SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

545ª SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MERCOLEDÌ 10 LUGLIO 1991

(Antimeridiana)

Presidenza del vice presidente SCEVAROLLI,
indi del vice presidente LAMA

INDICE

CONGEDI E MISSIONI ..... *Pag.* 3

DISEGNI DI LEGGE

Seguito della discussione:

«Riordinamento del Servizio sanitario nazionale e misure di contenimento della spesa sanitaria» **(2375)** *(Approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione di un disegno di legge d'iniziativa governativa e dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Sterpa; Russo Franco ed altri; Zangheri ed altri);*

«Norme per la formazione dei dirigenti delle unità sanitarie locali ed istituzione della scuola superiore di organizzazione sanitaria» **(233)**, d'iniziativa del senatore Bompiani e di altri senatori;

«Modifica degli articoli 10, 13, 14, 15, 17, 18, 47, 49, 51, 65 e 66 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, concernente l'istituzione del servizio sanitario nazionale» **(1020)**, d'iniziativa del senatore Melotto e di altri senatori;

«Norme per l'amministrazione straordinaria delle unità sanitarie locali e per il controllo sugli atti degli amministratori» **(1679)**, d'iniziativa del senatore Filetti e di altri senatori;

«Norme a parziale modifica ed integrazioni della legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante istituzione del Servizio sanitario nazionale» **(1879)**, d'iniziativa del senatore Tedesco Tatò e di altri senatori

(Votazione finale qualificata, ai sensi dell'articolo 120, comma 3, del Regolamento):

ZITO *(PSI), relatore* ..... *Pag.* 7 e *passim*
GUALTIERI *(Repubbl.)* 10
* LIBERTINI *(Rifond. Com.)* 10

TIPOGRAFIA DEL SENATO (1400)

* BERLINGUER *(Com.-PDS)* ..... *Pag.* 11, 30
DE LORENZO, *ministro della sanità* 11
GIUSTINELLI *(Com.-PDS)* 12
COVI *(Repubb.)* 12
* IMBRIACO *(Com.-PDS)* 30, 33
GALEOTTI *(Com.-PDS)* 35
* MERIGGI *(Rifond. Com.)* 37

RICHIAMO AL REGOLAMENTO

PRESIDENTE 41
* LIBERTINI *(Rifond. Com.)* 40, 41

DISEGNI DI LEGGE

Ripresa della discussione:

DIONISI *(Rifond. Com.)* 41
* CROCETTA *(Rifond. Com.)* 44

Trasmissione dalla Camera dei deputati e assegnazione 46

Ripresa della discussione:

TRIPODI *(Rifond. Com.)* ..... *Pag.* 46
* SPETIČ *(Rifond. Com.)* 48
* LIBERTINI *(Rifond. Com.)* 50
POLLICE *(Misto-Fed. Verdi)* 50
AZZARETTI *(DC)* 52
* VENTRE *(DC)* 53
MELOTTO *(DC)* 53
PERINA *(DC)* 53
* ALBERTI *(Sin. Ind.)* 53
VESENTINI *(Sin. Ind.)* 54
GOLFARI *(DC)* 54
DE LORENZO, *ministro della sanità* 54
ZITO *(PSI)*, *relatore* 55

ALLEGATO

DISEGNI DI LEGGE

Trasmissione dalla Camera dei deputati ... 56
Assegnazione 56

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

Presidenza del vice presidente SCEVAROLLI

PRESIDENTE. La seduta è aperta (*ore 10*).
Si dia lettura del processo verbale.

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

PRESIDENTE. Non essendovi osservazioni, il processo verbale è approvato.

Congedi e missioni

PRESIDENTE. Sono in congedo i senatori: Acquarone, Bo, Bonora, Butini, Carlotto, Castiglione, Cattanei, Cutrera, Evangelisti, Ferrari-Aggradi, Genovese, Giugni, Leone, Marinucci Mariani, Pizzol, Postal, Ricevuto, Valiani, Visca.

Comunicazioni della Presidenza

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

Seguito della discussione dei disegni di legge:

«Riordinamento del Servizio sanitario nazionale e misure di contenimento della spesa sanitaria» (2375) (*Approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione di un disegno di legge d'iniziativa governativa e dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Sterpa; Russo Franco ed altri; Zangheri ed altri*);

«Norme per la formazione dei dirigenti delle unità sanitarie locali ed istituzione della scuola superiore di organizzazione sanitaria» (233), d'iniziativa del senatore Bompiani e di altri senatori;

«Modifica degli articoli 10, 13, 14, 15, 17, 18, 47, 49, 51, 65 e 66 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, concernente l'istituzione del servizio sanitario nazionale» (1020), d'iniziativa del senatore Melotto e di altri senatori;

«Norme per l'amministrazione straordinaria delle unità sanitarie locali e per il controllo sugli atti degli amministratori (1679)», d'iniziativa del senatore Filetti e di altri senatori;

«Norme a parziale modifica ed integrazioni della legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante istituzione del Servizio sanitario nazionale» (1879), d'iniziativa del senatore Tedesco Tatò e di altri senatori

(*Votazione finale qualificata, ai sensi dell'articolo 120, comma 3, del Regolamento*)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge n. 2375, già approvato dalla Camera dei deputati, e dei connessi disegni di legge nn. 233, 1020, 1679 e 1879.

Riprendiamo l'esame degli articoli del disegno di legge n. 2375, nel nuovo testo proposto dalla Commissione. Nella seduta pomeridiana di ieri sono stati illustrati i seguenti emendamenti tendenti ad inserire alcuni articoli da premettere all'articolo 1:

All'articolo 1 premettere il seguente:

«Art. ...

(*Approvazione del Piano sanitario nazionale*)

1. Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza Stato-Regioni e il Consiglio sanitario nazionale, il Parlamento approva, nelle forme e nei modi di cui ai commi 1, 2 e 3 dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificati dall'articolo 20 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 250, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, il Piano sanitario nazionale con valenza quinquennale, ai sensi della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

2. Il Piano sanitario nazionale deve determinare:

a) i livelli minimi delle prestazioni, che devono essere comunque garantiti a tutti i cittadini;

b) gli *standard* di organizzazione e di attività;

c) le risorse finanziarie, necessarie al raggiungimento degli obiettivi di prestazioni e *standard* fissati, dettando criteri per il riequilibrio tra le diverse aree del Paese e tra i diversi comparti del Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento alla rete degli ospedali e alle attività di prevenzione per le quali deve essere assicurata una quota non inferiore al 10 per cento del Fondo sanitario interregionale».

0.1 IMBRÌACO, BERLINGUER, RANALLI, TORLONTANO, ZUFFA, FERRAGUTI, GALEOTTI, MERIGGI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

All'articolo 1 premettere il seguente:

«Art. ...

(*Piano sanitario nazionale*)

1. Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, con atto non legislativo del Parlamento, sentita la Conferenza Stato-Regioni e il Consiglio sanitario nazionale, è approvato il Piano sanitario nazionale con valenza quinquennale, ai sensi della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

2. Il Piano sanitario nazionale deve determinare:

a) i livelli minimi delle prestazioni, che devono essere comunque garantite a tutti i cittadini;

b) gli *standard* di organizzazione e di attività;

c) le risorse finanziarie, necessarie al raggiungimento degli obiettivi di prestazioni e *standard* fissati, dettando criteri per il riequilibrio tra le diverse aree del Paese e tra diversi comparti del servizio sanitario nazionale».

0.8 MERIGGI, DIONISI, LIBERTINI

All'articolo 1 premettere il seguente:

«Art. ...

,L'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

"Art. 53. - (*Procedure di programmazione e di attuazione del Servizio sanitario nazionale*). - 1. Le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del Servizio sanitario nazionale sono stabilite con il Piano sanitario nazionale in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel Paese, particolarmente nelle Regioni meridionali.

2. Il Piano sanitario nazionale viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

3. Il Piano sanitario nazionale è sottoposto dal Governo al Parlamento ai fini della sua approvazione con atto non legislativo. Con lo stesso atto il Parlamento approva anche le disposizioni precettive per l'applicazione del Piano sanitario nazionale e le norme per il suo finanziamento.

4. Il Piano sanitario nazionale ha di norma durata triennale e può essere modificato nel corso del triennio con il rispetto delle modalità di cui al presente articolo.

5. Il Piano sanitario nazionale, le disposizioni precettive e le norme finanziarie pluriennali di cui al precedente terzo comma sono approvati e trasmessi dal Governo al Parlamento, in tempo utile per consentirne l'approvazione entro il 1° settembre dell'anno stesso.

6. Qualora il Parlamento non riuscisse a terminare alla data del 1° settembre l'esame e l'approvazione del Piano sanitario nazionale contestualmente alle disposizioni precettive e alle norme di finanziamento, il Piano sarà adottato nel testo presentato dal Governo. Qualora, invece, il Parlamento si pronunciasse contro il Piano proposto dal Governo, il Ministro della Sanità adotterà i provvedimenti amministrativi e finanziari per assicurare il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nel periodo necessario per l'adozione di un nuovo Piano sanitario.

7. Il Piano sanitario nazionale stabilisce:

a) i livelli minimi delle prestazioni garantite ai cittadini;

b) gli *standard* di organizzazione e di attività;

c) le risorse finanziarie necessarie al raggiungimento degli obiettivi di prestazioni e *standard* fissati e al conseguimento del graduale riequilibrio tra le diverse aree del Paese e i diversi comparti sanitari"».

0.2 GUALTIERI, COVI

All'articolo 1 premettere il seguente:

«Art. ...

1. L'articolo 54 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è soppresso».

0.3 GUALTIERI, COVI

All'articolo 1 premettere il seguente:

«Art. ...

1. L'articolo 55 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

"(*Piani sanitari regionali*)

1. Le Regioni predispongono i propri piani sanitari regionali uniformandosi ai contenuti e alle statuizioni del Piano sanitario nazionale.

2. I Piani sanitari regionali hanno la stessa scandenza temporale del Piano sanitario nazionale e dovranno essere approvati dai rispettivi Consigli regionali entro il mese di novembre dell'anno di riferimento.

3. I Piani sanitari regionali debbono contenere anche le norme

precettive per le Unità sanitarie locali delle rispettive Regioni e l'indicazione delle quote che, ai fini della loro attuazione, vanno iscritte nei bilanci annuali delle regioni"».

0.4 GUALTIERI, COVI

All'articolo 1 premettere il seguente:

«Art. ...

L'articolo 56 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è soppresso».

0.5 GUALTIERI, COVI

All'articolo 1 premettere il seguente:

Art. ...

«1. L'articolo 6 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, è sostituito dal seguente:

(*Interventi in casi di inadempienza*)

1. In caso di omissione da parte degli organi regionali degli adempimenti previsti dal Piano sanitario nazionale, il Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della sanità, dispone il compimento degli atti relativi in sostituzione dell'amministrazione regionale.

2. In caso di omissione da parte delle Unità sanitarie locali di adempimenti amministrativi concernenti la pianificazione sanitaria regionale, previsti entro termini tassativi, si applicano le misure sostitutive stabilite dall'articolo 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181, come modificato dall'articolo 11, comma 10, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638».

0.6 GUALTIERI, COVI

Per il parere della Commissione su tali emendamenti, il relatore si è riservato una pausa di riflessione.

Domando al senatore Zito se intende ora sciogliere la sua riserva ed esprimere quindi il parere sugli emendamenti.

ZITO, *relatore*.Signor Presidente, vorrei sottoporre all'Aula non una proposta di nuovo emendamento - non potrei, avendo la Conferenza dei Capigruppo deciso che gli emendamenti devono essere presentati entro un certo limite di tempo - bensì una riformulazione degli emendamenti presentati. Se lei consente, vorrei dare lettura di questa proposta di riformulazione:

«1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Governo sottopone il piano sanitario nazionale con valenza triennale al Parlamento per l'approvazione con atto non legislativo, ai sensi della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

2. In caso di mancata presentazione da parte del Governo del piano sanitario nazionale entro i termini di cui al comma 1 le Camere possono approvare un documento di indirizzo che stabilisca princìpi e criteri direttivi del piano stesso ed individui l'organismo che dovrà predisporre lo schema da sottoporre all'approvazione del Parlamento.

3. In caso di mancata approvazione del piano sanitario nazionale da parte del Parlamento entro tre mesi dalla data di presentazione il Governo è autorizzato a dare immediata attuazione al piano.

4. Il piano sanitario nazionale deve determinare:

a) i livelli minimi delle prestazioni, che devono essere comunque garantiti a tutti i cittadini;

b) gli *standards* di organizzazione e di attività;

c) i criteri per il riequilibrio tra le diverse aree del paese e tra i diversi comparti del Servizio sanitario nazionale.

5. Il piano sanitario nazionale deve tenere conto delle disposizioni di cui alla presente legge in materia di *standards* di organizzazione e di attività.

6. Le regioni e le province autonome, entro tre mesi dalla data di approvazione del piano sanitario nazionale, predispongono o adeguano i propri piani sanitari regionali uniformandoli alle indicazioni del piano sanitario nazionale. In caso di inosservanza da parte del piano sanitario nazionale. In caso di inosservanza da parte delle regioni o delle province autonome dei termini perentori sopra indicati, la quota del fondo sanitario interregionale è trasferita alla regione o provincia autonoma in misura uguale alla corrispondente quota del fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita per l'esercizio 1990 incrementato del solo tasso di inflazione programmata. In caso di omissione, da parte degli organi regionali, degli adempimenti previsti dal piano sanitario nazionale, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, dispone il compimento degli atti relativi in sostituzione dell'amministrazione regionale».

Con il primo comma, signor Presidente, ribadiamo la prescrizione, che già era contenuta nella legge n. 833 e nella legge n. 595, relativa alla presentazione del Piano sanitario nazionale. Unica novità è che si pensa ad un piano triennale anzichè quinquennale.

Con il secondo ed il terzo comma, signor Presidente, intendiamo porre riparo nel caso che il Governo non presenti il Piano sanitario nazionale. Nonostante le prescrizioni delle leggi nn. 833 e 595, storicamente si è verificato che il Piano sanitario nazionale non è stato presentato in Parlamento: sono state presentate come ha detto il Ministro, parti del Piano, progetti-obiettivo, come quello sull'AIDS, ma non il Piano sanitario nazionale con la fissazione degli *standards* e dei livelli minimi di prestazione. Ebbene, credo che dobbiamo preoccuparci della possibilità che anche questa volta il Governo, per ragioni che possono essere le più diverse, non presenti il Piano. Ed allora abbiamo

pensato a questa ipotesi – che mi rendo conto è abbastanza singolare – cioè che le Camere approvino un documento – indirizzo, dando incarico ad un certo organismo di preparare lo schema.

Si tratta di un sistema adoperato in altri paesi che non so se sia stato mai usato nel nostro. Comunque non mi irrigidisco su questo punto: se l'Aula ritiene che non vi è bisogno di tale garanzia, possiamo tranquillamente farne a meno; se invece si decidesse di ricercare una garanzia e non vi fossero obiezioni forti o risolutive nei confronti dell'ipotesi da me avanzata, sarei felice della accettazione della proposta.

Al terzo comma è stato accettato un suggerimento del senatore Gualtieri, il quale ipotizza – ma questo, per la verità, storicamente non si è verificato – che invece sia il Parlamento ad essere inadempiente. Ed allora sono d'accordo con la soluzione che, nel caso il Parlamento sia inadempiente, il Governo sia autorizzato ad attuare il Piano così come è stato presentato.

Quali sono i contenuti del Piano? Innanzitutto i livelli minimi di prestazione che devono essere comunque garantiti a tutti i cittadini. Questo è un punto, credo, di straordinaria importanza. Qual è la filosofia che, in maniera implicita o esplicita, è sottesa al disegno di legge? Anche se su questo punto – mi rivolgo ai senatori Libertini e Berlinguer – vi possono essere stati fraintendimenti.

La filosofia è che lo Stato deve garantire a tutti i cittadini, in maniera uniforme sul territorio nazionale, un certo livello minimo di prestazioni che devono essere esplicitate. Tale esplicitazione non può che avvenire nel piano sanitario nazionale: questo è il punto assolutamente importante che colora – diciamo così – tutta l'impostazione del disegno di legge.

Il piano deve contenere gli *standards* di organizzazione e di attività, anche se naturalmente tra i livelli e i medesimi *standards* c'è una differenza, nel senso che i primi devono essere imediatamente fruibili, mentre per i secondi possiamo pensare anche a un obiettivo che possa essere raggiunto nell'arco di alcuni anni.

Per essere leale, devo attirare l'attenzione dell'Aula sul fatto che in questa mia proposta, a differenza di quanto si legge negli emendamenti presentati, non si fa cenno alle risorse finanziarie. Infatti queste ultime possono servire al finanziamento dei progetti-obiettivo e di questi si parla nell'articolo 18 del disegno di legge; oppure le risorse finanziarie devono servire a garantire i livelli minimi di prestazione e il raggiungimento degli *standards*. Penso non sia appropriato inserire nel piano la previsione delle risorse, perchè il piano è un atto aministrativo e l'indicazione delle risorse non costituisce una copertura. Al contrario, la copertura si trova nella sede idonea, vale a dire nella legge finanziaria e in quella di bilancio. Praticamente il sistema funzionerebbe in questa maniera: abbiamo un atto amministrativo, approvato però dal Parlamento, che fissa i parametri relativi alle prestazioni e agli *standars*, e a questi parametri – se approvati dal Parlamento – deve necessariamente corrispondere una copertura che troveremo in sede di legge finanziaria e di bilancio.

Infine, per quanto riguarda le regioni, sappiamo che molte di esse sono inadempienti in ordine alla formulazione del loro piano sanitario.

