SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

600ª SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MARTEDÌ 12 NOVEMBRE 1991

(Antimeridiana)

Presidenza del presidente SPADOLINI,
indi del vice presidente SCEVAROLLI

INDICE

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

DISEGNI DI LEGGE

Seguito della discussione:

«Disposizioni in materia di finanza pubblica» **(3004)** (*Collegato alla manovra finanziaria*) (*Votazione finale qualificata ai sensi dell'articolo 120, comma 3, del Regolamento*):

MELOTTO *(DC)* 40, 51
PIERRI *(PSI)* 41
BERLINGUER *(Com.-PDS)* 41
* LIBERTINI *(Rifond. Com.)* 44
* RASTRELLI *(MSI-DN)* 45
POLLICE *(Misto-Fed. Verdi)* 49
* DE LORENZO, *ministro della sanità* 52
FABBRI *(PSI)* 53
COVI *(Repubb.)* 54
* FONTANA Giovanni *(DC)* 55
DIONISI *(Rifond. Com.)* 55

SUI LAVORI DEL SENATO

PRESIDENTE ..... *Pag.* 58

DISEGNI DI LEGGE

Ripresa della discussione:

* CROCETTA *(Rifond. Com.)* ..... 58 e *passim*
BONORA *(DC), relatore* 59, 62, 87
MERIGGI *(Rifond. Com.)* 62
* DE LORENZO, *ministro della sanità* 64, 74
* RANALLI *(Com.-PDS)* 71, 83
SALVATO *(Rifond. Com.)* 72
CONDORELLI *(DC)* 73
POLLICE *(Misto-Fed. Verdi)* ..... 74 e *passim*
* BOATO *(Fed. Eur. Ecol.)* 77, 91
* RASTRELLI *(MSI-DN)* ..... 77 e *passim*
TRIPODI *(Rifond. Com.)* 79
DIONISI *(Rifond. Com.)* 79, 88
BERLINGUER *(Com.-PDS)* 81
* TORLONTANO *(Com.-PDS)* 82, 92
ZITO *(PSI)* 84
PAVAN, *sottosegretario di Stato per il tesoro* 87

TIPOGRAFIA DEL SENATO (1400)

* LIBERTINI *(Rifond. Com.)* 88, 92, 93
* BOGGIO *(DC)* 91

ALLEGATO

DISEGNI DI LEGGE

Trasmissione dalla Camera dei deputati ... 95

Annunzio di presentazione 95

Assegnazione 95

GOVERNO

Richieste di parere su documenti 96

Richieste di parere per nomine in enti pubblici 97

Trasmissione di documenti 98

CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ECONOMIA E DEL LAVORO

Trasmissione di documenti 99

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

Presidenza del presidente SPADOLINI

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

MARIOTTI, *segretario, dà lettura del processo verbale della seduta antimeridiana dell'8 novembre.*

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

Congedi e missioni

PRESIDENTE. Sono in congedo i senatori: Alberici, Angeloni, Bernardi, Bissi, Bisso, Bo, Bochicchio Schelotto, Boldrini, Bufalini, Busseti, Carta, Casoli, Cattanei, Covatta, Cutrera, Elia, Evangelisti, Ferrara Pietro, Fontana Walter, Foschi, Leone, Lotti, Patriarca, Pinto, Pizzo, Poli, Rosati, Salvi, Sanesi, Sanna, Taviani, Triglia, Valiani, Vecchietti, Ventre, Visca, Zanella.

Sono assenti per incarico avuto dal Senato i senatori: Parisi, a Parigi, per attività dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa.

Comunicazioni della Presidenza

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

Seguito della discussione del disegno di legge:

«Disposizioni in materia di finanza publica» (3004) (*Collegato alla manovra finanziaria*) (*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. 3004.

Onorevoli colleghi, prima di riprendere l'esame degli articoli, ricordo che, dopo la distribuzione del fascicolo degli emendamenti al disegno di legge in materia di finanza pubblica, il n. 3004, avvenuta nel pomeriggio di giovedì 7, e con la distribuzione avvenuta questa mattina del fascicolo degli emendamenti relativi alla legge finanziaria, la serie di

tali documenti è stata pubblicata nella sua interezza. Sono infatti disponibili, da venerdì 8, lo stampato degli emendamenti al disegno di legge in materia fiscale (n. 3005), da sabato 9, lo stampato degli emendamenti al disegno di legge di bilancio (n. 2944 e n. 2944-*bis*) e, da questa mattina, quello degli emendamenti relativi al disegno di legge finanziaria (n. 3003).

Riprendiamo l'esame degli articoli del disegno di legge n. 3004, nel testo proposto dalla Commissione. Nella seduta pomeridiana di venerdì, è stato approvato l'articolo 3.

Passiamo all'esame dell'articolo 4:

CAPO II

DISPOSIZIONI IN MATERIA SANITARIA

Art. 4.

(*Assistenza sanitaria*)

1. In attesa dell'approvazione del Piano sanitario nazionale, limitatamente all'esercizio 1992, ai sensi dell'articolo 2 della legge 23 agosto 1988, n. 400, il Governo, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, fissa i livelli obbligatori di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità in tutto il Paese e indica gli *standard* organizzativi e di attività di riferimento da utilizzare per calcolare il parametro capitario di finanziamento di ciascun livello assistenziale.

2. Le regioni, con apposito provvedimento programmatorio di carattere generale anche a stralcio del piano sanitario regionale, possono dichiarare la decadenza delle convenzioni in atto per la specialistica esterna e con le case di cura e rideterminare il fabbisogno di attività convenzionate necessarie per assicurare i livelli obbligatori uniformi di assistenza, nel rispetto delle indicazioni di cui agli articoli 9 e 10 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, e considerando al 100 per cento i posti-letto delle case di cura convenzionate ai fini del rispetto dello *standard* di posti-letto per abitante. Le convenzioni possono essere stipulate anche con istituzioni sanitarie private gestite da persone fisiche e da società che erogano prestazioni poliambulatoriali di laboratorio generale e specialistico in materia di analisi chimico-cliniche, di diagnostica per immagini, di medicina fisica e riabilitazione, di terapia radiante ambulatoriale, di medicina nucleare *in vivo* e *in vitro*. Dette istituzioni sanitarie sono sottoposte al regime di autorizzazione e vigilanza sanitaria di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e devono avere un direttore sanitario o tecnico, che risponde personalmente dell'organizzazione tecnica e funzionale dei servizi e del possesso dei prescritti titoli professionali da parte del personale che ivi opera.

3. In attuazione di quanto previsto dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595, in ordine all'utilizzazione dei posti-letto ad un tasso che non deve essere inferiore al 75 per cento in media annua, alla dotazione complessiva di 6,5 posti-letto per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza postacuzie con un tasso di spedalizzazione del 160 per mille, ed alla costituzione di aree funzionali omogenee, nonchè in relazione alla necessità di riconvertire gli ospedali che non raggiungono lo *standard* minimo di 120 posti-letto, le regioni provvedono, con il medesimo atto programmatorio di cui al comma 2, a ristrutturare la rete ospedaliera operando le trasformazioni di destinazione, gli accorpamenti e le disattivazioni necessari per conseguire il raggiungimento dei parametri sopra indicati, fermo restando che il finanziamento del livello assistenziale corrispondente terrà conto solo dei posti-letto e del tasso di utilizzazione prescritti. Le regioni sono tenute ad attuare, a modifica di quanto previsto dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, il modello delle aree funzionali omogenee con presenza obbligatoria di *day hospital*, conservando alle unità operative che vi confluiscono l'autonomia funzionale in ordine alle patologie di competenza, nel quadro di una efficace integrazione e collaborazione con altre strutture affini e con uso in comune delle risorse umane e strumentali. Negli ospedali di base sono previsti unicamente i seguenti moduli organizzativi: area medica, area chirurgica, area riabilitativa. Per le istituzioni di ricovero convenzionate obbligatoriamente, il finanziamento a bilancio e le rette di degenza sono calcolati considerando solo i posti-letto utilizzati a un tasso medio annuo di utilizzazione non inferiore al 75 per cento. Per l'eventuale eccedenza di personale derivante dalla ristrutturazione della rete ospedaliera sono attivate forme di mobilità obbligatoria da stabilire in sede regionale di concerto con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, tenendo prioritariamente conto delle esigenze territoriali. Sino all'adozione del metodo dei raggruppamenti omogenei di diagnosi per il pagamento delle rette delle case di cura private, le giornate di degenza predeterminate costituiscono tetto massimo di riferimento.

4. A decorrere dal 1° gennaio 1992, la quota di partecipazione alla spesa farmaceutica del 40 per cento è elevata al 50 per cento con arrotondamento alle cinquecento lire superiori; la quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche è determinata in lire 3.000 e in lire 1.500 per le confezioni a base di antibiotici e per i prodotti in fleboclisi e in confezione monodose. Tale quota è dovuta da tutti i cittadini, esclusi i pensionati esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria per motivi di reddito e i grandi invalidi di guerra di cui all'articolo 14 del decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915. La quota di partecipazione alla spesa per le prestazioni di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *b*), del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8, è determinata nella misura del 50 per cento. A decorrere dal 1° gennaio 1992, per ciascuna ricetta relativa a prestazioni sanitarie, esclusi i ricoveri, diverse da quelle farmaceutiche, è dovuta una quota fissa di lire 3.000 da corrispondere, all'atto della prestazione, dagli assistiti non esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria. È soppresso l'ultimo periodo del comma 4 dell'articolo 5 della legge 29 dicembre 1990, n. 407, e il limite

massimo di partecipazione alla spesa per prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio è fissato in lire 70.000 per prescrizioni contemporanee di ciascuna branca specialistica; la quota di partecipazione alla spesa per le cure termali è determinata nella misura del 50 per cento delle tariffe convenzionate con il limite massimo di lire 70.000 per ciclo di cura; il limite massimo di partecipazione alla spesa farmaceutica è fissato in lire 50.000 per ricetta oltre al pagamento della quota fissa per singola prescrizione. Le quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali in prontuario terapeutico sono fissate per i grossisti al 7,5 per cento sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'imposta sul valore aggiunto (IVA); per i farmacisti al 25,5 per cento sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'imposta sul valore aggiunto (IVA). Il Servizio sanitario nazionale, nel provvedere alla corresponsione alle farmacie di quanto dovuto, trattiene una quota pari al 3 per cento dell'importo al lordo dei *ticket*. Il Comitato interministeriale dei prezzi (CIP) ridetermina entro il 30 giugno 1992 la quota di spettanza dei farmacisti sulla base del criterio di regressività rispetto al prezzo. A decorrere dal 1° gennaio 1992 i prezzi delle specialità medicinali collocate nelle classi di cui all'articolo 19, comma 4, lettere *a*) e *b*), della legge 11 marzo 1988, n. 67, sono ridotti delle seguenti misure percentuali: specialità medicinali con prezzo fino a lire 15.000: 1 per cento; specialità medicinali con prezzo da lire 15.001 a lire 50.000: 2 per cento; specialità medicinali con prezzo superiore a lire 50.000: 4 per cento. La riduzione non si applica ai prezzi delle specialità medicinali determinati con il metodo di cui al provvedimento del CIP n. 29 del 1990, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 238 dell'11 ottobre 1990. A decorrere dal 1° gennaio 1992 l'aliquota dell'IVA sulle specialità medicinali collocate nella classe di cui all'articolo 19, comma 4, lettera *c*), della legge 11 marzo 1988, n. 67, è determinata nella misura del 19 per cento. Dal 1° gennaio 1992 le prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione erogabili dal Servizio sanitario nazionale sono esclusivamente quelle rese ai cittadini esenti dalla partecipazione alla spesa per motivi di reddito, nonchè quelle correlate alle specifiche patologie individuate ai sensi dell'articolo 5, comma 3, della legge 29 dicembre 1990, n. 407. Le ricette a carico del Servizio sanitario nazionale per prescrizioni o prestazioni con prezzo superiore a lire 100.000 sono sottoposte a controllo, anche con riscontri presso gli assistiti. I comuni e le unità sanitarie locali sono tenuti a rendere disponibili per la consultazione pubblica gli elenchi dei soggetti esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria per motivi di reddito.

5. In caso di spesa sanitaria superiore a quella parametrica correlata ai livelli obbligatori uniformi di cui al comma 1 non compensata da minori spese in altri settori, le regioni possono decidere il ricorso alla propria autonomia impositiva ovvero adottare, in condizioni di uniformità all'interno della regione, le altre misure previste dall'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41.

6. In deroga alla normativa vigente, e nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza e dei rispettivi finanziamenti, sono consentite sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e

prestazioni forniti da soggetti singoli, istituzioni ed associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi.

7. Il rapporto di lavoro e i rapporti di convenzione con il Servizio sanitario nazionale sono incompatibili con la titolarità o la proprietà o il possesso di quote o azioni di imprese per le quali si possa configurare conflitto di interessi con lo stesso. L'accertamento delle incompatibilità compete, anche su iniziativa di chiunque vi abbia interesse, all'amministratore straordinario della unità sanitaria locale, al quale compete altresì l'adozione dei conseguenti provvedimenti.

8. È abolito il controllo dei comitati regionali di controllo sugli atti delle unità sanitarie locali e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Limitatamente agli atti riguardanti il bilancio di previsione, le variazioni di bilancio e il conto consuntivo, la determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale, la deliberazione di programmi di spese pluriennali e i provvedimenti che disciplinano l'attuazione dei contratti e delle convenzioni, il controllo preventivo è assicurato direttamente dalla regione, che è tenuta a pronunciarsi, anche in forma di silenzio-assenso, entro quaranta giorni dal ricevimento dell'atto, per le unità sanitarie locali, e dal Ministero della sanità per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. I provvedimenti come sopra approvati diventano definitivi.

9. La delegazione di parte pubblica per il rinnovo dei contratti e delle convenzioni è formata da rappresentanti delle regioni, assistiti da rappresentanti dei Ministeri del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e della sanità e del Dipartimento della funzione pubblica limitatamente al rinnovo dei contratti. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano stabilisce la composizione della delegazione regionale. Ai fini di quanto previsto dai commi ottavo e nono dell'articolo 6 della legge 29 marzo 1983, n. 93, come sostituiti dall'articolo 18 della legge 12 giugno 1990, n. 146, la delegazione regionale trasmette al Governo l'ipotesi di accordo entro quindici giorni dalla stipula.

10. Le tariffe relative alle prestazioni di cui all'articolo 7 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono rideterminate, a decorrere dal 1° gennaio 1992, con riferimento alle tariffe vigenti nell'anno 1981 incrementate della variazione percentuale dell'indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati intervenuta tra il 1981 e il 1991; la rideterminazione deve comunque comportare un incremento delle tariffe non inferiore al 70 per cento di quelle vigenti al 31 dicembre 1991. A partire dall'esercizio finanziario 1992, le somme di cui all'articolo 69, primo comma, lettere *b*), *c*) ed *e*) della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono trattenute dalle unità sanitarie locali, dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, per essere totalmente utilizzate ad integrazione del finanziamento di parte corrente.

11. Per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano, le misure del 20 per cento, del 10 per cento e del 5 per cento, di cui all'articolo 19, comma 1, del decreto-legge 28 dicembre 1989, n. 415, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1990, n. 38, sono sostituite, rispettivamente, dal 28 per cento,

dal 14 per cento e dal 7 per cento. Per il finanziamento degli oneri a carico dei rispettivi bilanci conseguenti alle riduzioni disposte dal predetto articolo 19, le regioni e le province autonome possono assumere mutui con istituti di credito nel rispetto dei limiti massimi previsti dai rispettivi statuti e dalle vigenti disposizioni.

12. Quanto disposto dall'articolo 2, comma 6, della legge 28 luglio 1989, n. 262, non si applica nei confronti delle istituzioni ed enti, non aventi fini di lucro, che erogano prestazioni di natura sanitaria direttamente o convenzionalmente sovvenzionate dallo Stato, dalle regioni o dalle unità sanitarie locali.

13. Le regioni a statuto ordinario per le esigenze di manutenzione straordinaria e di contrasto all'obsolescenza tecnologica sono autorizzate per l'anno 1992 ad assumere mutui decennali, ad un tasso di interesse non superiore a quello massimo stabilito in applicazione dell'articolo 13, comma 1, del decreto-legge 28 dicembre 1989, n. 415, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1990, n. 38, per un complessivo importo di lire 1.500 miliardi. Il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, delibera gli importi mutuabili da ciascuna regione. Le operazioni di mutuo sono effettuate con le aziende e gli istituti di credito ordinario e speciale individuati da apposito decreto del Ministro del tesoro. Ai conseguenti oneri di ammortamento valutati in lire 360 miliardi per l'anno 1993 e in lire 270 miliardi per gli anni successivi si provvede con quota parte del Fondo sanitario nazionale – parte in conto capitale – allo scopo vincolata.

