per l'anno 1988" iscritti, ai fini del bilancio triennale 1989-1991, al capitolo 6856 dello

stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1989. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio»;

*dopo il comma 5, è aggiunto il seguente:*

«5-bis. Le regioni e le unità sanitarie locali provvedono, in via prioritaria, al pagamento della spesa farmaceutica per l'anno 1989».

Avverto che gli emendamenti si intendono riferiti agli articoli del decreto-legge da convertire.

Passiamo all'esame degli emendamenti riferiti all'articolo 1 del decreto-legge.

Ricordo che l'articolo, comprendente le modifiche apportate dalla Camera dei deputati, è il seguente:

#### Articolo 1.

*(Misure in materia di assistenza specialistica e farmaceutica)*

1. Sulle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, sulle visite specialistiche e sulle altre prestazioni specialistiche, erogate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale in regime ambulatoriale presso strutture a gestione diretta o convenzionate, è dovuta una partecipazione alla spesa da parte degli assistiti nelle seguenti misure:

*a) per le visite specialistiche: L. 15.000 per ogni visita;*

*b) per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, con esclusione del prelievo, e per le altre prestazioni diverse da quelle di cui alla lettera a): 30 per cento delle tariffe di cui al comma 2, con arrotondamento alle cento lire superiori e con un limite minimo di L. 1.000 e massimo di L. 30.000 per ogni branca specialistica e di L. 60.000 per più branche specialistiche contemporanee.*

2. Le branche specialistiche e le relative prestazioni, con determinazione delle tariffe e della partecipazione alla spesa, in conformità ai criteri fissati al comma 1, lettera *b*), sono quelle determinate nel decreto del Ministro della sanità in data 28 aprile 1989, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 99 del 29 aprile 1989.

3. Le richieste di prestazioni relative a branche specialistiche diverse devono essere formulate su prescrizioni distinte. Ogni prescrizione può contenere fino ad un massimo di dodici prestazioni della medesima branca.

4. Il pagamento delle quote di partecipazione di cui al comma 1 è effettuato direttamente presso la struttura che eroga le prestazioni, secondo le modalità di versamento dalla medesima stabilità. Per le strutture a gestione diretta i competenti organi dell'unità sanitaria locale dispongono l'assegnazione del personale necessario, anche in deroga alle norme vigenti sulla mobilità del personale.

5. La quota di partecipazione alla spesa farmaceutica di cui all'articolo 1, comma 1, del decreto-legge 30 novembre 1988, n. 514, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 gennaio 1989, n. 23, è determinata nella misura del 30 per cento. La quota fissa per ricetta è elevata a L. 3.000. Il limite massimo di partecipazione per ogni ricetta farmaceutica è determinato in L. 30.000. Il termine del 30 giugno 1990 di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 1º febbraio 1989, n. 37, è anticipato al 31 dicembre 1989.

6. Entro il 30 ottobre 1989 il Ministro della sanità, su parere della Commissione unica del farmaco, adotta un provvedimento di revisione anticipata del prontuario terapeutico anche in accordo con la direttiva della CEE n. 75/319, ferma restando la scadenza stabilita dall'articolo 1, comma 3, della legge 1º febbraio 1989, n. 37, per la revisione definitiva del prontuario del Servizio sanitario nazionale.

7. Il provvedimento di revisione di cui al comma 6 individua gruppi omogenei di specialità medicinali che, in quanto caratterizzate da indicazioni minori, restano inserite nel prontuario terapeutico nazionale sottoposte alla quota di partecipazione alla spesa da parte dell'assistito nella misura del 40 per cento del prezzo di vendita al pubblico, con arrotondamento alle 500 lire superiori, ferma restando la quota fissa per ricetta di lire 3.000. Con il medesimo provvedimento sono individuate le altre specialità che saranno escluse dal prontuario terapeutico nazionale a decorrere dal 30 giugno 1990, previa sottoposizione, nel frattempo, alla stessa partecipazione alla spesa.

7-bis. Le quote di partecipazione alla spesa farmaceutica da parte dell'assistito, nelle misure del 30 e del 40 per cento, previste dai commi 5 e 7 e dall'articolo 3, comma 4, della legge 1º febbraio 1989, n. 37, non si applicano ai farmaci con prezzo di vendita al pubblico non superiore a lire 5.000.

9. Il comma 14 dell'articolo 19 della legge 11 marzo 1988, n. 67, è sostituito dal seguente:

«14. Le spese sostenute da aziende produttrici ed importatrici di farmaci, di cui alle lettere a) e b), del comma 4, per promuovere ed organizzare congressi, convegni e viaggi ad essi collegati, sono deducibili, ai fini della determinazione del reddito di impresa, nei limiti di cui all'articolo 74, comma 2, del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, quando hanno finalità di rilevante interesse scientifico con esclusione di scopi pubblicitari, in conformità ai criteri stabiliti dal Ministro della sanità con proprio decreto.».

9-bis. A decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, le disposizioni di cui all'articolo 22 del Regolamento CEE n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 si applicano a tutti i cittadini, italiani e degli Stati membri della CEE, iscritti al Servizio sanitario nazionale.

9-ter. All'onere derivante dall'applicazione delle disposizioni di cui al comma 9-bis, valutato in lire 2.500.000.000 per l'anno 1990 e in lire 5.000.000.000 annui a decorrere dall'anno 1991, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1989-1991, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1989, utilizzando la proiezione dell'accantonamento «Ratifica ed esecuzione di accordi internazionali».

9-quater. A decorrere dal 1° luglio 1990 il divieto di esercitare qualsiasi forma di propaganda e pubblicità di cui all'articolo 31, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è esteso alle specialità medicinali da banco.

A questo articolo sono riferiti i seguenti emendamenti:

*Sopprimere il comma 1.*

1.1

IMBRÌACO, TORLONTANO, DIONISI, ZUFFA, RANALLI, MERIGGI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

*Sostituire il comma 1, con il seguente:*

«1. Al fine di razionalizzare l'erogazione di prestazioni diagnostiche (strumentali e di laboratorio) il Ministro della sanità, con proprio decreto, adotta misure finalizzate alla eliminazione delle prestazioni superflue assicurando tuttavia ogni forma di indagine e di prestazione alle patologie che, opportunamente documentate, ne abbiano effettivo bisogno».

1.2

DIONISI, ALBERTI, TORLONTANO, IMBRÌACO, ZUFFA, BERLINGUER, RANALLI, MERIGGI, ONGARO BASAGLIA

*Al comma 1, lettera a), sostituire la cifra «15.000», con la seguente: «5.000».*

1.3

GIUSTINELLI, IMBRÌACO, MERIGGI

*Al comma 1, lettera b), sostituire le parole: «30 per cento», con le altre: «10 per cento».*

1.4

CROCETTA, DIONISI, ALBERTI

*Al comma 1, lettera b), sostituire la cifra «30.000», con la seguente: «10.000».*

1.5

ONGARO BASAGLIA, IMBRÌACO

*Al comma 1, lettera b), sostituire la cifra «60.000», con la seguente: «20.000».*

1.6

TORLONTANO, ZUFFA

*Sopprimere il comma 2.*

1.7

IMBRÌACO, TORLONTANO, DIONISI, ZUFFA, RANALLI, MERIGGI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

*Sopprimere il comma 3.*

1.8

IMBRÌACO, TORLONTANO, DIONISI, ZUFFA, RA-  
NALLI, MERIGGI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

*Sopprimere il comma 4.*

1.9

IMBRÌACO, TORLONTANO, DIONISI, ZUFFA, RA-  
NALLI, MERIGGI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

*Sopprimere il comma 5.*

1.10

IMBRÌACO, TORLONTANO, DIONISI, ZUFFA, RA-  
NALLI, MERIGGI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

*Sostituire il comma 5, con il seguente:*

«5. A partire dal 1° gennaio 1990 sono escluse dal prontuario terapeutico del Servizio sanitario nazionale tutte le specialità medicinali di non provata efficacia e/o con rapporti rischio-beneficio e costi-beneficio non favorevoli».

1.11

IMBRÌACO, TORLONTANO, DIONISI, ZUFFA, RA-  
NALLI, MERIGGI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

*Sostituire il comma 5, con il seguente:*

«5. (*Criteri di formulazione del prontuario terapeutico – Informazione scientifica sui farmaci*). – A partire dal 1° gennaio 1990 il prontuario terapeutico del Servizio sanitario nazionale è diviso in due fasce: A e B.

La fascia A risponde alle effettive esigenze di tutela della salute della popolazione e risulta completamente gratuita. Essa comprende, nell'ambito di ciascuna categoria di prodotti, esclusivamente i farmaci che, elencati dall'Organizzazione mondiale della sanità, devono considerarsi essenziali, dotati di provata efficacia e favorevole rapporto beneficio rischio e rispondenti a criteri di economicità rispetto a farmaci della stessa categoria, tenuto conto nei prezzi della quota eventualmente riconosciuta per la ricerca scientifica. Il numero delle confezioni della fascia A non può superare di tre volte il numero dei farmaci essenziali indicati dall'Organizzazione mondiale della sanità. La fascia A comprende anche i prodotti ad uso contraccettivo.

La fascia B, al fine di rispondere alle esigenze di una progressiva razionalizzazione della produzione, del mercato e dell'uso del farmaco, comprende, temporaneamente e comunque per un periodo non superiore a tre anni:

a) i prodotti che, rispondendo a criteri di efficacia pari a quelli dei prodotti della fascia A, non rispondono a criteri di economicità;

b) i prodotti la cui efficacia è marginale o tuttora in discussione o non sufficientemente comprovata, purchè sia accertato che il loro impiego non comporti rischi per gli assuntori».

1.20

ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

*Sopprimere il comma 6.*

1.12

IMBRÌACO, TORLONTANO, DIONISI, ZUFFA, RA-  
NALLI, MERIGGI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

*Sostituire il comma 6, con il seguente:*

«6. È abolita ogni forma di partecipazione alla spesa farmaceutica relativamente alle specialità medicinali inserite nel prontuario terapeutico a seguito delle esclusioni di cui al comma 5».

1.13

IMBRÌACO, TORLONTANO, DIONISI, ZUFFA, RA-  
NALLI, MERIGGI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

*Sostituire il comma 6, con il seguente:*

«6. Alla fascia B si applica un *ticket* del 30 per cento per il primo anno, del 40 per cento per il secondo, del 50 per cento per il terzo.

La consistenza numerica in termini di specialità incluse nella fascia B deve ridursi, rispetto al prontuario terapeutico in vigore al 25 settembre 1989, di almeno il 10 per cento il primo anno e il 20 per cento il secondo, fino a raggiungere alla fine del terzo anno il 50 per cento dell'ammontare iniziale. Detta riduzione deve applicarsi in maniera omogenea entro ciascuna delle principali categorie di prodotti. La fascia B viene eliminata dal prontuario terapeutico entro la fine del quarto anno.