Ma dal momento che il piano sanitario regionale viene approvato per legge, non ci può essere intervento sostitutivo da parte dello Stato. Tuttavia abbiamo pensato (anche in questo caso non mi irrigidisco, ma lo ritengo un suggerimento utile) a qualche strumento che serva a mettere in mora le regioni. Riproponiamo qui una prescrizione peraltro già presente nella legge n. 595, per cui le regioni che non presentano il loro piano sanitario riceveranno la quota del 1990 incrementata soltanto in base all'inflazione programmata. Al tempo stesso c'è potere sostitutivo da parte del Governo per quanto riguarda gli atti amministrativi. Se abbiamo un piano sanitario nazionale che fissa dei parametri in ordine a taluni *standards*, poi è giusto che trovi applicazione anche attraverso una iniziativa sostitutiva del Governo nei confronti delle regioni inadempienti.

PRESIDENTE. Invito i presentatori degli emendamenti a pronunciarsi sulla proposta testè formulata dal relatore.

GUALTIERI. Signor Presidente, do atto al relatore di aver compiuto uno sforzo notevole per affrontare il problema posto da questi emendamenti di premessa al disegno di legge. Si tratta però di emendamenti fondamentali perchè attraverso la programmazione si determinano la caratteristica e la natura della legge che sarà approvata.

Il relatore ci ha esposto una sua controproposta globale. Ritengo che non siano argomenti da potersi prendere o lasciare in questo modo. Chiedo che ci venga almeno concessa un'ora di tempo per poter esaminare attentamente la proposta del relatore e per poter presentare su di essa, eventualmente, qualche controproposta. Se lo spirito è quello di arrivare ad una soluzione, pensiamo che in un'ora sia possibile riuscirci.

* LIBERTINI. Apprezzo lo spirito con cui il senatore Zito ha formulato questa mattina le sue proposte e ne apprezzo anche il contenuto. Mi sembra infatti che esse provino l'utilità del confronto, del dibattito e che offrano un terreno possibile di convergenza.

Se posso anticipare un giudizio sul merito mi sembra che nel testo che ci è stato proposto ci siano due questioni da approfondire, la prima delle quali relativa alle modalità di finanziamento. Infatti, anche se non siamo noi, ma la legge finanziaria, a scrivere le cifre, possiamo intervenire però sul modo in cui viene finanziato il Piano. La seconda questione riguarda invece un problema che alcuni colleghi hanno già sollevato, quello di una riserva a favore degli interventi di prevenzione.

Ciò detto, credo che sarebbe utile lavorare per giungere al voto unitario sull'emendamento e sono favorevole alla proposta del collega Gualtieri di avere una pausa di riflessione. Affinchè però si dissipino eventuali sospetti, voglio anche assicurare che non immagino affatto che per detta pausa venga sospesa la seduta. La seduta può infatti andare avanti dopo aver accantonato il pre-articolo di cui stiamo discutendo per riprenderlo in esame più tardi. Non chiedo dunque che la seduta venga sospesa perchè mi rendo conto che ciò potrebbe creare dei

problemi; un'ora per riflettere sul testo che ci è stato proposto e presentare a nostra volta delle proposte credo però sia necessaria.

* BERLINGUER. Signor Presidente, mi associo alla proposta avanzata dal collega Gualtieri e anch'io come lui apprezzo il tentativo del presidente Zito di venire incontro alle esigenze, non delle opposizioni, ma della legge e del Servizio. Aggiungo inoltre che accanto alla questione del finanziamento, che va raccordata al resto del provvedimento, ci sono altri punti da chiarire. Nel testo si parla infatti soltanto di riequilibrio territoriale mentre esiste la necessità di un riequilibrio anche tra le attività sanitarie; mi riferisco in particolare alla prevenzione che, trascurata nella politica attuale, dovrebbe trovare una collocazione certa nel Piano sanitario nazionale. Non mi sembra poi che si possa procedere all'esame degli articoli che seguono se prima non abbiamo approvato questo emendamento. Dissentendo allora da quanto ha detto poc'anzi il senatore Libertini, ritengo che l'articolo 1 debba tener conto in qualche sua parte dell'articolo che verrebbe a precederlo e mi associo alla richiesta di una breve sospensione fatta dal collega Gualtieri.

PRESIDENTE. Invito il relatore ed il rappresentante del Governo a pronunciarsi sulla proposta di accantonare l'esame degli emendamenti tendenti ad inserire un articolo prima dell'articolo 1 e di iniziare intanto l'illustrazione degli emendamenti all'articolo 1 che sono circa 50 e che quindi consentirebbero di poter riflettere sull'emendamento accantonato per ben più di un'ora.

ZITO, *relatore*. Ritengo anch'io utile un confronto sulla riformulazione dell'emendamento da me proposto. Mi pare però che sia possibile nel frattempo andare avanti con l'illustrazione degli emendamenti all'articolo 1. In questo tempo sarà possibile trovare il modo di apprezzare eventuali suggerimenti per modificare il testo che ho presentato.

DE LORENZO, *ministro per la sanità*. Signor Presidente, come avevo anticipato ieri sera, il Governo è stato sempre disponibile ed aperto a qualsiasi tipo di collaborazione e di integrazione anche con proposte che vengono dall'opposizione. Ho già anticipato ieri che il Governo riscontrava suggerimenti e proposte utili e concrete e che quindi c'era la disponibilità del Governo a considerare positivamente la questione. Abbiamo lavorato di comune accordo con il senatore Zito e quindi sono d'accordo col relatore.

Ritengo che sostanzialmente la riformulazione, con questo emendamento, delle proposte fatte assorbe tutti i princìpi più significativi. Ritengo che qualche piccolo accomodamento si possa fare; ovviamente ci sono, a parere mio, difficoltà a intervenire nel merito di dettaglio di ogni singola iniziativa da assumere, perchè questo aspetto è inclusivo di tutto, della prevenzione, del finanziamento, eccetera. Ritengo quindi che si tratti magari di accomodamenti di dettaglio; sarei del parere,

onorevole Presidente, di non sospendere la seduta per un'ora, ma di andare avanti con l'illustrazione degli emendamenti per poi rivederci nella fase terminale per pochi minuti, al fine proprio di consentire all'Aula di poter procedere velocemente. Non ci sono, infatti, differenze sostanziali di principio che in qualche modo impediscono la discussione degli altri emendamenti; ci sono accordi sostanziali. Nel dettaglio l'accordo sarà raggiunto, quindi io sarei del parere di non sospendere la seduta ora, di andare avanti e prima di votare gli emendamenti di fermarci un quarto d'ora per esaminare anche questo punto.

GIUSTINELLI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GIUSTINELLI. Signor Presidente, noi abbiamo, con l'intervento del senatore Berlinguer, espresso un diverso orientamento. Abbiamo inteso sostenere la proposta avanzata dal senatore Gualtieri, che era molto chiara nella sua formulazione: sospendere la seduta per consentire di raggiungere un accordo su un punto importantissimo e propedeutico a tutto il discorso che dovrà seguire. Credo che non sfugga a nessuno la difficoltà di ragionare in contemporanea su questo punto, in una sede che non è quest'Aula, ma un'altra sala di riunioni, e nello stesso tempo procedere come se questo aspetto fosse stato in qualche modo risolto.

Ci permettiamo quindi di insistere perchè sia concessa una sospensione per il tempo strettamente necessario, che può essere anche di mezz'ora, per sciogliere il nodo che è sotteso alla riformulazione dell'emendamento propostoci questa mattina da parte del senatore Zito. Riteniamo che questo sia il modo più corretto di procedere, signor Presidente, e alla lunga anche il modo che può consentire al Senato di procedere più speditamente rispetto alle questioni che stiamo discutendo.

COVI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

COVI. Signor Presidente, ho dato una rapida scorsa agli emendamenti proposti all'articolo 1. Effettivamente, se si intende approvare questo emendamento propedeutico e di cappello di tutta la normativa, molti degli emendamenti all'articolo 1 verrebbero a decadere. Mi pare quindi più utile che si sospenda la seduta per esaminare l'emendamento di premessa al provvedimento, per poi passare ad una illustrazione seria degli emendamenti, perchè alcuni poi potranno essere decisamente superati.

PRESIDENTE. Se non si fanno osservazioni, sospendo la seduta per mezz'ora.

(*La seduta, sospesa alle ore 10,30, è ripresa alle ore 11,10*).

Onorevoli colleghi, in attesa della definizione del nuovo testo prospettato dal relatore, passiamo all'esame dell'articolo 1:

Art. 1.

(*Fondo sanitario interregionale di parte corrente e Fondo sanitario nazionale di conto capitale*)

1. È istituito il Fondo sanitario interregionale di parte corrente, comprensivo dei capitoli relativi alla manutenzione ordinaria e straordinaria ed al rinnovo tecnologico, da iscrivere nello stato di previsione del Ministero del tesoro. Il Fondo, fintantochè non sarà stabilita con legge la completa fiscalizzazione degli oneri sociali, è costituito da una quota corrispondente al gettito dei contributi di malattia al lordo delle quote eventualmente fiscalizzate, da ogni altra entrata destinata al Fondo medesimo e da una quota a carico del bilancio dello Stato da determinare annualmente ai sensi dell'articolo 11, comma 3, lettera *d*), della legge 5 agosto 1978, n. 468, come sostituito dall'articolo 5 della legge 23 agosto 1988, n. 362. Lo stanziamento complessivo del Fondo è determinato in base alle prestazioni sanitarie da erogare in condizioni di uniformità ed uguaglianza su tutto il territorio nazionale, ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, e successive modificazioni, ed in conformità agli adempimenti previsti dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595, all'uopo tenendo conto della spesa media *pro capite* effettiva dell'anno precedente, relativa alle singole regioni, al netto degli oneri relativi alla mobilità sanitaria interregionale.

2. Il Fondo sanitario nazionale di conto capitale è iscritto nello stato di previsione del Ministero del tesoro, è determinato annualmente ai sensi dell'articolo 11, comma 3, lettera *d*), della legge 5 agosto 1978, n. 468, come sostituito dall'articolo 5 della legge 23 agosto 1988, n. 362, ed è finalizzato al riequilibrio territoriale, all'ammodernamento, all'integrazione ed alla sostituzione delle strutture del Servizio sanitario nazionale.

3. Al fine di verificare la congruità del Fondo sanitario interregionale di parte corrente in relazione alle prestazioni sanitarie di cui al comma 1, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, di seguito denominata «Conferenza», procede, entro il 31 luglio 1991 e per un triennio, alla verifica dell'andamento della stessa. A tal fine nell'ambito della Conferenza è costituita, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da emanarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, una apposita Commissione presieduta dal presidente della Conferenza e composta dai Ministri della sanità, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, delle finanze e del lavoro e della previdenza sociale, nonchè da sei presidenti di regione o di provincia autonoma designati dalla Conferenza stessa. Qualora da detta verifica dovessero risultare, rispetto all'entità del Fondo stabilita ai sensi del comma 1, disequilibri determinati da fattori obiettivi indipendenti

dalla gestione del servizio, subordinatamente all'adozione da parte delle regioni e delle province autonome delle iniziative previste da norme legislative finalizzate al controllo ed al contenimento della spesa sanitaria, ai sensi delle leggi 26 aprile 1982, n. 181, e 7 agosto 1982, n. 526, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, dell'articolo 24, comma 1, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, nonchè della legge 23 ottobre 1985, n. 595, del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109, e della legge 29 dicembre 1990, n. 407, il Governo provvede alla loro eliminazione o con apposito provvedimento legislativo o in sede di legge finanziaria o di provvedimenti alla stessa collegati per il triennio successivo.

4. Il Fondo sanitario interregionale di parte corrente è ripartito entro il 10 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge di bilancio e del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza e tenuto conto delle indicazioni del piano sanitario nazionale con particolare riferimento al riequilibrio territoriale. La ripartizione del Fondo è effettuata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, preordinati al progressivo conseguimento di livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, con riferimento ai seguenti elementi:

a) popolazione residente;

b) indicatori di bisogno sanitario tenuto conto dei dati epidemiologici, di natalità, di invecchiamento e di frazionamento sul territorio della popolazione;

c) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, su contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle aziende di servizi sanitari attraverso le regioni e le province autonome;

d) reddito medio regionale;

e) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.

5. In sede di ripartizione del Fondo sanitario interregionale di parte corrente sono prioritariamente enucleati i finanziamenti destinati ad attività di ricerca biomedica finalizzata, alle attività di ricerca di istituti di rilievo nazionale, riconosciuti come tali dalla normativa vigente in materia, dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, nonchè ad iniziative centrali previste da leggi nazionali riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale da trasferire in via definitiva allo stato di previsione del Ministero della sanità. Gli anzidetti finanziamenti sono pari all'1 per cento del Fondo e sono alimentati per gli anni successivi da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato. Una quota del Fondo non superiore al 4 per cento è riservata a fabbisogni particolari ed imprevisti ed è ripartita tra le regioni e le province autonome anche in assenza di eventi particolari, non oltre il 30 settembre di ciascun anno.

6. Le quote del Fondo sanitario interregionale di parte corrente, assegnate alle regioni a statuto ordinario, confluiscono in sede regionale nel fondo comune di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, come parte indistinta, ma non concorrono ai fini della determinazione del tetto massimo di indebitamento. Per le regioni a statuto speciale e per le province autonome le rispettive quote confluiscono in un apposito capitolo di bilancio.

7. Il finanziamento delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere è effettuato sulla base di criteri ispirati a quelli di cui al comma 4. Fermo restando l'obbligo di perseguire gli obiettivi indicati dalla programmazione regionale, le quote destinate alle aziende di servizi sanitari e alle aziende ospedaliere sono assegnate in forma indistinta.

8. Restano ferme le attribuzioni consultive del Consiglio sanitario nazionale ad eccezione di quelle esercitate dalla Conferenza ai sensi dell'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1989, n. 418. La composizione del Consiglio sanitario nazionale è integrata:

a) da un rappresentante designato dal Ministro per il coordinamento della protezione civile e da uno designato dal Ministro per gli affari sociali, nonchè da un rappresentante del Ministero dell'ambiente e da un rappresentante del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

b) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, da sei medici chirurghi di cui tre dipendenti dal Servizio sanitario nazionale e tre convenzionati con lo stesso e da un odontoiatra, designati dalla Federazione stessa;

c) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei veterinari e da un veterinario dipendente dal Servizio sanitario nazionale designato dalla Federazione stessa;

d) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei farmacisti e da un farmacista dipendente designato dalla Federazione stessa;

e) dal presidente dell'Ordine nazionale dei biologi;

f) dal presidente dell'Ordine nazionale degli psicologi;

g) dal presidente dell'Ordine nazionale dei chimici;

h) dal presidente dell'Ordine nazionale degli ingegneri;

i) dal presidente della Federazione nazionale dei collegi degli infermieri professionali, degli assistenti sanitari e delle vigilatrici d'infanzia;

l) da due rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI).

m) dal presidente del Consiglio superiore di sanità.

9. Le maggiori spese di gestione derivanti da prestazioni e servizi eccedenti quelli uniformemente garantiti sul territorio nazionale, ai sensi del comma 1, nonchè gli eventuali disavanzi nella gestione dei servizi sono finanziati dalle regioni e dalle province autonome, nonchè dagli enti locali limitatamente ai servizi loro assegnati, con utilizzo delle proprie risorse. Gli eventuali avanzi di amministrazione delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere sono utilizzati dalle stesse

sulla base di programmi deliberati dal consiglio di amministrazione, su proposta del direttore generale dell'azienda, con particolare riguardo al potenziamento delle strutture, all'acquisto di attrezzature ed al finanziamento di attività connesse ad iniziative nazionali o regionali di ricerca scientifica e tecnologica.

10. È soppresso il Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Per l'esercizio 1991 restano in vigore le modalità di riparto del Fondo previste dalle norme vigenti antecedentemente alla data di entrata in vigore della presente legge.

11. Le unità sanitarie locali assumono la denominazione di aziende di servizi sanitari. In tutti gli atti normativi vigenti le parole: «unità sanitaria locale» sono sostituite dalle seguenti: «azienda di servizi sanitari».

Su questo articolo sono stati presentati i seguenti emendamenti:

Art. 1.

Sostituire l'articolo con il seguente:

«1. È istituito il Fondo sanitario interregionale. Esso è alimentato:

a) dalle risorse provenienti dalla fiscalizzazione dei contributi di malattia di cui agli articoli successivi;

b) da stanziamenti integrativi a carico del bilancio dello Stato determinati in base ai livelli di prestazioni da garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale e stabiliti ai sensi dell'articolo ... (*);

c) da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato non inferiori almeno al 5 per cento del Fondo sanitario medesimo da destinare alla realizzazione di progetti e programmi di riequilibrio e sviluppo previsti dai piani sanitari regionali.

2. In sede di prima applicazione il Fondo di cui alla lettera *b*) del comma 1 è determinato in percentuale del prodotto interno lordo prendendo a base il consuntivo consolidato della spesa sanitaria relativa all'esercizio 1990 incrementato dalle variazioni percentuali relative all'aumento del prodotto interno lordo per il 1991, comunque, in misura sufficiente a garantire gli obiettivi di cui alle lettere *b*) e *c*) dell'articolo ... (*), nonchè gli interventi di cui al comma 1 del presente articolo.

3. Per gli anni successivi l'ammontare del fondo di cui alla lettera *b*) del comma 1 è annualmente adeguato in misura pari alla crescita nominale del prodotto interno lordo. In caso di decremento della variazione reale del PIL (prodotto interno lordo) il 5 per cento del Fondo sanitario interregionale previsto alla lettera *c*) del comma 1 del presente articolo viene destinato ad assicurare il mantenimento del livello di prestazioni da garantire uniformemente per tutto il territorio

(*) V. emendamento 01.

nazionale e stabilite ai sensi dell'articolo ... (*). Incrementi superiori a tale quota della spesa per contratti, convenzioni e farmaceutica, se non concordati con la conferenza di cui all'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono posti a carico del bilancio dello Stato e determinano l'incremento della quota del prodotto interno lordo annuo precedentemente determinato.