14. Per le finalità previste dal decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, gli stanziamenti di cui all'articolo 6, comma 2, della legge 29 dicembre 1990, n. 428, sono integrati di lire 30 miliardi per l'anno 1991, di lire 60 miliardi per l'anno 1992 e di lire 90 miliardi per gli anni 1993 e successivi. Ai conseguenti maggiori oneri si provvede per il 1991 con quota parte delle risorse accantonate sul Fondo sanitario nazionale di parte corrente da destinare nel medesimo anno agli interventi di piano e per gli anni 1992 e successivi con quote del Fondo sanitario nazionale da vincolare alle predette finalità.

15. Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i policlinici universitari a diretta gestione, gli istituti zooprofilattici sperimentali e l'Istituto superiore di sanità possono essere ammessi direttamente a beneficiare degli interventi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, su una apposita quota di riserva determinata dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, previo conforme parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in sede di definizione della disponibilità per i mutui.

16. Dal 1° gennaio 1992 i cittadini che non abbiano ritirato i risultati di visite o esami diagnostici e di laboratorio sono tenuti al pagamento per intero della prestazione usufruita. È compito dell'amministratore straordinario della unità sanitaria locale stabilire le modalità più idonee al recupero delle somme dovute.

Su questo articolo sono stati presentati due ordini del giorno nonchè i seguenti emendamenti:

Il Senato,

considerato che:

la legge finanziaria ha previsto misure volte a reperire dal settore sanitario risorse per ripianare il *deficit* pubblico e che tra queste misure ha introdotto un aumento dell'aliquota IVA per i farmaci da banco dal 9 al 19 per cento;

l'aumento dell'IVA determinerà una lievitazione dei prezzi al pubblico con una presumibile accentuazione da parte del cittadino della propensione a ricorrere al medico ed a curarsi con farmaci più potenti e costosi a carico del Servizio sanitario nazionale;

i farmaci da banco sono considerati in tutto il mondo uno strumento efficace per contenere la spesa farmaceutica pubblica;

i farmaci da banco rappresentano solo il 5 per cento del valore del mercato nazionale delle specialità medicinali, a fronte di una media europea del 15 per cento circa;

nei principali Paesi della CEE l'aliquota IVA è sempre inferiore al 19 per cento e di gran lunga inferiore a tale valore nei Paesi latini (Francia 2,1 per cento, Spagna 6 per cento),

impegna il Governo:

a dare attuazione a quanto previsto dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, articolo 29, lettera *f)*, al fine di definire un quadro normativo nel quale i farmaci da banco abbiano una propria regolamentazione, distinta da quella del farmaco etico, che possa meglio consentire a tali prodotti di svolgere il ruolo spettante nell'automedicazione;

a recepire con la massima sollecitudine le attese direttive CEE riguardanti la classificazione delle specialità medicinali, l'etichettatura ed il foglietto illustrativo e la pubblicità.

9.3004.1 MELOTTO, FIOCCHI, FORTE

Il Senato

considerata la ulteriore riduzione di compartecipazione del sistema sanitario nazionale alla copertura degli oneri per l'acquisto dei medicinali proposta con il disegno di legge in discussione e tenuto conto che l'applicazione del *ticket* del 50 per cento sul prezzo imposto del medicinale dovendo sommarsi con il *ticket* previsto per il costo della ricetta, comporta nella pratica applicazione della norma – per i medicinali il cui prezzo è compreso nelle 10.000 lire – una incidenza degli oneri a carico dei privati di fatto molto superiore al 50 per cento e tale da rendere irrisoria la copertura assistenziale per i medicinali a più basso prezzo,

impegna il Governo

a ricercare prima della definitiva approvazione della manovra finanziaria, una diversa soluzione, in modo da evitare, anche secondo

criteri di logica e di buon senso, che il *ticket* sulla ricetta renda assurda la percentuale dell'onere a carico dell'assistito, provvedendo a reperire i mezzi per assicurare, laddove il basso prezzo del medicinale altera significativamente tale rapporto, un tale livello di prestazioni senza che ciò comporti maggiorazioni della spesa sanitaria complessiva, in quanto la copertura va ricercata nell'organizzazione più economica del sistema sanitario, dei suoi costi, delle sue prestazioni a legislazione vigente.

9.3004.2 ZANELLA, FORTE, MANCIA, FERRARA Pietro, PIERRI

Sostituire l'articolo con il seguente:

«Art. 4. - 1. A decorrere dal 1° gennaio 1992 le regioni, ottenuta la quota-parte del fondo sanitario nazionale, devono garantire livelli obbligatori di assistenza sanitaria che deve essere assicurata in condizioni di uniformità in tutto il territorio nazionale, anche mediante l'autonomia impositiva e la compartecipazione alla spesa farmaceutica dei cittadini».

4.113 AZZARETTI, GUZZETTI

Sostituire il comma 1 con il seguente:

«*1*. Entro il 31 dicembre 1991 il Governo presenta al Parlamento per la sua approvazione il Piano sanitario nazionale che fissa i livelli obbligatori di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di omogeneità in tutto il Paese ed indica gli *standard* organizzativi e di attività.».

4.117 IMBRÌACO, TORLONTANO, ZUFFA, RANALLI, BERLINGUER, FERRAGUTI, SPOSETTI, VIGNOLA

Al comma 1, dopo le parole: «n. 400, il Governo,» *inserire le parole*: «entro il 31 dicembre 1991,».

4.1 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 1, dopo le parole: «autonome di Trento e di Bolzano,» *inserire le seguenti*: «nonchè le competenti Commissioni parlamentari».

4.2 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 1, dopo la parola: «Bolzano» *inserire le seguenti*: «sentite le Commissioni competenti della Camera e del Senato.».

4.118 TORLONTANO, ZUFFA, RANALLI, BERLINGUER, FERRAGUTI, IMBRÌACO, SPOSETTI

Al comma 1, dopo le parole: «autonome di Trento e di Bolzano» *sostituire la parola* «fissa» *con la parola* «determina».

4.3 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 1, sostituire le parole: «assicurare in condizioni di uniformità in tutto il paese e indica gli *standard* organizzativi» *con le parole*: «erogare uniformemente su tutto il territorio nazionale ed indica gli *standard* dei servizi».

4.4 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 1, sopprimere le seguenti parole: «e indica gli *standard* organizzativi e di attività di riferimento da utilizzare per calcolare il parametro capitario di finanziamento di ciascun livello assistenziale».

4.83 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 1, sostituire le parole da: «di riferimento» *fino alla fine del comma con le seguenti*: «di riferimento per la definizione della dotazione del Fondo sanitario nazionale».

4.119 ZUFFA, RANALLI, BERLINGUER, FERRAGUTI, IMBRÌACO, TORLONTANO, VIGNOLA, SPOSETTI

Al comma 1, sopprimere le parole: «da utilizzare per calcolare il parametro capitario di finanziamento di ciascun livello assistenziale».

4.5 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Alla fine del comma 1 aggiungere le parole: «in conformità a quanto previsto nel piano sanitario nazionale in via di approvazione».

4.6 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 1, aggiungere, in fine il seguente periodo: «La copertura finanziaria di quanto previsto dal presente comma è garantita dal fondo sanitario nazionale che viene fiscalizzato».

4.7 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 1 aggiungere, in fine il seguente periodo: «La copertura finanziaria di quanto previsto dal presente comma è garantita dal fondo sanitario nazionale».

4.8 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Sostituire il comma 2 con i seguenti:

«2. Le Regioni con apposito provvedimento programmatico di carattere generale anche a stralcio del piano sanitario regionale dichiarano la decadenza delle convenzioni in atto per la specialistica esterna e con le case di cura e rideterminano il fabbisogno di attività da convenzionare necessarie per assicurare i livelli obbligatori uniformi di assistenza, nel rispetto delle indicazioni di cui agli articoli 9 e 10 della legge 23 ottobre 1985 n. 595, sulla base di un utilizzo totale ed a tempo pieno delle strutture pubbliche.

2-*bis*. Le convenzioni possono essere stipulate anche con istituzioni sanitarie private gestite da persone fisiche e da società che erogano prestazioni poliambulatoriali di laboratorio generale e specialistico, di analisi chimico-cliniche, di diagnostica per immagini, di medicina fisica e riabilitazione, di terapia radiante ambulatoriale, di medicina nucleare

in vivo e in vitro. Dette società sono sottoposte al regime di autorizzazione e vigilanza sanitaria di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e devono avere un direttore sanitario o tecnico che risponde personalmente dell'organizzazione tecnica e funzionale dei servizi e del possesso dei prescritti titoli professionali da parte del personale che ivi opera.

2-*ter*. Le strutture private convenzionate debbono garantire gli stessi *standard* qualitativi e quantitativi di personale e di strutture delle equivalenti strutture pubbliche e debbono garantire l'assoluto rispetto dei contratti di lavoro collettivo per i lavoratori dipendenti di ogni livello».

4.9 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 2, primo periodo, dopo le parole: «piano sanitario regionale», *inserire le seguenti*: «fissano gli *standard* organizzativi e di attività per definire il parametro di finanziamento *pro capite* di ciascun livello assistenziale».

4.84 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 2, primo periodo, sostituire le parole da: «possono dichiarare la decadenza» *fino a*: «dello *standard* di posti-letto per abitanti» *con le altre*: «debbono predisporre, entro 90 giorni dall'approvazione della presente legge, apposito piano di pieno utilizzo di tutte le strutture sanitarie pubbliche, rideterminare il fabbisogno di attività convenzionate necessarie per l'assistenza e di conseguenza ridefinire l'entità ed i soggetti per le convenzioni con le case di cura private».

4.10 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 2, primo periodo sostituire le parole: «possono dichiarare» *con la seguente*: «dichiarano».

4.120 BERLINGUER, FERRAGUTI, IMBRIACO, TORLONTANO, ZUFFA, RANALLI, VIGNOLA

Al comma 2, primo periodo, sostituire la parola: «decadenza», *con la seguente*: «risoluzione».

4.66 POLLICE

Al comma 2, primo periodo sostituire la parola: «rideterminare» *con la seguente*: «rideterminano».

4.121 RANALLI, BERLINGUER, FERRAGUTI, IMBRÌACO, TORLONTANO, ZUFFA, SPOSETTI

Al comma 2, primo periodo, dopo la parola: «rideterminare», *inserire le seguenti*: «in rapporto alla offerta del servizio pubblico debitamente quantificata per effetto del pieno impiego dei presidi e delle strutture pubbliche», *sostituire la parola*: «convenzionate», *con le seguenti*: «da convenzionare previa fissazione di criteri obiettivi in modo da garantire parità di trattamento nei confronti degli aventi titolo».

Al medesimo comma 2 sopprimere le parole: «Le convenzioni possono», *sino a*: «in vitro».

Al medesimo comma 2, sostituire le parole: «Dette istituzioni sanitarie», *con le altre*: «Gli ambulatori e i poliambulatori specialistici».

4.67 POLLICE

Al comma 2, primo periodo, sopprimere le parole da «, e considerando» *a* «per abitante».

4.143 MELOTTO

Al comma 2, primo periodo dopo la parola: «abitante» *aggiungere le seguenti:* «dopo aver assicurato il pieno utilizzo di letti e strutture pubbliche già esistenti o programmate dai piani sanitari regionali. Qualora le regioni revochino, successivamente alla rideterminazione del fabbisogno di attività convenzionate, convenzioni con case di cura per il mancato rispetto di *standard* assistenziali e professionali devono trasferire le risorse derivanti al potenziamento delle strutture pubbliche».

4.122 IMBRÌACO, BERLIGUER, SPOSETTI

Al comma 2, secondo periodo, sostituire le parole da: «Le convenzioni» *fino al termine del comma, con le seguenti:* «Le istituzioni sanitarie private che erogano esclusivamente prestazioni poliambulatoriali, di laboratorio generale e specialistico di analisi chimico-cliniche, di diagnostica per immagini, terapia fisica e radiante ambulatoriale, di medicina nucleare in vivo e in vitro, sono sottoposte al regime di autorizzazione e vigilanza sanitaria di cui all'articolo 43 della legge 23

dicembre 1978, n. 833, e possono essere gestite da persone fisiche o società. Nelle società la maggioranza dei soci deve essere costituita da professionisti, abilitati ad esercitare attività specialistiche sanitarie iscritti nei rispettivi albi. Le società dovranno rendere pubblici, in tutti i rapporti con i terzi, i nomi dei soci, ed indicare per i professionisti le loro qualifiche professionali. Il Governo è delegato ad emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentiti gli ordini professionali interessati, un regolamento che disciplini la costituzione di dette società».

4.123 IMBRÌACO, RANALLI, FERRAGUTI, SPOSETTI

Al comma 2, terzo periodo, sostituire le parole: «che risponde», *sino alle parole*: «in opera», *con le altre*: «che ha l'obbligo di assicurare in conformità alla vigente legislazione in materia la corretta organizzazione, il regolare funzionamento dei servizi ed il possesso dei presenti titoli professionali da parte del personale che vi presta la propria attività, a qualunque titolo».

4.68 POLLICE

Al comma 2, terzo periodo, sostituire le parole: «che risponde personalmente» *con le altre*: «civilmente e penalmente responsabile».

4.88 RASTRELLI, MANTICA

Al comma 2, terzo periodo sostituire le parole: «che risponde personalmente» *con le altre*: «personalmente responsabile».

4.89 RASTRELLI, MANTICA

Sopprimere il comma 3.

4.11 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Sostituire il comma 3 con i seguenti:

«3. Le Regioni, sentite le Province ed i comuni interessati, su proposta del Direttore generale della azienda sanitaria, possono disattivare, a decorrere dal 1° aprile 1992, gli ospedali con meno di 100 posti letto che non svolgono qualificate funzioni di assistenza ovvero

possono rideterminare la funzione delle strutture anche ai fini non prettamente sanitari, sulla base di comprovate esigenze della collettività locale, applicando la mobilità all'interno della Azienda sanitaria o tra amministrazioni pubbliche del personale le cui funzioni non sono utilizzabili ai fini della nuova finalizzazione.

3-*bis*. Ove le nuove finalizzazioni delle strutture disattivate non rientrassero nei compiti del sistema sanitario, la gestione della struttura viene trasferita al Ministero competente che la affida all'ente locale territorialmente competente».

4.12 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Sostituire il comma 3 con il seguente:

«3. I posti-letto delle divisioni e servizi degli ospedali pubblici, che nel triennio 1989-1991, siano stati utilizzati in media annuale al di sotto del tasso del 75 per cento, sono soppressi, sempre che la dotazione dei posti letto nella specialità e nell'ambito dell'unità sanitaria locale superi il rapporto del 6,5 per mille abitanti, a decorrere dal 1° aprile 1992. Per le istituzioni di ricovero e cura nei cui confronti la vigente legislazione prevede l'obbligo di stipulare le convenzoni da parte del servizio sanitario nazionale, il finanziamento a bilancio e le rette di degenza sono calcolati considerando solo i posti-letto utilizzati a un tasso medio annuo di utilizzazione non inferiore al 75 per cento. Le disposizioni di cui al presente comma non si applicano alle divisioni e servizi di malattie infettive e di terapia intensiva. Le eventuali eccedenze di personale sono regolate dalle vigenti disposizioni sulla mobilità tra amministrazioni pubbliche recate dai regolamenti di recepimento degli accordi contrattuali nonchè dal decreto del Presidente della Repubblica 1° febbraio 1986, n. 13, e dai relativi provvedimenti attuativi. Gli amministratori straordinari delle unità sanitarie locali devono dare attuazione alle presenti disposizioni entro il termine del 30 aprile 1992, sotto pena di revoca dall'incarico da parte della Giunta regionale che provvede entro il termine del 15 maggio 1992. Analoghi obblighi incombono sugli organi e servizi di altri presidi ospedalieri pubblici, anche se operanti in regime di convenzionamento. Sino all'adozione del metodo dei «raggruppamenti omogenei di diagnosi» per il pagamento delle rette delle case di cura private, le giornate di degenza predeterminate costituiscono tetto massimo di riferimento».

4.69 POLLICE

Al comma 3, sostituire i primi tre periodi con i seguenti: «I posti letto» *fino a*: «n. 595», *con le parole*: «Le regioni, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, ridefiniscono la rete ospedaliera riconvertendo in altri servizi e strutture sanitarie territoriali, anche non residenziali, le risorse derivanti dalla soppressione di strutture ospeda-

liere che non rientrino in detta programmazione. Entro il 30 marzo 1992, devono essere corrisposte alle regioni le risorse in conto capitale di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, per il primo triennio 1989-1991».