Onde garantire la fornitura ai fini dell'impiego in casi particolari, soprattutto in ambito ospedaliero, di prodotti che, a seguito delle disposizioni fin qui indicate, potrebbero rendersi indisponibili, il Ministero della sanità deve prendere tempestivamente tutte le misure necessarie all'approvvigionamento, anche direttamente all'estero, e alla distribuzione dei prodotti alle strutture sanitarie che ne facciano motivata richiesta. L'onere finanziario corrispondente a tali misure viene posto a carico del bilancio delle strutture sanitarie medesime.

Entro centottanta giorni dalla data di cui al comma 1 il Ministero della sanità, di concerto con le Regioni e sentito l'Istituto superiore di sanità, definisce, con proprio decreto, le modalità di adeguati programmi di monitoraggio miranti sia alla raccolta dei dati sui profili farmacoterapeutici e tossicologici, sia all'accertamento di impieghi impropri di farmaci indipendentemente dalla fascia di appartenenza, sia alla valutazione delle condizioni che determinano l'impiego di farmaci dalla fascia B. A tal fine si utilizzano fondi a destinazione vincolata, ai sensi delle disposizioni vigenti, alle attività dei servizi informativi del Servizio sanitario nazionale.

Al Servizio sanitario nazionale spettano compiti di informazione scientifica sui farmaci e di controllo sull'attività di informazione scientifica delle imprese titolari delle autorizzazioni alla immissione in commercio di farmaci».

1.21

ALBERTI, ONGARO, BASAGLIA

*Sopprimere il comma 7.*

1.14

IMBRÌACO, TORLONTANO, DIONISI, ZUFFA, RA-  
NALLI, MERIGGI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

*Sostituire il comma 7, con il seguente:*

«Il prontuario terapeutico deve contenere, per singole categorie di farmaci, le informazioni essenziali sullo stato delle conoscenze scientifiche riguardanti l'efficacia e il rapporto beneficio-rischio, la priorità di impiego dei diversi prodotti sulla base del doppio criterio dell'efficacia e dell'economicità, precisando le condizioni alle quali è accettabile il ricorso, in particolari casi, a prodotti di meno elevata priorità anzichè a prodotti di più elevata priorità. Le attività di informazione scientifica sui farmaci, svolte direttamente dall'industria farmaceutica, in particolare dagli informatori scientifici, dovranno essere conformi ai criteri sopra indicati.

Il Ministero della sanità, di concerto con le Regioni, si farà promotore di una campagna di educazione sanitaria mirante ad informare gli operatori sanitari e la popolazione sul fatto che i farmaci della fascia A rispondano effettivamente, alla luce delle attuali conoscenze scientifiche, a tutte le esigenze della terapia in ambito extraospedaliero, chiaramente indicando i motivi per i quali il ricorso a prodotti della fascia B di cui alla lettera *a*) del comma 3 non possa creare alcun beneficio aggiuntivo e il ricorso a prodotti della fascia B di cui alla lettera *b*) del comma 3 non risponda ai criteri della buona pratica medica».

1.22

ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

*Dopo il comma 7-bis, inserire il seguente:*

«7-ter. La quota di partecipazione alla spesa per le cure termali è determinata nella misura del 30 per cento delle tariffe convenzionate, con arrotondamento alle 500 lire superiori, con il limite di lire 30.000 per il ciclo di cura. Con il decreto ministeriale di cui al comma 2 sono indicate le tariffe e le relative quote di partecipazione alla spesa. Per i lavoratori dipendenti che effettuano le cure termali al di fuori del periodo di ferie o di congedo ordinario la prestazione deve iniziare entro trenta giorni dalla richiesta del medico curante. Le prestazioni termali di natura preventiva erogate dall'INPS non danno titolo all'indennità economica di malattia».

1.15

LA COMMISSIONE

*Sopprimere il comma 9.*

1.16

LA COMMISSIONE

*Sostituire il comma 9, con il seguente:*

«9. Il comma 14 dell'articolo 19 della legge 11 marzo 1988; n. 67, è sostituito dal seguente:

“14. Le spese sostenute da aziende produttrici di farmaci, per promuovere ed organizzare congressi, convegni, viaggi ad essi collegati, relativi a specialità medicinali di cui alle lettere *a*) e *b*) del comma 4 sono deducibili ai fini della determinazione del reddito di impresa nel limite non superiore all'uno per cento quando hanno finalità di rilevante interesse

313<sup>a</sup> SEDUTA (*antimerid.*)

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

23 NOVEMBRE 1989

scientifico con esclusione di scopi pubblicitari, in conformità ai criteri stabiliti dal Ministro della sanità con proprio decreto da emanarsi entro il 30 novembre 1989 sentite le competenti commissioni parlamentari"».

1.17

MERIGGI, ZUFFA, BERLINGUER, IMBRÌACO, RANALLI, TORLONTANO, DIONISI, ALBERTI

*Sopprimere il comma 9-quater.*

1.18

LA COMMISSIONE

*Aggiungere, in fine, i seguenti commi:*

«... Il Ministro della sanità e le Regioni provvedono entro il 30 novembre 1989 alla revoca delle convenzioni con i laboratori privati di diagnostica strumentale e di laboratorio che non si sono adeguati alle disposizioni del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 10 febbraio 1984.

... I laboratori pubblici di diagnostica strumentale e di laboratorio assicurano il servizio per dodici ore al giorno. È autorizzata l'assunzione del personale in deroga alle disposizioni vigenti.

... Per l'attuazione del disposto di cui al comma 9-ter e per il potenziamento dei laboratori pubblici di diagnostica strumentale e di laboratorio sono destinati attraverso le Regioni, 1.500 miliardi della quota di 10.000 miliardi già ripartiti, di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67».

1.19

MERIGGI, DIONISI, TORLONTANO, IMBRÌACO, BERLINGUER, ZUFFA, RANALLI, ONGARO BASAGLIA

*Invito i presentatori ad illustrarli.*

\* IMBRÌACO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, gli emendamenti che abbiamo presentato all'articolo 1 e che in sostanza riguardano la soppressione di tutti i *tickets* sono stati abbondantemente illustrati nella discussione generale.

Molto brevemente voglio ricordare, rispondendo al Ministro che non ha accettato nulla del contraddittorio che si era sviluppato nell'arco della discussione generale, che proprio su questo argomento potremmo verificare la volontà positiva di un Governo che non intende operare la scelta della penalizzazione dei più deboli in favore dei grandi interessi delle industrie farmaceutiche a tecnologia avanzata, dei laboratori e così via.

Le misure alternative su questo terreno sono molto semplici: noi abbiamo dimostrato che il 20 per cento delle prestazioni in ordine a richieste di indagini di laboratorio e strumentali, di ricoveri e di prescrizione di farmaci, il 20 per cento di queste prescrizioni e prestazioni – ripeto – è inutile. Non c'è famiglia italiana che non abbia a casa decine e decine di confezioni di farmaci non utilizzate o sottoutilizzate; chiunque sa bene quanta gente si ricovera perché non trova risposta nella assistenza medica domiciliare a problemi di piccola patologia. Sono cose scontate.

Onorevole Ministro, lei cosa ha fatto e cosa hanno fatto i suoi predecessori per mettere ordine nella erogazione di questi servizi? Nulla. A questo punto la spesa si dilata; pensate che il 20 per cento in meno di queste prestazioni superflue in ordine alle tre voci significa un risparmio netto di 10.000 miliardi all'anno, ben più di quanto non si rastrelli attraverso la misura dei *tickets*.

Per quanto riguarda i laboratori di analisi, il decreto del Presidente del Consiglio Craxi di cinque anni fa imponeva la chiusura di tutti i laboratori che non rispondessero a determinati requisiti. Quanti laboratori ha chiuso, signor Ministro, in riferimento al decreto Craxi del 1984? In realtà bugigattoli senza luce e senza mezzi continuano a guadagnare centinaia e centinaia di milioni all'anno per indagini o effettuate male o sicuramente inutili.

### Presidenza del presidente SPADOLINI

(Segue IMBRÌACO). Per quel che riguarda le strutture pubbliche, onorevole Ministro, signori del Governo, perchè i laboratori di analisi strumentali delle strutture pubbliche debbono lavorare, sì e no, due ore al giorno e le strutture private lavorano dodici ore, *full time*? Perchè hanno bloccato le assunzioni di personale negli ospedali e per queste strutture fondamentali e si è di converso favorito il dilagare delle convenzioni con le strutture private? E poi le incompatibilità; cosa ci vuole per vietare a chi opera nella struttura pubblica di servirsi della struttura pubblica per drenare questa domanda nel laboratorio privato e nella clinica privata?

Ecco, signor Ministro, quali sono le ragioni per le quali chiediamo di sopprimere i *tickets* e di avviare immediatamente una politica alternativa che operi in direzione del risparmio e della qualificazione della spesa. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

DIONISI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, do per illustrati gli emendamenti 1.2, 1.7 ed 1.4.

TORLONTANO. Signor Presidente, gli emendamenti 1.6, 1.11 e 1.13 si illustrano da sè.

MERIGGI. Signor Presidente, l'emendamento 1.17 si illustra da sè.

ONGARO BASAGLIA. Signor Presidente, diamo per illustrato l'emendamento 1.5, perchè è già stato illustrato, come i successivi, durante la discussione generale.

PRESIDENTE. Invito il relatore ed il rappresentante del Governo a pronunziarsi sugli emendamenti in esame.

MELOTTO, *relatore*. Signor Presidente, il parere del relatore è contrario, perchè già nella relazione e nella replica ho spiegato i motivi per i quali

siamo favorevoli, pur avendo presentato alcune proposte di modifica, al decreto-legge al nostro esame, emanato dal Governo.

Do per illustrati gli emendamenti 1.15, 1.16 e 1.18, presentati dalla Commissione.

**DE LORENZO**, *ministro della sanità*. Signor Presidente, concordo con quanto detto dal relatore.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento 1.1.

#### **Verifica del numero legale**

PRESIDENTE. Comunico che, da parte dei senatori Giustinelli, Berliner, Imbriaco, Tossi Bratti, Garofalo, Bochicchio Schelotto, Petrara, Lops, Ranalli, Meriggi, Ongaro Basaglia, Dionisi e Corleone, è stata richiesta la verifica del numero legale.

Prego il senatore segretario di procedere all'appello dei senatori che hanno chiesto il congedo e dei senatori assenti per incarico avuto dal Senato, per verificare se qualcuno di loro si trovi in questo momento in Aula, modificando, con la sua presenza, il computo del numero legale.