4. Con apposita norma di delega le Regioni sono autorizzate ad esercitare poteri autonomi di imposizione per integrare le risorse di cui al comma 3 in relazione a prestazioni aggiuntive rispetto a quelle garantite alla generalità dei cittadini a norma del Piano sanitario nazionale di cui all'articolo ... (*).

5. Il Fondo sanitario interregionale è ripartito entro il 31 ottobre di ciascuno anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, di seguito denominata Conferenza. La ripartizione del Fondo sanitario interregionale è effettuata sulla base di coefficenti parametrici, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza, e preordinati al progressivo conseguimento di livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, con riferimento ai seguenti elementi:

a) struttura e densità della popolazione per classi di età e sesso;
b) indicatori epidemiologici di bisogno sanitario;
c) mobilità sanitaria per tipologie di prestazioni.

6. Nello stato di previsione del Ministero della sanità sono iscritti inoltre finanziamenti destinati alle attività di ricerca di istituti di rilievo nazionale, nonchè dell'Istituto superiore e dell'ISPESL, o riferiti a iniziative centrali previste da leggi nazionali o riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale. Essi non possono essere inferiori all'1 per cento del Fondo interregionale e sono alimentati da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato.

7. Le quote del Fondo sanitario interregionale, assegnate alle Regioni a statuto ordinario, confluiscono in sede regionale nel fondo comune, di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, come parte indistinta, ma non concorrono ai fini della determinazione del tetto massimo di indebitamento. Per le Regioni a statuto speciale e per le Province autonome le rispettive quote confluiscono in un apposito capitolo di bilancio.

8. Il finanziamento delle Aziende Sanitarie locali è effettuato sulla base di criteri ispirati a quelli di cui al comma 5. Fermo restando l'obbligo di perseguire gli obiettivi indicati dalla programmazione regionale, le quote destinate alle aziende Sanitarie locali sono assegnate in forma indistinta.

9. Le attribuzioni consultive del Consiglio sanitario nazionale in ordine alla ripartizione del Fondo sono esercitate dalla Conferenza ai sensi dell'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400. Restano ferme

(*) V. emendamento 01.

le altre attribuzioni del Consiglio sanitario nazionale, la cui composizione è integrata:

a) da un rappresentante designato dal Ministro per il coordinamento della protezione civile e da un rappresentante designato dal Ministro per gli affari sociali, nonchè da un rappresentante per ciascuno dei Ministeri dell'ambiente e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

b) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi, da quattro dipendenti, quattro convenzionati e da un odontoiatra, designati dalla Federazione stessa;

c) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei veterinari e da un veterinario dipendente designato dalla Federazione stessa;

d) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei farmacisti e da un farmacista dipendente designato dalla Federazione stessa;

e) dai presidenti degli ordini nazionali dei biologi, dei chimici, dei fisici e degli ingegneri;

f) dal presidente dell'ordine nazionale degli psicologi;

g) dal presidente della Federazione nazionale dei collegi degli infermieri professionali, degli assistenti sanitari e delle vigilatrici d'infanzia, e dal presidente dell'associazione assistenti sociali;

h) da 5 rappresentanti dell'ANCI di cui 2 in rappresentanza delle città metropolitane.

10. Le maggiori spese di gestione derivanti da prestazioni e servizi eccedenti quelli uniformemente garantiti sul territorio nazionale, a norma degli articoli 3 e 4 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono finanziati dalle Regioni, dai Comuni e dalle Province autonome con utilizzo di risorse proprie. Il finanziamento da parte delle Regioni a statuto ordinario e da parte dei Comuni per le funzioni ad essi delegate dalle Regioni di cui all'articolo 3, relativo agli eventuali disavanzi, è subordinato all'attribuzione ai medesimi della potestà impositiva. Gli eventuali avanzi di amministrazione delle Unità sanitarie locali e degli ospedali di cui all'articolo 4 sono utilizzati dagli stessi per il potenziamento delle strutture, per l'acquisto di attrezzature e per il finanziamento di attività proprie o connesse ad iniziative nazionali e regionali di ricerca scientifica e tecnologica.

11. È soppresso il Fondo sanitario nazionale. Il Ministro del tesoro ed il Ministro del bilancio e della programmazione economica, rispettivamente per la parte corrente e per la parte in conto capitale, provvedono alla definizione delle partite sospese. Sul Fondo sanitario di cui al comma 1 non possono gravare oneri relativi agli esercizi precedenti a quello di attivazione, che saranno a carico dello Stato».

1.5 IMBRÌACO, BERLINGUER, RANALLI, TORLONTANO, ZUFFA, FERRAGUTI, GALEOTTI, MERIGGI

Sostituire l'articolo con il seguente:

«(*Fondo sanitario interregionale*)

1. È istituito il Fondo sanitario interregionale. Esso è alimentato:

a) dalle risorse provenienti dalla fiscalizzazione dei contributi di malattia di cui agli articoli successivi;

b) da stanziamenti integrativi a carico del bilancio dello Stato determinati in base ai livelli di prestazioni da garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale e stabiliti ai sensi dell'articolo 1;

c) da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato non inferiori almeno al 5 per cento del Fondo sanitario medesimo da destinare alla realizzazione di progetti e programmi previsti dai piani sanitari regionali.

2. In sede di prima applicazione il fondo di cui alla lettera *b*) è determinato in percentuale del prodotto interno lordo prendendo a base il consuntivo consolidato della spesa sanitaria relativa all'esercizio 1990 incrementato dalle variazioni percentuali relative all'aumento del prodotto interno lordo per il 1991, comunque, in misura sufficiente a garantire gli obiettivi di cui alle lettere *b*) e *c*) dell'articolo... (*) nonchè gli interventi di cui al comma 1 del presente articolo.

3. Per gli anni successivi l'ammontare del fondo di cui alla lettera *b*) è annualmente adeguato in misura pari alla crescita nominale del prodotto interno lordo. In caso di decremento della variazione reale del PIL il 5 per cento del Fondo sanitario interregionale previsto alla lettera *c*) del comma 1 del presente articolo viene destinato a garantire il mantenimento del livello di prestazioni da garantire uniformemente per tutto il territorio nazionale e stabiliti ai sensi dell'articolo... (*). Incrementi superiori a tale quota della spesa per contratti, convenzioni e farmaceutica, se non concordati con la conferenza di cui all'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono posti a carico del bilancio dello Stato e determinano l'incremento della quota del prodotto interno lordo annuo precedentemente determinato.

4. Con apposita norma di delega le Regioni sono autorizzate ad esercitare poteri autonomi di imposizione per integrare le risorse di cui al comma precedente in relazione a prestazioni aggiuntive rispetto a quelle garantite alla generalità dei cittadini a norma del piano sanitario nazionale di cui all'articolo... (*).

5. Il fondo sanitario interregionale è ripartito entro il 31 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministero della sanità d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di seguito denominata Conferenza. La ripartizione del Fondo sanitario interregionale è effettuata sulla base di coefficienti parametrici, su proposta del Ministero della sanità, sentita la Conferenza, e preordinati

(*) V. emendamento 0.8.

al progressivo conseguimento di livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, con riferimento ai seguenti elementi:

a) struttura e densità della popolazione per classi di età e sesso;

b) indicatori epidemiologici di bisogno sanitario;

c) mobilità sanitaria per tipologie di prestazioni, da compensare in sede di riparto su contabilità documentata e fornita dalle USL;

d) consistenza e stato di conservazione della struttura degli impianti tecnologici e dotazioni strumentali.

6. Nello stato di previsione del Ministero della sanità sono iscritti inoltre finanziamenti destinati alle attività di ricerca di istituti di rilievo nazionale, nonchè dell' Istituto superiore di sanità e dell'ISPESL, o riferiti a iniziative centrali previste da leggi nazionali o riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale. Essi non possono essere inferiori all' 1 per cento del Fondo interregionale e sono alimentati da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato. Una quota del fondo non inferiore al 2 per cento è riservata a fabbisogni particolari ed imprevisti ed è ripartita tra le regioni e le province autonome, anche in assenza di eventi particolari, non oltre il 30 settembre di ciascun anno.

7. Le quote del Fondo sanitario interregionale, assegnate alle Regioni a statuto ordinario, confluiscono in sede regionale nel fondo comune, di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, come parte indistinta, ma non concorrono ai fini della determinazione del tetto massimo di indebitamento. Per le Regioni a statuto speciale e per le province autonome le rispettive quote confluiscono in un apposito capitolo di bilancio.

8. Il finanziamento delle USL è effettuato sulla base di criteri ispirati a quelli di cui al comma 4. Fermo restando l'obbligo di perseguire gli obiettivi indicati dalla programmazione regionale, le quote destinate alle USL sono assegnate in forma indistinta.

9. Le attribuzioni consultive del Consiglio sanitario nazionale in ordine alla ripartizione del Fondo sono esercitate dalla Conferenza ai sensi dell'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400, restano ferme le altre attribuzioni del Consiglio sanitario nazionale, la cui composizione è integrata:

a) da un rappresentante designato da ciascuno dei Ministeri per il coordinamento della protezione civile e per gli affari sociali, nonchè da un rappresentante per ciascuno dei Ministeri dell' ambiente e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

b) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurgici di cui quattro dipendenti e quattro convenzionati e da un odontoiatra, designati dalla Federazione stessa;

c) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei veterinari e da un veterinario dipendente designato dalla Federazione stessa;

d) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei farmacisti e da un farmacista dipendente designato dalla Federazione stessa;

e) dal presidente dell'ordine nazionale dei biologi e dei chimici, fisici e degli ingegneri;

f) dal presidente dell'ordine nazionale degli psicologi;

g) dal presidente della Federazione nazionale dei collegi, gli infermieri professionali, degli assistenti sanitari e delle vigilatrici d'infanzia, dal presidente dell'associazione assistenti sociali;

h) da cinque rappresentanti dell'ANCI di cui tre in rappresentanza delle città metropolitane.

i) da un rappresentante dei terapisti della riabilitazione, degli Assistenti sociali e dei periti chimici designati dalle Associazioni nazionali.

10. Le maggiori spese di gestione derivanti da prestazioni e servizi eccedenti quelli uniformemente garantiti sul territorio nazionale, a norma degli articoli 3 e 4 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono finanziati dalle Regioni, dai comuni e dalle province autonome con utilizzo di risorse proprie il finanziamento da parte delle Regioni a statuto ordinario e da parte dei comuni per le funzioni ad essi delegate dalle Regioni di cui all'articolo 4, relativo agli eventuali disavanzi, è subordinato all' attribuzione ai medesimi della potestà impositiva.

11. Gli eventuali avanzi di amministrazione delle Unità sanitarie locali e degli ospedali di cui all'articolo 4 sono utilizzati dagli stessi per il potenziamento delle strutture, per l'acquisto di attrezzature e per il finanziamento di attività proprie o connesse ad iniziative nazionali e regionali di ricerca scientifica e tecnologica.

12. È soppresso il Fondo sanitario nazionale. Il Ministro del tesoro ed il Ministro del bilancio e della programmazione economica, rispettivamente per la parte corrente e per la parte in conto capitale, provvedono alla definizione delle partite sospese. Sul Fondo sanitario di cui al comma 1 non possono gravare oneri relativi agli esercizi precedenti a quello di attivazione, che saranno a carico dello Stato».

1.20 MERIGGI, DIONISI, LIBERTINI

Premettere il seguente comma: «0.1 Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge con atto non legislativo del Parlamento, sentita la Conferenza Stato-regione ed il Consiglio sanitario nazionale, è approvato il Piano sanitario nazionale ai sensi della legge 23 ottobre 1985, n. 595».

1.21 DIONISI, MERIGGI, LIBERTINI

Al comma 1, secondo periodo, dopo le parole: «Il Fondo» *inserire le seguenti*: «per il triennio 1991-1993».

1.22 DIONISI, MERIGGI, LIBERTINI

Al comma 1, secondo periodo, sopprimere le parole: «fintantochè non sarà stabilita con legge la completa fiscalizzazione degli oneri sociali».

1.41 POLLICE

Al comma 1, secondo periodo, sostituire le parole da: «fintantochè» *a* «fiscalizzate» *con le altre:* «è alimentato dal gettito derivante dalla fiscalizzazione degli oneri sociali. Nelle more di tale fiscalizzazione il Fondo è costituito per la parte corrente dal gettito dei contributi di malattia ivi comprese le quote eventualmente fiscalizzate».

1.42 POLLICE

Al comma 1, terzo periodo, sostituire le parole: «in base alle» *con le altre*: «in base ai livelli delle».

1.6 IMBRÌACO, BERLINGUER, RANALLI, TORLONTANO, ZUFFA, FERRAGUTI, GALEOTTI, DIONISI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

Al comma 1, terzo periodo, sopprimere le parole da: «ai sensi dell'articolo 5» *fino a*: «e successive modificazioni».

1.7 IMBRÌACO, BERLINGUER, RANALLI, TORLONTANO, ZUFFA, FERRAGUTI, GALEOTTI, MERIGGI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

Al comma 1 aggiungere, in fine, i seguenti periodi: «In assenza del Piano sanitario e di sue disposizioni che permettano di utilizzare parametri riferiti ai livelli delle prestazioni, nel calcolo della spesa storica *pro capite* devono essere esclusi i dati relativi al decimo delle aziende sanitarie, che nell'anno base presentavano il costo *pro capite* più elevato, nell'ambito della stessa tipologia. Per queste aziende sanitarie si prevederà un periodo triennale per il rientro della spesa in media».

1.53 IL GOVERNO

Al comma 1 aggiungere, in fine, le seguenti parole: «Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo sentita la Conferenza Stato-regioni e il Consiglio sanitario nazionale approva i livelli minimi delle prestazioni che devono essere comunque garantite a tutti i cittadini e gli *standard* di organizzazione e di attività».

1.23 MERIGGI, DIONISI, LIBERTINI

Al comma 2, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «e non può essere inferiore al 6,50 per cento della quota prevista nel Fondo per la parte corrente».

1.8 IMBRÌACO, BERLINGUER, RANALLI, TORLONTANO, ZUFFA, FERRAGUTI, GALEOTTI, DIONISI

Al comma 3, terzo periodo, dopo le parole: «dalla gestione del servizio» *inserire le seguenti*: «e rigorosamente imputati a spese di natura sanitaria e non aventi caratteristiche socio-assistenziali».

1.54 IL GOVERNO

Sopprimere il comma 4.

1.45 POLLICE

Sostituire il comma 4 con il seguente:

«4. Il Fondo sanitario interregionale è ripartito entro il 10 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge di bilancio e del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza e tenuto conto delle indicazioni del Piano sanitario nazionale con particolare riferimento al riequilibrio territoriale. La ripartizione del Fondo sanitario interregionale è effettuata con le modalità di cui sopra, sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, preordinati al progressivo conseguimento di livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, con riferimento ai seguenti elementi:

a) popolazione residente;

b) indicatori di bisogno sanitario tenuto conto dei dati epidemiologici, di natalità, d'invecchiamento e di frazionamento sul territorio della popolazione;

c) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, su contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle aziende di servizi sanitari attraverso le regioni e le province autonome;

d) indicatori di produttività ed efficienza riferiti ad alcuni settori di attività;

e) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali».

1.38 AZZARETTI

Sostituire il comma 4 con il seguente:

«3. Il Fondo sanitario interregionale è ripartito entro il 10 ottobre di ciascun anno dal CIPE su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome, di seguito denominata "Conferenza", e tenuto conto delle indicazioni del piano sanitario nazionale e delle previsioni della legge finanziaria per l'anno precedente, sulla base di un sistema di coefficienti parametrici per il raggiungimento della uniformità delle prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale. Tale ripartizione va effettuata in base ai seguenti criteri ed elementi:

a) il 65 per cento del Fondo in misura direttamente proporzionale alla popolazione residente;

b) il 20 per cento del Fondo in relazione agli indicatori di bisogno sanitario calcolati in base ai dati epidemiologici di natalità, di invecchiamento e di distribuzione della popolazione sul territorio;

c) il 15 per cento in misura inversamente proporzionale al reddito medio regionale».

1.43 POLLICE

Al comma 4, primo periodo sostituire le parole: «Il Fondo sanitario interregionale di parte corrente è ripartito» *con le altre*: «Il Fondo sanitario interregionale di parte corrente e il Fondo sanitario nazionale di conto capitale sono ripartiti».

1.9 IMBRÌACO, BERLINGUER

Al comma 4, primo periodo, dopo le parole: «riequilibrio territoriale» *inserire il seguente periodo*: «Nella ripartizione va tenuto conto che almeno l'1 per cento del Fondo interregionale sia vincolato al superamento di situazioni di squilibrio qualitativo delle strutture e dei servizi nel Mezzogiorno, sulla base di progetti specifici contenuti nei Piani sanitari regionali».

1.24 MERIGGI, DIONISI, LIBERTINI, TRIPODI

Al comma 4, dopo la lettera c), *inserire la seguente*:

«c-*bis*) indicatori di produttività ed efficienza riferiti ad alcuni settori di attività;

1.40 AZZARETTI

Al comma 4 sopprimere la lettera d).

1.1 AZZARETTI, PERUGINI

Al comma 4 sopprimere la lettera d).

1.10 IMBRÌACO, BERLINGUER, RANALLI, TORLONTANO, ZUFFA, FERRAGUTI, GALEOTTI, MERIGGI

Al comma 4, lettera d), *aggiungere infine le seguenti parole*: «da valutarsi con criterio perequativo secondo il principio della progressività».