4.124 IMBRÌACO, TORLONTANO, ZUFFA, RANALLI, BERLINGUER, FERRAGUTI, GALEOTTI, VIGNOLA

Al comma 3, primo periodo, sostituire le parole: «In attuazione» *sino a* «120 posti letto» *con le seguenti*: «In attuazione di quanto previsto dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595, i cui standard vengono rideterminati prevedendo l'utilizzazione dei posti letto ad un tasso non inferiore al 75 per cento in media annua, la dotazione complessiva di 6 posti letto per mille abitanti, di cui lo 0,50 per cento riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie, con un tasso di spedalizzazione del 160 per mille, ed in ordine alla costituzione di aree funzionali omogenee nonchè alla necessità di riconvertire gli ospedali che non raggiungono lo standard minimo di 130 posti letto».

4.136 MELOTTO

Al comma 3, inserire prima dell'ultimo periodo le parole: «Entro il 31 marzo 1992 il Ministro della sanità con apposito decreto, sentito il Consiglio superiore di sanità, definisce i raggruppamenti omogenei di diagnosi sui quali riparametra le modalità di pagamento delle rette delle case di cura private».

4.125 IMBRÌACO, ZUFFA, TORLONTANO

Dopo il comma 3 aggiungere il seguente:

«3-*bis*. Entro il 31 marzo 1992 le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono a consegnare il libretto sanitario ai residenti ove debbono essere riportate in particolare le indagini diagnostiche con la indicazione dei soli risultati di carattere patologico, i ricoveri ospedalieri e le prestazioni specialistiche. La trascrizione dei suddetti dati spetta ai medici curanti ed ai sanitari che abbiano redatto i reperti diagnostici.

4.70 POLLICE

Sopprimere il comma 4.

4.13 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Sostituire il comma 4 con i seguenti:

«4. A decorrere dal 1° gennaio 1992 i medici della Medicina di base si avvalgono nella pratica professionale dei protocolli di diagnosi e di cura elaborati dall'Istituto Superiore di sanità con la partecipazione dei rappresentanti dei Sindaci Medici più rappresentativi, ed amministrano la loro attività professionale convenzionata sulla base di un budget determinato dalla spesa dell'anno precedente incrementato dell'inflazione programmata fino al 1995 e dell'inflazione reale per gli anni successivi.

4-*bis*. È abolita ogni partecipazione degli utenti ai costi delle prestazioni sanitarie ricevute.

4-*ter*. Dal 1° gennaio 1992 entra in vigore il nuovo Prontuario farmaceutico sulla base di una classificazione dei prodotti farmaceutici in 3 classi:

a) sostanze utili la cui efficacia è scientificamente documentata a totale carico del SSN.

b) sostanze inutili o superflue la cui attività è scientificamente documentata per le quali la partecipazione di tutti gli utenti è del 30 per cento per l'anno 1992, del 60 per cento per l'anno 1993, del 100 per cento a partire dal 1994.

c) sostanze la cui efficacia non è scientificamente documentata a totale carico degli utenti.

4-*quater*. Le confezioni dei farmaci debbono contenere quantità di dosi sufficienti per un ciclo di terapia».

4.14 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Sostituire il comma 4 con i seguenti:

«4. A decorrere dal 1° gennaio 1992 sono abolite le quote di partecipazione alla spesa farmaceutica, alle spese per prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio.

4-*bis*. A decorrere dal 1° gennaio 1992 sono a carico del Servizio sanitario nazionale i farmaci che ricadono nella fascia A e B del prontuario terapeutico. I farmaci della fascia C non sono ascrivibili al Servizio sanitario nazionale ad eccezione di quanto stabilito nel punto 4 e vengono pertanto eliminati dal prontuario terapeutico del Servizio sanitario nazionale.

4-*ter*. Il Ministero della sanità, entro la stessa data, con apposito decreto ridefinisce il prontuario terapeutico del Servizio sanitario nazionale, inserendo nella fascia A i farmaci di comprovata efficacia non suscettibili di abuso (somministrazione gratuita senza vincoli) e nella fascia B i farmaci di comprovata efficacia, ma suscettibili di prescrizioni incongrue (somministrazione gratuita con sorveglianza e prescrizioni a livello regionale).

4-*quater*. I cittadini affetti da patologie croniche, individuate con apposito atto dal Ministero della sanità, hanno diritto alla somministra-

zione gratuita dei farmaci inerenti alla patologia e alle sue complicanze anche se appartenenti alla fascia C.

4-*quinquies*. Dal 1° gennaio 1992 il prezzo dei farmaci è ridotto nella misura del 5 per cento.

4-*sexies*. Per l'anno 1992 è sospesa l'introduzione nel prontuario terapeutico nazionale di prodotti "copia" e di nuove confezioni con modifica di dosaggio o di forma farmaceutica. A partire dal 1° gennaio 1992 è soppressa la franchigia concessa alle case farmaceutiche per pubblicità e convegni.

4-*septies*. A partire al 1° giugno 1992, sulla base di un decreto del Ministero della sanità, è avviata la sperimentazione della somministrazione ai cittadini dei farmaci nelle quantità fissate dalla prescrizione ovvero in confezioni predeterminate esclusivamente in rapporto ai cicli terapeutici specifici».

4.126 BERLINGUER, IMBRÌACO, FERRAGUTI, RANALLI, TORLONTANO, ZUFFA, VIGNOLA, BOLLINI, BARCA, ANDRIANI, SPOSETTI

Al comma 4, primo periodo, sostituire le parole da: «A decorrere dal 1° gennaio 1992», *sino alle parole*: «al pubblico al netto dell'IVA» *con le seguenti*: «A decorrere dal 1° gennaio 1992 il Servizio sanitario nazionale eroga gratuitamente l'assistenza farmaceutica fino all'importo annuo pro-capite di lire 200.000. Oltre tale importo sono erogati gratuitamente i farmaci considerati salvavita. La quota di partecipazione negli altri casi alla spesa sanitaria è del 30 per cento con arrotondamento alle cento lire superiori. La quota di partecipazione alla spesa prestazioni specialistiche effettuate in regime convenzionale è determinata nella misura del 50 per cento, con il limite di lire 60 mila per ogni branca specialistica e di lire 100 mila per più di tre branche specialistiche per l'anno 1992. I prezzi dei farmaci inclusi nel prontuario terapeutico non possono essere aumentati. Nel prontuario terapeutico medesimo sempre per l'anno 1992 non possono essere inclusi nuovi farmaci di efficacia terapeutica pari a quelli già esistenti nel prontuario medesimo. Entro il 31 marzo 1992 si provvede, in conformità alla normativa vigente in materia, alla revisione del prontuario terapeutico ed alla contestuale rideterminazione dei prezzi dei farmaci non salvavita con 5 per cento per ogni anno a partire da quello di registrazione. Entro il 31 marzo del 1992 il Ministro della sanità, su parere conforme del Consiglio superiore di sanità determina con proprio decreto i protocolli diagnostici per tipi di patologie e ne indica il costo presuntivo. In base a tali protocolli le unità sanitarie locali procedono a verifiche trimestrali delle prestazioni assistenziali effettuate a carico del Servizio sanitario nazionale qualora eccedano il 20 per cento le medicine dei protocolli diagnostici. La verifica è effettuata da apposite Commissioni nominate dalle unità sanitarie locali per ogni branca di assistenza e comparto, non meno di due o tre sanitari di cui uno esperto in economia sanitaria.

Restano ferme le vigenti norme che regolano l'esclusione dalle quote e la partecipazione alla spesa sanitaria».

4.72 POLLICE

Al comma 4, primo periodo, sopprimere le parole da: «la quota di partecipazione alla spesa farmaceutica», *fino a*: «alle cinquecento lire superiori».

4.15 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, primo periodo, sostituire le parole: «è elevata al 50 per cento con arrotondamento alle cinquecento lire superiori» *con le altre*: «è abrogata».

4.16 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, primo periodo, sostituire le parole: «è elevata al 50 per cento» *con le altre*: «è ridotta al 10 per cento».

4.17 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, primo periodo, sostituire le parole: «è elevata al 50 per cento», *con le altre*: «è ridotta al 20 per cento».

4.18 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, primo periodo, sostituire le parole: «del 40 per cento è elevata al 50 per cento», *con le altre*: «del 40 per cento è ridotta al 25 per cento».

4.86 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 4, primo periodo, sostituire le parole: «è elevata al 50 per cento», *con le altre*: «è ridotta al 30 per cento».

4.19 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4 primo periodo, dopo le parole: «alle cinquecento lire superiori» *inserire le seguenti*: «sono esentati dal pagamento della quota di partecipazione i farmaci con i prezzi inferiori alle 10.000 lire».

4.107 MERIGGI, DIONISI, CROCETTA, COSSUTTA, LIBERTINI, SALVATO, SERRI, TRIPODI

Al comma 4 primo periodo, dopo le parole: «alle cinquecento lire superiori» *inserire le seguenti*: «la quota di partecipazione per i farmaci sino a lire 10.000 è del 10 per cento».

4.108 MERIGGI, DIONISI, CROCETTA, COSSUTTA, SALVATO, LIBERTINI, SERRI, TRIPODI

Al comma 4 primo periodo, dopo le parole: «alle cinquecento lire superiori» *inserire le seguenti*: «la quota di partecipazione per i farmaci sino a lire 10.000 è del 20 per cento».

4.109 MERIGGI, DIONISI, CROCETTA, COSSUTTA, LIBERTINI, SALVATO, SERRI, TRIPODI

Al comma 4, primo periodo, dopo le parole: «alle cinquecento lire superiori» *inserire le seguenti parole:* «salvo che per le specialità mediche il cui prezzo sia inferiore alle 10 mila lire per le quali la quota di partecipazione alla spesa farmaceutica è ridotta dal 40 per cento al 30 per cento».

4.20 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4 primo periodo, dopo le parole: «alle cinquecento lire superiori» *inserire le seguenti*: «la quota di partecipazione per i farmaci sino a lire 10.000 è del 30 per cento».

4.110 MERIGGI, DIONISI, CROCETTA, COSSUTTA, LIBERTINI, SALVATO, SERRI, TRIPODI

Al comma 4 primo periodo, dopo le parole: «alle cinquecento lire superiori» *inserire le seguenti*: «la quota di partecipazione per i farmaci sino a lire 10.000 è del 40 per cento».

4.111 MERIGGI, DIONISI, CROCETTA, COSSUTTA, LIBERTINI, SALVATO, SERRI, TRIPODI

Al comma 4, primo periodo, dopo le parole: «alle cinquecento lire superiori» *inserire il seguente periodo:* «I prezzi delle specialità mediche inserite nel prontuario terapeutico che avevano alla data del 30 settembre 1991 un prezzo inferiore a 50 mila lire sono bloccati fino al 31 dicembre 1992».

4.21 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, primo periodo, dopo le parole: «alle cinquecento lire superiori» *inserire il seguente periodo:* «I prezzi delle specialità mediche inserite nel prontuario terapeutico che avevano alla data del 30 settembre 1991 un prezzo inferiore a 30 mila lire sono bloccati fino al 31 dicembre 1992».

4.22 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, primo periodo, dopo le parole: «alle cinquecento lire superiori» *inserire il seguente periodo:* «I prezzi delle specialità mediche inserite nel prontuario terapeutico che avevano alla data del 30 settembre 1991 un prezzo inferiore a 20 mila lire sono bloccati fino al 31 dicembre 1992».

4.23 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, primo periodo, dopo le parole: «alle cinquecento lire superiori» *inserire il seguente periodo:* «I prezzi delle specialità mediche inserite nel prontuario terapeutico che avevano alla data del 30 settembre 1991 un prezzo inferiore a 15 mila lire sono bloccati fino al 31 dicembre 1992».

4.24 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, primo periodo, dopo le parole: «alle cinquecento lire superiori» *inserire il seguente periodo:* «I prezzi delle specialità mediche inserite nel prontuario terapeutico che avevano alla data del 30 settembre 1991 un prezzo inferiore a 10 mila lire sono bloccati fino al 31 dicembre 1992».

4.25 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, primo periodo, dopo le parole: «alle cinquecento lire superiori» *inserire il seguente periodo:* «I prezzi delle specialità mediche inserite nel prontuario terapeutico che avevano alla data del 30 settembre 1991 un prezzo inferiore a 8 mila lire sono bloccati fino al 31 dicembre 1992».

4.26 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, primo periodo, sopprimere le parole da: «la quota fissa sulle singole prescrizioni» *fino a*: «in confezione monodose».

4.27 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, primo periodo, sostituire le parole: «è determinata in lire 3.000 e in lire 1.500 per le confezioni a base di antibiotici e per i prodotti in fleboclisi e in confezione monodose» *con le altre*: «è abrogata».

4.28 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, primo periodo, sostituire le parole: «in lire 3.000 e in lire 1.500 per le confezioni a base di antibiotici e per i prodotti in fleboclisi, in confezione monodose», *con le altre*: «in lire 1.000;».

4.85 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 4, primo periodo, sostituire le parole: «lire 3.000 e in lire 1.500» *con le altre*: «lire 500 e in lire 250».

4.29 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, primo periodo, sostituire le parole: «lire 3.000 e in lire 1.500» *con le altre*: «lire 1.000 e in lire 750».

4.30 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, al secondo periodo, aggiungere in fine le parole: «nonchè, ai sensi dell'articolo 5 della legge 3 aprile 1958, n. 474, i grandi invalidi per servizio».

4.114 IL GOVERNO

Al comma 4, dopo il secondo periodo inserire il seguente: «È fatta riserva di totale esenzione da qualsiasi onere dell'assistenza sanitaria nei casi in cui la stessa sia risarcitoria del danno subìto dagli interessati in difesa dello Stato».

4.87 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 4, sopprimere il terzo periodo.

4.31 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, terzo periodo sostituire le parole: «è determinata nella misura del 50 per cento» *con le altre*: «è abrogata».

4.32 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, terzo periodo sostituire le parole: «nella misura del 50 per cento» *con le parole*: «nella misura del 10 per cento».

4.33 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, terzo periodo sostituire le parole: «nella misura del 50 per cento» *con le altre*: «nella misura del 20 per cento».

4.34 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, quarto periodo, sostituire le parole: «quota fissa di lire 3.000», *con le altre*: «quota fissa di lire 1.000».

4.90 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 4, quinto periodo, sostituire le parole: «diagnostica strumentale e di laboratorio è fissato in lire 70.000», *con le altre*: «diagnostica strumentale e di laboratorio è fissato in lire 40.000».

4.93 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 4, quinto periodo, sostituire le parole: «è determinata nella misura del 50 per cento», *con le altre*: «è determinata nella misura del 25 per cento».

4.91 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 4, quinto periodo, sopprimere le parole da: «il limite massimo di partecipazione alla spesa farmaceutica», *fino a*: «della quota fissa per singola prescrizione».

4.35 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, quinto periodo, sostituire le parole: «in lire 50.000 per ricetta» *con le altre*: «lire 10.000 per ricetta».

4.36 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, quinto periodo, sostituire le parole: «in lire 50.000 per ricetta», *con le altre*: «in lire 20.000 per ricetta».

4.37 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, quinto periodo, sostituire le parole: «in lire 50.000», *con le altre*: «in lire 25.000».

4.92 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 4, dopo il quinto periodo aggiungere il seguente: «In attesa della disciplina organica della materia, per i lavoratori dipendenti pubblici e privati, le prestazioni idrotermali possono essere concesse, fuori dei congedi ordinari e delle ferie annuali, esclusivamente per la terapia o la riabilitazione relative ad affezioni o stati patologici per la cui risoluzione sia giudicato determinante, anche in associazione con altri mezzi di cura, un tempestivo trattamento termale motivatamente prescritto da un medico specialista dell'Unità Sanitaria Locale ovvero, limitatamente ai lavoratori avviati alle cure dall'INAIL, motivatamente prescritto dai medici del predetto Istituto».

4.141 FABBRI, ALIVERTI, FIOCCHI, BONO PARRINO, FORTE

Al comma 4, sesto periodo, sopprimere le parole da: «Le quote di spettanza sul prezzo», *fino a*: «al lordo dei *ticket*».

4.38 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, sesto periodo, sostituire le parole da: «Le quote di spettanza sul prezzo di vendita», *fino a*: «al lordo dei *ticket*», *con le altre*: «Il prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali in

prontuario terapeutico è bloccato per tutto il 1992 al listino approvato per il 1991».

4.39 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, sesto periodo, sostituire le parole da: «Le quote di spettanza sul prezzo di vendita» *fino a*: «al lordo dei *ticket*» *con le altre*: «Entro il 31 gennaio 1992 il CIP provvede alla rideterminazione in percentuale dei prezzi dei farmaci inseriti nel prontuario terapeutico al 31 dicembre 1991, al fine di un contenimento della spesa farmaceutica con riferimento a tre fasce di costo, da lire 15.000 a lire 50.000, da lire 50.000 a lire 100.000, oltre lire 100.000».

4.40 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, sesto periodo, sostituire le parole: «per i grossisti al 7,5 per cento» *con le altre:* «per i grossisti al 6 per cento» *e le parole:* «per i farmacisti al 25,5 per cento» *con le altre:* «per i farmacisti al 29 per cento».