(*FERRAGUTI, segretario, procede all'appello dei senatori che hanno chiesto congedo e dei senatori assenti per incarico avuto dal Senato. Risultano presenti i senatori Fabbri e Zanella, che risultavano assenti per congedo, ed il senatore Triglia, che risultava assente per incarico avuto dal Senato*).

PRESIDENTE. Invito i senatori a far constatare la loro presenza mediante procedimento elettronico.

(*Segue la verifica del numero legale*).

Il Senato non è in numero legale.

Sospendo pertanto la seduta per un'ora.

(*La seduta, sospesa alle ore 11,50, è ripresa alle ore 12,50*).

#### **Sui lavori del Senato**

PRESIDENTE. Comunico ai colleghi senatori che la Conferenza dei Presidenti dei Gruppi, che si è testé riunita, con la partecipazione dei vice Presidenti del Senato e del rappresentante del Governo, ha accolto all'unanimità la mia proposta di fissare a mercoledì 6 dicembre il termine definitivo dell'*iter* del disegno di legge n. 1509 e connessi sulle tossicodipendenze, termine che tutti i Gruppi si sono impegnati a rispettare.

La Conferenza si riunirà quindi ancora oggi pomeriggio per definire il calendario del nostro lavoro fino a mercoledì 6 dicembre prossimo (calendario che sarà poi letto in Aula) in base alle intese stabilite con i Gruppi per l'utilizzazione del tempo relativo all'illustrazione degli emendamenti e degli ordini del giorno.

Resta fissato che la discussione generale di questa legge verrà chiusa domani pomeriggio, e ad essa sono dedicate tre sedute: la pomeridiana di oggi, che si prolungherà fino alle 22-22,15, per evitare la seduta notturna, in modo da recuperare almeno in parte il tempo che questa mattina abbiamo perduto; due sedute domani, antimeridiana alle ore 9,30 e pomeridiana alle ore 16,30. In queste sedute si esaurirà la discussione generale, mentre le repliche dei relatori e dei Ministri saranno rinviate a martedì 28 novembre alle ore 16.

**Ripresa della discussione**

**PRESIDENTE.** Metto ai voti l'emendamento 1.1, presentato dal senatore Imbriaco e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.2, presentato dal senatore Dionisi e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.3, presentato dal senatore Giustinelli e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.4, presentato dal senatore Crocetta e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.5, presentato dai senatori Ongaro Basaglia e Imbriaco.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.6, presentato dai senatori Torlontano e Zuffa.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.7, presentato dal senatore Imbriaco e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.8, presentato dal senatore Imbriaco e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.9, presentato dal senatore Imbriaco e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.10, presentato dal senatore Imbriaco e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.20, presentato dai senatori Alberti e Ongaro Basaglia.

**Non è approvato.**

Passiamo alla votazione dell'emendamento 1.11.

TORLONTANO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

TORLONTANO. Signor Presidente, signor Ministro, colleghi senatori, per nostra fortuna in campo sanitario ed in particolare in quello della regolamentazione dei farmaci, grazie alla necessità di allinearci con la CEE, molte cose possono cambiare in meglio. Peraltro non sembra necessario che l'attuale Ministro della sanità si faccia carico delle tante responsabilità del passato. Ieri in Commissione sanità si è accennato alla possibilità che farmaci di origine straniera, non autorizzati nel paese di origine, possano tuttavia essere registrati e commercializzati in Italia. Oggi posso confermare ciò, almeno per un recente passato. Mi auguro comunque che ci sia oggi un decisivo cambiamento, anche con l'ausilio della Commissione unica per il farmaco.

Desidero accennare brevemente a due episodi che chiariscono abbastanza bene quale sia stata la politica del farmaco e delle apparecchiature sanitarie in Italia per tanti anni.

Per quanto riguarda le apparecchiature sanitarie, c'è ancora un grande vuoto nella relativa regolamentazione. Non esiste ancora un controllo centrale che preceda l'immissione nel nostro mercato di tanto materiale di altissimo costo, con la valutazione dei parametri relativi al costo e alle prestazioni. Eppure disponiamo da tempo di due importanti laboratori dell'Istituto superiore di sanità, organo tecnico del Ministero della sanità, in grado di valutare sia l'aspetto strettamente tecnologico, elettronico e non, delle apparecchiature, sia le relative prestazioni a livello clinico. Si tratta dei laboratori per le biotecnologie e per la biochimica clinica.

Sarebbe ottima cosa se l'onorevole Ministro, in analogia con le iniziative assunte in vari settori della sanità, decidesse dei controlli su scala nazionale, sulla utilizzazione di tante apparecchiature abbandonate negli scantinati degli ospedali e sui sistemi di acquisto che riguardano, a quanto sembra, talora anche apparecchiature tecnicamente superate. Il primo episodio che desidero esporre riguarda il settore delle apparecchiature: una grande multinazionale, desiderando presentare a Milano un nuovo modello molto

sofisticato e costoso di contatore delle cellule ematiche, mi propose di partecipare come *chairman* ad un simposio sull'argomento. Sarebbe stata la prima presentazione in Europa dell'apparecchiatura e la scelta del mio nome era dovuta alla mia appartenenza al Comitato internazionale per la standardizzazione dei metodi ematologici. Mi sentii offeso e rifiutai l'invito quando, alla mia domanda sul perché il primo lancio europeo avvenisse in Italia e a Milano, mi fu risposto dal sorridente funzionario italiano: «Perchè l'Italia è un paese di conquista».

Il secondo episodio esemplare da me vissuto riguarda la gestione dei farmaci, almeno in un passato recente. Ero in visita, nel 1986, di un grande laboratorio di ricerca farmaceutica nei pressi di New York. Qui si produceva e si produce tuttora un farmaco immunomodulatore di alto costo e oggi di grandissimo smercio in Italia, dove è molto prescritto anche nei portatori del virus HIV dell'AIDS nonostante l'inesistenza di prove di efficacia. Colpito dalla larghissima diffusione di bandierine italiane incrociate con quella americana, ne chiesi la ragione. Mi fu risposto che l'Italia era il primo paese europeo che aveva registrato e messo in vendita il prodotto. La cosa più incredibile fu che alla domanda se il farmaco avesse avuto l'autorizzazione alla messa in vendita negli Stati Uniti, seguì una risposta negativa. Non so se in seguito questo farmaco sia stato autorizzato negli USA.

Mi auguro che oggi, in ragione dei nostri obblighi europei, i criteri di registrazione dei farmaci siano più rigorosi. Comunque farmaci già registrati, secondo modalità scientificamente opinabili, hanno raggiunto da noi delle diffusioni di mercato incredibili, in ciò incentivate da un sistema di propaganda che spesso sembra sconfinare in forme ben poco scrupolose. Tale sembra, ad esempio, l'organizzazione di «riunioni scientifiche» in posti lontanissimi e ameni nei vari continenti.

Per concludere desidero fare alcune considerazioni riguardanti il Comitato unico per il farmaco. Questo comitato dovrebbe agire in modo unitario dato che la ventilata suddivisione in sottocomitati ne ridurrebbe l'operatività.

Signor ministro, oggi dovendo seguire una regolamentazione europea, abbiamo la possibilità di riorganizzare al meglio tutto il nostro sistema sanitario. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

**PRESIDENTE.** Metto ai voti l'emendamento 1.11, presentato dal senatore Imbriaco e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.12, presentato dal senatore Imbriaco e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.21, presentato dai senatori Alberti e Ongaro Basaglia.

**Non è approvato.**

L'emendamento 1.13, presentato dal senatore Imbriaco e da altri senatori, deve intendersi assorbito dalla precedente votazione.

Metto ai voti l'emendamento 1.14, presentato dal senatore Imbriaco e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.22, presentato dai senatori Alberti e Ongaro Basaglia.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.15, presentato dalla Commissione.

**È approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.16, presentato dalla Commissione.

**È approvato.**

L'emendamento 1.17, presentato dal senatore Meriggi e da altri senatori, è precluso.

Passiamo alla votazione dell'emendamento 1.18.

NEBBIA. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

\* NEBBIA. Signor Presidente, la Sinistra indipendente voterà contro questo emendamento. Non ho bisogno di ricordare che esso fu introdotto alla Camera su proposta proprio della Sinistra indipendente per arginare un fenomeno che ha assunto una dimensione grandissima, vale a dire la propaganda e la pubblicità dei prodotti medicinali cosiddetti da banco. È infatti affidato al messaggio pubblicitario l'invito a vendere prodotti senza alcun limite e senza alcun controllo, se si eccettua la frasetta quasi illegibile: «Leggere attentamente le istruzioni».

A vasta parte dell'opinione pubblica era sembrato che questo emendamento introdotto dalla Camera rappresentasse un segno di attenzione e di rispetto nei confronti dei consumatori, attraverso l'invito a frenare la propaganda e la pubblicità di prodotti che non hanno alcun controllo.

Chi ha letto con un briciole di attenzione la stampa in questi giorni avrà potuto notare come i potenti interessi da una parte dell'industria farmaceutica e dall'altra del settore pubblicitario si siano scatenati, usando termini come «illiberale» per definire questa limitazione, che invece si schiera dalla parte dei consumatori. Mi rendo conto che molti colleghi hanno fretta e che forse le mie parole cadono in un'Aula distratta, vorrei però raccomandare a coloro i quali dicono – e li sento tanto spesso – di stare dalla parte dei consumatori e della salute di votare contro questo emendamento che sopprime una delle poche manifestazioni di attenzione che il Parlamento rivolge ai consumatori e alla loro salute. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

MISSEVILLE. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

\* MISSERVILLE. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor Ministro, signor Sottosegretario, preannuncio il voto favorevole del Gruppo del Movimento sociale italiano a questo emendamento che ci sembra un atto di saggezza finale, visto che non è dato comprendere a quale filosofia, a quale logica fosse ispirata la norma che vietava la minuta pubblicità di prodotti da banco. Apprezzo sempre gli interventi del senatore Nebbia, ma questa volta mi sembra che mettersi genericamente dalla parte dei consumatori con il ragionamento relativo alla inavvertibilità delle prescrizioni di cautela che sono scritte sulle confezioni di alcuni prodotti non sia una ragione tanto pregnante, tanto seria e determinante da indurci a respingere l'emendamento che viene oggi proposto.

Una risposta dovevo al Ministro in relazione alla sua replica, anche perchè non farò la dichiarazione finale di voto; la farà il senatore Signorelli. Sono sempre alieno dalle polemiche personali che purtroppo conducono a travalicare certi limiti imposti dal buon gusto, e soprattutto dal reciproco rispetto e da quel fondamento di buona educazione che dovrebbe contraddistinguere tutti noi. Tuttavia non posso accettare, signor Ministro, che lei ponga la questione in termini sbagliati, creando un falso problema.