1.4 VENTRE

Dopo il comma 4 inserire il seguente:

«4-bis. La ripartizione alle regioni del Fondo sanitario interregionale di conto capitale è effettuata sulla base di coefficienti parametrici preordinati:

a) per un terzo allo sviluppo delle strutture sanitarie e al riequilibrio territoriale con riferimento alle popolazioni di ogni Regione;

b) per un terzo al mantenimento e all'ammodernamento del patrimonio sanitario esistente tenendo conto del censimento realizzato dal Ministero della sanità;

c) per un terzo al rinnovo delle attrezzature sulla base dei posti letto assegnati e degli obiettivi per la prevenzione in riferimento a leggi e progetti nazionali e regionali».

1.11 IMBRÌACO, BERLINGUER

Sostituire il comma 5 con il seguente:

«5. La attività biomedica finalizzata, nonchè quella di ricerca, di istituti di interesse nazionale, riconosciuti ai sensi della normativa vigente, dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro nonchè le iniziative previste da leggi nazionali sono finanziate da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato, determinati dalla legge finanziaria».

1.44 POLLICE

Al comma 5, primo periodo, dopo le parole: «ripartizione del Fondo sanitario interregionale di parte corrente *inserire le seguenti:* «previa riserva di una quota del Fondo sanitario interregionale non inferiore al 10 per cento da destinare alle attività di prevenzione primaria».

1.25 MERIGGI, DIONISI, LIBERTINI, CROCETTA

Al comma 5, terzo periodo, sostituire le parole: «4 per cento» *con le altre:* «3 per cento».

1.26 MERIGGI, DIONISI, LIBERTINI

Al comma 5 aggiungere in fine il seguente periodo: «Tali quote sono utilizzate esclusivamente per finanziare attività socio-sanitarie».

1.2 AZZARETTI, PERUGINI

Al comma 6, primo periodo, dopo le parole: «parte corrente» *inserire le seguenti*: «e in conto capitale».

1.12 IMBRÌACO, BERLINGUER, RANALLI, TORLONTANO, ZUFFA, FERRAGUTI, GALEOTTI, DIONISI

Al comma 6, primo periodo, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «fatta eccezione per i mutui accesi per far fronte ad esigenze di ripiano di eventuali disavanzi nella gestione sanitaria».

1.13 IMBRÌACO, BERLINGUER, RANALLI, TORLONTANO, ZUFFA, FERRAGUTI, GALEOTTI, MERIGGI

Al comma 7, primo periodo, aggiungere in fine le seguenti parole: «, tenuto conto delle dimensioni delle strutture e dei presidi sanitari, dello stato di efficienza delle attrezzature e della dotazione del personale».

1.46 POLLICE

Al comma 7, primo periodo, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «e di *standard* di organizzazioni e di attività».

1.14 IMBRÌACO, BERLINGUER, RANALLI, TORLONTANO, ZUFFA, FERRAGUTI, GALEOTTI, DIONISI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

Al comma 7, secondo periodo, sostituire le parole: «aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere» *con le altre*: «unità sanitarie locali».

1.27 DIONISI, MERIGGI, LIBERTINI

Al comma 8, lettera b) *sostituire le parole*: «convenzionati con lo» *con le altre*: «convenzionati esterni allo».

1.47 POLLICE

Al comma 8, lettera b) *aggiungere in fine le seguenti parole*: «a seguito di estrazione a sorte tra gli iscritti agli albi che abbiano fatto espressa richiesta di far parte del Consiglio sanitario nazionale e che siano in possesso di una anzianità di servizio, o che abbiano esercitata l'attività in regime convenzionale, per almeno quindici anni;».

1.48 POLLICE

Al comma 8, lettera c), aggiungere, in fine, le seguenti parole: «a seguito di estrazione a sorte tra gli iscritti agli albi che abbiano fatto espressa richiesta di far parte del Consiglio sanitario nazionale e che siano in possesso di una anzianità di servizio di almeno quindici anni».

1.49 POLLICE

Al comma 8, lettera d), *dopo le parole*: «farmacista dipendente» *inserire le seguenti*: «dal Servizio sanitario nazionale».

1.37 MELOTTO

Al comma 8, lettera d), dopo le parole: «farmacista dipendente» *inserire le seguenti*: «dal Servizio sanitario nazionale».

1.39 PERINA, AZZARETTI, PERUGINI

Al comma 8, lettera d), aggiungere, in fine, le seguenti parole: «a seguito di estrazione a sorte tra gli iscritti agli albi che abbiano fatto espressa richiesta di far parte del Consiglio sanitario nazionale e che siano in possesso di una anzianità di servizio di almeno quindici anni».

1.50 POLLICE

Al comma 8, sostituire la lettera e) *con la seguente*:

«*e*) da 5 rappresentanti dell'ANCI di cui 2 in rappresentanza delle città metropolitane».

1.28 MERIGGI, DIONISI, LIBERTINI

Al comma 8, sostituire le lettere i) *ed* l) *con le seguenti:*

«*i*) da un infermiere professionale, da un perito chimico, da un terapista della riabilitazione, da un assistente sociale, da un assistente sanitario, da una vigilatrice d'infanzia designati dai rispettivi ordini professionali o, in loro assenza dalle associazioni più rappresentative della categoria;

l) da cinque rappresentanti dell'ANCI di cui due rappresentanti delle città metropolitane».

1.15 IMBRÌACO, BERLINGUER, RANALLI, TORLONTANO, ZUFFA, FERRAGUTI, GALEOTTI, DIONISI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

Al comma 8, sostituire la lettera l) *con la seguente*:

«*l*) da 5 rappresentanti dell'ANCI, di cui 3 in rappresentanza delle città metropolitane».

1.29 DIONISI, MERIGGI, LIBERTINI

Al comma 8, aggiungere, in fine, le seguenti lettere:

«*m*-...) dal Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Tecnici Sanitari di Radiologia Medica;

m-...) dal Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche.».

1.30 DIONISI, MERIGGI, LIBERTINI

Al comma 8 aggiungere, in fine, la seguente lettera:

«*m*-...) dal Presidente della Federazione Nazionale collegi professionali tecnici sanitari di radiologia medica».

1.31 DIONISI, LIBERTINI, MERIGGI

Al comma 8, aggiungere, in fine, la seguente lettera:

«*m*...) dal presidente degli assistenti sociali».

1.32 DIONISI, MERIGGI, LIBERTINI

Al comma 8, aggiungere, in fine, la seguente lettera:

«*m*...) da un rappresentante dei terapisti della riabilitazione, degli assistenti sociali e dei periti chimici designati dalle associazioni nazionali».

1.33 DIONISI, MERIGGI, LIBERTINI, SPETIČ

Al comma 8, aggiungere, infine, la seguente lettera:

«*m*-...) da dieci componenti i comitati per la tutela dei diritti dei cittadini designati dalla Conferenza».

1.51 POLLICE

Al comma 9, sostituire il primo periodo con il seguente: «Le maggiori spese di gestione derivanti da prestazioni e servizi eccedenti quelli uniformemente garantiti sul territorio nazionale dal Piano sanitario nazionale nonchè gli eventuali disavanzi di gestione dei servizi sono finanziati dalle Regioni, dai comuni e dalle province autonome con utilizzo delle proprie risorse, subordinatamente all'attribuzione alle stesse della potestà impositiva generale e specifica».

1.17 IMBRÌACO, BERLINGUER, RANALLI, TORLONTANO, ZUFFA, FERRAGUTI, GALEOTTI, MERIGGI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

Al comma 9, primo periodo, dopo le parole: «gestione dei servizi» *inserire le seguenti*: «non dovuti a provate responsabilità amministrative».

1.18 ALBERTI, ONGARO BASAGLIA, IMBRÌACO, MERIGGI

Al comma 9, primo periodo, dopo le parole: «proprie risorse» *inserire le seguenti:* «subordinatamente all'attribuzione alle stesse di potestà impositiva generale e specifica».

1.34 DIONISI, MERIGGI, LIBERTINI

Al comma 9, secondo periodo, sopprimere la parola: «eventuali», *e le parole da*: «ed al finanziamento», *fino alla fine del comma.*

1.52 POLLICE

Al comma 9, secondo periodo sostituire le parole: «con particolare riguardo» *con le altre*: «e destinati esclusivamente».

1.19 VESENTINI, ONGARO BASAGLIA, ALBERTI, CAVAZZUTI, IMBRÌACO, MERIGGI

Dopo il comma 9 inserire i seguenti:

«9-*bis*. Il Ministro del tesoro ed il Ministro del bilancio e della programmazione economica, rispettivamente per la parte corrente e per la parte in conto capitale, provvedono alla definizione delle partite sospese.

9-*ter*. Sul Fondo sanitario interregionale non possono gravare oneri relativi agli esercizi precedenti a quello di attivazione che saranno a carico dello Stato».

1.35 MERIGGI, DIONISI, LIBERTINI

Dopo il comma 9, inserire il seguente:

«9-*bis*. Sul fondo sanitario interregionale non possono gravare oneri relativi agli esercizi precedenti a quello di attivazione del fondo stesso. I suddetti oneri sono assunti a carico dello Stato».

1.16 IMBRÌACO, BERLINGUER, RANALLI, TORLONTANO, ZUFFA, FERRAGUTI, GALEOTTI, MERIGGI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

Dopo il comma 9 inserire il seguente:

«9-*bis*) Sul Fondo sanitario interregionale non possono gravare oneri relativi agli esercizi precedenti a quello di attivazione del fondo stesso. I suddetti oneri sono assunti a carico dello Stato».

1.36 DIONISI, MERIGGI, LIBERTINI

Al comma 11, primo periodo, sostituire le parole: «aziende di servizi sanitari» *con le altre*: «aziende pubbliche dei servizi sanitari», *al secondo periodo sostituire le parole*: «"azienda di servizi sanitari"» *con le altre*: «"azienda pubblica dei servizi sanitari"».

1.3 GOLFARI

Sono stati inoltre presentati i seguenti emendamenti:

Alla fine del comma 1, aggiungere il seguente periodo: «In attesa dell'applicazione del piano sanitario nazionale e comunque per il triennio 1991-1993, al fine di favorire condizioni di uniformità nella gestione dei servizi, alle regioni che hanno una spesa *pro-capite* pari o inferiore alla spesa media nazionale registrata nell'anno 1990 è assicurato un finanziamento proporzionalmente corrispondente alla spesa effettiva dell'anno precedente; alle regioni che hanno una spesa *pro-capite* superiore all'anzidetta media è assicurato un finanziamento pari alla media incrementato di una quota gradualmente decrescente calcolata sulla differenza tra la spesa effettiva e quella media.

1.55 IL GOVERNO

Al comma 4 sopprimere le lettere b) *e* d).

1.56 IL GOVERNO

Al comma 1, terzo periodo, sostituire le parole da: «ai sensi» *fino a*: «n.595» *con le altre*: «ai sensi del comma 4 dell'articolo 01».

1.60 IL RELATORE

Invito i presentatori ad illustrare gli emendamenti.

* IMBRÌACO. Signor Presidente, l'emendamento 1.5 sostituisce il testo della maggioranza e ci sembrava di capire, a norma di Regolamento, che si dovesse cominciare a discutere l'articolo sostitutivo.

PRESIDENTE. Gli altri emendamenti non necessariamente sono assorbiti.

IMBRÌACO. Però, gli emendamenti 1.5 e 1.20 sono sostitutivi del testo dell'articolo.

PRESIDENTE. Senatore Imbrìaco, è chiaro che tutti gli emendamenti ad uno stesso articolo devono essere illustrati, poi procederemo.

BERLINGUER. Signor Presidente, illustrerò l'emendamento 1.5 e darò per illustrati gli emendamenti 1.6 e 1.7. Gli altri emendamenti verranno illustrati da altri colleghi.

Vorrei tornare un attimo indietro per ricordare che il Governo, nel presentare questa proposta, si proponeva due scopi: il controllo della spesa e la separazione tra politica e gestione. Per quanto riguarda la separazione tra politica e gestione, c'è stata una prova del rapporto tra dichiarazioni e fatti con il decreto, poi diventato legge n. 111 del 1990, che ha duplicato la spartizione dei poteri fra i partiti: comitati dei garanti e amministratori straordinari. Questa proposta governativa

tende ora a triplicare la spartizione, perchè aggiunge gli ospedali come aziende autonome, con propri consigli di amministrazione e direttori generali (articolo 7). Questa moltiplicazione dei poteri moltiplica a suo volta anche, ovviamente, i centri di spesa. Altrimenti non si comprenderebbe la concupiscenza dei partiti, soprattutto di quelli della maggioranza, nei confronti di questi poteri, se essi fossero privi di una capacità di spesa aggiuntiva.

Per i centri di spesa occorrerebbe invece stabilire criteri di responsabilità nelle uscite, ma anche capacità di coprire con entrate proprie le spese che vengono decise. La proposta governativa, invece, afferma un principio, quella della capacità impositiva, di cui si parla in vari articoli riconoscendone l'esigenza, senza deciderne però l'applicazione: non c'è nessun dispositivo cogente, obbligatorio, che consenta alle regioni di avere una capacità impositiva. Si stabilisce un carico di spesa senza copertura, una decisione vietata dalla Costituzione.

Quale può essere il risultato? I casi sono due: o vi sarà un dissesto dei bilanci regionali, derivante anche dal fatto che la spesa in origine è sottostimata e quindi quella iscritta nel bilancio dello Stato da ripartire tra le regioni non corrisponde alla spesa reale, che è notevolmente superiore; oppure, se le regioni non vorranno dissestare i loro bilanci e paralizzare ogni altra attività, dovranno necessariamente restringere le prestazioni ai cittadini. Tutte quelle che sono indicate nella legge come facoltà di passare all'assistenza indiretta, al rimborso e così via diventeranno necessità, obblighi.

Ed io aggiungo che il Governo, il Ministro della sanità è pienamente consapevole di queste conseguenze. Non si spiegherebbe altrimenti perchè al Ministero della sanità sono state insediate delle Commissioni e sono in corso studi, di cui la stampa ha già dato notizia («Corriere della sera» dell'8 luglio), per stravolgere completamente le prestazioni sanitarie dovute ai cittadini. Leggo sul «Corriere della sera» che si sta studiando la generalizzazione dell'assistenza a rimborso, del tipo di quella praticata in passato da enti mutualistici come l'ENPAS e l'ENPDEDP (torniamo di decenni indietro), oppure un'ipotesi più nuova: il cittadino può scegliere di essere assistito, al posto del Servizio sanitario nazionale, da una mutua di categoria, da un'assicurazione privata o da un'organizzazione sindacale. Non era mai successo che nelle intenzioni governative fosse prevista la trasformazione delle organizzazioni sindacali in...

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Il Ministro non ha responsabilità di quello che è stato detto!

BERLINGUER. I tecnici sono già al lavoro, il comitato tecnico scientifico del dicastero ha preparato un preciso progetto con due proposte, che si ritiene siano le uniche praticabili.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Ma non è politicamente attribuibile a me.

BERLINGUER. I casi sono due: o il Ministro non sa quello che si svolge nel suo Ministero, oppure lo sa. Siccome i suoi tecnici stanno

lavorando sulle conseguenze reali di questa legge, egli continua a sostenere pubblicamente una tesi, mentre mette al lavoro i suoi tecnici, privatamente, riservatamente (ma poi le notizie si sanno), per stravolgere il sistema delle prestazioni sanitarie, per coinvolgere in tale stravolgimento le organizzazioni sindacali dei lavoratori, snaturandone completamente la funzione; anzi, direi riportando la storia indietro di un secolo, quando le organizzazioni sindacali nacquero sulla base delle società di mutuo soccorso. Ma è una fase superata: oggi le organizzazioni sindacali hanno la funzione di tutelare i diritti sociali nei confronti delle istituzioni, non di supplire alle loro carenze.

Ecco che la moltiplicazione dei centri di spesa derivante dalla spartizione dei poteri e dalla triplicazione delle lottizzazioni, associata alla carenza di entrate (perchè non esiste un'autonomia impositiva delle regioni), porterà inesorabilmente a quanto è paventato, con danno enorme per quei cittadini che non possono affrontare di tasca propria le spese per le cure.

Già questa situazione si sta verificando. Il sistema dei *tickets* ed altri balzelli imposti dal Governo hanno accresciuto il carico delle sofferenze a cui i cittadini non provvisti di redditi elevati non riescono a far fronte. Noi abbiamo presentato una proposta precisa, quella di conglobare e sopprimere le varie fonti di finanziamento sanitario aggiuntivo, come quella derivante dalla fiscalizzazione dei contributi di malattia, come la «tassa della salute», per riunirle in una imposta sul valore aggiunto di impresa. Abbiamo già presentato una proposta di legge in questo senso alla Camera dei deputati, la n. 1026, degli onorevoli Visco e Reichlin, sulla quale ci sono stati pareri e opinioni favorevoli dei maggiori economisti. In essa abbiamo dimostrato che con tale imposta si possono garantire le risorse necessarie, stabilire maggiore eguaglianza fiscale, e permettere al tempo stesso alle regioni di affrontare le eventuali spese aggiuntive che volessero decidere oppure di affrontare – come è giusto – le conseguenze di sprechi che avessero consentito nell'ambito del proprio territorio e delle unità sanitarie locali da esse controllate.

Vorrei aggiungere che questa nostra attenzione nei confronti delle entrate, olte che delle uscite, non può farci dimenticare l'esigenza di polemizzare contro coloro i quali sostengono periodicamente che è colpa della spesa sanitaria se lo Stato italiano ha le finanze in dissesto. Abbiamo dimostrato più volte, e anche recentemente all'assemblea della Farmindustria il suo presidente, il dottor Gavazza, ha portato dei dati probanti, che la spesa sanitaria è aumentata assai meno del complesso della spesa pubblica in Italia; che anzi, se tutte le spese pubbliche fossero aumentate con lo stesso ritmo della spesa sanitaria, oggi non ci sarebbe una situazione così drammatica di *deficit* nel bilancio dello Stato.