4.94 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 4, sopprimere il settimo periodo.

4.95 RASTRELLI, MANTICA

Al comma 4, sostituire il settimo periodo con i seguenti: «È istituita presso ciascuna farmacia in esercizio nel territorio nazionale la figura del medico fiscale a rapporto professionale a tempo determinato rinnovabile, scelto dal titolare della farmacia nell'ambito dell'albo dei medici generici non convenzionati con le strutture pubbliche. Funzione del medico fiscale è il controllo giornaliero delle ricette spedite in esenzione e, nel caso di importo superiore a lire 100.000 il controllo domiciliare del soggetto esente, ai fini di verificare il reale stato di infermità cui si riferisce la prescrizione medica».

4.96 RASTRELLI, SIGNORELLI

Al comma 4, settimo periodo, dopo le parole: «dell'importo al lordo dei *ticket*», *inserire il seguente periodo*: «I prezzi di vendita al pubblico

delle specialità medicinali in prontuario terapeutico non possono aumentare rispetto al loro ammontare alla data del 30 settembre 1991 fino al 31 dicembre 1992 in attesa della revisione del Prontuario terapeutico. Fino alla stessa data non possono essere inscritte specialità similari a quelle già esistenti nel Prontuario terapeutico salvo che non prevedano una riduzione del prezzo».

4.41 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, settimo periodo dopo le parole: la quota di spettanza dei farmacisti» *inserire le seguenti:* «e dei grossisti».

4.97 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 4, nono periodo, sostituire le parole: «specialità medicinali con prezzo fino a lire 15.000: 1 per cento»; *con le altre*: «specialità medicinali con prezzo fino a lire 15.000: 2 per cento».

4.98 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 4, nono periodo sostituire le parole: «specialità medicinali con prezzo da lire 15.001 a lire 50.000: 2 per cento»; *con le altre*: «specialità medicinali con prezzo da lire 15.001 a lire 50.000: 4 per cento».

4.99 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 4, nono periodo sostituire le parole: «specialità medicinali con prezzo superiore a lire 50.000: 4 per cento»; *con le altre*: «specialità medicinali con prezzo superiore a lire 50.000: 6 per cento».

4.100 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 4, decimo periodo, dopo le parole: «La riduzione non si applica ai prezzi delle specialità medicinali determinati con il metodo di cui al provvedimento CIP n. 29 del 1990» *aggiungere, le seguenti* «ed ai farmaci di cui all'articolo 10 secondo comma, del decreto-legge 12 settembre 1973, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638».

4.79 CROCETTA, LIBERTINI, COSSUTTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI

Al comma 4, undicesimo periodo, sopprimere le parole da: «A decorrere dal 1° gennaio 1992», *sino alle parole*: «presso gli assistiti».

4.71 POLLICE

Al comma 4, decimo periodo, dopo le parole: «provvedimento CIP n. 29 del 1990» *inserire le seguenti*: « ; nel 1992 non si dà luogo all'ammissione nel prontuario di nuove specialità che rappresentino modifiche di confezione o di composizione o di forma o di dosaggio di specialità già presenti nel prontuario e che comportino un aumento del costo per ciclo terapeutico».

4.127 BARCA, SPOSETTI

Al comma 4, dodicesimo periodo, sopprimere le parole da: «Dal 1° gennaio 1992 le prestazioni di medicina fisica», *fino a*: «dicembre 1990, n. 407».

4.42 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, sostituire l'ultimo periodo con i seguenti: «Al fine di ridurre l'utilizzo improprio delle esenzioni, a partire dal 1° gennaio 1992, i cittadini esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria per motivi di reddito verranno forniti, da parte delle USL, di bollini riportanti il numero di identificazione dell'assistito. Tale bollino dovrà essere applicato alla ricetta su cui è redatta la prescrizione del medico, ferma restando la possibilità di riscontri anche domiciliari, con la diretta assunzione di responsabilità individuale dell'assistito esente.».

4.102 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 4, sostituire l'ultimo periodo con i seguenti: «I comuni, dietro richiesta documentata dalle unità sanitarie locali, rilasciano ai soggetti esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria un tesserino personale attestante il diritto all'esenzione; il tesserino deve essere presentato per poter beneficiare di detto diritto all'esenzione. I tesserini hanno validità annuale e sono rinnovati dai comuni».

4.101 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 4, ultimo periodo, sopprimere le parole da: «i comuni e le unità sanitarie», *fino a*: «per motivi di reddito».

4.43 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 4, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «con la riserva che è esente da qualsiasi onere l'assistenza sanitaria che sia risarcitoria del danno subito dagli interessati in difesa dello Stato».

4.103 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 4, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «Sono esenti dal pagamento della quota fissa delle prescrizioni farmaceutiche gli invalidi di guerra».

4.112 AZZARETTI, GUZZETTI, SARTORI, LEONARDI

Al comma 4, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «Le aziende sanitarie sono tenute a garantire una piena attività per almeno dieci ore al giorno per 6 giorni alla settimana di tutte le strutture diagnostiche».

4.44 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Dopo il comma 4, inserire il seguente:

«4-*bis*. Entro il 31 marzo 1992 il Governo, con decreto del Ministro della sanità, provvederà a ridurre il numero delle specialità elencate nel prontuario farmaceutico a non più di 2.000, mantenendo in esso le specialità di assoluta necessità terapeutica, con esenzione di tali specialità dalla quota di partecipazione di cui al comma 4».

4.80 GUALTIERI, COVI

Dopo il comma 4, inserire il seguente:

«4-*bis*. Al fine di una razionalizzazione della prestazione sanitaria e della fornitura di prodotti farmaceutici entro e non oltre il 31 dicembre 1991 il Ministro della sanità, con proprio decreto, provvederà alla realizzazione di una tabella dei farmaci ad alto costo, la cui

certificazione dovrà essere obbligatoriamente specialistica e la somministrazione obbligatoriamente ospedaliera ed ambulatoriale».

4.45 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Dopo il comma 4, inserire il seguente:

«4-*bis*. Al fine di un più rigoroso controllo nella registrazione dei nuovi farmaci la commissione unica del farmaco provvede a garantire che non vengano registrati farmaci similari ad altri già presenti in prontuario, salvo che non siano ad un costo minore».

4.46 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Dopo il comma 4, inserire il seguente:

«4-*bis*. I prezzi di vendita al pubblico delle specialità medicinali in prontuario terapeutico che alla data del 30 settembre 1991 risultavano inferiori alle 8.000 lire sono ridotti del 10 per cento rispetto al loro ammontare a tale data a partire dal 1° gennaio 1992. I prezzi di tali specialità medicinali che alla data del 30 settembre 1991 erano compresi tra le 8.000 e le 30.000 lire sono ridotti del 15 per cento rispetto al loro ammontare a tale data. I prezzi di tali specialità medicinali che alla data del 30 settembre 1991 erano superiori alle 30.000 lire sono ridotti del 20 per cento rispetto al loro ammontare a tale data».

4.52 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Dopo il comma 4, inserire il seguente:

«4-*bis*. I prezzi di vendita al pubblico delle specialità medicinali in prontuario terapeutico che alla data del 30 settembre 1991 risultavano inferiori alle 15.000 lire sono ridotti del 5 per cento rispetto al loro ammontare a tale data a partire dal 1° gennaio 1992. I prezzi di tali specialità medicinali che alla data del 30 settembre 1991 erano compresi tra le 15.000 e le 50.000 lire sono ridotti del 10 per cento rispetto al loro ammontare a tale data. I prezzi di tali specialità medicinali che alla data del 30 settembre 1991 erano superiori alle 50.000 lire sono ridotti del 20 per cento rispetto al loro ammontare a tale data».

4.53 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Dopo il comma 4, inserire il seguente:

«4-*bis*. I prezzi di vendita al pubblico delle specialità medicinali in prontuario terapeutico che alla data del 30 settembre 1991 risultavano inferiori alle 15.000 lire sono ridotti del 3 per cento rispetto al loro ammontare a tale data a partire dal 1° gennaio 1992. I prezzi di tali specialità medicinali che alla data del 30 settembre 1991 erano compresi tra le 15.000 e le 50.000 lire sono ridotti del 6 per cento rispetto al loro ammontare a tale data. I prezzi di tali specialità medicinali che alla data del 30 settembre 1991 erano superiori alle 50.000 lire sono ridotti del 12 per cento rispetto al loro ammontare a tale data».

4.54 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Dopo il comma 4, inserire il seguente:

«4-*bis*. I prezzi di vendita al pubblico delle specialità medicinali in prontuario terapeutico che alla data del 30 settembre 1991 risultavano inferiori alle 15.000 lire sono ridotti del 2 per cento rispetto al loro ammontare a tale data a partire dal 1° gennaio 1992. I prezzi di tali specialità medicinali che alla data del 30 settembre 1991 erano compresi tra le 15.000 e le 50.000 lire sono ridotti del 4 per cento rispetto al loro ammontare a tale data. I prezzi di tali specialità medicinali che alla data del 30 settembre 1991 erano superiori alle 50.000 lire sono ridotti dell'8 per cento rispetto al loro ammontare a tale data».

4.55 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Dopo il comma 4, inserire il seguente:

«4-*bis*. I prezzi al pubblico delle specialità medicinali in prontuario terapeutico che alla data del 30 settembre 1991 risultavano inferiori alle 15.000 lire sono ridotti dell'1 per cento rispetto al loro ammontare a tale data a partire dal 1° gennaio 1992. I prezzi di tali specialità medicinali che alla data del 30 settembre 1991 erano compresi tra le 15.000 e le 50.000 lire sono ridotti del 2 per cento rispetto al loro ammontare a tale data. I prezzi di tali specialità medicinali che alla data del 30 settembre 1991 erano superiori alle 50.000 mila lire sono ridotti del 4 per cento rispetto al loro ammontare a tale data».

4.56 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Dopo il comma 4, inserire il seguente:

«4-*bis*. Al fine di una migliore omogeneizzazione dei trattamenti ospedalieri il Ministro della sanità, con proprio decreto entro e non oltre il 31 gennaio 1992, provvede alla determinazione preventiva dei giorni di degenza, comunque non superiore del 30 per cento di quella media delle strutture sanitarie pubbliche, per ciascuna delle patologie e per ogni prestazione sanitaria degli istituti di cura a carattere scientifico, delle università a diretta gestione universitaria nonchè delle cliniche private».

4.47 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Dopo il comma 4, inserire il seguente:

«4-*bis*. Le strutture sanitarie pubbliche sono obbligate a garantire, per tutte le tipologie dei laboratori di analisi, una piena attività per non meno di 6 giorni alla settimana e per non meno di 8 ore al giorno».

4.48 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Dopo il comma 4, inserire il seguente:

«4-*bis*. Il rapporto di lavoro ed i rapporti di convenzione con il servizio sanitario Nazionale sono tra loro incompatibili e sono altresì entrambe incompatibili con la compartecipazione, la proprietà o il possesso di quote o azioni di imprese per le quali si possa configurare un rapporto di interesse con il servizio Sanitario Nazionale».

4.49 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Dopo il comma 4, inserire il seguente:

«4-*bis*. I medici che nella loro attività professionale convenzionata superano il *budget* loro assegnato escono automaticamente dalla convenzione se nell'anno successivo non recuperano l'eccesso di spesa della gestione dell'anno precedente».

4.50 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Dopo il comma 4, inserire il seguente:

«4-*bis*. In tutte le aziende sanitarie sono attivati sistemi computerizzati di controllo del consumo dei farmaci. Il personale delle farmacie è tenuto a dare informazioni utili per l'uso scientificamente corretto dei farmaci».

4.51 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Sopprimere il comma 5.

4.57 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Sopprimere il comma 5.

4.128 TORLONTANO, ZUFFA, RANALLI, SPOSETTI, VIGNOLA

Dopo il comma 5 inserire i seguenti:

«5-*bis*. All'articolo 1 del decreto-legge 12 gennaio 1991, n. 6, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 marzo 1991, n. 80, è aggiunta la seguente lettera:

"*c-bis*) fondo di compensazione per le esenzioni dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria per i cittadini indigenti, soppresse dal comma 3 dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1990, n. 407, determinato in lire 500.000 milioni".

5-*ter*. Il Ministero dell'interno è autorizzato a corrispondere ai comuni, in una unica rata entro il 31 gennaio 1992, la quota del fondo di compensazione di cui al comma 1, secondo i criteri del Fondo perequativo».

4.129 IMBRÌACO, TORLONTANO, ZUFFA, BERLINGUER, RANALLI, FERRAGUTI, VIGNOLA, GALEOTTI, VETERE

Sopprimere il comma 6.

4.58 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Sopprimere il comma 6.

4.104 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Sopprimere il comma 6.

4.130 IMBRÌACO, TORLONTANO, ZUFFA, RANALLI, BERLINGUER, FERRAGUTI, SPOSETTI, BARCA

Sostituire il comma 6 con il seguente:

«*6.* Al fine di migliorare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dell'assistenza, le regioni e le province autonome possono sperimentare a livello territoriale di una sola USL e per una durata di tempo non superiore a 3 anni forme gestionali e modalità di erogazione dei servizi per il raggiungimento degli obiettivi del piano sanitario regionale».

4.131 FERRAGUTI, IMBRÌACO, TORLONTANO, ZUFFA, RANALLI, BERLINGUER, SPOSETTI

Al comma 6, dopo le parole: «rispettivi finanziamenti» *inserire le seguenti:* «al fine di garantire economie di spesa e garantire la qualità dell'assistenza e dei servizi».

4.73 POLLICE

Sostituire il comma 7 con il seguente:

«7. Il rapporto di lavoro e i rapporti di convenzione con il Servizio sanitario nazionale sono incompatibili con la compartecipazione, la titolarità o la proprietà o il possesso di quote o azioni di imprese che hanno interesse con il sistema sanitario stesso».

4.59 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Sostituire il comma 7 con il seguente:

«7. Con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì

incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con la stessa. L'accertamento delle incompatibilità compete, anche su iniziativa di chiunque vi abbia interesse, all'amministratore straordinario della USL al quale compete altresì l'adozione dei conseguenti provvedimenti».

4.132 BERLINGUER, FERRAGUTI, IMBRÌACO, TORLONTANO, ZUFFA, VIGNOLA

Al comma 7, primo periodo, dopo le parole: «sono incompatibili con la» *aggiungere le parole:* «compartecipazione, la».

4.60 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 7, primo periodo, sostituire le parole da: «per le quali si possa configurare conflitto di interessi con lo stesso», *fino alla fine del comma con le altre*: «comunque convenzionate. In tale ipotesi il conflitto di interessi si configura in via di presunzione legale. L'accertamento delle incompatibilità, su iniziativa di chiunque vi abbia interesse, compete all'amministratore straordinario della USL che è tenuto ad adottare i provvedimenti del caso».

4.105 RASTRELLI, MANTICA, SIGNORELLI

Al comma 7, primo periodo, sostituire le parole da: «per le quali» *sino alla fine del periodo con le altre*: «anche da parte di parenti ed affini entro il quarto grado; sono altresì incompatibili con qualunque forma di partecipazione o di prestazione d'opera effettuata a qualunque titolo in strutture sanitarie ivi compreso i rapporti di lavoro dipendente».

4.74 POLLICE

Sostituire il comma 8, con il seguente:

«8. È abolito il controllo dei comitati regionali di controllo sugli atti delle unità sanitarie locali e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Limitatamente agli atti delle unità sanitarie locali riguardanti il bilancio di previsione, le variazioni di bilancio e il conto consuntivo, la determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale, la deliberazione di programmi di spese pluriennali e i provvedimenti che disciplinano l'attuazione dei contratti e delle convenzioni, il controllo preventivo è assicurato direttamente

dalla regione, che è tenuta a pronunciarsi, anche in forma di silenzio-assenso, entro quaranta giorni dal ricevimento dell'atto. I provvedimenti come sopra approvati diventano definitivi. Per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il controllo di cui agli articoli 16, 17 e 18 del Decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 617, è esteso anche ai provvedimenti riguardanti i programmi di spesa pluriennali e quelli per la disciplina e l'attribuzione dei contratti e delle convenzioni. Il termine di trenta giorni previsto dall'articolo 18 del Decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 617 è modificato in quaranta giorni».

4.115 IL GOVERNO

Al comma 8, sopprimere il primo periodo.

4.134 ZUFFA, RANALLI, BERLINGUER, TORLONTANO, FERRAGUTI, IMBRÌACO, VIGNOLA

Al comma 8, secondo periodo, sopprimere la parola: «preventivo».

4.135 RANALLI, BERLINGUER, FERRAGUTI, IMBRÌACO, TORLONTANO, ZUFFA, SPOSETTI

Al comma 8, secondo periodo, sopprimere le parole: «anche in forma di silenzio-assenso».