Noi abbiamo mosso delle critiche non al fatto che lei sia andato negli ospedali; chi le parla, insieme al senatore Signorelli, non aspetta di diventare Ministro per andare in visita negli ospedali, ma ci va sempre, perchè ritiene che lì si veda una realtà sociale particolarmente importante ed allarmante nel nostro paese. Le sue iniziative di andare negli ospedali, di mandare i controlli presso le unità sanitarie locali, di far verificare che la panificazione corrisponda ai criteri di legge, e tante altre iniziative apparentemente minori ci trovano perfettamente consenzienti, perchè significano che finalmente il Governo esce fuori dal chiuso dell'acquario in cui vive e viene in contatto con una realtà che spesso è dolorosa.

### Presidenza del vice presidente TAVIANI

(Segue MISSERVILLE). Quel che noi abbiamo criticato, signor Ministro, e rinnoviamo la nostra critica, è che lei, che con tanta attenzione ha gettato la rete degli accertamenti e con altrettanta puntualità ne ha fatto conseguire delle dichiarazioni che sono importanti e gravi sullo sfascio del settore sanitario, si rifiuti poi di prendere dei provvedimenti ultimativi. Infatti, quando si dice in una intervista che ieri era riportata dal quotidiano «Il Giornale d'Italia» di Roma, che esistono delle situazioni in cui vi è una forma di esclusiva in favore di certe strutture private imposta con criteri che sfiorano il camorristico, quando si dice che si lasciano accumulare i residui passivi fino a 5.000 miliardi e non si creano i presupposti per l'ammodernamento delle strutture pubbliche per favorire certe strutture private, si fanno delle denunce che non dovrebbero essere solo espresse sui giornali, ma che dovrebbero essere trasferite sui banchi dell'autorità giudiziaria.

313<sup>a</sup> SEDUTA (*antimerid.*)

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

23 NOVEMBRE 1989

Un Ministro che abbia coscienza di queste cose, che abbia compiuto il suo dovere di accertamento, che ne abbia tratto certe conseguenze, non può poi scandalizzarsi di fronte ad una nostra iniziativa legislativa che è in assonanza con quello che egli afferma. Quando lei, signor Ministro, dice che vuol promuovere una Commissione di inchiesta, e che se fosse deputato semplice lo farebbe, dice una cosa che ci sorprende: lei è il Ministro, quindi promuova una Commissione di inchiesta. Non deve essere lasciata all'iniziativa del parlamentare o dei Gruppi parlamentari una idea di moralizzazione in questo settore; credo che fonte più autorevole e più operativa di un Ministro non ve ne sia. Noi riteniamo perciò che questa nostra proposta abbia una sua serietà e concludenza soprattutto in relazione a quello che lei ha detto: così come l'idea di commissariare quelle USL che siano più disastrate e conseguentemente di fare una verifica non soltanto sotto l'aspetto formale ma anche sotto l'aspetto sostanziale dell'efficienza del settore sanitario ci sembra un'idea che dovrebbe trovare consenziente un Ministro che fosse veramente preoccupato dell'efficienza del suo dicastero e della funzionalità del settore della sanità pubblica.

Signor Ministro, lei non si meravigli, perchè noi facciamo il nostro dovere di opposizione e segnaliamo certi fenomeni; raccogliamo dei segnali che provengono dalla sua persona e dal suo Ministero. Non può creare un falso problema dicendo: voglio vedere chi è contro la politica degli accertamenti. Noi siamo sempre per la politica della trasparenza, anche per una ragione semplice, che non dovrebbe sfuggirle: non abbiamo responsabilità nelle USL; non abbiamo «comparaggi»; non abbiamo mai creato dei piccoli centri di potere e di clientela; in una parola, se vi è una parte politica che è totalmente aliena da sospetti di questo genere è proprio quella del Movimento sociale italiano. Non le consento perciò di usare questo accorgimento, che, se mi permette, è un accorgimento banale, e cioè di eludere la risposta affermando di voler vedere chi è a favore della politica degli accertamenti.

Noi siamo, e lo ribadiamo fortemente, per la politica degli accertamenti, ma ancora di più affinchè dalla politica degli accertamenti, delle ispezioni e dei controlli se ne deduca e se ne faccia conseguire qualcosa. Infatti, finchè lei si limita a rilasciare delle interviste e ad andare in televisione per denunciare i mali del sistema, noi possiamo dire soltanto che non condividiamo questo atteggiamento remissivo.

Lei ha i mezzi, la possibilità e l'opportunità per cambiare le cose; lo faccia con la sua responsabilità di Ministro prima e di semplice cittadino italiano poi. (*Applausi dalla destra*).

**IMBRÌACO.** Domando di parlare per dichiarazione di voto.

**PRESIDENTE.** Ne ha facoltà.

\* **IMBRÌACO.** Signor Presidente, il Gruppo comunista, facendo proprie le motivazioni espresse dal senatore Nebbia, annuncia il voto contrario all'emendamento 1.18, presentato dalla Commissione.

**PRESIDENTE.** Metto ai voti l'emendamento 1.18, presentato dalla Commissione.

**È approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 1.19, presentato dal senatore Meriggi e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Ricordo che il testo dell'articolo 1-bis del decreto-legge, introdotto dalla Camera dei deputati, è il seguente:

**Articolo 1-bis.**

*(Incentivi per la produzione, commercializzazione e pubblicizzazione delle siringhe monouso autobloccanti)*

1. Al fine di prevenire la diffusione delle patologie derivanti dall'uso multiplo di siringhe sono stanziati, per l'anno 1990, dieci miliardi di lire, da iscrivere nel capitolo dello stato di previsione del Ministero della sanità riguardante le misure di prevenzione dell'AIDS.

2. La somma di cui al comma 1 è destinata alla realizzazione di misure di sostegno ed incentivazione alla produzione, commercializzazione e pubblicizzazione delle siringhe monouso autobloccanti, finalizzate alla progressiva sostituzione sul mercato delle siringhe da insulina. Entro due mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto il Ministro della sanità, con proprio decreto, da adottarsi di concerto con il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, adotta un apposito piano per la realizzazione delle finalità di cui al presente articolo.

Passiamo all'esame degli emendamenti riferiti all'articolo 2 del decreto-legge.

Ricordo che l'articolo, comprendente le modificazioni apportate dalla Camera dei deputati, è il seguente:

**Articolo 2.**

*(Esenzioni dalla partecipazione alla spesa)*

1. Sono esentati dal pagamento di tutte le quote di partecipazione alla spesa sanitaria:

a) i cittadini cui sia riconosciuta dai comuni di residenza la condizione di indigenza di cui all'articolo 32, primo comma, della Costituzione;

b) i titolari di pensione di vecchiaia con reddito imponibile lordo fino a lire sedici milioni, incrementato fino a lire ventidue milioni di reddito complessivo lordo in presenza del coniuge a carico ed in ragione di un ulteriore milione per ogni figlio a carico; non concorre alla determinazione del reddito l'unità immobiliare di proprietà, adibita dal pensionato ad abitazione propria o posseduta come residenza secondaria o comunque a disposizione, se costituente l'unica unità immobiliare posseduta. Per titolari di pensione di vecchiaia si intendono tutti coloro che, a prescindere dall'ordinamento pensionistico di appartenenza, abbiano raggiunto l'età per

il collocamento a riposo prevista dall'assicurazione generale obbligatoria per i lavoratori dipendenti; rientrano tra i beneficiari anche i titolari di pensione di invalidità, di anzianità e di reversibilità, purchè abbiano raggiunto l'età anzidetta e rientrino nei limiti di reddito di cui alla presente lettera;

c) i titolari di pensione sociale;

d) i familiari a carico dei soggetti indicati nelle lettere a), b) e c).

2. L'esenzione dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria spetta, quando ricorrono le condizioni di cui al comma 1, anche agli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale.

3. È abrogata ogni altra esenzione dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria, con esclusione delle esenzioni riferite a forme morbose determinate, ai protocolli per la tutela della maternità, alle categorie di invalidi ed assimilati di cui alla normativa vigente, ai donatori di organi e di sangue in connessione con gli atti di donazione, agli accertamenti del possesso dei requisiti di idoneità da parte delle ragazze e dei ragazzi che si avviano alla attività sportiva agonistica nelle società dilettantistiche.

4. Le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al comma 1, nonchè le modalità di accertamento dei requisiti soggettivi ivi indicati, sono quelle determinate con decreto del Ministro dell'interno 20 maggio 1989, n. 179, adottato di concerto con i Ministri della sanità e delle finanze. I comuni interessati possono avvalersi, ai fini dei necessari controlli, dell'Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di finanza. Con decreto del Ministro delle finanze sono stabiliti tempi e modi per l'effettuazione di accertamenti fiscali nei confronti dei soggetti di cui al comma 1 che abbiano ottenuto l'esenzione. Chiunque, con qualsiasi mezzo, ottiene indebitamente l'esenzione dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria è punito ai sensi dell'articolo 640, secondo comma, n. 1, del codice penale.

A questo articolo sono riferiti i seguenti emendamenti:

*Al comma 1, lettera b), sopprimere le parole: «purchè abbiano raggiunto l'età anzidetta».*

2.1

IMBRÌACO, BERLINGUER, ZUFFA, DIONISI, RANALLI, ALBERTI, MERIGGI, TORLONTANO

*Al comma 2 aggiungere, in fine, le seguenti parole: «ivi comprese le donne straniere anche non iscritte al Servizio sanitario nazionale relativamente ai protocolli per la tutela della maternità e alle prestazioni di cui alla legge 29 luglio 1975, n. 405».*

2.2

ZUFFA, ONGARO BASAGLIA, IMBRÌACO, RANALLI, MERIGGI, DIONISI, TORLONTANO, BERLINGUER

*Dopo il comma 2, aggiungere i seguenti:*

*«2-bis. È comunque garantita l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini immigrati dai paesi extracomunitari che si trovano sul territorio nazionale in condizione di profugo o rifugiato politico.*

*2-ter. Per i cittadini immigrati dai paesi extracomunitari presenti sul territorio nazionale in attesa di regolarizzazione della loro posizione, è*

garantita l'assistenza sanitaria per un periodo di dodici mesi, previa iscrizione nell'elenco speciale da istituirsi presso le unità sanitarie locali competenti del territorio.

2-quater. Le unità sanitarie locali, per l'assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari, di cui al comma 2-ter, provvedono ad una contabilità separata.