Malgrado questo, malgrado le cifre, malgrado il fatto che dove la spesa sanitaria è fondamentalmente privata, come negli Stati Uniti d'America, essa raggiunge ormai il 12 per cento del prodotto interno lordo con risultati inferiori in termini di salute (tant'è vero che negli Stati Uniti si sta pensando di dare vita a un servizio sanitario nazionale, o comunque a un sistema di assicurazioni pubbliche nel campo della salute), malgrado tutto ciò il Governo ogni volta che si propone (o meglio che dichiara di volere) una restrizione della spesa pubblica parla

immediatamente di sanità, non toccando gli altri capitoli e ignorando i dati reali della situazione. In questo modo si deprime il valore della salute, oltre che quello dei servizi sanitari, che dovrebbe essere prioritario dell'impegno pubblico.

È chiaro che la salute non dipende soltanto dalla spesa sanitaria o dai servizi sanitari in senso stretto. Dipende da molteplici condizioni: l'ambiente, il lavoro, la cultura, il grado di soddisfazione della propria esistenza, che sono valori difficilmente quantificabili. Tuttavia la spesa sanitaria ha una sua funzione, che non può essere trascurata o avvilita da queste continue campagne che ignorano i dati della realtà.

Signor Presidente, signor Ministro, consideriamo fondamentale questo articolo. Se infatti il disegno di legge verrà approvato stabilendo oneri di spesa, e sanzioni a carico delle regioni che superino le spese, senza porre le regioni stesse in una situazione di responsabilità che le metta in grado di affrontare questi problemi, si darà un grave colpo non solo al servizio sanitario nazionale, non solo al diritto dei cittadini alle cure, ma anche all'istituto regionale, quindi all'intero sistema delle autonomie locali. Insistiamo ancora affinchè questo emendamento sia preso in considerazione o affinchè, come sta accadendo per l'articolo aggiuntivo proposto sulla programmazione, la Commissione e il Governo ne tengano conto e suggeriscano soluzioni alternative. Comunque faremo di questo articolo un punto fondamentale della nostra battaglia in quest'Aula. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

* IMBRÌACO. Signor Presidente, nel corso del mio intervento illustrerò gli emendamenti 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.14 e 1.15. Gli emendamenti 1.6 e 1.7 invece si intendono già illustrati.

Prima di iniziare però dovrei fare una premessa e dire che gran parte di queste proposte di modifica andrebbero riferite alla formulazione finale che verrà fuori dall'accordo che è stato raggiunto.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Consideriamolo accettato.

IMBRÌACO. Il problema non si pone solo per gli emendamenti presentati dal Gruppo del PDS ma per una serie di articoli...

PRESIDENTE. Si ritireranno via via che passeremo al loro esame. Ne tenga conto nell'illustrazione.

IMBRÌACO. Volevo sottolineare questo aspetto perchè è a monte di quanto stiamo per dire che, giunti a questo punto, potrebbe apparire anche pleonastico.

Ad esempio, l'emendamento 1.8 è riferito al comma 2 dell'articolo 1, là dove si parla del Fondo in conto capitale che dovrebbe avere nelle intenzioni del Senato – perchè su questo particolare punto in pratica non ci sono state differenziazioni tra le forze politiche – come finalità essenziale il riequilibrio territoriale. Indubbiamente nell'arco di questo decennio si sono sperimentati una sorta di squilibrio, di cui si parla sempre, e un *gap* in termini in particolare di servizi e tecnologie sanitari tra Nord e Sud le cui cause risalgono e vanno ricercate nei decenni trascorsi. Nell'era mutualistica, quando aveva un senso il finanziamento

di una sanità pubblica attraverso i contributi di malattia, il Nord d'Italia, attraverso la piena occupazione e la possibilità quindi di utilizzare al massimo i finanziamenti che derivavano dai contributi degli operai e dei lavoratori occupati, potè reinvestire tali risorse creando quei servizi di ordine ospedaliero, ambulatoriale e via dicendo che nel Sud, viceversa, sono rimasti allo stato brado o comunque in una situazione molto ridotta e limitata. Nel momento in cui da più parti ci si attesta su posizioni che puntano al riequilibrio vorrei chiedere giustizia in ordine alla politica fondata sull'emigrazione delle braccia meridionali verso il Nord. Proprio quando il fenomeno leghista alimenta tante tensioni e preoccupazioni, mi sembrerebbe giusto tenere conto di una verità storica e decidere, nel momento in cui il fondo in conto capitale deve essere finalizzato al riequilibrio territoriale, che una quota minima di esso, non inferiore però al 6,50 per cento – è questo il senso del nostro emendamento – venga destinata a tale genere di attività e di impegno.

L'emendamento 1.9 riguarda invece il comma 4 laddove si dice che il Fondo sanitario interregionale va rivisto alla luce delle modifiche apportate all'articolo 1. Questo è il senso.

Con l'accordo raggiunto qualche minuto fa con il Presidente della Commissione Zito abbiamo finalmente rimesso in asse un discorso che era rimasto in sospeso tre o quattro anni addietro, quando si vararono quelle norme per la programmazione sanitaria che sono poi passate alla storia come legge n. 595.

Signor Presidente, signor Ministro, quella legge, alla quale spesso ci si riferisce parlando di azioni programmate e di progetti obiettivi, conteneva una novità assoluta per quel che riguarda il finanziamento delle attività; essa consisteva nell'aver codificato che ogni anno il Ministro della sanità, e quindi il Governo, presenta all'appuntamento per la legge finanziaria e per il bilancio dello Stato degli anni successivi un piano della sanità, nel quale sono già segnate le partite finanziarie fondamentali per sostenere e supportare le prestazioni che lo Stato eroga gratuitamente ai cittadini. Si rovesciava praticamente l'indirizzo, che viceversa poi è andato avanti imperturbato nel tempo, che era quello di considerare, avendo speso l'anno precedente, ad esempio, 80.000 miliardi, che il fabbisogno per l'anno in corso fosse appunto di 80.000 miliardi più il 4 o il 5 per cento relativi all'incremento dell'inflazione. Questo era un modo razionale ed intelligente per intervenire. Si stabiliva il livello di risorse necessarie per il settore e si pretendeva che tale somma fosse inserita dal Ministro del tesoro e dal Ministro del bilancio nella legge finanziaria dell'anno relativo. Dopo di che il Ministro del tesoro e il Ministro del bilancio possono rilevare che le compatibilità economiche del paese non consentono il soddisfacimento di questa cifra, e a quel punto si discute e si può anche tagliare; ma si sapeva che lo Stato italiano aveva garantito quel tipo di prestazioni e quel fabbisogno finanziario. Ora l'emendamento 1.9, che andava riferito al vecchio articolo 1, lo intendo in qualche misura superato alla luce del testo finale che vedremo di qui a qualche momento.

L'emendamento 1.10 fa riferimento alla soppressione della lettera *d*), al comma quarto. Questa lettera, per poter avere i criteri del finanziamento, fa riferimento al reddito medio regionale. A noi sembra uno di quei criteri assolutamente ingiusti in uno Stato moderno e ne chiediamo la soppressione.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Sono d'accordo.

IMBRÌACO. Anche l'emendamento 1.11, nel quale proponevamo i nostri criteri per ripartire fra le regioni il fondo sanitario di conto capitale, potrebbe essere rivisto alla luce di quello che verrà fuori dal testo finale. In ogni caso noi chiedevamo, in riferimento sempre alle questioni del riequilibrio, una ripartizione del conto capitale secondo un criterio che era per un terzo rapportato allo sviluppo delle strutture sanitarie e al riequilibrio territoriale, riferendoci alle popolazioni residenti in ogni regione; per un terzo esso andava destinato al mantenimento e all'ammodernamento del patrimonio sanitario, tenendo conto del censimento realizzato dal Ministero della sanità e per un altro terzo al rinnovo delle attrezzature sulla base dei posti letto assegnati e degli obiettivi per la prevenzione, in riferimento a leggi e a progetti nazionali e regionali. Siamo in particolare soddisfatti perchè abbiamo trovato sensibilità da parte del Presidente della Commissione, senatore Zito, che ha accettato questa nostra proposta per riequilibrare la sanità, non soltanto dal punto di vista territoriale e fisico, ma anche dal punto di vista dell'intervento sanitario vero e proprio, rovesciando l'ottica dell'intervento terapeutico, teso a riparare i guasti, e investendo invece nella attività di prevenzione delle malattie. Questo emendamento è finalizzato a questo tipo di discorso.

L'emendamento 1.12, che fa confluire nel fondo regionale comune le quote sanitarie della parte corrente, chiede che si aggiungano alle quote di parte corrente anche le quote in conto capitale.

Con l'emendamento 1.14 chiediamo che si inseriscano gli *standards* di organizzazione di attività, e mi pare che ciò sia già stato accolto nell'emendamento frutto della mediazione del presidente Zito.

Più semplice invece – e anche nell'esposizione non mi comporta particolari difficoltà – è il senso dell'emendamento 1.15, laddove si parla di varie categorie che concorrono a costruire la rappresentatività nel servizio; noi chiediamo che accanto alle varie categorie, ai vari profili professionali, che nel testo della maggioranza sono già inseriti, vengano inclusi anche l'infermiere professionale, il perito chimico, il terapista della riabilitazione, la vigilatrice d'infanzia, in rappresentanza dei rispettivi ordini. Una valenza politica più significativa ha invece la proposta di aggiungere cinque rappresentanti dell'ANCI, l'associazione dei comuni, di cui due rappresentanti delle città metropolitane. Questo riferimento è anche per essere coerenti e organici con la legge n. 142, approvata di recente dal Parlamento della Repubblica italiana.

Con questo, signor Presidente, mi pare di aver esaurito il compito che mi ero assegnato e ringrazio i colleghi per l'attenzione.

GALEOTTI. Signor Presidente, illustrerò gli emendamenti 1.13, 1.16 e 1.17.

L'emendamento 1.13 credo che vada letto, onorevole Presidente, colleghi, signor Ministro, tenendo conto del comma 6 dell'articolo 1, che peraltro è identico nella formulazione proposta dalla Commissione a quello approvato dalla Camera dei deputati. Il comma 4, come è stato già ricordato, stabilisce la confluenza delle quote del fondo sanitario interregionale, si dice di parte corrente, assegnate alle regioni a statuto

ordinario, nel fondo comune di cui all'articolo 8 della legge n. 281 del 1970 e si aggiunge in questo comma che come parte indistinta tali quote non concorrono ai fini della determinazione del tetto massimo di indebitamento. Credo che questo sia giusto e logico perchè, come è noto, vi è una capacità di indebitamento delle regioni, fissata nella legge n. 281 che qui è ricordata, che fa riferimento al fondo comune di cui all'articolo 8 che, come noto, raccoglie risorse finanziarie libere e destinate nelle regioni a spese correnti, a spese che riguardano l'amministrazione, a spese – diciamo così – possibili secondo l'articolo 8 della legge n. 281. Questo fondo garantisce poi la capacità di indebitamento delle regioni e vi è una norma che stabilisce appunto il rapporto tra queste entrate regionali e la capacità di indebitamento; se non sbaglio si tratta del 25 per cento. È ovvio che le risorse finanziarie provenienti dal fondo sanitario interregionale, di considerevole portata finanziaria, non potrebbero concorrere a una tale capacità di indebitamento; questo non sarebbe ammissibile e così peraltro è previsto nel comma 6. Però noi vogliamo con il nostro emendamento stabilire che a questa regola si faccia eccezione quando le regioni debbono accedere a mutui per esigenze di richiamo di eventuali disavanzi nella gestione sanitaria. Come i colleghi e l'onorevole Ministro ben sanno, con questa disciplina contenuta nell'articolo 1 si stabilisce una responsabilità delle regioni per le spese che eccedono quei servizi e quelle prestazioni uniformi nel territorio nazionale, e comunque le regioni sono responsabili di eventuali disavanzi nella gestione sanitaria. Noi vogliamo che si introduca una norma per cui nel caso che le regioni si trovino in queste condizioni, possano accedere a mutui; in questo caso la loro capacità di indebitamento si dovrebbe allargare, ossia non si ridurrebbe soltanto al fondo di cui all'articolo 8 della legge n. 281, che sarebbe a quel punto largamente insufficiente a garantire la copertura di eventuali disavanzi attraverso l'accesso ai mutui.

Credo che la nostra richiesta sia molto logica e molto seria. Anticipo ai colleghi, all'onorevole Ministro e al relatore che saremmo anche disponibili ad introdurre una riduzione di quel 25 per cento di capacità di indebitamento prevista nella norma che ho ricordato della legge n. 281, anche scendendo fino ad una percentuale del 10 per cento. In questo caso, infatti, data la mole considerevole dei finanziamenti che dovrebbero discendere dal Fondo sanitario interregionale, si potrebbe garantire l'autonomia di accesso ai mutui. Non si tratta di un fatto tecnico; è un punto importante, perchè se imponiamo l'obbligo di copertura alle regioni, stando alla logica del testo, non possiamo poi non consentire alle regioni stesse di accedere a mutui. Invece glielo impediamo in larghissima parte perchè quella quota di capacità di indebitamento prevista dalla legge n. 281 a malapena risolve i problemi di indebitamento delle regioni per far fronte ai tanti adempimenti relativi alle materie di loro competenza.

Per quanto riguarda l'emendamento 1.17, si tratta di sostituire il primo periodo del comma 9 dell'articolo 1. In pratica si tratta di aggiungere dopo le parole: «con utilizzo delle proprie risorse» le altre: «subordinatamente all'attribuzione alle stesse della potestà impositiva generale e specifica». Ho già ricordato prima che le maggiori spese di gestione derivanti da prestazioni e servizi eccedenti quelli uniforme-

mente garantiti sul territorio nazionale dal piano sanitario nazionale debbono, come dice il disposto del disegno di legge, essere assicurate dalle regioni attraverso l'utilizzo di proprie risorse. Noi vorremmo che si aggiungesse qualcos'altro, e si tratta di un aspetto non secondario ed anzi, come ha già ricordato il collega Berlinguer, molto importante. Si tratta cioè del riconoscimento, nel momento in cui si attribuisce alla regione la responsabilità della copertura di queste spese che vanno oltre la quantità e la qualità minime previste per i servizi e per le prestazioni, della garanzia per le regioni stesse di uno spazio di autonomia impositiva non solo di ordine generale, ma anche specifico, mirato a particolari imposizioni che noi abbiamo individuato in un nostro disegno di legge presentato alla Camera dei deputati. Nel momento in cui riconosciamo alle regioni la possibilità di garantire oltre quegli *standards* minimi di servizi e di prestazioni, si deve dare comunque la possibilità alle regioni stesse, sotto la loro responsabilità anche di ordine politico nei confronti dell'elettorato, di ricorrere alle risorse finanziarie necessarie attraverso una propria autonoma imposizione.

Per quanto riguarda l'emendamento 1.16, si tratta di una norma che vorremmo inserire dopo il comma 9 e che così recita: «Sul fondo sanitario interregionale non possono gravare oneri relativi agli esercizi precedenti a quello di attivazione del fondo stesso. I suddetti oneri sono assunti a carico dello Stato». Credo che sia una norma ragionevole perchè, nel momento in cui attraverso questa nuova disciplina si va all'istituzione di un fondo sanitario interregionale (e non si tratta soltanto di cambiare il *nomen iuris* dell'*ex* fondo sanitario nazionale) e nel momento in cui tale fondo vede tutta la responsabilità delle regioni e del sistema autonomistico per quanto riguarda la copertura finanziaria, allora ragionevolmente diciamo che non si può schiacciare questo fondo che nasce sotto il peso degli oneri che derivano da esercizi precedenti a quelli di attivazione del fondo stesso, perchè altrimenti nasce già male. Nasce cioè con un gravame finanziario tale per cui probabilmente ci troveremo dopo qualche tempo a rilevare quel che abbiamo constatato nel corso di questi anni rispetto alla sottostima del fabbisogno finanziario, al fatto che il fondo non ha potuto garantire le risorse minime necessarie, al di là del riconoscimento, che pure ci deve essere, di sacche anche larghe di sprechi.

Noi diciamo che in questo caso gli oneri relativi agli esercizi precedenti devono essere assunti a carico dello Stato. Credo che sia una norma ragionevole, perchè per l'avvenire la disciplina è diversa e fa carico alla responsabilità delle regioni. Noi abbiamo voluto anche con il precedente emendamento inserire in modo speculare la possibilità di un'autonomia impositiva generica e specifica. Ritengo che così possa nascere un fondo sanitario interregionale che responsabilizzi realmente le regioni e il sistema autonomistico. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

* MERIGGI. Signor Presidente, illustrerò l'emendamento 1.20, mentre altri colleghi del Gruppo illustreranno i restanti emendamenti da noi presentati.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, come è già avvenuto in altre occasioni, anche in questo dibattito c'è il pericolo di ripetere i soliti concetti e le solite argomentazioni. Con una battuta, potrei dire che

questo non dipende tanto da noi, ma dal fatto che il Governo e la maggioranza si ostinano a proporre provvedimenti con contenuti che noi non condividiamo.

In fondo, noi concordiamo con chi sosteneva che nella sanità bisogna avere il coraggio di insistere nel dire le stesse cose e ripetere gli stessi argomenti per controbattere tesi e posizioni che secondo noi non servono a migliorare l'organizzazione sanitaria nell'interesse dei cittadini. Ed è ciò che siamo costretti a fare anche in questo dibattito, e continueremo su questa strada.

Dopo gli interventi del collega Berlinguer e di altri del Gruppo PDS, non voglio ripetere e riprendere le argomentazioni che sono state già addotte dai colleghi, ma mi limito ad alcune considerazioni, rispettando il tempo stabilito, su aspetti che ritengo vadano sottolineati e che sono contenuti nell'emendamento sostitutivo dell'articolo 1 che abbiamo presentato.