4.75 POLLICE

Al comma 8, secondo periodo, sostituire le parole: «entro 40 giorni dal», *con le parole*: «entro 20 giorni dal».

4.61 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Al comma 8, secondo periodo, sostituire le parole: «, e dal Ministero della sanità per gli istituti di ricovero a cura a carattere scientifico», *con le parole*: «Gli atti degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono sottoposti all'approvazione del Ministero della sanità che deve pronunciarsi anche in forma di silenzio-assenso entro 40 giorni dal ricevimento dell'atto».

4.133 FERRAGUTI, IMBRÌACO, TORLONTANO, ZUFFA, RANALLI, BERLINGUER, VIGNOLA, BARCA

Sopprimere il comma 9.

4.137 IMBRÌACO, TORLONTANO, ZUFFA, RANALLI, BERLINGUER, FERRAGUTI, SPOSETTI

Al comma 9, sostituire i prime due periodi con i seguenti:

«La delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti sia il comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale che il personale sanitario a rapporto convenzionale è costituita da assessori regionali assistiti da rappresentanti dei ministeri del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e del Dipartimento della funzione pubblica. La delegazione, composta con determinazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ha sede presso il Dipartimento per gli affari regionali ed è dotata di una segreteria generale alla quale è preposto un dirigente generale del Ministero della sanità che a tal fine è collocato fuori ruolo e presso la quale sono altresì comandate trenta unità di personale appartenenti ai ruoli dei Ministeri interessati».

4.106 FONTANA Giovanni

Al comma 9, primo periodo, dopo le parole: «rappresentanti delle regioni» *inserire le seguenti*: «e da due rappresentanti delle Unità sanitarie locali designati dall'ANCI».

4.81 TRIGLIA, FONTANA Giovanni

Al comma 9, primo periodo, sostituire le parole: «assistiti da rappresentanti» *con le altre*: «integrata da rappresentanti».

4.142 FABBRI, ALIVERTI, FIOCCHI, BONO PARRINO, FORTE

Al comma 9, terzo periodo, sostituire le parole: «delegazione regionale» *con le altre*: «delegazione di parte pubblica».

4.82 TRIGLIA, FONTANA Giovanni

Al comma 10, sopprimere il secondo periodo.

4.138 TORLONTANO, ZUFFA, RANALLI, BERLINGUER, FERRAGUTI, IMBRÌACO, SPOSETTI

Al comma 11, sopprimere il primo periodo.

Al secondo periodo sostituire le parole: «dal predetto articolo 19» *con le altre*: «dall'articolo 19, del decreto-legge 28 dicembre 1989, n. 415, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1990, n. 38»

4.78 DUJANY, RIZ, RUBNER

Al comma 13, primo periodo, sostituire le parole: «e di contrasto all'obsolescenza tecnologica» *con le altre:* «e per gli acquisti delle attrezzature sanitarie in sostituzione di quelle obsolete».

4.76 POLLICE

Al comma 13 dopo le parole: «all'obsolescenza tecnologica», *inserire le seguenti*: «al fine anche dell'adeguamento strutturale alle esigenze di umanizzazione del loro rapporto con gli utenti».

4.62 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Sopprimere il comma 14.

4.63 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Sopprimere il comma 14.

4.77 POLLICE

Dopo il comma 14, aggiungere il seguente:

«14-*bis*. Le aziende sanitarie possono avviare, sentite le organizzazioni sindacali ed avvisate le Regioni, i progetti sperimentali di "qualità totale" al fine di umanizzare il rapporto tra la struttura sanitaria e l'utente, anche attraverso l'adesione degli operatori alle finalità sociali del servizio e dietro incentivi».

4.64 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Dopo il comma 14, aggiungere il seguente:

«14-*bis*. In ogni azienda sanitaria è attivato un sistema di controllo sociale con la partecipazione di rappresentanti di operatori e di utenti al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi di produzione del servizio e di quelli di carattere economico-finanziario».

4.65 COSSUTTA, CROCETTA, DIONISI, MERIGGI, SALVATO, SERRI, SPETIČ, TRIPODI, LIBERTINI

Sopprimere il comma 15.

4.140 BERLINGUER, IMBRIACO, FERRAGUTI, RANALLI, TORLONTANO, ZUFFA

Dopo il comma 15, inserire il seguente:

«15-*bis* Nell'ambito della Conferenza Stato - Regioni è costituita, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, una Commissione tecnica per la verifica, entro il 31 luglio 1992, degli andamenti di spesa nelle distinte regioni in attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo. L'attuazione delle disposizioni è condizione preliminare per essere ammessi alla verifica. La Conferenza Stato - Regioni esamina in seduta plenaria le risultanze della verifica».

4.116 IL GOVERNO

Dopo il comma 15, inserire il seguente:

«15-*bis*. Per l'anno 1992, in attesa della approvazione del piano sanitario nazionale la quota del fondo sanitario nazionale destinata alla prevenzione è fissata in una misura non inferiore all'8 per mille».

4.139 BERLINGUER, FERRAGUTI, IMBRÌACO, TORLONTANO, ZUFFA, RANALLI, SPOSETTI

All'emendamento 4.79, dopo le parole: «di cui al provvedimento CIP n. 29 del 1990», *aggiungere le seguenti*: «ed ai farmaci di cui alla Lista A della Direttiva Europea 87/22/CEE recepita con decreto ministeriale 19 maggio 1990, n. 59, e con decreto legge 29 maggio 1991, n. 178, ed inclusi nell'articolo 10, secondo comma del decreto legge 12 settembre 1983, n. 463 convertito dalla legge 11 novembre 1983, n. 638.

4.79/1 MERIGGI, DIONISI, CROCETTA, LIBERTINI, SERRI, SALVATO, COSSUTTA, TRIPODI

Invito i presentatori dell'ordine del giorno n. 1 ad illustrarlo.

MELOTTO. Signor Presidente, questo ordine del giorno prende le mosse dal fatto di aver cercato in Commissione, attraverso la correzione della manovra, di pareggiare la cifra finale, per cui si è teso ad aumentare l'IVA per quanto riguarda i prodotti da banco. Poichè tali prodotti sono ormai in numero consistente, chiediamo con l'ordine del giorno al Governo di rivedere prossimamente la materia per valutare se sia possibile collocarli all'interno delle fasce dell'IVA, in una posizione razionale rispetto a tutti gli altri prodotti. È indubbio che in questa fase l'emendamento presentato per suggerire tale correzione ci trova consenzienti, ma attraverso l'ordine del giorno vorremmo sollecitare il Governo affinchè nel 1992 riveda tutta la materia, in modo da dare una risposta puntuale e precisa anche per quanto riguarda questa fascia di prodotti.

PRESIDENTE. Invito i presentatori dell'ordine del giorno n. 2 ad illustrarlo.

PIERRI. Signor Presidente, l'ulteriore riduzione di compartecipazione del Servizio sanitario nazionale per la copertura degli oneri per l'acquisto di medicinali prevista dal disegno di legge in discussione crea una situazione assurda. Infatti, per i medicinali il cui costo è inferiore alle 6.000 lire, la somma del *ticket*, pari al 50 per cento del prezzo del medicinale, e di quello previsto per la prescrizione farmaceutica, cioè il costo della ricetta, sarebbe superiore al prezzo imposto. Per questi medicinali, sarebbe più utile la vendita libera, in quanto gli utenti realizzerebbero un risparmio, cosa non possibile perchè i titolari di farmacia richiedono comunque la prescrizione farmaceutica.

Per quanto riguarda i medicinali il cui costo oscilla tra le 6.000 e le 10.000 lire, l'onere a carico degli utenti varierebbe da un minimo dell'80 per cento per i medicinali il cui costo è di 10.000 lire al 100 per cento del prezzo di mercato per i medicinali il cui costo è di 6.000 lire.

Se questa delineata è la situazione che si andrebbe a creare, si vuole invitare il Governo, prima della definitiva approvazione della manovra finanziaria, a trovare una soluzione secondo criteri di logica e di buon senso, convinti come siamo che i risparmi nel settore farmaceutico possono realizzarsi non con assurdi balzelli sui medicinali, ma con una drastica operazione di riduzione del prontuario farmaceutico. In generale nel settore sanitario i risparmi possono realizzarsi attraverso una razionalizzazione della spesa da attuarsi con una organizzazione più economica del sistema.

PRESIDENTE. Invito i presentatori degli emendamenti ad illustrarli.

AZZARETTI. Signor Presidente, gli emendamenti 4.112 e 4.113 si illustrano da soli.

BERLINGUER. Signor Presidente, illustrerò tutti gli emendamenti che vanno dal 4.117 fino al 4.140 presentati dal Gruppo del Partito democratico della sinistra, aggiungendo naturalmente la mia firma a quelli che non l'hanno. Illustrerò questi emendamenti sperando nell'attenzione del Ministro. (*Brusio in Aula*)... Sperando nell'attenzione del Ministro... Sperando nell'attenzione del Ministro! L'ho detto tre volte e la terza volta ho dovuto alzare la voce. (*Commenti dal centro*).

CASTIGLIONE, *sottosegretario di Stato per la grazia e giustizia*. Ha una bella voce.

GRASSI BERTAZZI. Non perdiamo la calma.

PRESIDENTE. Senatore Berlinguer, se alziamo la voce non contribuiamo al nostro lavoro.

BERLINGUER. La voce bassa evidentemente non viene ascoltata. Illustrerò questi emendamenti partendo da una considerazione sulle conseguenze che potrebbe avere questo provvedimento finanziario sul dramma degli ospedali. Si tratta di una situazione che è purtroppo

presente agli occhi di tutti, per le numerose vicende di queste settimane.

Innanzitutto appare evidente che l'aumento dei *tickets* provocherà un ingorgo negli ospedali. Questo è già stato documentato da numerose esperienze, anche negli Stati Uniti; al riguardo il più autorevole giornale medico nordamericano ha testimoniato che, dove sono stati posti i *tickets* a carico di coloro che sono assistiti pubblicamente, c'è stato un vertiginoso aumento dei ricoveri negli ospedali, o a causa di una aggravata morbosità oppure a causa della tendenza, naturale in chi è soggetto ai *tickets*, ad eludere il loro pagamento per mezzo del ricovero. Il «*New England journal of medicine*» ha intitolato l'articolo che testimoniava questo fatto riferendosi al modo in cui si strizzano i palloncini: i bambini strizzano il palloncino da una parte cercando di comprimerlo, ma il palloncino si dilata dall'altra.

È inevitabile che ciò avvenga anche in Italia; in conseguenza la disponibilità dei posti letto sarà ancora più ridotta rispetto a quella attuale.

In secondo luogo il disegno di legge finanziaria prevede la chiusura di moltissimi ospedali. In certi casi può essere necessario, perchè si tratta di ospedali sottoutilizzati o sottodimensionati. Tuttavia, se non ci sono – come noi proponiamo – un piano e una rete ospedaliera in grado di fronteggiare la situazione con un sistema di comunicazioni rapido e con la dislocazione nei punti essenziali delle attrezzature qualificate che sono necessarie, senza dover creare un reparto di neochirurgia in ogni piccolo ospedale italiano, se non vi è questo, è chiaro che le disfunzioni aumenteranno, vi saranno soltanto misure punitive verso coloro che hanno l'assistenza sotto casa, ma non si creerà una vera e propria rete ospedaliera.

Il Ministro ha fatto più volte riferimento al Piano sanitario nazionale, che dovrebbe rimediare a questa situazione. Ma nell'edizione governativa del Piano sanitario nazionale non vi è il minimo accenno ai servizi di urgenza e di emergenza, soltanto adesso il Ministero se ne sta occupando.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Non è vero, c'è già; poi glielo leggerò.

BERLINGUER. E c'è anche di peggio. Evidentemente su pressione di clinici di varie specialità, vi è la tendenza a moltiplicare servizi e centri inutili, tra i quali la perla è quella di un servizio nazionale di pronto soccorso pediatrico, separato dal pronto soccorso per tutti, che dovrebbe assistere coloro che hanno fino a diciotto anni, cioè uomini fatti o donne fatte. Vi è insomma il prevalere di interessi corporativi su quelli generali.

Pertanto, nei nostri emendamenti facciamo richiamo esplicito alla creazione di una rete di servizi ospedalieri che richiede anche investimenti, non solo previsioni. In ciò dovrebbero rientrare i famosi 30.000 miliardi decisi tre anni fa dal Parlamento, non ancora spesi e già notevolmente diminuiti nel loro valore a causa dell'inflazione.

Un altro punto riguarda la presenza dei sanitari in ospedale. È necessario introdurre il criterio dell'incompatibilità, porre termine allo

scandalo di medici i quali lavorano nelle proprie case di cura private pur percependo la retribuzione dal servizio pubblico. Abbiamo presentato a tal proposito un emendamento e vorrei pregare i colleghi del Senato di approvarlo, se non altro per coerenza: esso riprende testualmente l'articolo del disegno di legge n. 2375 sulla sanità che il Senato ha approvato all'unanimità poche settimane fa. La legge finanziaria, invece, parla sì di incompatibilità, ma in termini molto meno restrittivi.

Infine proponiamo che sia dato maggior peso alla prevenzione, anche negli stanziamenti di bilancio. Comprendo che questo non è soltanto un problema di mezzi e di servizi, si tratta anche di lottare contro interessi e pregiudizi. Per gli interessi, abbiamo avuto proprio ieri l'esempio di come questi siano forti e influiscano sulle decisioni politiche: la Comunità europea non ha osato ledere le posizioni delle grandi imprese del tabacco. Quanto ai pregiudizi, abbiamo avuto un esempio nel caso di contaminazione da AIDS a seguito di fecondazione assistita. Era necessario che il Ministro predisponesse regole precise, regole di controllo e di garanzia sanitaria perchè ciò non accadesse, non norme etiche o ideologiche circa le quali vi possono essere dissensi.

Il Ministro non l'ha fatto perchè paralizzato da pressioni ideologiche e perchè non ha avuto il coraggio di far prevalere gli interessi della salute dei cittadini su altre considerazioni, che possono avere validità sul piano morale, ma che non debbono influire sulle decisioni di controllo dei servizi, che sono competenza dello Stato.

Questi sono gli emendamenti fondamentali, gli altri praticamente si illustrano da sè. Vorrei concludere con un invito agli altri Gruppi. Intanto, un invito alla Democrazia cristiana, che in un suo documento ha scritto critiche severe a questa legge finanziaria, alle sue iniquità sul piano dei servizi sanitari. Vorrei sapere se ora il Gruppo della Democrazia cristiana si appresta a rinnegare quelle critiche e a votare questa legge giudicata iniqua. E desidero rivolgermi al Gruppo socialista, con il quale abbiamo fatto passi avanti nell'elaborazione di una politica sanitaria comune e abbiamo firmato un documento comune, che conteneva una critica a questi provvedimenti che già si andavano apprestando. Adesso il Partito socialista ha presentato un ordine del giorno che invita il Governo a correggere, ma solo dopo, alcune storture di quella legge; sarebbe assai meglio se presentasse un emendamento per correggerle subito: dopo sarà certamente più difficile.

Il Partito socialista ha presentato un solo emendamento che riguarda le cure termali, problema di qualche rilevanza ma certo non fondamentale per la salute degli italiani e per il bilancio dello Stato. Guarda caso, questo emendamento porta come prima firma quella del capogruppo socialista Fabbri, senatore di Parma, zona altamente termale. Mi pare che non ci sia il dubbio, ma la certezza che si tratta di uno di quei tanti emendamenti localistici dettati da interessi molto particolari. Non mi pare che la politica e la presenza del Partito socialista in quest'Aula possa assumere grande dignità quando si riduce al piccolo cabotaggio emendativo.

Pertanto faccio un appello alla coerenza e alla dignità delle decisioni che assumiamo, e che sono nell'interesse di tutti i cittadini

italiani e non sono decisioni di parte, perchè la malattia non distingue secondo le opinioni, casomai distingue secondo le classi, le condizioni sociali, le culture. Questo sarebbe un motivo di più perchè ci assumessimo la responsabilità di evitare danni a quelle classi, culture e condizioni sociali meno favorite dall'economia, e che rischiano di essere anche meno favorite di fronte alla malattia.

Perciò faccio un appello accorato perchè gli emendamenti vengano valutati, uno per uno, per quello che sono e non in base a pregiudizi o a calcoli di altra natura. Spero che almeno qualcuno di questi venga approvato da quest'Aula. (*Applausi dall'estrema sinistra e dal Gruppo della Rifondazione comunista*).

* LIBERTINI. Parlerò sul complesso di tutti gli emendamenti da noi presentati all'articolo 4.

Come il Presidente e i colleghi sanno, conduciamo contro questa legge, che giudichiamo fondatamente iniqua e sciagurata...

SIGNORI. ...e assassina.

LIBERTINI. Non assassina, iniqua e sciagurata. Quando entreremo nel merito, vedrà che è proprio iniqua e sciagurata.