2-quinquies. Alla copertura dei costi sostenuti dalle unità sanitarie locali, si provvede con trasferimenti semestrali alle Regioni da parte del Ministero della sanità. Gli oneri sono a carico dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità, al capitolo "Assistenza sanitaria agli stranieri in Italia"».

2.3

MERIGGI, RANALLI, TORLONTANO, IMBRÌACO,  
ZUFFA, BERLINGUER, ALBERTI, DIONISI

*Al comma 3, dopo le parole «per la tutela della maternità», inserire le seguenti: «, alle prestazioni di consultorio familiare e comunque previste ai sensi delle leggi 22 maggio 1978, n. 194, e 29 luglio 1975, n. 405».*

2.4

ZUFFA, ONGARO BASAGLIA, DIONISI, IMBRÌACO,  
RANALLI, BERLINGUER, MERIGGI, ALBERTI

*Al comma 4, sopprimere il secondo, il terzo e il quarto periodo.*

2.5

RANALLI, IMBRÌACO, BERLINGUER, MERIGGI,  
DIONISI, ZUFFA, TORLONTANO

Invito i presentatori ad illustrarli.

\* IMBRÌACO. Signor Presidente, con l'emendamento 2.1 si fa riferimento alla possibilità di far godere delle esenzioni anche gli invalidi, i pensionati e coloro che hanno avuto la pensione di reversibilità pur non avendo raggiunto l'età di 60 anni.

Si tratta evidentemente di sanare un'ingiustizia che si verifica a danno di persone che, probabilmente soltanto perchè non hanno maturato l'età necessaria ma versano in condizioni di salute ed economiche disastrose, non beneficiano di questa esenzione di cui godono tutti i pensionati che raggiungono i 60 anni.

È questo il senso del nostro emendamento.

ONGARO BASAGLIA. Signor Presidente, per quanto riguarda gli emendamenti 2.2 e 2.4, credo che essi non abbiano alcun bisogno di essere ulteriormente illustrati. Mi rivolgerei però in particolare, conoscendone la sensibilità verso questi problemi, al sottosegretario alla sanità Marinucci Mariani che, nel caso consentisse che questi due emendamenti fossero bocciati, sarebbe forse in contraddizione con posizioni assunte in altre occasioni.

MERIGGI. Signor Presidente, non voglio spendere tante parole per richiamare l'attenzione sul problema degli immigrati extracomunitari e sulle loro condizioni di vita e di lavoro nel nostro paese.

Potrei anche dire che l'emendamento 2.3 si illustra da sè, ma voglio solamente ricordare ai colleghi l'ordine del giorno votato dal Senato nel corso del dibattito sulla finanziaria – quindi pochi giorni fa – in merito al problema degli immigrati extracomunitari, con il quale si impegnava il Governo ad assumere provvedimenti per far fronte a questo delicato ed anche complesso problema.

Quindi, voglio richiamare l'attenzione sulla drammaticità della situazione di centinaia di migliaia di cittadini extracomunitari immigrati nel nostro paese, di cui la stragrande maggioranza vive in condizioni inumane, privi di assistenza sanitaria e di quei diritti che concorrono a tutelare la dignità civile di ogni persona umana.

Con il provvedimento al nostro esame abbiamo l'occasione per fare un gesto concreto e per dare una risposta a questi cittadini senza voce, come sono stati definiti nel dibattito sulla finanziaria.

Per questi motivi, invito i colleghi ad esprimere un voto favorevole sull'emendamento 2.3 che mira appunto a fornire l'assistenza sanitaria a questi cittadini. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

**RANALLI.** Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, con l'emendamento 2.5 proponiamo di sopprimere una parte del comma 4, che consideriamo repressiva, nell'ambito dell'applicazione del *ticket*, soprattutto per quanto concerne i soggetti socialmente più deboli, i pensionati, i disoccupati, i lavoratori.

Non è vero, signor Ministro, che lei attraverso l'impiego dei carabinieri, della polizia e della guardia di finanza intende esercitare un controllo; in questo caso i soggetti istituzionali sono i comuni, i quali hanno una propria autonomia, propri metodi di indagine e, se vogliono, di controllo. I comuni stessi sono sottoposti a sorveglianza e a controllo.

Qui si tratta di sferrare – questa è la verità – una offensiva nei confronti di quei cittadini che avendo assimilato la cultura del rifiuto del *ticket* si rifiutano appunto di pagarlo. Il Governo in questo articolo invoca addirittura l'applicazione dell'articolo 640 del codice penale, cioè il carcere e forti ammende. Avendo noi presente il quadro variegato della società italiana e i diversi bisogni delle regioni italiane, siamo contrari a questa impostazione. Per questi motivi chiediamo la soppressione di gran parte del comma 4, che non farà altro che aggravare una situazione già resa difficile dall'applicazione di questo odioso *ticket*. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

**PRESIDENTE.** Invito il relatore ed il rappresentante del Governo a pronunziarsi sugli emendamenti in esame.

**MELOTTO, relatore.** Signor Presidente, premesso che la esenzione è largamente diffusa in questo paese per quanto concerne sia i redditi, sia le patologie, sia le ricette, che coprono largamente altri bisogni, il relatore si rimette al Governo pregandolo, nella fase della reiterazione del decreto-legge – che appare ormai inevitabile – di voler pensare un momento al discorso della esenzione, per vedere se è possibile – indipendentemente, collega Ranalli, dalla cultura del *ticket* – portare maggiore chiarezza. La legge dovrebbe essere chiara per tutti. Di solito nei convegni diciamo che l'Italia è divisa in due terzi e un terzo; tuttavia sembra che qui si voglia affermare che tutti i cittadini italiani rientrino in quel terzo di deboli, il che non è vero.

Pertanto quell'ampia fascia di cittadini che gode di un adeguato reddito dovrebbe essere soggetta all'applicazione del *ticket*.

\* DE LORENZO, *ministro della sanità*. Il Governo è contrario a tutti gli emendamenti, tenendo conto che la possibilità del ricorso alla guardia di finanza è uno strumento che viene dato ai comuni, se lo vogliono, per effettuare i controlli. Non si tratta quindi di un controllo imposto dal Governo a livello centrale. Alcuni comuni, come ad esempio quello di Firenze, hanno già iniziato a mettere in moto i meccanismi di controllo per evitare che attraverso l'esenzione basata sull'autocertificazione si compiano iniquità ed ingiustizie, riconosciute peraltro anche dai sindacati i quali si sono dichiarati disponibili a rivedere le norme per evitare che, attraverso il ricorso alla esenzione, l'80 per cento dei consumi ricada su un numero ridotto di esenti.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione degli emendamenti all'articolo 2.

TOTH. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

\* TOTH. Signor Presidente, intervengo particolarmente sugli emendamenti 2.2, 2.3 e 2.4.

Per quel che riguarda i lavoratori extracomunitari, ricordo che una legge organica tratterà tutti gli argomenti attinenti alla loro posizione, sia quello del lavoro, sia i problemi sanitari, sia le questioni della sicurezza: la loro posizione verrà pertanto esaminata in quella sede.

La normativa al nostro esame, all'articolo 2 nel testo in cui oggi si presenta, contempla già perfettamente la possibilità di dare protezione a tutti i lavoratori e lavoratrici alla luce delle leggi vigenti, anche per ciò che riguarda la tutela della maternità. L'esenzione, quindi, è già prevista nel testo di legge che ci viene sottoposto.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 2.1, presentato dal senatore Imbrìaco e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 2.2, presentato dal senatore Zuffa e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 2.3, presentato dal senatore Meriggi e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 2.4, presentato dalla senatrice Zuffa e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 2.5, presentato dal senatore Ranalli e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Passiamo all'esame dell'emendamento riferito all'articolo 3 del decreto-legge.

Ricordo che l'articolo, comprendente le modificazioni apportate dalla Camera dei deputati, è il seguente:

### Articolo 3.

*(Ripiano dei disavanzi delle unità sanitarie locali)*

1. Le regioni e le province autonome determinano la maggiore spesa sanitaria corrente per gli esercizi finanziari 1987 e 1988 con i criteri e le modalità di cui agli articoli 1, commi 1 e 4, e 2, commi 1 e 2, del decreto-legge 19 settembre 1987, n. 382, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 ottobre 1987, n. 456, all'uopo utilizzando i modelli di rilevazione che saranno definiti con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, e possono autorizzare, anche in deroga alle vigenti disposizioni, le unità sanitarie locali, gli istituti, gli enti e le università interessati alle operazioni di ripiano, ad iscrivere, tra gli impegni degli esercizi finanziari 1987 e 1988, le obbligazioni effettivamente assunte e le sopravvenienze passive accertate, rispettivamente, entro il 31 dicembre 1987 ed il 31 dicembre 1988, in eccezione ai rispettivi stanziamenti di bilancio.

2. La maggiore spesa di cui al comma 1 è finanziata dalle regioni e dalle province autonome mediante l'impiego delle somme eventualmente non utilizzate, a valere sulle quote degli esercizi finanziari 1987 e 1988 del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, e mediante operazioni di finanziamento con onere di ammortamento a carico del bilancio dello Stato entro i seguenti limiti:

a) 20 per cento con operazioni di mutuo da attivare entro il 31 dicembre 1989 con la Cassa depositi e prestiti, secondo criteri e procedure stabiliti con decreto del Ministro del tesoro;

b) 35 per cento con operazioni di mutuo da attivare nell'anno 1990 con le aziende ed istituti di credito ordinario e speciale, individuati con decreto del Ministro del tesoro e secondo condizioni, durata e modalità stabilite nel decreto medesimo.

3. I mutui di cui al comma 2, che possono essere concessi dalle aziende ed istituti di credito anche in deroga alle loro norme statutarie, sono versati in unica soluzione sul conto corrente generale infruttifero che ciascuna regione e provincia autonoma intrattiene con la Tesoreria centrale dello Stato e sono trasferiti agli enti che gestiscono la spesa sanitaria con vincolo di destinazione. Non si applicano i limiti per l'assunzione di mutui previsti dalle vigenti disposizioni per le regioni e le province autonome.

4. I mutui, entro i limiti indicati nel comma 2, possono essere concessi, in via di anticipazione, sulla base del disavanzo presunto risultante, per ciascuno degli anni 1987 e 1988, dalle rispettive documentazioni contabili previa autorizzazione del Ministero del tesoro. Con successivo provvedimen-

to legislativo saranno determinati modalità e tempi per l'ulteriore finanziamento della spesa sanitaria di cui al comma 1.