La prima considerazione è relativa alla fiscalizzazione. Sostengo che la legge n. 833, più che una legge che andava aggiornata e completata in alcuni aspetti, è una riforma tradita, nel senso che non si è voluto attuarla.

Uno dei punti per argomentare questa tesi può essere quello della fiscalizzazione. Nel testo della maggioranza se ne parla ancora e viene richiamata, ma è evidente che non si dimostra nei fatti alcuna volontà politica di mettere mano concretamente a questa indicazione contenuta nella legge n. 833.

Ma la questione del finanziamento della spesa viene sempre vista in termine di tagli, di riduzione di spesa e così via. Del resto, anche il titolo di questo disegno di legge parla di contenimento della spesa sanitaria, il che dimostra con quale spirito si affronta questo argomento.

Ciò viene sempre fatto in una visione riduttiva e sbagliata. La logica è sempre quella di tagliare in certi settori, in particolare sanità e previdenza, e poi largheggiare quando si tratta di agevolazioni in altri settori. Come sappiamo, risulta da un censimento sulle agevolazioni fiscali, fatto dal Ministero delle finanze, che anche ieri è stato richiamato, che lo Stato ha in vigore 370 tipi di agevolazioni fiscali, alcune giustificate ed altre no, per 76 mila miliardi. Abbiamo 37 mila miliardi di sgravi alle imprese, molti dei quali possono essere considerati dei regali, «alla faccia» quindi dell'iniziativa privata.

A queste cifre vanno aggiunte le evasioni fiscali vere e proprie che sono indicate in oltre 150 mila miliardi, ma qui le cifre si sprecano. Di fronte a queste cifre diventa evidente la strada da seguire per un risanamento del bilancio e del debito pubblico: secondo noi potrebbe essere quella di una riforma fiscale che faccia pagare tutti e pagare il giusto, come da tempo chiedono alcune forze politiche e le organizzazioni sindacali. Questa dovrebbe essere la strada da seguire per superare le distorsioni intollerabili dell'attale sistema al fine di reperire entrate stabili riducendo l'area delle esenzioni, delle elusioni e delle evasioni, per arrivare al risanamento del bilancio e reperire anche i fondi per uno sviluppo socio-economico del paese.

Questa credo sia l'unica strada per restare in Europa e per risalire in seie «A», come si usa dire in questi giorni. Vi è, quindi, l'esigenza di raggiungere una equità fiscale che superi l'attuale situazione, fonte di

tensioni, polemiche e ingiustizie ed inefficienze ormai non più tollerabili.

Credo che in questo contesto vada inserita l'esigenza di arrivare alla fiscalizzazione per il finanziamento del servizio sanitario nazionale. In sostanza noi chiediamo semplicemente l'attuazione della legge n. 833, che all'articolo 76 prevedeva che il finanziamento del servizio sanitario che veniva allora istituito fosse affidato al gettito fiscale ordinario, indicando così la via di una progressiva fiscalizzazione dei contributi sanitari. Ritengo quindi inaccettabile che a oltre 12 anni dall'entrata in vigore della legge n. 833 il finanziamento del servizio sanitario continui, invece, ad essere affidato al prelievo contributivo pur trattandosi di un servizio fornito alla generalità dei cittadini. E neanche la tassa sulla salute ha migliorato la situazione, perchè ha aggiunto un ulteriore prelievo di natura sostanzialmente ambigua, mantenendo ancora delle disparità di contribuzione, che tra l'altro vanno superate recependo alcune sentenze emesse al riguardo.

È evidente che la proposta di fiscalizzazione dei contributi sanitari pone un problema di notevole rilevanza e complessità, se non altro per l'entità delle cifre in gioco; ma non per questo non sono possibili soluzioni adeguate e fattibili. Però, trattandosi di un servizio fornito alla generalità dei cittadini, non si vede come possa rimanere legato al prelievo contributivo, peraltro aggravato da discriminazioni nei confronti del fattore lavoro, a favore del fattore capitale. Infatti un servizio di sicurezza sociale esteso a tutta la popolazione deve trovare adeguato finanziamento nel gettito delle imposte progressive sul reddito e sul patrimonio, così da realizzare una redistribuzione della ricchezza a favore dei cittadini meno abbienti, come d'altronde vuole la nostra Costituzione, anche se forse sovente ce ne dimentichiamo. Tuttavia nel nostro paese ciò non è mai avvenuto, anzi purtroppo si tenta sempre di fare alla rovescia.

Come è già stato ricordato in un precedente intervento, su questo problema sono stati da tempo presentati dei disegni di legge sia da parte del Gruppo comunista – alcuni anni fa – sia dal Gruppo della sinistra indipendente, con proposte argomentate, concrete e fattibili; su questo orientamento sono schierati anche i sindacati. Sarebbe pertanto opportuno affrontare un dibattito su tale delicato problema per verificare le posizioni del Governo e della maggioranza e per sapere anche cosa intendono fare nel prossimo futuro, perchè continuando a dire no alle nostre proposte di fiscalizzazione di fatto si perpetua una situazione in cui i lavoratori dipendenti pagano la quasi totalità delle entrate; ovviamente gli evasori o non pagano nulla, o pagano non certo in base al loro reddito reale e noi riteniamo che questa situazione non sia più accettabile. Vengo alla seconda considerazione. Sul fondo sanitario nazionale vogliamo essare chiari: credo sia condivisa ormai da tutti la necessità che il servizio sanitario nazionale esca da un finanziamento previsionale inadeguato, con la sottostima del fondo sanitario nazionale e il successivo ripiano a piè di lista, che finisce per premiare l'inefficienza e anche gli sprechi. Diventa pertanto indispensabile disporre di un fondo sanitario nazionale congruo, deciso preventivamente, per evitare il ripetersi della situazione precedente. Quindi è necessario che il fondo sanitario nazionale sia predeterminato in misura

congrua e che si arrivi all'azzeramento della situazione debitoria precedente.

Bisogna far questo se si vuole evitare che l'operazione che si intende attuare, cioè la responsabilizzazione delle regioni e delle future aziende, non rappresenti più una manovra di riorganizzazione, contenimento e moralizzazione della spesa sanitaria, ma diventi solo il trasferimento dallo Stato ad altri enti di un problema non risolto. Penso che tutti coloro che sono interessati al miglioramento del servizio sanitario nazionale, indipendentemente dalle varie posizioni magari divergenti sugli altri aspetti istituzionali e organizzativi, possano trovare su questo punto unità di vedute per evitare che questa operazione parta con il piede sbagliato, senza la preventiva chiarezza e la preventiva soluzione del nodo finanziario. Sarebbe veramente inaccettabile che si scaricasse sulle regioni una carenza di finanziamenti per l'antico vizio della sottostima iniziale del fondo sanitario nazionale. Infatti, l'errata stima del fondo sanitario nazionale – è bene ricordarlo – o la voluta sottostima ha provocato dall'avvio della riforma sanitaria ad oggi circa 50.000 miliardi di sottostima con un onere per l'ammortamento dei mutui di circa 10.000 miliardi all'anno.

Comprendiamo quindi quanto, accanto alla mancata fiscalizzazione, la politica dei tagli sia costata al bilancio dello Stato, ma soprattutto ai cittadini italiani che pagano questa politica, non solo come costo economico ma soprattutto come servizio scarsamente qualificato ed efficiente.

Se si vuol voltare pagina bisogna secondo noi sciogliere in modo preciso questi nodi. Mi limito per ora a queste sottolineature, ritenendo così illustrato l'emendamento 1.20, riservandomi altre considerazioni nel successivo dibattito.

Richiamo al Regolamento

LIBERTINI. Domando di parlare per un richiamo al Regolamento.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* LIBERTINI. Signor Presidente, intendo parlare per un richiamo al Regolamento, avvertendo anche che gli altri emendamenti saranno illustrati dai senatori Tripodi e Crocetta.

Vorrei proporre una questione relativa all'articolo 100 del nostro Regolamento, concernente l'esame degli articoli e la presentazione degli emendamenti. Tale articolo recita al comma 2: «L'esame degli articoli si effettua con la trattazione, articolo per articolo, degli emendamenti proposti dai singoli Senatori, dalla Commissione e dal Governo». Il comma 9, sul quale vorrei richiamare, signor Presidente, la sua attenzione, afferma: «Su tutti gli emendamenti presentati ad uno stesso articolo si svolge un'unica discussione,» – questo è chiaro – «che ha inizio con l'illustrazione da parte dei presentatori e nel corso della quale ciascun senatore può intervenire una sola volta, anche se sia proponente di emendamenti». – Anche questo è chiarissimo, perchè è evidente che un senatore non può illustrare l'emendamento e intervenire nella discussione sull'emendamento stesso – «Esaurita la

discussione, il relatore ed il rappresentante del Governo si pronunciano sugli emendamenti presentati». Il punto che vorrei sottoporle riguarda l'interpretazione dell'espressione: «nel corso della quale ciascun senatore può intervenire una sola volta, anche se sia proponente di emendamenti». Su questo punto vorrei un suo chiarimento, riguardando una questione che probabilmente va approfondita. Si immagini che vi sia un solo senatore (faccio l'esempio del senatore Pollice) il quale abbia presentato dieci emendamenti. Se questo senatore è costretto ad illustrarli tutti in dieci minuti, si crea una condizione di disuguaglianza perchè un senatore può avere dieci minuti per illustrare un emendamento, mentre un altro ha dieci minuti per illustrare dieci emendamenti, cioè un minuto per ogni emendamento. L'illustrazione diventa cosi una finzione e si crea una situazione di profonda disparità.

Ogni emendamento va illustrato, a meno che per l'illustrazione non si intenda un telegramma. Se a me vengono concessi dieci minuti per illustrare un emendamento, non capisco perchè per lo stesso emendamento ad un altro senatore venga dato un solo minuto. Pongo alla sua attenzione questo problema e vorrei una risposta circostanziata. Riguarda una questione generale e ho l'impressione che un po' il Regolamento, un po' la distrazione di tutti noi, un po' la prassi stiano restringendo gli spazi di diritto e di dovere di ogni singolo senatore. Io vorrei difendere questi spazi di diritto e di dovere.

PRESIDENTE. Senatore Libertini, lei ha posto una questione molto chiara.

Sa che questa norma del Regolamento viene applicata con una certa flessibilità, proprio per la ragione che diceva lei. Però la questione di una deroga vera e propria bisogna porla in sede di Giunta del Regolamento. Allo stato dei fatti, noi non possiamo che rispettare il Regolamento, sia pure – come ci darà atto – con una certa flessibilità.

* LIBERTINI. La ringrazio, Presidente. Mi rendo conto che la questione va posta in sede di Giunta del Regolamento. La flessibilità a cui ella fa riferimento evidentemente riguarda il tempo a disposizione del senatore che deve illustrare più emendamenti. È questo il senso della sua precisazione?

PRESIDENTE. Certo.

Ripresa della discussione

PRESIDENTE. Invito i presentatori a proseguire l'illustrazione degli emendamenti.

Presidenza del vice presidente LAMA

DIONISI. Signor Presidente e colleghi, molto rapidamente illustro gli emendamenti 1.21 e 1.22, la cui sostanza, in realtà, è stata accolta dall'articolo aggiuntivo di cui si è discusso questa mattina ed il cui testo è stato distribuito qualche minuto fa.

Siamo soddisfatti che la maggioranza abbia accolto la nostra impostazione, che recupera per intero il valore della programmazione nel settore della sanità e perciò recupera l'importanza del Piano sanitario nazionale ed il riferimento alla legge n. 595 del 9 ottobre 1985.

Esprimo inoltre l'apprezzamento al presidente Zito, al collega Melotto rappresentante della Democrazia cristiana ed a lei, signor Ministro, che, accogliendo la nostra impostazione, sembrate esservi convinti che un fattore importante di distorsione e di inefficienza del Servizio sanitario nonchè di malfunzionamento dei meccanismi del mercato sanitario era proprio la mancanza del Piano sanitario nazionale e la mancanza di programmazione nel settore.

Noi insistiamo su questo punto, riteniamo che se riusciamo a stabilire – come a tutti ormai sembra opportuno – gli *standards* di qualità e di quantità del servizio a cui hanno diritto i cittadini e, a fronte, individuiamo le risorse nell'ambito del bilancio dello Stato destinate a garantire quegli *standards,* compiamo una operazione che mentre riconosce ai cittadini le garanzie, introduce un elemento di razionalizzazione e di correzione del mercato e le certezze necessarie. Sono infatti convinto che se partiamo con questo metodo, alla fine arriveremo ad individuare anche i nodi strutturali del mercato della salute che debbono essere affrontati. Mi riferisco, in particolare, agli sperperi nella spesa farmaceutica o alla pratica sanitaria che riconosce un'eccessiva discrezionalità agli operatori sanitari, i quali possono prescrivere (non voglio dire liberamente, perchè è giusto che i medici prescrivano rispondendo alla loro coscienza e alla loro conoscenza, ma non senza alcun vincolo) delle prestazioni senza tenere conto dei costi che esse comportano.

Se nel prosieguo del dibattito riusciremo a introdurre questi elementi di correzione, a modificare appunto i nodi strutturali della spesa, non soltanto potremo garantire meglio la tutela della salute per i cittadini, ma razionalizzeremo anche il servizio e riporteremo sotto controllo la spesa.

Non credo di dover aggiungere altre parole per dimostrare come il criterio della programmazione – se effettivamente applicato e se non resterà nuovamente parole vuote – possa contribuire al miglioramento del servizio sanitario nazionale. Quando noi comunisti insistiamo nella difesa dei princìpi della legge n. 833, non conduciamo solamente una difesa quasi nostalgica del periodo e delle condizioni politiche che resero possibile quella riforma, nè svolgiamo solo una difesa di carattere culturale dei princìpi che l'avevano ispirata; in realtà affermiano la bontà di quegli stessi princìpi e la necessità di politiche coerenti con essi, e allo stesso tempo riconosciamo l'esigenza di modificare quella legge alla luce di dodici anni di esperienza. Siamo noi i primi ad affermare che il sistema sanitario nazionale si è dimostrato inefficiente e incapace a rispondere alle mutate esigenze dei cittadini moderni.

Si sono modificati la cultura e i bisogni dei cittadini dal 1978 quando la legge n. 833 fu approvata, fino ai giorni nostri. Per questo siamo noi i primi a ritenere che quella legge si debba modificare. Tuttavia affrontiamo questa esigenza dal punto di vista dei bisogni dei

cittadini e dei malati e non soltanto dall'ottica del Tesoro, come invece è avvenuto in questi ultimi anni nei dibattiti sulle varie leggi finanziarie o nelle discussioni più relative alla sanità, come il decreto n. 109.

Se partiamo dal punto di vista dei bisogni dei cittadini, se consideriamo il compito primario dello Stato che è quello di garantire il benessere psicofisico dei cittadini (non solamente del recupero dell'integrità fisica a seguito della malattia) vale a dire un'accezione più completa, più moderna e aggiornata della salute, come vuole l'Organizzazione mondiale della sanità, dobbiamo allora intervenire anche sulle cause della malattia, dobbiamo intervenire in maniera significativa sugli ambienti di lavoro e di vita. Era quanto l'egemonia culturale delle forze progressiste negli annì 70 aveva affermato mediante i princìpi e i criteri introdotti nella legge n. 833.

Termino con l'augurio che l'aver corretto questo disegno di legge ricorrendo all'ottica e al metodo della programmazione non resti senza seguito così come invece è successo per altri provvedimenti, la legge n. 595, la legge n. 180 che opera nel settore della psichiatria o la legge n. 194 a favore di una maternità e paternità responsabili e come ancora è avvenuto per altre leggi destinate però a rimanere una documentazione del livello culturale che il nostro paese ha raggiunto ma non a trasformarsi in uno strumento capace a migliorare le condizioni di vita dei nostri cittadini.

Mi auguro allora che in questo caso il metodo della programmazione possa davvero produrre effetti operativi e che il Ministro attuale o quelli che verranno dopo di lui si impegnino veramente e mantengano la parola presentando il Piano sanitario nazionale al Parlamento. Altrettanto mi auguro facciano gli assessori regionali alla sanità per quanto di loro compentenza al momento di presentare ai rispettivi consigli i Piani regionali sanitari, gli unici e fondamentali punti di riferimento per una corretta gestione della salute.

Non so se avremo occasione di tornare sull'argomento nel seguito della discussione su questo disegno di legge o comunque in questo scorcio di legislatura quando verranno portate alla nostra attenzione materie attinenti alla sanità; mi sembra però di cogliere una dissonanza nelle dichiarazioni del Ministro quando – come è avvenuto ieri sera – egli cerca di far passare per Piano sanitario nazionale, o comunque per una parte di esso, l'insieme dei progetti specifici e finalizzati a settori di patologie. In realtà infatti, Ministro, l'insieme di più progetti obiettivi non è l'equivalente di un Piano sanitario nazionale. È per questo che abbiamo insistito e insistiamo ancora. Non lo facciamo per spirito di polemica bensì perchè siamo convinti che il Piano sanitario nazionale deve fissare gli *standards* qualitativi e quantitativi che il Parlamento approva per riconoscere i diritti dei cittadini e individuare le risorse necessarie. I progetti-obiettivo sono invece altra cosa e concernono le varie tematiche che di volta in volta possono presentarsi (AIDS, anziani, eccetera). Tali progetti ovviamente vanno sostenuti con finanziamenti *ad hoc* all'interno del bilancio dello Stato ed anche, quando non è possibile reperire risorse specifiche, all'interno del Fondo sanitario nazionale o del fondo interregionale. Il Piano sanitario nazionale e i Piani sanitari regionali non sono allora – ci tenevo a dirlo – il risultato della sommatoria di progetti-obiettivi, ma qualcosa di diverso che ritengo di aver già illustrato a sufficienza.

Termino il mio intervento dando atto ancora una volta ai colleghi della maggioranza della sensibilità che hanno dimostrato nell'accettare il nostro punto di vista e la nostra impostazione. Li ringrazio per la loro attenzione. (*Applausi del senatore Spetič*).