La nostra opposizione frontale comprende anche il legittimo ricorso, nei limiti della Costituzione e del Regolamento, all'ostruzionismo.

Tuttavia, abbiamo dichiarato l'altro giorno, e torno a ripetere qui stamattina, che il Gruppo della Rifondazione comunista è disposto a sospendere una opposizione che abbia carattere di oltranza, come quella che conduciamo, alla condizione che vi siano quattro modifiche fondamentali nel complesso delle leggi che discutiamo. La prima riguarda la soppressione dell'aumento dei *tickets*; la seconda riguarda la riduzione delle spese militari a cominciare dalla cancellazione degli aumenti introdotti ed è significativo, fra l'altro, che copriamo l'abolizione dell'aumento dei *tickets* con la riduzione delle spese militari, quindi a parità di gettito; terzo, che stralciamo dal contesto della manovra la vergogna del condono; quarto, che cancelliamo da questi provvedimenti, compreso il disegno di legge n. 3004 che discutiamo, una serie di iniquità sociali evidenti sulle quali tanti colleghi anche della maggioranza si sono soffermati: penso agli invalidi civili; alla integrazione delle pensioni al minimo e così via.

Signor Presidente, ho già fatto questo annuncio ma lo ripeto qui oggi perchè stamattina su questo articolo 4 intendiamo condurre una battaglia che vuole favorire le possibilità di modifica. Abbiamo sentito il compagno Berlinguer, il cui intervento condivido pienamente; ci aspettiamo che la maggioranza risponda. Deve essere chiaro per tutti (spero che lo sia anche per i compagni del Partito democratico della sinistra) che se al termine dell'esame dell'articolo 4 gli emendamenti risultassero respinti, se la maggioranza si arroccasse, sarebbe sua la responsabilità di una battaglia che noi condurremo ad oltranza.

Credo di aver così chiarito la posizione del nostro Gruppo in modo inequivocabile. Noi puntiamo ad effettivi, incisivi mutamenti, che cambino il carattere iniquo e sciagurato del provvedimento. Se questi

mutamenti non si verificheranno, ovviamente noi lavoreremo perchè il provvedimento venga bocciato. Peraltro, devo dire che le dichiarazioni rese dal presidente del Consiglio Andreotti l'altro giorno a proposito delle sue dimissioni in caso di bocciatura della manovra finanziaria, per una forza di opposizione come la nostra più che una minaccia costituiscono un vero e proprio invito. Infatti, se riuscissimo a raggiungere il risultato di far saltare questo disegno di legge finanziaria, di far dimettere il Governo in carica e di arrivare alle elezioni anticipate in modo da dare ai cittadini la possibilità di giudicare una manovra così iniqua e sciagurata, saremmo davvero molto soddisfatti.

Desidero anche dire che i giornali di questa mattina a proposito della manovra finanziaria recano i titoli che si basano su un imbroglio (mi spiace di non vedere in Aula il senatore Carli), cioè l'idea che noi saremmo quasi obbligati ad approvare questa manovra perchè nientepopodimenoche la Comunità economica europea la ha a sua volta approvata. Non prendiamo in giro gli italiani! La Comunità europea ha approvato l'idea che l'Italia rientri dal disavanzo per 60 mila miliardi, prospettiva peraltro assolutamente non vera. Avrei voluto vedere il contrario! La Comunità europea ha approvato l'intenzione del Governo italiano di ridurre il disavanzo. Non vedo perchè non avrebbe dovuto approvare questa idea: anche noi miriamo allo stesso obiettivo. Ma vorrei sfidare il senatore Carli (che non è presente, ma che credo leggerà il resoconto del mio intervento e che quindi, spero, darà una risposta in proposito) a dirmi se per caso la Comunità ha approvato il condono, se ha giudicato opportuno che il piano di rientro dal disavanzo passi per una misura scellerata come il condono, una misura che nessun paese europeo ha adottato ed adotta.

Quindi, per favore, non frodate gli italiani, non ci venite a raccontare, con uno stile tipico del senatore Andreotti, che si avvale sempre di autorità esterne, che la manovra finanziaria va approvata perchè altrimenti usciamo dall'Europa. Oppure che l'Europa ha approvato la manovra del Governo italiano: questo è un falso pubblico! In realtà la Comunità si è limitata a dare parere favorevole con molte riserve all'idea che si rientri dal disavanzo. Anche noi miriamo a questo obiettivo: chi non l'ha chiesto, in quest'Aula? È il modo con cui si intende raggiungere questo risultato che noi riteniamo sbagliato: aumentando le spese militari, portando la sanità a pagamento, introducendo quella misura assurda ed antieuropea che è il condono, colpendo i più deboli in modo del tutto iniquo, come diremo articolo per articolo.

Ecco perchè, onorevoli colleghi, noi questa mattina vogliamo sfidare, in senso positivo e cortese, tutti i colleghi a cimentarsi sulla cancellazione delle iniquità di questo articolo. Dopo di che spero che tutti ne trarranno le conseguenze.

* RASTRELLI. Signor Presidente, illustro una parte degli emendamenti, quelli attinenti alla scrittura della norma, tralasciando quelli relativi alle quantità dei *tickets*, in quanto abbiamo interesse ad accertare, in questa prima fase ed in relazione agli interventi dei senatori Berlinguer e Libertini, la disponibilità del Governo rispetto a

modifiche che riteniamo non quantitative o di ordine economico finanziario ma di ordine strutturale.

Il primo emendamento che poniamo all'attenzione dell'Assemblea riguarda il comma 1 dell'articolo 4. Il testo proposto dal Governo e varato dalle Commissioni conferisce a nostro avviso al potere centrale, cioè al Ministro della sanità, poteri eccessivi, troppo estesi.

Quindi noi proponiamo, con l'emendamento 4.83 di lasciare al Governo la facoltà di fissare i livelli obbligatori di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità in tutto il paese, nonchè di indicare gli *standards* organizzativi; ma per quanto riguarda, invece, le attività di riferimento da utilizzare per calcolare il parametro capitario di finanziamento di ciascun livello assistenziale, riteniamo che una visione centralizzata del potere del Governo non sia utile. Infatti tutti sappiamo che, purtroppo, l'assistenza sanitaria non è ugualmente distribuita in ogni parte d'Italia e pretendere di regolare dal centro anche questi particolari, che non appartengono alle direttive generali, significa imprimere ad un convoglio la stessa velocità quando si sa perfettamente che nei convogli la velocità è decisa dalla nave più lenta.

Riteniamo, quindi, che questa ultima parte del primo comma dell'articolo 4 che prevede l'obbligo e la facoltà di regolare le attività di riferimento per il calcolo del parametro capitario di finanziamento di ciascun livello assistenziale possa essere tranquillamente spostata al secondo comma e quindi affidata alle regioni. Onorevole Ministro, noi le facciamo una grande cortesia...

DE LORENZO, *ministro della sanità*. E allora il piano sanitario nazionale a che cosa serve?

RASTRELLI. Le facciamo una grande cortesia perchè le diamo tutte le facoltà in relazione alla prima parte, se lei cortesemente segue il testo del primo comma, altrimenti non riusciamo ad intenderci. Il Governo fissa i livelli obbligatori di assistenza sanitaria per assicurare condizioni di uniformità in tutto il paese ed indica gli *standards* organizzativi. Quando ha fatto questo, il Governo ha fatto tutto; viceversa le attività di riferimento e il calcolo del parametro capitario lasciamolo alle regioni, perchè ogni regione avrà un suo modo di regolare la sanità, ci saranno gli effetti già costituiti e ci sembra pertanto che un'impostazione centralistica limiti le possibilità di maggiore sviluppo in quelle zone già privilegiate, ma che è giusto che siano privilegiate per via di una migliore organizzazione funzionale del sistema.

Il nostro emendamento, quindi, non tende a eliminare le facoltà del Ministro, ma tende a limitarle alla fissazione degli *standards* organizzativi, lasciando le altre facoltà alle regioni; infatti l'emendamento 4.83 va visto in connessione con il 4.84, dove gli stessi compiti («fissano gli *standards* organizzativi e di attività per definire il parametro di finanziamento *pro capite* di ciascun livello assistenziale») vengono affidati alle regioni anzichè al Ministro della sanità.

Altri emendamenti di struttura sono il 4.88 e il 4.89, che si riferiscono al terzo periodo del comma 2 che contiene il principio che le società sono sottoposte al regime di autorizzazione e vigilanza

sanitaria di cui all'articolo 43 della legge n. 833 del 1978, e devono avere un direttore sanitario tecnico che risponda personalmente della organizzazione tecnica e funzionale del servizio. Questa frase – «risponde personalmente» – non ci sembra molto efficace, perchè non ha un contenuto specifico; il nostro emendamento 4.88 propone invece di sostituire una tale generica espressione con l'altra «civilmente e penalmente responsabile». In tal modo avremmo ottenuto certamente una configurazione della responsabilità collocata direttamente nell'ambito delle disposizioni di legge che regolano la funzione pubblica; se vogliamo responsabilizzare veramente i dirigenti tecnici, bisogna che si sentano non genericamente responsabili – con l'attuale sistema della responsabilità che è totalmente privo di significato – ma che si sentano civilmente e penalmente responsabili e che pertanto per ogni addebito dovranno rispondere alla giurisdizione penale e amministrativa anche sotto il profilo della responsabilità patrimoniale. Ci sembra che l'emendamento 4.88 così formulato non tocchi l'impianto della legge, ma tenti soltanto di affermare con chiarezza una volta per tutte che chi esercita dei poteri in nome dello Stato deve risponderne seriamente e non a chiacchiere.

Abbiamo poi presentato alcuni emendamenti d'intesa con il senatore Signorelli, che da più vicino tratta la materia della sanità nella specifica Commissione, con i quali proponiamo di modificare le aliquote previste, i cosiddetti *tickets*. sulle ricette, sui farmaci, sulle prestazioni sanitarie e di laboratorio, nonchè ogni altra aliquota prevista in questo articolo che rappresenti quel sacrificio di ordine economico sulla salute che abbiamo contestato molto fortemente in discussione generale.

Questa è una questione di principio. Sappiamo che il Governo su tale punto non può «fare carte»: altri partiti, altri senatori attendono dal Governo qualche piccolo ritocco che però a nostro avviso non può rientrare nell'ordine delle cose possibili. Aspettiamo comunque di vedere l'esito del dibattito e soprattutto delle votazioni sugli emendamenti prima di esprimere la nostra posizione.

Un discorso a parte meritano gli emendamenti riguardanti la ripartizione della spesa farmaceutica. Come sapete, esiste una prassi – rivendicata dal Governo – secondo cui il complessivo prezzo del farmaco, così come determinato in sede nazionale, viene ripartito tra produttori, grossisti e farmacisti. I farmacisti dal canto loro scontano poi l'importo delle fatture riguardanti la prestazione sanitaria pubblica (i *tickets*) con una percentuale del 3 per cento (prima era del 6 per cento). Noi abbiamo contestato questo sistema di riparto, ritenendo assolutamente ingiusto che ai grossisti venga riservata una quota del 7 per cento, dato che essi – secondo l'analisi da noi compiuta dal punto di vista tecnico – hanno soltanto una funzione parassitaria, nel senso che acquistano i prodotti dalle case farmaceutiche per poi metterli a disposizione delle farmacie. Per questa loro opera di intermediazione finanziaria, che non ha nulla a che vedere con le strutture tecnico-farmaceutiche, godono di una percentuale troppo elevata.

Al contrario i farmacisti, nella ripartizione proposta dal Governo, risultano penalizzati, dato che lo sconto del 6 per cento previsto per il passato è stato ridotto al 3 per cento.

Considerati la grande massa di spedizioni farmaceutiche effettuata in Italia, l'uso distorto di molti prodotti (al punto che qualcuno afferma che molti prodotti prescritti per malati umani verrebbero destinati alla cura di animali), la macroscopica stortura delle funzioni dell'assistenza farmaceutica, ci siamo permessi di presentare degli emendamenti che, modificando il quadro di riparto del prezzo del prodotto farmaceutico tra le tre categorie interessate (produttori, grossisti e farmacisti) ed eliminando quel ribasso al 3 per cento a carico dei farmacisti, offrono al farmacista la concreta possibilità di eseguire un controllo sulle spedizioni effettuate. Detto controllo, che il Governo ha già stabilito per le fatture, per le bollette e per le ricette superiori alle 100.000 lire – ma non si sa a carico di chi, probabilmente dei medici ufficiali delle USL – a nostro avviso potrebbe essere esercitato da un medico privato che assume la funzione di medico fiscale presso una farmacia. Sappiamo che oggi uno dei grandi problemi della disoccupazione giovanile cosiddetta intellettuale è proprio nel campo medico; moltissimi medici per anni non riescono a trovare una benchè minima collocazione che consenta loro l'espletamento dell'attività: questo fatto dovrebbe preoccupare il Ministro della sanità così accorto e collegato all'ambiente medico (se non altro per la professione esercitata dal padre). Non trovare la possibilità di utilizzare questi medici giovani in una funzione di controllo, senza che allo Stato derivi qualsiasi onere, mi sembra davvero un peccato. È vero che lo Stato rinunzierebbe al 3 per cento di sconto che i farmacisti dovrebbero applicare in base alla nuova normativa, ma il risparmio derivante da questo controllo, da questo deterrente che esisterebbe presso ogni farmacia italiana sarà sicuramente maggiore. Non so quale sia il numero effettivo delle farmacie esistenti nel nostro paese (credo che si aggiri attorno ad alcune decine di migliaia), comunque in questo modo noi avremmo offerto in partenza la possibilità ai giovani medici generici di trovare un'adeguata collocazione, svolgendo una fuzione pubblica di controllo che potrebbe risultare determinante agli effetti della reale riduzione del fatturato farmaceutico. Infatti, quando un medico nel prescrivere una ricetta sa che vi sarà un altro collega presso la farmacia dove viene spedita la prescrizione che andrà a controllare ciò che lui ha fatto, quando il medico fiscale avrà la possibilità anche di andare a verificare, con visita domiciliare, l'effettiva esigenza di quel medicinale o di quella cura medica rispetto alla malattia accusata, ebbene, quando tutto questo sarà realizzato, evidentemente, un 3 per cento di risparmio si verificherà certamente, atteso che la brutta abitudine della assistenza sanitaria ha determinato l'uso indiscriminato di provviste medicinali che, generalmente, restano nelle case per essere poi distrutti nel momento in cui hanno perduto la loro validità.

Sono queste, dunque, allora le indicazioni contenute nelle nostre proposte di modifica; si tratta di emendamenti di struttura tendenti a risolvere determinati problemi. A questa serie di riforme di natura organica e strutturale si unisce l'ultimo emendamento da noi presentato che è, invece, di natura morale. Si tratta dell'emendamento 4.103, tendente a ricomprendere all'interno delle categorie che beneficiano dell'esonero completo anche coloro che hanno subìto danno in difesa dello Stato. Ritengo che chi sia stato vittima di atti lesivi dell'integrità

fisica, in ragione della difesa dello Stato, meriti l'esenzione insieme a tutte le altre categorie che lo stesso beneficio godono per fatti di ordine naturale. Pertanto, proprio per il suo contenuto morale, raccomando particolarmente, insieme agli altri, questo emendamento che recita: «con la riserva che è esente da qualsiasi onere l'assistenza sanitaria che sia risarcitoria del danno subìto dagli interessati in difesa dello Stato».

Ecco il significato della nostra proposta: si vuole risarcire chi ha subìto lesioni di ordine personale per difendere gli interessi dello Stato; essa, in sostanza, vuole rappresentare il debito che la collettività ha nei confronti di chi si è reso benemerito per difendere gli interessi dello Stato.

Sono queste, in conclusione, le argomentazioni a sostegno dei nostri emendamenti. (*Applausi dalla destra*).

POLLICE. Signor Presidente, su una serie di emendamenti interverrò in sede di dichiarazione di voto, ma su alcuni di carattere generale vorrei soffermarmi un momento poichè la manovra del provvedimento in discussione, in realtà, si concentra, in gran parte, sulla questione sanitaria.

Posso dire tranquillamente che il Governo ha parlato molto e tanto in materia di contenimento della spesa sanitaria, ma che, alla resa dei conti, ha lasciato le cose come stanno ed anzi ha aumentato il prelievo, facendo ricorso alla lievitazione dei *tickets*. Anche le regioni, nonostante tutto, si sono allineate alle posizioni governative ed hanno accettato la logica del torchio e non quella della selettività, della qualificazione e della razionalizzazione della spesa pubblica. Le potenti *lobbies* dell'industria e le corporazioni clientelari hanno influito ancora – come risulta palesemente – sulle misure adottate con il disegno di legge in esame, dal Governo. Sono infatti loro gli autentici artefici della politica sanitaria: guai a toccare i loro interessi! I maggiori costi o il reperimento di nuove risorse finanziarie deve far carico alla collettività, o meglio ai lavoratori dipendenti a reddito fisso.