5. All'onere derivante dall'applicazione del presente articolo, valutato in lire 330 miliardi per l'anno 1990 e in lire 1.440 miliardi per l'anno 1991 e seguenti, si provvede, per l'anno 1990 mediante parziale utilizzo della proiezione dell'accantonamento «Oneri connessi con il ripiano dei disavanzi USL per l'anno 1987» e per l'anno 1991 mediante utilizzo della proiezione degli accantonamenti «Oneri connessi con il ripiano dei disavanzi USL per l'anno 1987» e «Oneri connessi con il ripiano dei disavanzi USL per l'anno 1988» iscritti, ai fini del bilancio triennale 1989-1991, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1989. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

5-bis. Le regioni e le unità sanitarie locali provvedono, in via prioritaria, al pagamento della spesa farmaceutica per l'anno 1989.

6. I termini del 31 maggio 1989 e del 31 agosto 1989 di cui all'articolo 10, commi 2 e 3, del decreto-legge 2 marzo 1989, n. 65, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 aprile 1989, n. 155, sono differiti, rispettivamente, a pena di decadenza, al 31 dicembre 1989 ed al 30 giugno 1990.

A questo articolo è riferito il seguente emendamento:

*Al comma 2, lettera a), sostituire la parola: «20» con l'altra: «50».*

3.1

LA COMMISSIONE

Invito il relatore ad illustrarlo.

**MELOTTO, relatore.** Signor Presidente, già nella mia relazione avevo trattato il problema del ripiano; l'emendamento 3.1 va in questa direzione aumentando dal 20 al 50 per cento l'onere di ammortamento a carico del bilancio dello Stato.

Su questo emendamento vi è il parere contrario della Commissione bilancio per ragioni di copertura; in questo ramo del Parlamento abbiamo peraltro licenziato la legge finanziaria che, se verrà approvata in quel testo, renderà possibile varare un provvedimento già nei primi mesi del prossimo anno. Pertanto pregherei il Governo di fornire assicurazioni all'Assemblea sull'*iter* e sulla finalità di questo provvedimento e di farsi carico, una volta approvata definitivamente la legge finanziaria, di accelerare l'*iter* del ripiano dei debiti. Se il Governo fornisce questa assicurazione, i presentatori ritireranno l'emendamento 3.1.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il Ministro della sanità.

\* **DE LORENZO, ministro della sanità.** Signor Presidente, anche ieri in Commissione ho espresso il parere contrario del Governo su questo emendamento perché allo stato delle cose non c'è copertura. Sono però convinto, come il relatore e la Commissione, che bisogna procedere al ripiano dei debiti con urgenza. Il Governo sa che esiste una quota consistente che non verrà coperta, nonostante il tentativo di aumentare in percentuale la copertura (perchè c'è stato un emendamento del Governo alla Camera che

ha portato un ulteriore 35 per cento) ma posso affermare formalmente che appena approvata la legge finanziaria – essendo previsto l'accantonamento necessario per la copertura del *deficit* – si provvederà con apposito strumento di legge al necessario ripiano.

Chiederei quindi al senatore Melotto e alla Commissione di voler ritirare questo emendamento.

PRESIDENTE. Relatore Melotto, sentite le dichiarazioni del Governo, insiste per la votazione al suo emendamento?

MELOTTO, *relatore*. Lo ritiro.

IMBRÌACO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

\* IMBRÌACO. Signor Presidente, il Gruppo comunista fa suo l'emendamento 3.1.

A nostro giudizio, mentre si sta per concludere questo provvedimento, che il Gruppo comunista si è sforzato di far capire quanto inutile e dannoso sia per le sorti del Servizio sanitario, in questo scorso di discussione abbiamo la dimostrazione plateale di quanto il Governo sia lontano dalle dichiarazioni di buoni propositi che ha fatto. Con questo emendamento si vorrebbero sanare i debiti, accumulati per la sottostima e per la mancata programmazione centrale, di due anni di gestione delle USL, non per colpa degli sprechi delle USL, per le ruberie o per i furti di cui si è cianciato e parlato. No, perchè le USL e le regioni hanno avuto molto meno di quanto il fabbisogno reale esigeva. Ebbene, soltanto in quei due anni, nel 1987 e nel 1988, si sono cumulati debiti per più di 14.000 miliardi. Il provvedimento, nella sua stesura originaria, prevedeva, e prevede se verrà accolta l'impostazione finale del Ministro, la sanatoria di questi debiti solo per il 55 per cento, di cui per il 20 per cento con il ricorso alla Cassa depositi e prestiti e per il 35 per cento con il ricorso al credito ordinario, cioè alle banche pubbliche, e non si è neppure calcolato quanto verrà a costare questa operazione di prestiti bancari.

Ebbene, la maggioranza ha avvertito il ridicolo – consentitemi – di fronte al quale si trovava esposto il Parlamento e per la ventesima volta, di fronte ad una sottostima; la stessa maggioranza ha sentito il bisogno di limare questa impostazione e ha presentato questo emendamento, correggendo alla lettera a) l'indicazione del 20 per cento del ricorso alla Cassa depositi e prestiti con quella del ricorso per il 50 per cento. Non si sanava tutto, ma era la testimonianza di una buona volontà per correggere la distorsione vistosa nella quale era caduto il Governo. A questo punto si scopre che non c'è la copertura e tutto ritorna in alto mare.

Affido al vostro buon senso e alla vostra riflessione personale la credibilità di questa operazione e, se mi consentite, la credibilità del Governo nel suo complesso. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 3.1, presentato dalla Commissione, poi ritirato, fatto proprio dal senatore Imbriaco.

**Non è approvato.**

GIUSTINELLI. Chiediamo la controprova.

PRESIDENTE. Ordino la chiusura delle porte. Procediamo alla controprova mediante procedimento elettronico.

**Non è approvato.**

Ricordo che il testo dei restanti articoli del decreto-legge è il seguente:

**Articolo 4.**

*(Estensione alle unità sanitarie locali  
delle norme sulla tesoreria unica)*

1. A decorrere dal 1° gennaio 1990 le unità sanitarie locali sono inserite nella Tabella A allegata alla legge 29 ottobre 1984, n. 720, e ad esse si applicano tutte le disposizioni che regolano il sistema della tesoreria unica.

2. I tesorieri delle unità sanitarie locali, entro il 29 dicembre 1989, devono versare nelle contabilità speciali infruttifere esistenti, aperte presso le sezioni di tesoreria provinciale dello Stato competenti per territorio, tutte le disponibilità liquide detenute per conto delle unità sanitarie medesime.

3. Nelle more degli accreditamenti di cui al sesto comma dell'articolo 35 della legge 30 marzo 1981, n. 119, su richiesta delle unità sanitarie locali, la Direzione generale del tesoro autorizza le sezioni di tesoreria provinciale dello Stato a corrispondere anticipazioni mensili, ciascuna per un importo non superiore ad un terzo della quota del trimestre precedente. Detti importi, che saranno indicati dalle unità sanitarie locali nella richiesta alla Direzione generale del tesoro, vengono versati dalle sezioni di tesoreria provinciale dello Stato nelle contabilità speciali infruttifere e scritturati dalle medesime in conto sospeso. Le sezioni di tesoreria provinciale dello Stato, all'atto dell'accreditamento nelle contabilità infruttifere delle unità sanitarie locali delle quote indicate nei piani di riparto regionale, provvedono ad eliminare i sospesi di cui sopra, defalcando gli importi anticipati dalle quote relative al riparto.

4. I commi settimo ed ottavo dell'articolo 35 della legge 30 marzo 1981, n. 119, sono abrogati.

**Articolo 5.**

*(Entrata in vigore)*

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

Passiamo alla votazione finale.

FORTE. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FORTE. Molto rapidamente, per esprimere il voto favorevole del Gruppo socialista, dopo gli emendamenti introdotti che, secondo noi, hanno fugato notevole parte delle perplessità che ancora potevano rimanere su questo decreto, la cui importanza è inutile sottolineare. (*Applausi dalla sinistra e dal centro*).

SIGNORELLI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SIGNORELLI. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevole Sottosegretario, onorevoli colleghi, è questo un eccezionale momento per poter parlare soprattutto al collega Ministro, collega medico, collega parlamentare, con il quale ci siamo trovati già dall'altra legislatura a contatto di gomito per parlare di sanità e del significato che essa dovrebbe avere in un paese civile ed organizzato come riteniamo sia l'Italia; e parlo da collega a collega, soprattutto, apertamente, brevemente, sinteticamente e doverosamente, perchè è un obbligo etico.

Signor Ministro, la sindrome da USL non è soltanto un fatto diseconomico, e lei lo sa; la sindrome da USL appartiene ai morbi che colpiscono gli assistiti dal Sistema sanitario nazionale – e non scherzo – perchè quando ci riferiamo ad esso, ritenendo di tutelare sufficientemente la salute del cittadino, della collettività, del nostro ambiente, dovremmo veramente vergognarci. In qualche maniera da parte governativa si insiste nel dire che si potrebbe dare una risposta civile, moderna, umana. Ma nei fatti ciò non accade. Può sembrare quasi ozioso continuare a fare denunce; ne ho fatte tante a nome del Movimento sociale italiano, a nome della gente e a nome personale, perchè io opero ed osservo strutture che mi fanno veramente toccare con mano ogni giorno la disumanità e l'inadeguatezza del sistema. I famosi reparti di lungodegenza, per esempio, sono un'equivoca maniera per contrabbardare i posti letto per i disabili non più autosufficienti, per i quali abbiamo calcolato un numero di posti letto di circa 250 per 100.000 abitanti: la richiesta di assistenza ormai è soprattutto questa. Certamente i *tickets* sono una cosa importante per raffreddare la richiesta di assistenza farmaceutica e per poter far risparmiare qualcosa di fronte ad un sistema politico che ha approfittato anche dei *tickets* e continuerà ad approfittarne perchè rappresentano il momento in cui si forma anche quel piccolo clientelismo nella periferia, che fa poi mantenere stranamente tanti voti ai partiti che pure si sono resi colpevoli di ammanchi che sono del 25 per cento, signor Ministro, della spesa sanitaria. Ammanchi abbelliti con il termine di spreco: 13.000 miliardi per il 1988 e, fuori bilancio da parte delle regioni e delle USL, altri 14.000 miliardi per gli anni 1987 e 1988. Ma sapete quanto è costato il ripiano fuori bilancio dei precedenti tre anni? Sono quasi 21.000 miliardi. Facciamo il conto di tutte queste cifre e vedremo che non è sottostimata la spesa per la sanità, è soprastimata. C'è uno sperpero che rientra nell'autofinanziamento di questo sistema clientelare, ed è per questo che si impoveriscono le strutture e non abbiamo personale e servizi. È questa una denuncia che va ripetuta, perchè non basta dire che si ruba o che si spreca, perchè dovremmo anche attivare qualcosa di più che i NAS e i controlli, ottimamente svolti, per vedere dove sono andati a finire questi soldi. Ecco il significato di aver richiesto, cosa che ufficializzeremo fra poche

313<sup>a</sup> SEDUTA (antimerid.)