* CROCETTA. Signor Presidente, il Gruppo di Rifondazione comunista ha presentato un pacchetto di emendamenti. L'emendamento 1.25 che mi accingo ad illustrare è uno dei tanti tentativi che stiamo compiendo per cercare di migliorare il disegno di legge governativo al nostro esame, che altrimenti costituirebbe un fatto profondamente negativo per i cittadini. L'emendamento cerca di muoversi nell'ambito di una visione, come ha giustamente già detto il senatore Dionisi prima di me, di programmazione rispetto alla condizione della sanità nel nostro paese, fondamentalmente alla luce dei bisogni dei cittadini e cercando di garantire quel benessere psicofisico che considero fondamentale in una visione corretta della sanità.

L'emendamento tende ad inserire, al comma 5, primo periodo, dopo le parole: «ripartizione del Fondo sanitario interregionale di parte corrente» le altre: «previa riserva di una quota del Fondo sanitario interregionale non inferiore al 10 per cento da destinare alle attività di prevenzione primaria». La prevenzione rappresenta un valore fondamentale proprio in relazione a quel concetto di benessere psicofisico che bisogna garantire al cittadino. Un emendamento di questo tipo ha una doppia valenza; da una parte serve a favorire la prevenzione e quindi a tutelare la salute dei cittadini, dall'altra consente un notevole risparmio finanziario. Oggi, infatti, anche quando affrontiamo questioni che hanno una rilevanza che va al di là dei problemi finanziari, come quella della salute, è bene aver presente che prevenire, oltre a consentire di salvaguardare un valore di importanza assoluta quale quello della difesa e della tutela della salute, serve anche a determinare un notevole risparmio in quanto diminuiscono i costi.

Non sono un tecnico della materia e quando sono intervenuto anche in discussione generale credo di aver affrontato la questione della sanità dalla parte del cittadino e dei suoi bisogni perchè questo deve essere il nostro modo di affrontare un problema di questo tipo. Molto spesso trattare le questioni sotto un profilo puramente tecnico finisce per far perdere di vista l'obiettivo fondamentale per cui noi legislatori siamo qui in Parlamento, cioè quello di approvare leggi che siano realmente dalla parte del cittadino affrontando i problemi nella loro vera natura.

In una realtà come quella del nostro paese, che presenta condizioni di vita molto difficili, spesso assurde ed inumane, prevenire è fondamentale. Nell'illustrare questo emendamento, penso anche al mio Mezzogiorno, alle condizioni da Terzo mondo in cui versano alcune parti di esso.

Un primario di malattie infettive, mio amico, al suo professore che gli diceva che non riusciva più a fare determinate ricerche su alcune malattie e su certe patologie relative alle malattie della pelle, ai parassiti e così via, rispondeva: venga in Sicilia, e lì potrà vedere, purtroppo, che

cos'è ancora la scabbia, la pediculosi, cosa sono le salmonelle e come intervengono in quella realtà.

Tutto ciò avviene perchè in quella realtà vi sono condizioni di vita, come dicevo, assolutamente inammissibili ed inumane. Fino a quando però non si riuscirà a rimuovere le cause che hanno determinato quelle condizioni di vita – quartieri senza fognature, senza strade, con la polvere, con condizioni assolutamente inumane, da Terzo mondo – è necessario che vi sia una prevenzione che vada ad incidere, per l'appunto, in queste condizioni di vita per la profilassi di tali malattie.

È necessario perciò istituire un fondo che affronti le questioni che sono fondamentali: da una parte, la questione relativa ai quartieri, alle condizioni di vita del cittadino che sono, come dicevo, in determinate zone assolutamente inumane; dall'altra, una patologia abbastanza ampia che riguarda i posti di lavoro. Anche qui, come si fa ad intervenire? Come si affronta la questione, che esiste ancora, della silicosi che non riguarda solo i minatori, ma altre categorie che come questa ancora ci sono? Oltre a rimuovere le cause sui posti di lavoro occorre anche prevenire, ma come si fa a prevenire le malattie professionali che esistono sui posti di lavoro? E mi riferisco, ad esempio, all'industria chimica, altro settore che conosco e presso il quale è necessario intervenire.

Non solo si è creata una condizione di malessere del cittadino, non solo non si è tutelato il benessere psichico e fisico del lavoratore e del cittadino, ma lo Stato è poi costretto oltre che a curare, e quindi a spendere miliardi per medicine, ricoveri, per tutti quegli interventi che conosciamo, con i disagi che il cittadino subisce nel ricovero a causa delle condizioni degli ospedali, a spendere ancora per le malattie professionali, e, quando non si tratta di queste, per le invalidità civili, quelle che danno diritto alla pensione dell'INPS, e così via.

Vi è quindi una stretta connessione anche di tipo finanziario, ed è per questo che il nostro emendamento propone al Governo due questioni, che, come dicevo all'inizio, sono fondamentali: da una parte, la tutela della salute come valore primario e fondamentale; dall'altra, determinare un notevole risparmio per il bilancio dello Stato.

Ma so che, come al solito, la maggioranza non è assolutamente attenta a questo indirizzo. Il Governo sostiene infatti che presentiamo questi emendamenti solo per onore di firma, e visto che comunque esso ha già deciso e che la maggioranza alla fine voterà mettendosi così la coscienza a posto, un emendamento di questo tipo, che ha un grande valore morale e sociale, finisce per non trovare udienza in quest'Aula.

Questa è una delle questioni cui ci troviamo di fronte, e allora, signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, se vogliamo affrontare i problemi con serietà, dobbiamo avere un atteggiamento diverso dinanzi a questo provvedimento, guardando agli emendamenti presentati dall'opposizione, e in particolare dal Gruppo di Rifondazione comunista, come a delle proposte serie e non come a proposte demagogiche. Infatti, esse mirano da una parte a tutelare la salute e dall'altra a creare un notevole risparmio per l'erario e per il bilancio dello Stato.

Disegni di legge, trasmissione dalla Camera dei deputati e assegnazione

PRESIDENTE. Il Presidente della Camera dei deputati ha trasmesso il seguente disegno di legge:

C. 5768. – «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 maggio 1991, n. 152, recante provvedimenti urgenti in tema di lotta alla criminalità organizzata e di trasparenza e buon andamento dell'attività amministrativa» (2808-B) (*Approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati*).

Detto disegno di legge è stato deferito, in data odierna, in sede referente, alla 2ª Commissione permanente (Giustizia), previ pareri della 1ª, della 5ª e della 8ª Commissione.

Poichè tale decreto scadrà venerdì 12 luglio, la Commissione giustizia e le altre Commissioni chiamate ad esprimre il proprio parere sono autorizzate a convocarsi al termine di questa seduta, al fine di consentire all'Assemblea di esaminare il provvedimento fin dalla seduta antimeridiana di domani 11 luglio.

Ripresa della discussione

PRESIDENTE. Riprendiamo l'illustrazione degli emendamenti presentati all'articolo 1. Invito il senatore Tripodi ad illustrare l'emendamento 1.24, al quale ha aggiunto la propria firma.

TRIPODI. Signor Presidente, signor Ministro, onorevole relatore, nel presentare questo emendamento abbiamo tenuto presente la situazione di squilibrio che esiste nel paese nel campo della sanità e quindi abbiamo voluto e vorremmo che nessuno potesse giudicare il nostro emendamento come una richiesta demagogica di noi comunisti, ma che invece a questo emendamento il relatore e il Governo rivolgessero tutta la loro attenzione. Infatti,lo stesso relatore ha altre volte denunciato il trattamento ineguale che lo Stato ha riservato alle regioni del Mezzogiorno, che viene ormai dimenticato per i suoi veri problemi, come se ormai la questione meridionale fosse un problema storico superato.

Invece da un'analisi e dalla osservazione delle regioni meridionali si evidenzia un ulteriore aggravamento in questi anni dello squilibrio tra le regioni del Centro-Nord e quelle del Mezzogiorno. Del Mezzogiorno il Governo si è dimenticato e nella legge che è all'esame di quest'Aula non vi è alcun interesse e nessuna attenzione alla situazione dei servizi sociali, che soprattutto nel campo della sanità sono carenti.

Del Mezzogiorno ci si ricorda, invece, quando avvengono episodi di criminalità organizzata – purtroppo frequenti – e quando avvengono fatti di barbarie, ma non si ricorda sufficientemente che questi episodi provocano una caduta del regime democratico nel Mezzogiorno, con rischi per l'intero ordinamento istituzionale del nostro paese. Si dimentica che vi sono squilibri notevoli di carattere economico e sociale: basta ricordare i dati pubblicati sulla stampa in questi giorni a

proposito della situazione occupazionale, secondo i quali nel Mezzogiorno, nonostante alcune false notizie secondo le quali l'economia del Mezzogiorno tira, la disoccupazione ha raggiunto indici impressionanti, pari a più del 20 per cento. Si dimentica che vi sono quasi due milioni di giovani disoccupati senza prospettive e che in molte zone il tessuto produttivo non soltanto non si allarga, ma molto spesso si restringe non solo per la mancanza di una reale politica di sostegno, ma anche per l'intervento o la presenza delle organizzazioni mafiose che restringono la possibilità di intervenire, di investimenti e di attività produttive.

In questo quadro abbiamo voluto proporre un emendamento che riguarda la sanità, soprattutto uno dei punti centrali delle strutture e dei servizi che dovrebbero essere fondamentali per una politica di sviluppo e di espansione della civiltà. Vorremmo che il Parlamento tenesse conto di tali questioni e vorrei ricordare, a proposito della sanità, un episodio, tra i tanti gravi che accadono ogni giorno, che si è verificato si dice per insufficienza di strutture, ma che forse può essere accaduto anche per responsabilità di altro genere.

Come quelle di carattere penale o amministrativo. Lo scorso 25 giugno in Calabria la signora Maria Bruno, in procinto di partorire, si è rivolta agli ospedali di Castrovillari e di Rossano. Entrambe le strutture hanno respinto la donna, negandole il ricovero, con rischi per la paziente stessa e per i bambini che dovevano nascere. È stato detto che il rifiuto è dipeso dal fatto che si trattava di una donna tossicodipendente, che non poteva essere assistita in quanto le strutture di questi due ospedali, secondo i sanitari, non avrebbero consentito un'adeguata assistenza ad una portatrice di condizione di tossicodipendenza. Vi è stato dunque un elemento disumano nel respingere questa donna, vi è stata probabilmente una omissione di soccorso nei confronti di una donna che aveva tanto bisogno; ma naturalmente si è riscontrata la situazione che noi stiamo indicando, cioè, signor Ministro, la carenza fondamentale dell'assistenza, di un servizio adeguato che potesse far fronte a problemi di questo genere. La donna di cui ho parlato ha corso un rischio di vita e solo successivamente ha trovato un ricovero di fortuna in una clinica privata di Sibari.

Purtroppo però dopo la nascita di due gemelli si è dovuto assistere anche alla loro separazione dalla mamma: infatti i bambini sono stati trasferiti da Sibari a Crotone per essere curati in qualche modo.

Questo episodio testimonia la drammaticità della situazione della sanità nel Mezzogiorno, non soltanto in riferimento agli squilibri strutturali, ma anche e soprattutto in riferimento agli squilibri nella qualità dei servizi prestati.

Mancanza di specializzazione, mancanza di centri adeguati, come esistono in altre zone del paese, mancanza di un servizio puntuale ed immediato per chi ha bisogno di assistenza. Ecco perchè, signor Ministro ed onorevole relatore – mi rivolgo specialmente a lei, senatore Zito, sempre attento ai problemi del Mezzogiorno – poniamo la questione semplice di assegnare a queste aree del Mezzogiorno maggiori risorse. L'ammontare oggi trasferito è di circa l'1 per cento della spesa complessiva del settore della sanità, che ammonta più o meno a 90.000 miliardi, cioè 1.000 miliardi.

Insomma, dopo l'emigrazione dei lavoratori del Sud che hanno dovuto recarsi al Nord o in altre parti del mondo, bisogna finalmente dire basta anche all'emigrazione degli ammalati del Sud che debbono cercare un posto di ricovero negli ospedali del Nord, dopo lunghe attese che spesso complicano la situazione e talvolta possono determinare anche la perdita della vita.

PRESIDENTE. Senatore Tripodi, lei sta parlando da dodici minuti.

TRIPODI. Concludo, signor Presidente.

Riteniamo che, accogliendo questo emendamento ed adeguando le strutture ed i servizi del Mezzogiorno, sia possibile evitare ulteriori disagi e decongestionare gli stessi ospedali del Centro-Nord. Chiediamo che siano erogati maggiori finanziamenti, non con il sistema di distribuzione «a pioggia», bensì mediante la presentazione di progetti adeguati da inserire nei piani sanitari regionali.

Mi auguro che la proposta che avanziamo come comunisti possa trovare non soltanto l'assenso del Governo e del relatore ma anche l'appoggio ed il sostegno di tutta l'Assemblea. (*Applausi dal Gruppo della Rifondazione comunista*).

* SPETIČ. Signor Presidente, illustro l'emendamento 1.33.

La nostra proposta intende aggiungere alla fine del comma ottavo la previsione della partecipazione nel Consiglio sanitario nazionale di un rappresentante dei terapisti della riabilitazione, degli assistenti sociali e dei periti chimici designati dalle associazioni nazionali. Si tratta in sostanza di allargare la partecipazione alla gestione della salute dei cittadini, intesa come servizio pubblico, come servizio sociale.

In passato avevamo addirittura sostenuto l'ipotesi di una gestione della salute e della sanità intese non soltanto come struttura di cura della malattia, ma nella loro integrità, quindi come servizio sanitario inserito nel territorio e nella società, che guarda alle persone e al collettivo, che punta fondamentalmente sulla prevenzione della malattia, vale a dire sulla tutela della salute molto più che sull'aspetto della terapia e della cura.

È chiaro che da questo punto di vista intervenire sulla salute significa toccare i vari momenti in cui essa deve essere tutelata rispetto alle aggressioni all'incolumità fisica della persona umana. Penso alle aggressioni esterne come l'inquinamento dell'aria, alle aggressioni di tipo strutturale che si verificano nel posto di lavoro, alle aggressioni che avvengono nella società dei consumi nel momento in cui vengono inseriti sul mercato prodotti che possono contenere elementi dannosi alla salute, alle aggressioni proprie del campo dell'edilizia e dell'urbanistica. Ad esempio, l'inefficienza di alcune strutture o di alcune strade, la mancanza di un semaforo o la realizzazione di un impianto elettrico all'interno di una casa in un determinato modo piuttosto che in un altro possono rappresentare altrettante aggressioni alla salute dei cittadini.

Ecco perchè il problema della salute evidentemente è globale. Quando il movimento dei lavoratori aveva una visione estremamente complessa ma fondamentalmente globale dei processi sociali, avevamo

ipotizzato una gestione sociale della salute. Evidentemente l'emendamento che stiamo proponendo è molto più modesto, signor Presidente, onorevoli colleghi, perchè in realtà cerca di allargare la partecipazione ad alcuni rappresentanti di alcune categorie. A questo punto però bisogna anche spiegare perchè abbiamo individuato in questo nostro emendamento 1.33 questo tipo di categorie mediante la designazione da parte delle loro associazioni nazionali.

Vogliamo essenzialmente rivalutare il ruolo della riabilitazione come elemento particolarmente importante nella gestione dei presidi concernenti la tutela della salute individuale e collettiva della società. La riabilitazione è stata troppo spesso un elemento trascurato e discriminato nella gestione sanitaria. Ricordo di essere intervenuto in questa Aula nel dibattito di alcuni mesi fa, quando riportai un'esperienza dei miei primi anni di lavoro in cui ero un giovane cronista. Ricordo infatti che quando mi occupavo di cronaca nera ci arrivavano i mattinali della questura tra cui c'erano i resoconti degli incidenti stradali o, in una città come Trieste abitata da persone relativamente anziane, anche di cadute accidentali in casa. C'era sempre la notizia di persone anziane che cadendo si rompevano un femore o comunque subivano delle fratture ossee. Ebbene, quasi sempre la diagnosi registrata dagli organi di polizia presenti in tutti i presidi sanitari e negli ospedali era di 90 giorni salvo complicazioni. Quella dei 90 giorni era un'indicazione generica che voleva dire tre mesi di cura, ma l'espressione «salvo complicazioni» significava che nel novanta per cento dei casi l'anziano che si rompeva un femore o che subiva fratture di un certo tipo o che veniva coinvolto in un incidente stradale, restando investito e subendo quindi delle fratture, dopo un paio di mesi moriva, proprio perchè non esisteva – almeno fino a qualche anno fa – un programma di riabilitazione motoria degli arti fratturati e, in genere, degli ammalati per il loro reinserimento nella vita civile. La morìa degli anziani con lesioni ossee nei paesi dove la riabilitazione viene praticata come elemento fondamentale, dirimente della terapia – nei paesi scandinavi ad esempio – non si verifica. La percentuale di morte per gli anziani che cadendo si rompono un femore o che subiscono lesioni ossee in un incidente stradale è in quelle nazioni infinitamente minore rispetto a quella che si ha nei nostri ospedali. È un problema dunque che si impernia sulla fisioterapia riabilitativa.