Le proposte di modifica da me avanzate, a nome dei verdi, sono invece impostate secondo un criterio diametralmente opposto rispetto a quello del Governo. Esse tendono a ridurre la spesa farmaceutica, ad eliminare farmaci non essenziali, a rendere efficiente il prontuario, facendone un attivo strumento terapeutico unitamente all'introduzione di protocolli diagnostici e ad apposite commissioni di verifica, nella prospettiva di una qualificazione della spesa con la eliminazione degli sprechi.

Altro punto rilevante delle proposte di emendamento che ho presentato riguarda il serio tentativo di adeguare i prezzi dei farmaci ai reali costi, con l'implicita finalità di sopprimere le rendite di posizione attualmente esistenti. Esse tra l'altro sono un fattore moltiplicativo di connivenze e di intrecci economici, nonchè di elargizione di munifiche tangenti. Si costituiscono tante Commissioni d'inchiesta, eppure, signor Ministro, sarebbe ora che se ne istituisse una per indagare sul settore farmaceutico in riferimento ad alcune cose ben precise: in primo luogo, la registrazione dei farmaci; in secondo luogo, la determinazione del prezzo; in terzo luogo, la formazione del prontuario terapeutico.

Da questa angolatura è significativo quanto è stato proposto ed approvato dalla Commissione di merito per quanto riguarda la suddivisione delle quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali. Anche rispetto al testo governativo, le aziende farmaceutiche vengono ulteriormente favorite escludendole da qualsiasi aumento di partecipazione.

Infine, vorrei affrontare una questione che è stata poco fa sollevata anche da altri colleghi, tra cui il compagno Berlinguer. Mi riferisco alle cure termali. Vi è infatti una cosa che risalta molto all'attenzione, cioè il taglio netto della branca della medicina fisica e della riabilitazione. Tale branca viene praticamente esclusa dal convenzionamento esterno, mentre rimangono immutate le convenzioni per le analisi chimiche e radiologiche e – guarda caso – le terapie termali, anche se soggette ad un aumento lieve del *ticket*. La branca della medicina fisica e riabilitativa è accessibile solo agli utenti esentati dal pagamento del *ticket*, sia per reddito, sia per particolari patologie (così praticamente prevede il decreto).

A rigor di logica, non si riesce a capire questa sostanziale differenza di trattamento: perchè due pesi e due misure? Il costo della medicina fisica nell'anno 1990 è stato di 290 miliardi, ossia pari allo 0,5 per cento della spesa complessiva della sanità. La medicina fisica, in quanto riabilitativa, è insostituibile, è alternativa al farmaco, quindi senza effetti collaterali e con costi molto ridotti. Basti pensare, ad esempio, che 10 massaggi costano una cifra intorno alle 24.300 lire, così come costano molto poco i raggi infrarossi, la marconiterapia, gli ultrasuoni, la radarterapia eccetera. In genere, i costi di questo tipo di trattamento, che comprende la rieducazione funzionale del corpo, la terapia globale e così via, sono quindi molto contenuti.

Peraltro, mentre le analisi chimiche e le radiologie si possono effettuare in qualsiasi struttura pubblica oltre alle strutture private, è impensabile che queste terapie si possano ottenere in strutture pubbliche perchè esse sono fortemente carenti. Basti pensare ad esempio che a Roma le strutture pubbliche possono coprire al massimo il 10-15 per cento del fabbisogno.

Per rieducare un soggetto affetto da esiti fratturali e neurologici occorrono tempi che possono variare dai 30 ai 90 giorni, con grave spesa da parte dell'assistito il quale molte volte, per lievi differenze sul reddito (100.000 o 200.000 lire), è costretto a pagare cifre elevate senza averne la possibilità.

La medicina fisica – è chiaro che intendo spezzare una lancia a suo favore – è la branca che riduce sia i tempi di degenza in ospedale, sia i tempi di recupero sul lavoro, con notevole risparmio per l'erario. In contrapposizione a questo, restano invece le terapie termali. È strano che, mentre si mette al bando la medicina fisica, le terapie termali rimangano immutate praticamente per tutto il 1991, tranne – come dicevo prima – un lieve aumento del *ticket*.

Queste cure termali possono essere considerate periodi extraferie di 15 giorni e, in epoca di grande risparmio, costano ai contribuenti cifre iperboliche. Moltissime volte, poi, le terapie non vengono espletate in quanto gli utenti preferiscono evidentemente gli altri svaghi che le case termali mettono a disposizione. Che vantaggi derivano da simili

trattamenti? La tassa regionale pagata dalle strutture di medicina fisica è uguale a quella pagata dagli stabilimenti termali e balneari.

Vorrei infine ricordare ai colleghi che si profila una seria minaccia: perdurando tale stato di cose, dovranno necessariamente essere licenziati migliaia di terapisti riabilitatori e addetti ai servizi degli studi professionali di medicina fisica e riabilitativa. È un aspetto di non poco conto e vorrei che il Ministro vi riflettesse, in modo che con un emendamento del Governo o della Commissione si possa mettere mano in tempo rapido a tale questione, senza dare ragione a chi insiste nell'abolizione dei *tickets* per le cure termali.

Ho voluto citare soltanto questi due esempi per dimostrare in che modo il Governo ha affrontato la questione sanitaria. Sulle singole questioni e sui singoli emendamenti sarò molto più esplicito e più chiaro in fase di dichiarazione di voto.

MELOTTO. Signor Presidente, illustrerò gli emendamenti 4.143 e 4.136 che sono tra loro intimamente legati.

Nel dialogo molto serrato tra Stato e regioni credo che la legge sul riordino sanitario abbia compiuto una scelta fondamentale, quella di demandare alle regioni precise e complete responsabilità.

Le regioni ci hanno chiesto non solo di avere la quota parte del Fondo sanitario, ma anche norme di indirizzo con la possibilità di esercitare entro questo quadro la loro attività, e soprattutto di azzerare quegli strumenti che possono inquinare la possibilità di esercitare tale capacità di gestione. Ecco perchè il comma 2 dell'articolo 4 ha azzerato la possibilità delle convenzioni sia con le case di cura private, sia con i laboratori, sia con la diagnostica strumentale dando quindi alle regioni stesse che abbiano o non abbiano il piano sanitario regionale (aggiungo io, meglio sarebbe che tale riordino fosse fatto nell'ambito del piano sanitario regionale), la possibilità che, attraverso l'azzeramento, le convenzioni successive siano mirate cercando di utilizzare il pubblico e quella parte del privato che eventualmente si intende utilizzare ad integrazione e a completamento del pubblico.

Per tale motivo l'emendamento 4.143 si ferma alla legge n. 595 del 1985, essendo stata la stessa che ha fissato che i posti-letto delle case di cura private concorrono per il 50 per cento al tetto dei posti letto, proprio per lasciare quella flessibilità che la struttura, non essendo pagata a bilancio ma essendo pagata esclusivamente per i servizi che presta, deve avere in caso di emergenza e di necessità.

Legandomi a tale aspetto, ho presentato anche l'emendamento 4.136. Anche in questo caso, rovesciando i criteri posti nell'originario testo del Governo al comma 3, che riguardava esclusivamente la questione dell'utilizzo dei posti-letto e la «chiusura ermetica» (chiunque si è cimentato in questa materia lo sa) è necessario indicare processi di ristrutturazione e di riammodernamento, nonchè eventualmente anche di cambio di uso delle strutture fisse (quali sono gli ospedali). Abbiamo quindi indicato una serire di parametri dentro i quali dovrebbe essere canalizzato il processo di ristrutturazione.

Tra i parametri stessi emerge quel 6,5 per mille di posti-letto, di cui l'1 per mille per la riabilitazione. Tenuto conto anche dei dati internazionali (attorno a questo argomento il dibattito è stato ampio e

diffuso), si è pensato che forse il 6 per mille di posti letto, compreso lo 0,50 per mille per la riabilitazione, nel momento in cui andiamo a programmare la rete ospedaliera, sia più che sufficiente ai fini del riordino della stessa rete dei servizi sanitari e soprattutto dell'attestazione di un qualificato servizio ospedaliero.

In tal senso mi sono permesso di presentare questo emendamento. Chiedo alla segreteria di correggere due errori del testo dell'emendamento: laddove è scritto «0,50 per cento» deve intendersi «0,50 per mille»; in fine, per gli ospedali da riconvertire, al posto di «130 posti-letto», deve intendersi «120 posti-letto».

Con queste due correzioni ho così illustrato i miei emendamenti.

LIBERTINI. Senatore Melotto, questi emendamenti sono suoi, oppure rappresentano il punto di vista della Democrazia cristiana e della maggioranza?

MELOTTO. Della Democrazia cristiana, non sono anonimo.

* DE LORENZO, *ministro della sanità*. Signor Presidente, l'emendamento 4.114 è stato presentato perchè l'anno scorso, nel rivedere la materia delle esenzioni è stata commessa una mancanza, cioè, prevedendosi la soppressione del diritto alle esenzioni dal *tickets* per alcune categorie, non sono stati esclusi da questa soppressione i grandi invalidi di guerra e i grandi invalidi per servizio. Il Governo, in Commissione bilancio, ha presentato un emendamento a vantaggio dei grandi invalidi di guerra, ma nel frattempo ci siamo resi conto che i grandi invalidi per servizio devono essere accomunati in pieno. Si tratta dunque del recupero di un diritto che lo Stato deve garantire a questa fascia di cittadini.

Vi è poi l'emendamento 4.115, che riguarda il controllo del comitati regionali sugli atti delle unità sanitarie locali. In particolare esso dispone una revisione ed una migliore puntualizzazione di quanto era stato stabilito, anticipando ciò che il Senato ha già votato nell'ambito dell'esame del disegno di legge di riordino del servizio sanitario nazionale che è considerato essenziale dalle regioni. Si tratta di una delle poche anticipazioni che il Governo ha inteso fare rispetto all'approvazione definitiva della legge di riordino, anche perchè sollecitato in tal senso in sede di conferenza Stato-regione.

Il successivo emendamento 4.116 accoglie un'altra richiesta della conferenza Stato-regioni: per risolvere il problema dei controlli reciproci fra regioni e Stato sull'andamento della spesa, si prevede una verifica degli andamenti della spesa nelle distinte regioni al 31 luglio 1992. Anche su questo punto il Senato si era espresso quasi all'unanimità in sede di approvazione della legge di riordino del servizio sanitario nazionale.

C'è però una clausola in più che credo sia molto opportuna, cioè bisogna che si tenga conto che l'attuazione delle disposizioni è condizione preliminare per essere ammessa alla verifica. Si vuole che le regioni vengano alla verifica dimostrando di avere attuato tutte le norme previste in questa legge di accompagnamento alla legge

finanziaria e, ovviamente, anche tutte quelle stabilite in precedenza. Questo lo si fa nell'ambito della conferenza Stato-regioni.

FABBRI. Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, anche a nome degli altri colleghi della maggioranza illustrerò l'emendamento 4.141.

LIBERTINI. È l'emendamento su Salsomaggiore.

FABBRI. L'emendamento sulle cure termali è di una chiarezza cristallina. Esso prevede che, in attesa della disciplina organica della materia, per i lavoratori dipendenti pubblici e privati le prestazioni idrotermali possano essere concesse, anche al di fuori dei congedi ordinari e delle ferie annuali, ma esclusivamente per la terapia o la riabilitazione relative alle affezioni o agli stati patologici per la cui risoluzione sia giudicato determinante, anche in associazione con altri mezzi di cura, un tempestivo trattamento termale motivatamente prescritto da un medico specialista della USL, ovvero, nel caso dei lavoratori avviati alle cure dall'INAIL, motivatamente prescritto dai medici del predetto istituto.

In tutte le leggi finanziarie abbiamo dovuto occuparci delle cure termali. È stata introdotta una restrizione che condividiamo, nel senso che alle cure termali si acceda nei periodi di congedo ordinario o durante le ferie annuali. L'emendamento di cui raccomandiamo l'approvazione prevede una eccezione a questa regola, una eccezione molto limitata, opportunamente e congruamente documentata nei casi in cui l'intervento sia giudicato indispensabile a fini terapeutici dal medico specialista.

Ho sentito l'obiezione mossa secondo la quale questo sarebbe un emendamento di natura localistica o di protezione del collegio elettorale. Non ho alcuna difficoltà a confessare davanti all'Assemblea che tra i miei elettori vi sono i cittadini di Salsomaggiore Terme, una delle primarie stazioni termali d'Italia, ed anche di Sant'Andrea e di Monticelli; ma non sono affetto da vizio angustamente provincialistico o localistico. Il sistema termale italiano è una grande realtà e una ricchezza del nostro paese che dà lavoro, garantisce cure, procura un afflusso turistico molto cospicuo. Le nostre stazioni termali sono ormai in concorrenza, con le connesse difficoltà, con quelle di tutta Europa; il termalismo appartiene alla cultura e alla civiltà europea; ora esse sono insidiate anche dalla concorrenza dei paesi dell'Est (*commenti del senatore Berlinguer*), come è a lei ben noto, senatore Berlinguer, dove esiste una antica cultura delle terme.

Non c'è niente di localistico e di angustamente elettoralistico nell'iniziativa della maggioranza che sottopone all'Assemblea questo emendamento, solo che si pensi – ed il collega Berlinguer è anche medico – che le cure termali hanno una dignità terapeutica e sanitaria inconfutabile, ormai acquisita dalla scienza medica. C'è solo la necessità di classificare le stazioni termali a seconda delle rispettive proprietà terapeutiche. A tal fine è in corso alla Camera dei deputati l'esame di un disegno di legge volto a riordinare il settore termale. In attesa di questo provvedimento, da molto tempo auspicato, l'emendamento che abbia-

mo presentato introduce quest'eccezione ad una regola di preclusione assoluta che viene a continuare questa tendenza demagogica all'ostilità nei confronti delle cure termali.

Aggiungo che tale norma, se accolta dall'Assemblea, dovrà armonizzarsi con il comma 4 dell'articolo 16, laddove si prevede che il Ministero della sanità emani un decreto per identificare le patologie che possano trovare reale beneficio dalle cure termali e che indichi strumenti di controllo per evitare abusi. Dal combinato disposto dell'emendamento presentato e del comma 4 dell'articolo 14, si può tranquillamente arguire che gli abusi saranno contrastati e che lo specialista dell'unità sanitaria locale potrà prescrivere le cure termali nell'ambito di criteri e di indirizzi stabiliti dal Ministero della sanità.

Con questo mi pare di aver esaurientemente motivato le ragioni che rendono fondato ed accoglibile l'emendamento da noi presentato. Soltanto per un uzzolo di carattere politico-culturale vorrei ricordare, ai colleghi che hanno evocato lo spettro del localismo, che era Palmiro Togliatti che accusava i riformisti di localismo. Quando le ragioni che si radicano nella realtà locale hanno una valenza che va al di là della cinta daziaria dei singoli comuni, non c'è niente di deteriore nel dare risposta ad esigenze che certamente trovano riscontro nelle varie realtà locali ed in quella civiltà termale che costituisce, come ho già detto, una ricchezza del paese. Non mi sento dunque per nulla imbarazzato nel raccomandare ai colleghi l'emendamento di cui sono primo firmatario.

L'altro emendamento, essendo conseguente, si illustra da sè.

COVI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, l'emendamento 4.80, presentato dal Gruppo repubblicano, tende a ridurre il numero delle specialità farmaceutiche inserite nel prontuario farmaceutico nazionale, portandole ad un numero non superiore a 2.000 e mantenendo tra queste esclusivamente quei medicinali che rispondano a criteri di assoluta necessità terapeutica. Naturalmente tutte queste specialità farmaceutiche verrebbero esentate dalla quota di partecipazione, prevista al 50 per cento nel testo del provvediemnto così com'è arrivato in quest'Aula.

Si tratta di un'impostazione che risale a data lontana. Vorrei ricordare al signor Ministro che già 5 o 6 anni fa, in occasione della discussione di un'altra legge finanziaria, il sottoscritto insieme al senatore Forte e, mi pare, al senatore Cavazzuti, presentò un emendamento accolto dalla Commissione bilancio negli stessi termini, ma poi respinto in Aula.

Le obiezioni a questa importazione sono di duplice natura. Da un lato essa viene contestata facendo riferimento alla situazione degli altri paesi europei, in nessuno dei quali esiste un prontuario farmaceutico così limitato; anzi, quello attualmente in vigore, che comprende 6.000 specialità è già inferiore a quelli vigenti in Francia, in Germania e così via. A me pare che questa obiezione non tenga conto della particolare situazione finanziaria italiana, che costringe ad intervenire in questo settore, per cercare di risparmiare sulla spesa farmaceutica istituendo il *ticket* del 50 per cento su tutti i medicinali.