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

23 NOVEMBRE 1989

ore, una Commissione d'inchiesta per conoscere che cos'è questa spesa sanitaria soprastimata per avere poi un servizio, una struttura ed un personale del tutto inadeguati. Perfino le somme erogate dal 1985 per finanziare i famosi progetti-obiettivo per gli anziani, per i disabili, per la tossicodipendenza, per i malati di mente e per la riabilitazione sono state distratte o non utilizzate dalle USL.

Già il presidente del Consiglio Goria, in occasione, dell'esame della legge finanziaria di 3 anni fa disse che erano necessari più carabinieri, carceri più larghe, magistrati meno pigri per affrontare i problemi e le colpe del Sistema sanitario nazionale. Allora non credo che possa sconvolgere qualcuno il fatto che oggi, a quattro anni di distanza, affronto questo argomento.

È inutile entrare nel merito dell'articolo del decreto-legge al nostro esame. Signor Ministro, ritengo che sia arrivato il momento di fare i conti, azzerare la situazione e ripartire: commissariamo simultaneamente le unità sanitarie locali e indirizziamoci verso una pianificazione sanitaria che non corrisponda a quelle che stanno preparando le regioni. Vengo dalla Puglia e ho potuto accettare gli stessi difetti che ritrovo nel Lazio. Non possiamo accettare, signor Ministro, che ancora vi siano situazioni come quella di alcuni ospedali e devo denunciare in questa sede, ancora una volta, per la magistratura, quello che accade alla USL 3 di Viterbo, a pochi passi da Roma, dove per costruire un ospedale nuovo dal 1971 si sta sperperando una somma ingente e contemporaneamente si mantiene un vecchio ospedale che vive nella miseria con la giustificazione che è l'unico aperto. Devo denunciare quello che si sta perpetrando nella realizzazione della nuova rete ospedaliera del Lazio e altrove; è una denuncia che sporgo in anticipo perchè torneremo su questi argomenti. Allora, c'è poco da consolarsi quando si dà un voto favorevole su questi provvedimenti (come ho sentito dire). Non è questo il momento per approvare un provvedimento *omnibus* che contempla diversi aspetti sconclusionati, ma è il momento di dare un segno nuovo e diverso, dopo i preannunci del Ministro, per andare verso una civiltà della sanità, quella che viene richiesta anche dai parametri di una Comunità europea che ormai marcia verso omogenee identificazioni.

Per questi motivi, a nome del Movimento sociale italiano e soprattutto personalmente, debbo dichiarare il nostro voto contrario su questo provvedimento. Devo ricordare che, oltre al disegno di legge proposto dal Gruppo che rappresento per il commissariato delle USL e la richiesta che arriverà tra poco per l'istituzione di una Commissione d'inchiesta parlamentare, avete di fronte un altro notevole provvedimento, già presentato da qualche mese, che riguarda l'avocazione allo Stato dei profitti che la classe politica ha consolidato in questi anni. (*Applausi dalla destra*).

SIRTORI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

\* SIRTORI. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, cercherò di essere breve per ovvie ragioni. Innanzitutto devo dire che noi non riusciamo a comprendere e siamo perplessi per l'ostinazione con cui il Governo, da qualche tempo a questa parte, vuole sempre portare avanti questa politica dei *tickets*, anche se ha sempre eluso l'obiettivo (mi sembra che sia la tredicesima o la quattordicesima volta che viene riproposta).

Qualcuno ha sostenuto che può avere un effetto placebo o un effetto stimolante per i cittadini che verrebbero educati in questa maniera, con il viso duro dello Stato, ad essere meno cattivi e più prudenti nei confronti delle istituzioni. Desidero far presente che questi non sono i sistemi che dovrebbero essere utilizzati. Voglio ricordare a molti di voi che avete approvato la legge n. 833 del 1978, sulla istituzione del Servizio sanitario nazionale, in particolare l'articolo 14 dove, proprio al primo punto che riguardava le funzioni delle unità sanitarie locali, si fa un esplicito riferimento (e non a caso al primo punto) all'educazione sanitaria, una educazione sanitaria che per dieci anni è stata completamente ignorata da tutti, per la quale nessuno ha mai provveduto e di cui oggi si possono vedere i pessimi risultati. Allora, invece di puntare più sulla prevenzione, sulla informazione, sulla formazione professionale e sulle scuole di sanità pubblica, proponiamo queste misure che sono meramente ragionieristiche e non certo di indirizzo di politica sanitaria. Questa è la vera realtà e questo è il nodo che deve essere sciolto.

È un vero peccato vedere in questi ultimi tempi la gente un po' spaventata e smarrita di fronte a tale situazione. Ho parlato prima del volto feroce dello Stato contro i cittadini, ma devo dire che oltretutto è contro dei cittadini malati e in un momento in cui poi viene detto a gran voce, non solamente dall'opposizione ma dallo stesso Governo, che la prova dei *tickets* non ha dato grandi soddisfazioni. Infatti si è verificata una forma molto grave di esenzione, denunciata dallo stesso Ministro, nei confronti dei comuni. Del resto, tutti si sono resi conto che queste modifiche, questi cambiamenti che avvengono da un mese all'altro, di due mesi in due mesi, non ottengono altro scopo che far impazzire gli stessi malati che vanno nelle farmacie, i funzionari della sanità pubblica a cominciare da quelli degli ospedali e gli stessi farmacisti, creando così altre griglie di carattere burocratico che non penso diano risultati in termini economici.

Per queste ragioni forse non era proprio il caso di insistere su una simile impostazione. Nè mi ha convinto l'argomentazione del Ministro quando faceva riferimento ad altri paesi che usano questo sistema dei *tickets*. Non mi ha convinto soprattutto perchè, se facciamo riferimento al prodotto interno lordo, dobbiamo anche renderci conto che siamo agli ultimi posti tra i paesi comunitari, anche se bisogna aggiungere i circa due punti in più relativi al privato. Così come siamo fra i paesi europei che hanno la spesa *pro capite* dal piano sanitario più bassa in Europa.

La proposta sui *tickets* penso sia partita male per finire allo stesso modo. Era partita davvero male con le famose 10.000 lire per il ricovero ospedaliero, che ben possono essere considerate ora, col senno del poi, un brutto scherzo nei confronti del precedente Presidente del Consiglio, con tutte le conclusioni e considerazioni che ne sono derivate. Ciò tanto più che mi è stato detto che gli esperti del Ministero avevano fatto una previsione addirittura di 30.000 lire per ricovero ospedaliero: la rivoluzione che c'è stata nel paese per le 10.000 lire si sarebbe trasformata in qualcosa di più irruento se fossero state proposte le 30.000 lire.

Ancora due parole per dirvi che forse a differenza delle volte precedenti noi ci troviamo di fronte ad una novità. Assieme alla sua proposta sui *tickets*, il Ministro sta predisponendo una grossa sorpresa, vale a dire il disegno di legge presentato alla Camera. Spero che questa rivoluzione copernicana non abbia le conseguenze che stiamo sperimentando in questi giorni e soprattutto

che non sia un'altra dimostrazione che questo paese, che riesce a stare 500 anni immobile, senza far niente, nel giro di venti giorni pretende di arrivare all'efficienza degli americani e dei giapponesi.

Siamo coerenti in queste nostre enunciazioni, perchè proprio nel 1987, sempre parlando del ripiano dei bilanci delle unità sanitarie locali, terminavamo il nostro intervento dicendo che l'anno successivo ci saremmo ritrovati qui a piangere ancora sul latte versato e a ricominciare la liturgia dei ripiani dei disavanzi delle USL. Mi rendo conto, signor Ministro, signor Presidente, colleghi, che la storia sta continuando, che non è cambiato niente. È proprio il caso di dire: è morto il re, viva il re.

ONGARO BASAGLIA. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ONGARO BASAGLIA. Signor Presidente, desidero soltanto sottolineare che ormai è chiaro come nel gioco delle parti, con emendamenti presentati ed approvati dal relatore, sollecitato dal Ministro a ritirarli in Commissione, la maggioranza, tanto interessata all'urgenza del provvedimento, giocando sul fatto che gli articoli sul prontuario terapeutico e sui *tickets* sono stati unificati a quelli indispensabili sul ripiano delle unità sanitarie locali, ha in parte bocciato gli emendamenti approvati dalla Camera. In questo modo la stessa maggioranza provoca intenzionalmente il rinvio alla Camera del decreto e quindi il suo automatico decadimento, data la scadenza del 25 novembre prossimo.

Ciò significa soltanto che in questi giorni abbiamo lavorato per consentire al Governo di ripresentare il decreto privo degli emendamenti scomodi presentati dall'opposizione e approvati dalla Camera. Insomma, abbiamo perso due giorni perchè la maggioranza potesse far decadere un decreto per riportarlo alla forma più consona a reiterarlo senza difficoltà, ripresentandolo per la quinta volta al Senato e ripresentandolo poi alla Camera con il ricatto della ulteriore urgenza.

Anche per questo, oltre che per i motivi già esposti dai colleghi Alberti e Nebbia in discussione generale, il Gruppo della Sinistra indipendente è contrario alla conversione di questo decreto, e ritiene doveroso denunciare questo gioco vergognoso. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

DIONISI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DIONISI. Signor Presidente, senatori, non è piacevole nemmeno per chi interviene parlare a quest'ora, con questo clima, ma dovrò approfittare della vostra pazienza per circa dieci minuti. D'altra parte, abbiamo ridotto abbondantemente i tempi per gli emendamenti che non abbiamo illustrato e sui quali non abbiamo fatto dichiarazioni di voto.

Interpretando il senso del dibattito sviluppatosi questa mattina, debbo esprimere a nome del mio Gruppo un no deciso a questo decreto. Giudichiamo gravissima la vostra insistenza sulle scelte e le misure che con esso ci presentate. Riteniamo che ciò non sia frutto di malevoli consigli dell'apparato ministeriale o di cattiva conoscenza dei problemi, ma sia

invece estremamente coerente con un disegno politico che persegue intelligentemente da anni, che tende allo smantellamento graduale dello Stato sociale e alla privatizzazione del Servizio sanitario nazionale come degli altri servizi pubblici fondamentali.