In Italia invece fino a 20 anni fa non esisteva neanche la figura del fisioterapeuta riabilitativo intesa come professione di carattere paramedico con preparazione però di tipo universitario. Mentre nel resto d'Europa la fisioterapia riabilitativa riguardante in modo particolare le persone anziane operava già ad alti livelli, in Italia quindici o venti anni fa la figura del fisioterapeuta non era prevista negli organici degli ospedali. Quindici anni fa, quando nel consiglio comunale di Trieste, di cui io facevo parte, si discuteva della istituzione delle unità sanitarie locali e delle piante organiche per l'ospedale cittadino, chiesi l'inserimento della figura del fisioterapeuta riabilitativo per il reparto di ortopedia dell'Ospedale Maggiore. Mi venne risposto che tale figura non esisteva nella pianta organica e che i fisioterapisti presenti nella nostra regione si erano laureati nell'Università di Lubiana. Il trattato di Osimo che prevedeva un riconoscimento reciproco dei diplomi conseguiti nei

due paesi non era ancora stato però, dopo la sua ratifica, implementato dal Parlamento e quindi non era possibile utilizzarli. Scuole di fisioterapia riabilitativa a livello universitario e istituti di specializzazione operano invece in alcune capitali europee e vi è uno sviluppo nel campo della ricerca che ha del meraviglioso.

Lesioni che fino a pochi anni fa erano considerate tali da provocare prognosi infausta, oggi sono considerate infatti relativamente leggere. Mi riferisco ai centri di Ginevra, di Londra e di Stoccolma e ancora di altre città europee. Ecco dunque l'importanza dei fisioterapisti e di una rivalutazione di questa categoria e del suo ruolo nell'organizzazione dei presidi sanitari.

Per gli assistenti sociali, credo non sia neanche il caso di approfondire troppo l'argomento. Ognuno di noi dovrebbe capire qual è il ruolo dell'assistente sociale inteso fondamentalmente come elemento presente e mobile sul territorio che si sposta all'interno della collettività e ne individua i fattori di disagio che possono trasformarsi in fattori patogeni nella vita quotidiana. Qui abbiamo esempi a iosa.

PRESIDENTE. Senatore Spetič, il tempo a sua disposizione è terminato.

SPETIČ. Concludo subito. Dicevo che potremmo citare il ruolo degli assistenti sociali nelle scuole, nei quartieri, nelle situazioni di emarginazione e il sostegno che possono offrire alle famiglie in cui sono presenti alcolisti o altro.

Penso allora, signor Presidente e onorevoli colleghi, che questo emendamento sia giustificato proprio perchè, attraverso un elemento di partecipazione, crediamo di dare un segnale sul ruolo che deve assumere la struttura sanitaria intesa come presidio sociale nel territorio. (*Applausi dal Gruppo della Rifondazione comunista*).

* LIBERTINI. Signor Presidente, le faccio presente che diamo per illustrati gli altri nostri emendamenti.

POLLICE. Signor Presidente, interverrò molto velocemente non perchè, se ne avessi avuto la possibilità, avrei parlato più a lungo ma perchè le questioni affrontate a proposito della premessa a carattere generale hanno leggermente modificato la natura del dibattito complessivo. Ci sono alcune questioni che non mi sono molto chiare e quindi, nell'illustrare tutti gli emendamenti, da11'1.41 a11'1.52, vorrei sottolineare alcuni aspetti. Vi è un blocco di emendamenti che riguarda la fiscalizzazione degli oneri sociali, come ve ne sono altri che riguardano la questione primaria del fondo sanitario interregionale e la sua ripartizione.

A proposito della completa fiscalizzazione degli oneri sociali, devo dire che sotto un profilo tecnico, così come proposto, si tratta di una previsione inutile in quanto non ha un carattere precettivo e quindi la trovo assolutamente non innovativa. A mio avviso la legge deve stabilire impegni e date certe, non eventi futuri. Sotto il profilo sostanziale il continuo rinvio della fiscalizzazione degli oneri sociali rappresenta uno degli ennesimi rinvii del Governo in materia di politica sociale. Anche

nella riforma sanitaria del 1978 era contenuto un impegno generico ad effettuare la fiscalizzazione; la politica fiscale del Governo continua tranquillamente sul solco tradizionale nel privilegiare gli alti redditi, con il conseguente consolidamento del potere economico, finanziario e politico. Sto parlando a un Presidente che bene conosce tutte queste cose, al presidente Lama; parlo di società immobiliari, di assicurazioni, eccetera. L'attuale imposizione del nostro sistema tributario è regressiva e non progressiva, perchè colpisce i bassi redditi e quelli dei lavoratori dipendenti rispetto ad altri redditi e, a parità di reddito, colpisce i redditi con aliquote diverse. È uno Stato basato praticamente sull'ingiustizia fiscale e sulle indiscriminate agevolazioni e facilitazioni di contribuzioni, di utilizzazione di servizi e di finanziamenti a fondo perduto a bassi tassi di interesse.

Io ho seguito tutta la prima fase del dibattito sin qui svoltasi a proposito della autorizzazione sulla necessità di contenere la spesa; mentre si blatera tanto sulla necessità di contenere la spesa, il finanziamento della spesa, quindi il consuntivo a piè di lista, non viene indicato alcun indirizzo per stabilire i criteri obiettivi che possono determinare i cosiddetti disequilibri, termine che forse sta per squilibri. Questa formulazione della norma è incerta, generica e pertanto non assume alcun significato sotto il profilo normativo, non precisando nè cosa si intende per verifica, nè i criteri che devono presiedere alla verifica stessa.

Una delle ultime questioni è quella del fondo sanitario interregionale, così come era praticamente sottolineata nel precedente comma quarto. A mio avviso, la formulazione usata intanto deve stabilire precisi parametri, quantificando le misure. Il testo del Governo – mi dispiace dirlo – è come al solito generico, impreciso e lascia adito a decisioni arbitrarie degli organi centrali. Il criterio della mobilità, previsto nel testo governativo, non ha senso, in quanto ciascuna regione dovrà provvedere al rimborso delle spese sostenute da un proprio residente. Inoltre, con i coefficienti parametrici, non viene stabilito se hanno valore proporzionale o inversamente proporzionale ai fini della ripartizione del Fondo. Questo è molto evidente e non vedo una soluzione neanche con le nuove formulazioni e col nuovo taglio assunto dal provvedimento.

Vi sono poi alcune questioni specifiche di cui una soprattutto mi sta a cuore: l'attività biomedica finalizzata. Essendo l'attività di ricerca di competenza dello Stato, essa va rifinanziata con appositi fondi e non con quelli destinati all'assistenza che, nel sistema previsto, è finanziata con i contributi. La gravità della previsione di destinare il 4 per cento a bisogni particolari e imprevisti la dice lunga sui poteri dell'apparato burocratico del Ministero della sanità. A questo proposito devo aprire una parentesi. Il Ministro della sanità si è certamente insediato pieno di buona volontà, ma non è riuscito a scalzare il potere burocratico che si è incrostato all'interno del Ministero e che costituisce una delle fonti dei ritardi e dei limiti dell'azione del Ministro stesso. Questa è una delle chiavi di volta per interpretare l'impossibilità manifestatasi di modificare determinati elementi.

Come ho avuto modo di evidenziare in altre occasioni, soprattutto con apposite interrogazioni parlamentari (basterà citarle perchè il

Ministro si ricordi perfettamente delle questioni relative alle borse di studio, all'Italsiel e al Consorzio Ippocrate), il sistema che si è delineato è una fonte di collusione tra apparato centrale dello Stato ed organi delle regioni ed è quindi causa di poca chiarezza. La riprova di tutto ciò è data dal fatto che, mentre da un lato viene indicata la percentuale da prelevare, dall'altro non viene specificato nulla circa la destinazione di tali somme. Sarebbe opportuno conoscere i nominativi dei beneficiari delle ricerche già effettuate con i fondi stanziati in passato.

L'emendamento 1.44 è diretto da un lato ad evitare un'eccessiva ed immotivata discrezionalità con conseguenti abusi e sperperi di denaro pubblico, dall'altro a far sì che la spesa venga finanziata con fondi a carico dello Stato. Esso non modifica la natura complessiva del provvedimento, ma fa un po' di pulizia – come si suol dire – in un comparto al quale sarebbe opportuno cominciare a porre mano. So che vi sono problemi di quieto vivere perchè i Ministri passano e la burocrazia, soprattutto quella di alcuni Ministeri, resta. Tuttavia l'approvazione di questo emendamento rappresenterebbe un segnale di inversione di tendenza che noi ci attendiamo da lei, signor Ministro, che quanto meno ha dimostrato una disponibilità a cambiare in questo settore.

AZZARETTI. Signor Presidente, illustrerò gli emendamenti 1.1, 1.2, 1.38 e 1.40. Sarò comunque molto sintetico perchè è mia intenzione semplicemente evidenziare il fatto che, per quanto concerne la lettera *a*) del comma 4 in cui si parla di reddito medio regionale per quanto concerne le modalità di ripartizione del Fondo, questa dizione pura e semplice lascia aperta una serie di preoccupazioni. Per quanto riguarda la spesa corrente, infatti, il reddito medio regionale potrebbe anche consigliare l'interpretazione e la suddivisione del Fondo in un certo modo, mentre il riparto della spesa in conto capitale potrebbe causare un comportamento diametralmente opposto. Già l'articolo 2 sostanzialmente risolve il problema delle regioni svantaggiate e credo che si debba lasciare all'articolo 2 il compito di regolamentare questa materia, anche per evitare, ogni volta che parliamo di problemi sanitari, di fare questa lamentazione veramente un po' frustrante del divario fra Nord e Sud. Non ritengo che con la riforma sanitaria si possano risolvere i problemi del Sud o quelli del Nord e non credo neppure che con un emendamento si possa porre rimedio a questioni annose che attendono di essere risolte da tempo.

Se è vero che al Sud occorre dare un impulso alle attività sanitarie, non vi è dubbio che prima bisogna costruire le strutture se non ci sono; e solo successivamente si potrà intervenire con la spesa corrente, perchè non credo che si possa attribuire una maggiore spesa corrente laddove le strutture non ci sono, per la ragione semplicissima che non si possono pagare, ad esempio, i dipendenti di un ospedale, se questo non c'è.

Bisognerà allora chiarirci le idee per evitare di enunciare dei princìpi ai quali poi non si dà seguito. Mi limito a dire che al posto della lettera *e*) del comma 4 dell'articolo 1, si potrebbe inserire una novità, che potrebbe consistere in indicatori di produttività e di efficienza riferiti ad alcuni settori di attività. Se si vuole trasformare la sanità in

azienda, dare dinamicità, è chiaro ed evidente che bisognerà pure introdurre quel meccanismo per cui l'azienda che funziona viene premiata e quella che invece non funziona viene, per così dire, punita, perchè altrimenti continueremo sulla strada fin qui seguita, e da tutti criticata, per cui coloro che si sono comportati male sono stati premiati e chi invece si è comportato bene è stato punito. Mi riferisco al perpetuarsi della spesa storica che con l'articolo 1 viene superata.

Per quanto concerne infine l'emendamento 1.2, esso ha questo significato: poichè il piano sanitario interregionale è attribuito alle regioni a statuto ordinario e le quote di fondo confluiscono in sede regionale nel fondo comune, non mi stupirei se qualche regione che non ha sufficienti finanziamenti per far fronte alle esigenze sanitarie utilizzasse parte di queste quote per interventi che con la sanità non c'entrano assolutamente nulla. Pertanto, ritengo opportuno precisare che queste quote devono essere utilizzate solo ed esclusivamente per attività socio-sanitarie, visto e considerato quel che è accaduto anche recentemente, per quanto concerne la sanità, a livello regionale.

* VENTRE. Signor Presidente, l'emendamento 1.4 si illustra da sè. Il tentativo di omogeneizzare le prestazioni, i trattamenti, evitando sperequazioni fra regione e regione, tra cittadini di serie A e cittadini di serie B, evitando cioè le tradotte della sofferenza, di coloro che dal profondo Sud debbono arrivare all'altissimo Nord per ottenere quelle prestazioni che poi il diritto alla salute uguale per tutti i cittadini dovrebbe rendere possibili anche nel Sud, questo tentativo è, ripeto, certamente assai lodevole.

Con l'emendamento 1.4, poichè non è precisato come agirebbe questo criterio perequativo, ho tentato di fare chiarezza, precisando che debba attuarsi secondo il criterio della progressività, altrimenti in sede di applicazione concreta si potrà dire che chi paga più tasse avrà diritto a maggiori stanziamenti, e si ripeterebbe quindi il circolo chiuso della ricchezza e della povertà, e si potrebbe sostenere che chi paga meno tasse ha diritto ad avere di meno.

Con questo emendamento, invece, si mira ad ottenere in concreto quel risultato che la legge lodevolmente si propone.

MELOTTO. Considero già illustrato l'emendamento 1.37.

PERINA. Rinuncio all'illustrazione del mio emendamento 1.39.

* ALBERTI. Illustro l'emendamento 1.18.

Nel testo della Camera era previsto che il finanziamento dei disavanzi della gestione sanitaria venisse pagato dalle regioni, allorquando però le regioni fossero state dotate della possibilità di introdurre delle tasse, cioè quando fosse stata loro riconosciuta la potestà impositiva. Questa parte del disegno di legge cadde nei vari passaggi ed è rimasta invece una norma in base alla quale le regioni in ogni caso – sia in caso di erogazione di servizi eccedenti rispetto a quelli previsti dal piano sanitario nazionale, sia nel caso di disavanzi provenienti dalla gestione dei servizi ordinari – devono intervenire pagando direttamente; questa volta le regioni pagano con il fondo comune perchè il fondo interregionale andrà direttamente nel fondo comune.

Con l'emendamento 1.18 abbiamo voluto introdurre una garanzia per le regioni, nel senso che con esso si prevede che i disavanzi di gestione devono essere pagati dalle regioni allorquando siano provate delle disamministrazioni; se invece il disavanzo deriva da modifiche decise dal centro, quali ad esempio l'aumento dei farmaci o la modifica dei contratti, non potrà essere imputato alle regioni il costo superiore delle prestazioni.

Penso che questa norma vada introdotta nella legge per dare una garanzia alle regioni.

VESENTINI. Signor Presidente, l'emendamento 1.19 si riferisce al secondo periodo del comma 9 dell'articolo, relativo agli avanzi di amministrazione. Il testo prevede che gli avanzi di amministrazione vengano utilizzati «su proposta del direttore generale dell'azienda, con particolare riguardo al potenziamento delle strutture, all'acquisto di attrezzature ed al finanziamento di attività connesse ad iniziative nazionali o regionali di ricerca scientifica e tecnologica».

Noi abbiamo apprezzato che si siano indicate in questo modo le destinazioni e condividiamo tutte le finalità previste dalla legge; francamente non ci sembra che si sia dimenticato proprio nulla: infatti, quando si parla di potenziamento delle strutture, acquisto di attrezzature, finanziamento di attività connesse all'attività scientifica non si è dimenticato nulla di quello che si può legittimamente e seriamente prevedere. Quindi, ci mettono in sospetto quelle parole «con particolare riguardo», perchè anche per esperienza universitaria sappiamo che ci sono delle altre cose che però non si ha il coraggio di scrivere e che vengono eufemisticamente nascoste nelle pieghe del bilancio, quelle cose che possono avere un carattere vagamente ludico.

Per questo motivo ci sembra opportuno sostituire: «con particolare riguardo» con: «e destinati esclusivamente», senza mettere assolutamente in dubbio queste finalità, che ci sembrano nobilissime e che quindi vanno messe maggiormente in evidenza.

GOLFARI. Rinuncio ad illustrare l'emendamento 1.3.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Signor Presidente, l'emendamento 1.55 è stato presentato questa mattina alla Commissione bilancio in sostituzione dell'emendamento che il Governo aveva presentato ieri e la nuova presentazione è avvenuta alla luce delle osservazioni che la Commissione bilancio aveva fatto ieri per quanto attiene ad un più rigoroso controllo della spesa. Con la presentazione di questo nuovo emendamento che mi sembra – avendo anche discusso con il Presidente della Commissione bilancio – trovi il pieno consenso della Commissione bilancio e che è stato concordato anche con il relatore, dichiaro di ritirare l'emendamento presentato ieri e che si intende superato.

Per quanto riguarda l'emendamento 1.56, si riferisce alla soppressione delle lettere *b*) e *d*) al comma 4 dell'articolo 1. La proposta tra l'altro viene incontro ad una serie di emendamenti presentati da varie parti politiche e in questo modo si intende accettare qualche richiesta contenuta in alcuni degli emendamenti già illustrati.

ZITO, *relatore*. Signor Presidente, l'emendamento 1.60 è reso necessario dall'approvazione, che devo ritenere scontata essendosi raggiunto un accordo, dell'emendamento 0.10, per cui il riferimento non è più rivolto alla legge del 1979, ma al Piano sanitario nazionale e ai livelli di prestazione che sono indicati in tale Piano.

PRESIDENTE. Alle ore 16,30 riprenderemo con le dichiarazioni del relatore e del rappresentante del Governo e procederemo poi alla votazione. Rinvio pertanto alla prossima seduta il seguito della discussione.

Ricordo che il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica oggi, alle ore 16,30, con lo stesso ordine del giorno.

La seduta è tolta (*ore 13,15*).

Allegato alla seduta n. 545

Disegni di legge, trasmissione dalla Camera dei deputati

Il Presidente della Camera dei deputati ha trasmesso i seguenti disegni di legge:

C. 4463. – «Università non statali legalmente riconosciute» (1300-B) (*Approvato dal Senato e modificato dalla 7ª Commissione permanente della Camera dei deputati*);

C. 5528. – «Disposizioni concernenti tariffe e diritti in materia di trasporto aereo» (2910) (*Approvato dalla 9ª Commissione permanente della Camera dei deputati*).

Disegni di legge, assegnazione

Il seguente disegno di legge è stato deferito

– in sede deliberante:

alla 5ª Commissione permanente (Programmazione economica, bilancio):

«Disposizioni per l'attuazione dell'articolo 8, comma 4, del decreto-legge 2 marzo 1989, n. 65, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 aprile 1989, n. 155, concernente soppressione delle gestioni fuori bilancio» (2884), previ pareri della 1ª, della 3ª, della 4ª, della 6ª, della 8ª, della 10ª, della 11ª, della 12ª e della 13ª Commissione.