Non a caso negli ultimi anni contemporaneamente alla presentazione di questi provvedimenti e di vostre campagne scandalistiche si tengono convegni ed iniziative pubbliche, quali quelli del Partito liberale del 9 maggio 1989 o quelli ripetuti di Goria (di cui, d'altra parte, sono noti i rapporti stretti con il mondo delle assicurazioni private) e quello ultimo della FTA del 21 del corrente mese, tutti tendenti a dimostrare la supposta superiorità del servizio privato rispetto a quello pubblico e ad affermare la libertà di scelta dei cittadini tra i due sistemi, sempre ovviamente con la spesa a carico dello Stato.

A tale riguardo mi sia permessa una brevissima considerazione: noi non abbiamo nessun tabù né posizioni ideologiche al riguardo e nello specifico diciamo che, ove approdate a tale obiettivo, la libertà di scelta per i cittadini deve essere reale e senza trucchi. Bisognerà parlare – e noi ne parleremo sicuramente – delle incompatibilità, dei vincoli e delle condizioni che dovranno essere rispettate anche da parte delle strutture private, sia sotto il profilo qualitativo e quantitativo del personale sanitario e di assistenza, sia sotto il profilo qualitativo e quantitativo delle strutture diagnostiche e terapeutiche.

Noi riteniamo che questo decreto offenda non solo i due milioni e mezzo di cittadini che hanno firmato ed inviato la loro protesta ad importanti organismi dello Stato, ma tutta la società civile. È appena il caso infatti di ricordare che per contrastare l'istituzione dei *tickets* si è avuta con lo sciopero generale l'ultima grande manifestazione nel nostro paese.

Ripeto che noi riteniamo i *tickets* una misura ingiusta ed inefficace. Ingiusta perché i cittadini pagano in questo modo tre volte la stessa prestazione: con le ritenute e i contributi per la spesa sanitaria, con il *ticket* e ricorrendo alle strutture private per prestazioni tempestive.

Si tratta di una misura ingiusta ed odiosa perché il *ticket* rappresenta una tassa non sulla salute – che sarebbe più tollerabile – ma sulla malattia. A questo proposito non si può non stigmatizzare il comportamento del Governo contraddittorio e poco rispettoso dell'intelligenza dei cittadini, che, riconoscendo l'ingiustizia perpetrata con il *ticket* sul ricovero ospedaliero, lo ha abolito inasprendo però quello sui farmaci e sulle prestazioni specialistiche.

Si tratta di una misura ingiusta perché agisce sull'anello più debole della catena del mercato della salute; agisce sul consumatore che subisce le decisioni del medico e non è responsabile dell'eccesso di spesa.

Si tratta poi di una misura inefficiente perché i numeri dimostrano che l'introduzione dei *tickets* non ha frenato il consumo dei farmaci e della diagnostica, che trova invece la sua causa più profonda nella cultura e nel modello consumistico e nella promozione dei consumi da parte dell'industria del settore sanitario, cioè l'industria del farmaco e l'industria di produzione delle strutture diagnostiche.

Si tratta poi di una misura inefficiente anche perché riduce del solo 13-15 per cento la spesa farmaceutica e perché la stessa legge è ampiamente elusa attraverso l'esenzione per reddito e per malattie.

Signor Ministro, a questo proposito, visto che lei è anche medico, richiamo la sua attenzione sul fatto che il morbo di Kron non è inserito tra le malattie per le quali è prevista l'esenzione dalla partecipazione alla spesa.

Dicevo che si tratta di una legge ampiamente elusa anche per la mancanza di strumenti reali di controllo da parte dei sindaci. A questo proposito voglio ricordare la protesta che si è sviluppata nel nostro paese da parte dei sindaci ingiustamente accusati dal Ministro, che, analogamente a quanto fa lo Stato, debbono fidarsi della autodichiarazione dei cittadini.

È dubbio infatti che con le misure di controllo previste da questo decreto si pervenga a risultati positivi che in ogni caso sarebbero l'effetto di una sorta di accanimento ideologico e politico contro la gente da parte di questo Governo che invece si rifiuta di intervenire nei nodi strutturali del mercato sanitario.

Anche se noi non riconosciamo che esiste una spesa eccessiva nel nostro paese rispetto agli altri paesi sviluppati, non neghiamo che occorra pervenire ad un diverso rapporto tra costi e benefici. Anzi, noi continuamo, come facciamo ormai da anni, a sfidarvi sul vostro stesso terreno, e cioè su quello del rigore, convinti come siamo che sia possibile coniugare il rigore con la giustizia sociale e con l'avvio di un processo di razionalizzazione di tutto il sistema.

### **Presidenza del vice presidente SCEVAROLLI**

(Segue DIONISI). Forse non dirò cose nuove, ma vogliamo ripetervi proposte concretamente praticabili. Noi ripetiamo dunque un no fermo ai *tickets* e alla sottostima del Fondo sanitario nazionale, ma siamo favorevoli ad una riforma della legge n. 833 del 1978 per quanto attiene l'assetto istituzionale, la gestione e i modelli operativi, i meccanismi di spesa e di controllo. Su questo mi pare che si possano trovare punti di convergenza.

Noi proponiamo la fiscalizzazione del fondo sanitario, la promozione e la diffusione di una educazione sanitaria e di una cultura critica sulle reali possibilità curative dei farmaci, sulla pericolosità di un loro abuso e di altri presidi terapeutici e sulla utilità, o ancora meglio sulla inutilità, di controlli diagnostici continui e ripetitivi, e di una cultura che veda in una igienica condotta di vita ed in un diverso rapporto con l'ambiente ed il proprio corpo, la miglior difesa della salute. Per intenderci, una cultura che ribalti la logica e la pratica nefasta sotto il profilo economico e di dubbia utilità per la salute del *check-up*.

Proponiamo inoltre il potenziamento delle strutture e dei servizi di prevenzione primaria (e di diagnosi precoce o tempestiva), il controllo e la regolamentazione della pubblicità inherente la materia sanitaria, la responsabilizzazione del medico (soprattutto del medico di famiglia) che deve essere affrancato dai condizionamenti dell'industria farmaceutica (che ormai è approdata a forme più sofisticate di pressione: non più il «comparaggio» volgare ma viaggi studio, congressi in località turistiche, retribuzione e coinvolgimento dei medici in protocolli di pseudoricerca).

Il medico deve essere inoltre liberato dal peso della eccessiva burocratizzazione della sua funzione: occorre che se ne riconosca l'impor-

tante ruolo nel sistema sanitario e che si introduca, attraverso una regolamentazione da concordare in sede contrattuale, una nuova pratica sanitaria che, basata sui protocolli diagnostici e terapeutici, dia garanzie agli utenti e restituisca al medico stesso dignità culturale.

Va altresì sottratta all'industria farmaceutica la formazione continua del medico, del tutto ignorata dallo Stato. Occorre modificare la politica del farmaco e rinnovare il prontuario farmaceutico (così come sottolineavano i colleghi Imbriaco e Torlontano); accettare l'immissione in commercio soltanto di confezioni di farmaci per ciclo di terapia; impedire l'ingresso nel settore della diagnostica alle società finanziarie speculative, che introducono fattori di moltiplicazione della spesa che con la sanità non hanno nulla a che vedere; potenziare i servizi e le strutture pubbliche per le prestazioni specialistiche di diagnosi e cura e ridurre il ricorso alla convenzionata esterna; sviluppare una rete diffusa di servizi territoriali articolati e flessibili, di filtro alle strutture chiuse e costose, come i *day-hospitals*, e non proseguire sulla scelta inumana, e nefasta sotto il profilo economico, della istituzione di migliaia di posti-letto per anziani. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

PRESIDENTE. Metto ai voti il disegno di legge n. 1957, composto del solo articolo 1, nel testo emendato.

**È approvato.**

Resta pertanto assorbito il disegno di legge n. 1279.

Ricordo che il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica oggi, giovedì 23 novembre, alle ore 16,30, con l'ordine del giorno già stampato e distribuito.

La seduta è tolta (*ore 14*).

Allegato alla seduta n. 313**Disegni di legge, trasmissione dalla Camera dei deputati**

In data 22 novembre 1989, il Presidente della Camera dei deputati ha trasmesso i seguenti disegni di legge:

C. 2744. – SCEVAROLLI ed altri. – «Istituzione della sede decentrata della Scuola centrale tributaria Ezio Vanoni nell’edificio vanvitelliano sito nel comune di Scafati» (92-B) (*Approvato dalla 6<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato e modificato dalla 6<sup>a</sup> Commissione permanente della Camera dei deputati*);

C. 2667. – JERVOLINO RUSSO ed altri. – «Modifiche alla legge 2 dicembre 1951, n. 1571, relativa all’esonero dal canone di abbonamento alle radioaudizioni per le scuole» (272-B) (*Approvato dalla 7<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato e modificato dalla 6<sup>a</sup> Commissione permanente della Camera dei deputati*);

C. 1411-2556-4163. – Deputati PATRIA ed altri; RUSSO RAFFAELE ed altri; ANDREOLI. – «Modificazioni alla legge 2 agosto 1982, n. 528, sull’ordinamento del gioco del lotto» (1972) (*Approvato dalla 6<sup>a</sup> Commissione permanente della Camera dei deputati*);

C. 4167. – Deputati BELLOCCHIO ed altri. – «Autorizzazione a cedere, a titolo oneroso, alla Fondazione “Villaggio dei Ragazzi” di Maddaloni, la porzione del complesso immobiliare denominato ex caserma Nino Bixio, padiglione Farina e padiglione S. Pietro, in Maddaloni (Caserta), scheda n. 85, appartenente al patrimonio dello Stato» (1973) (*Approvato dalla 6<sup>a</sup> Commissione permanente della Camera dei deputati*).

**Disegni di legge, assegnazione**

I seguenti disegni di legge sono stati deferiti

– in sede referente:

*alla 2<sup>a</sup> Commissione permanente (Giustizia):*

ACQUARONE ed altri. – «Istituzione del tribunale di Albenga» (1936), previ pareri della 1<sup>a</sup> e della 5<sup>a</sup> Commissione;

*alla 4<sup>a</sup> Commissione permanente (Difesa):*

POLI ed altri. – «Norme di principio sulla difesa nazionale» (1908), previ pareri della 1<sup>a</sup>, della 3<sup>a</sup>, della 5<sup>a</sup> e della 12<sup>a</sup> Commissione;

*alla 11<sup>a</sup> Commissione permanente (Lavoro, previdenza sociale):*

SARTORI e MERAVIGLIA. – «Prepensionamento dei lavoratori con contratto a tempo indeterminato in forza delle aziende edili per cui sia intervenuto riconoscimento di crisi aziendale alla data del 12 settembre 1989 operanti nell’area di cantiere dell’ex centrale nucleare di Montalto di Castro» (1937), previ pareri della 1<sup>a</sup>, della 5<sup>a</sup> e della 10<sup>a</sup> Commissione.