La seconda obiezione è relativa al fatto che la spesa farmaceutica – che con questo emendamento si vorrebbe contenere – in realtà

potrebbe essere esaltata in quanto le prescrizioni potrebbero prevalentemente riferirsi a quei prodotti contenuti nel prontuario che proprio perchè hanno un'alta capacità terapeutica sono i più moderni e quindi anche i più costosi. Non riteniamo che questa obiezione sia valida, e che invece il contenimento del numero dei prodotti, ridotto alle necessità essenziali, sia tale da consentire un risparmio nella spesa farmaceutica, che accanto allo spreco per i ricoveri ospedalieri è una delle cause di maggiore incidenza sul totale della spesa sanitaria e quindi sul nostro *deficit* di bilancio.

Pertanto raccomandiamo all'Assemblea l'accoglimento dell'emendamento 4.80.

FONTANA Giovanni. Signor Presidente, è sicuramente condivisibile la previsione del comma 9 dell'articolo in esame, che affida alle regioni la responsabilità della trattativa per il rinnovo degli accordi riguardanti sia il comparto del personale del servizio sanitario nazionale, che quello del personale sanitario a rapporto convenzionale. La previsione di una delegazione composta dai soli assessori, assistiti dai rappresentanti dei ministeri, si muove nella direzione giusta, nella quale sta andando la sanità anche con la legge di riforma, cioè verso la regionalizzazione.

Con l'emendamento 4.106 si intende dotare tale delegazione di una segreteria generale per conferire più concretezza a questa norma e a questo indirizzo, ancorando l'operatività della delegazione ad un minimo di struttura organizzativa, senza peraltro prevedere oneri per il bilancio dello Stato.

Per questo motivo insisto per l'approvazione dell'emendamento 4.106.

PRESIDENTE. L'emendamento 4.78, presentato dai senatori Dujany, Riz e Rubner si intende illustrato.

DIONISI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DIONISI. Signor Presidente, colleghi, vorrei fare alcune considerazioni di carattere generale su questo articolo.

Noi di Rifondazione comunista intendiamo sollevare un problema nuovo; lo avremmo fatto in altro modo, presentando interrogazioni e interpellanze al Ministro, ma abbiamo preferito farlo qui adesso perchè la discussione sui problemi della sanità è già all'ordine del giorno e ci permette di affrontare una questione che riteniamo di grandissima importanza. Come potete immaginare mi riferisco agli episodi accaduti negli ultimi giorni in varie regioni per cui alcuni cittadini hanno perso la vita dopo essere stati rifiutati dai nostri ospedali. Immagino che il Ministro della sanità avrà sicuramente avviato delle indagini di carattere amministrativo per stabilire le responsabilità personali degli operatori che sono stati coinvolti in questo episodio.

Signor Ministro, capisco la necessità di uno scambio di idee, ma vorrei la sua attenzione.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Mi stavano mostrando l'emendamento.

DIONISI. Lo capisco, ma sto sollevando una questione abbastanza importante anche per lei.

Come dicevo, sono convinto che il Ministro avrà avviato delle indagini amministrative per stabilire le responsabilità individuali degli operatori coinvolti in queste vicende; però, è apparso a tutti che il Ministro si è distinto per l'attacco – qualcuno afferma che si è trattato di un furbesco «scaricabarile» – portato agli amministratori degli ospedali, delle Usl e soprattutto delle regioni.

In questi giorni mi sono recato in un ospedale romano che in passato è stato coinvolto in episodi di disservizio e in alcuni ospedali di provincia. Posso assicurare al Ministro che tra gli operatori c'è un clima di tale sfiducia verso la conduzione della sanità che non può non riguardarlo e che dovrebbe anzi indurlo – almeno dal punto di vista di Rifondazione comunista – a trarre delle conclusioni di una certa gravità.

Signor Presidente, se non sono ascoltato, smetto di parlare. Non so se si comprende la gravità di quanto sto per dire: noi di Rifondazione comunista stiamo per annunciare una mozione di sfiducia verso il Ministro della sanità, il quale continua a parlare con altri rappresentanti del Governo.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Perchè non posso parlare con il sottosegretario Pavan mentre la ascolto?

Non mi metta in croce! La libertà non è soltanto vostra.

DIONISI. Siccome le cose accadute sono di una gravità inaudita, vorremmo l'attenzione del Ministro, anche se poi egli si regolerà come ritiene opportuno.

Non abbiamo il necessario numero di firme per presentare la mozione di sfiducia, ma speriamo che i compagni del Partito democratico della sinistra e degli altri Gruppi di opposizione, visto che dichiarano la propria opposizione a questa manovra finanziaria e la propria sfiducia nei confronti di questo Ministro, vogliano appoggiare la nostra mozione.

Vorrei però che si ragionasse sui fatti per quelli che sono. In questi giorni c'è stata una campagna di delegittimazione del sistema sanitario pubblico e di tutti gli operatori della sanità, a nostro avviso non avvenuta per caso, magari per il tono scandalistico preferito dai mezzi di informazione: è una campagna orchestrata, che ha sicuramente una regìa, finalizzata ad affossare ulteriormente il sistema sanitario pubblico rompendo il rapporto di fiducia degli utenti verso gli operatori per agevolare in qualche modo il corso della controriforma sanitaria, attualmente ferma nell'altro ramo del Parlamento.

Può darsi che noi di Rifondazione comunista siamo maligni, ma ci sembra che questa campagna non si regga da sola e che si tenda a rimuovere dall'immaginario collettivo le cause iniziali della malattie o dei traumi che hanno portato al decesso dei pazienti per addebitare al sistema sanitario ogni responsabilità.

Ebbene, l'onorevole De Lorenzo non può venirci a dire che il Ministro della sanità non ha alcun potere sul funzionamento del sistema sanitario in quanto le relative competenze sarebbero delle regioni e che, quindi, vanno individuati altri responsabili. Egli, infatti, conosce benissimo la risposta che, al riguardo, gli è stata data dagli amministratori regionali. Tutto ciò a noi pare estremamente grave, tanto che il Ministro dovrebbe essere indotto a rassegnare le dimissioni perchè incompatibile ormai con gli interessi dello Stato e del sistema sanitario pubblico.

Detto questo, vorrei svolgere alcune considerazioni sull'articolo 4, *ex* articolo 5, del disegno di legge n. 3004, con cui la maggioranza intende risanare, per una parte, il debito pubblico, scaricando sui cittadini più deboli, sui malati, il peso di inefficienze, di sprechi e di sperperi che, invece, sono funzionali ad un sistema di potere che si regge sul rapporto clientelare tra i governanti centrali e periferici, da un lato, e gli operatori e gli utenti, dall'altro. Come dicevo, la maggioranza intende risanare i conti dello Stato scaricando sui cittadini l'onere dei *tickets*, che – come ha dimostrato l'esperienza degli ultimi anni – sono del tutto inutili ai fini del contenimento della spesa sanitaria, oltre che ingiusti e dannosi.

Ho già avuto modo, in occasione dell'intervento svolto in sede di discussione generale sull'intero provvedimento, di mettere in rilievo i contenuti della proposta governativa e quelli delle controproposte di Rifondazione comunista, che noi riteniamo idonee per modificare i fattori strutturali della spesa e per restituire credibilità, efficienza ed efficacia al sistema sanitario. In particolare, mi voglio soffermare sulla politica dei farmaci, che, ancora una volta, si muove nell'ottica del consumismo, privilegia gli interessi della Farmindustria e mortifica non soltanto la scienza, che aspirerebbe ad una diversa utilizzazione delle sostanze farmaceutiche, ma anche gli interessi dei malati. Infatti, aumentando il *ticket* dal 40 al 50 per cento ed elevando il costo delle singole ricette non si fa altro che impedire o rendere più difficile, a centinaia di migliaia di cittadini malati l'accesso alle terapie, che, tra l'altro, abitualmente, hanno anche lo scopo di prevenire eventuali complicazioni delle malattie stesse.

Le stesse considerazioni possono essere svolte in merito all'incremento dei *tickets* sugli esami diagnostici e strumentali e sulle prestazioni specialistiche. Al riguardo, una «perla» è contenuta nell'emendamento che impone il pagamento di tutte le indagini diagnostiche e di laboratorio qualora i referti non vengano ritirati entro qualche giorno (non ricordo precisamente quanti). Questa è davvero una punizione inutile per i cittadini. Vorrei ricordare a chi ha formulato questa disposizione che la maggior parte dei cittadini che si recano dal medico fortunatamente non sempre è malata. Spesso queste persone hanno disturbi a causa di patologie scarsamente documentabili, oppure hanno il timore di essere malati. La paura della malattia spesso svanisce con la stessa esecuzione delle indagini di laboratorio e sovente accade che, nello stesso svolgimento delle indagini diagnostiche, queste persone ottengano una risposta orale dagli stessi tecnici che eseguono le indagini, per cui spesso esse o i loro familiari non ritirano le indagini presso le strutture sanitarie.

PRESIDENTE. Senatore Dionisi, la richiamo al rispetto del tempo previsto.

DIONISI. Ho finito, signor Presidente, anche perchè queste cose le diremo anche meglio nelle dichiarazioni di voto, emendamento per emendamento; volevo però mettere in risalto questo ulteriore ed inutile accanimento sui malati.

Noi del Gruppo della Rifondazione comunista riteniamo che con il contenimento della spesa raggiungibile attraverso le nostre proposte sarebbe possibile non soltanto mantenere e migliorare gli attuali livelli delle prestazioni e le attuali garanzie per i cittadini, ma anche sperimentare nuove forme di medicina proprio per rimanere in sintonia con i mutati bisogni dei cittadini e con la nuova cultura che anche in questo settore sta emergendo.

Sui lavori del Senato

PRESIDENTE. Prima di proseguire nella discussione, voglio comunicare ai colleghi senatori che ho convocato per domani mattina, alle ore 9, nella Sala Pannini, la Conferenza dei Presidenti dei Gruppi parlamentari per regolare gli ulteriori tempi del nostro lavoro anche in rapporto alla convocazione del Parlamento in seduta comune giovedì mattina per la nomina dei giudici della Corte costituzionale. In merito a tale votazione, circa cioè le sue modalità di esecuzione, darò delle ulteriori comunicazioni in sede di apertura della seduta pomeridiana prevista per oggi alle ore 16,30.

Ripresa della discussione

CROCETTA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* CROCETTA. Signor Presidente, credo che il senatore Dionisi abbia fatto bene, a nome del Gruppo della Rifondazione comunista, a porre la questione di sfiducia; è quindi, questo, un appello che rivolgo agli altri colleghi per raccogliere il dovuto numero di firme prescritto dal Regolamento affinchè si possa votare la sfiducia nei confronti di un simile Ministro. Sono infatti indignato, e lo devo dire, dall'aver sentito, la mattina in cui è morto quel povero ragazzo di Viterbo, il Ministro alla radio fare delle dichiarazioni che non posso che definire di tipo «sciacallistico». Infatti, il Ministro, avendo paura delle critiche che si potevano rivolgere nei suoi confronti, non ha saputo fare altro che criticare le regioni, i comuni e le unità sanitarie locali per il mancato funzionamento della sanità. Se tutto questo fosse avvenuto in un contesto diverso, mi sarei anche risparmiato le parole dette finora; ma

siccome il Ministro ha detto queste cose proprio in occasione della morte di un ragazzo, e lo ha fatto in quei termini «sciacalleschi», credo che egli non meriti alcun rispetto da parte del Parlamento e di qualunque cittadino italiano. Lo voglio dire con molta chiarezza, perchè credo che da questo dipendono molti problemi.

In merito a ciò, voglio aggiungere qualche altra considerazione sull'incapacità di questo Ministro, qualcosa che riguarda il Ministro ed alcuni altri. In Commissione bilancio ci siamo trovati di fronte ad una discussione piuttosto seria sulle questioni della sanita.

Quando siamo arrivati a parlare dei *tickets* e della loro applicazione, qualcuno di noi ha sollevato il problema che tali *tickets* graverebbero anche sui disoccupati, sui cittadini indigenti. Al riguardo era stato presentato anche un emendamento, ma il Ministro della sanità, il Ministro del bilancio e il Presidente della Commissione a quel punto sono caduti dalle nuvole: ma come ci sono cittadini indigenti, disoccupati, privi di reddito che non godono dell'esenzione dai *tickets*? Non sapevano neanche questo! Emanano i provvedimenti, preparano le leggi e parlano di leggi e di provvedimenti di cui non sanno niente, presentano proposte senza sapere su chi ricadono. Tanto, il problema è quello di racimolare soldi, di far entrare nelle casse dello Stato più denaro possibile, senza conoscere le ripercussioni delle norme che vengono approvate.

Qualche compagno del PDS e qualcun altro del Gruppo della Rifondazione comunista hanno sollevato delle questioni giuste. Ad esempio, hanno fatto presente ai rappresentanti del Governo e della maggioranza che, quando i cittadini indigenti non vengono esonerati dai *tickets*, non potendo comprarsi i medicinali, per curarsi devono necessariamente ricoverarsi in ospedale. Pertanto, si pensa di risparmiare, ma in realtà si spende di più perchè si fanno più ricoveri ospedalieri di quelli necessari. L'anziano può curarsi tranquillamente la sua bronchite in casa, ma finisce per curarsela in ospedale perchè non ha la possibilità di pagare i *tickets*; il bracciante agricolo disoccupato, che vive raccogliendo la verdura che vende poi agli angoli delle strade, si deve pure curare e allora si ricovera in ospedale. Ci sono poi dei cittadini che non possono nemmeno ricoverarsi e si devono portare la malattia addosso; muoiono perchè non hanno nemmeno la possibilità di sfamare i propri figli. Ci sono ancora queste realta nel Mezzogiorno d'Italia. Ma i Ministri non sanno niente, non conoscono la realta del paese. E però, debbono imporre il pagamento dei *tickets*.

Mi fermo qui perchè non voglio dilungarmi. Avremo modo di tornare su tali argomenti e ci esprimeremo emendamento per emendamento. Non riuscirete ad impedirci di parlare e di denunciare le cose gravissime che avvengono in questo settore. Questo Ministro se ne deve andare, perchè non merita di stare in questo Parlamento. Rifondazione comunista lo ribadisce con grande forza.

PRESIDENTE. Invito il relatore a pronunziarsi sugli ordini del giorno e sugli emendamenti in esame.

BONORA, *relatore*. Signor Presidente, esprimo parere favorevole sull'ordine del giorno n. 1, presentato dai senatori Melotto, Fiocchi,

Forte e altri, anche per considerazioni che erano già state svolte durante il dibattito in Commissione. Il livello dell'imposta sul valore aggiunto per molti farmaci cosiddetti da banco o di categoria C, se non vado errato, è diverso negli altri paesi europei rispetto a quello del nostro paese; pertanto l'impegno del Governo a dare attuazione alla normativa richiamata nell'ordine del giorno è condiviso dal sottoscritto.

Per quanto concerne l'ordine del giorno n. 2, presentato dal senatore Zanella e da altri senatori, dico solo che è vero che la sommatoria delle indicazioni contenute nella legge porta sostanzialmente ad un prezzo del farmaco che sembra annullare il vantaggio per l'assistito: per un farmaco di 8.000-9.000 lire la differenza si ridurrebbe a 500-1.000 lire; se il prezzo fosse di 10.000 lire, la differenza sarebbe di 2.000 lire. Probabilmente, però lo scopo è quello di lasciare per i farmaci che hanno un prezzo molto basso un peso che per l'assistito sia sopportabile.

Tuttavia, comprendo la contraddittorietà nei termini che vi è in una proposta del genere, per questo mi rimetto al Governo.

Signor Presidente, i colleghi senatori hanno svolto un ragionamento di strategia politica sanitaria illustrando complessivamente gli emendamenti al nuovo articolo 4. Del resto, ciò era stato annunciato anche nella discussione generale: voglio ricordare l'intervento del senatore Dionisi, il quale annunciava di proporre una diversa strategia politica rispetto a quella proposta dal Governo attraverso una serie di emendamenti. Insomma, un contraltare, un rovesciamento dell'impostazione del disegno di legge presentato dal Governo, ma anche un'impostazione contraria e diversa rispetto al testo uscito dalla Commissione, sebbene in maniera tanto tribolata.

È evidente allora che su tutta una serie di emendamenti, che contrappongono una diversa strategia, il parere del relatore non può che essere contrario ed è suffragato anche dal fatto che vi è stata una spiegazione spiccatamente politica da parte del capogruppo di Rifondazione comunista. Infatti, quel Gruppo si è dichiarato disponibile a mutare la propria strategia e il proprio comportamento procedurale in Aula se il proponente del disegno di legge, cioè il Governo, muterà la sua strategia facendone cadere quattro pilastri. Le richieste riguardano l'aumento dei *tickets*, la soppressione del previsto aumento delle spese militari, lo stralcio del condono dal disegno di legge n. 3005 e la cancellazione delle iniquità che sarebbero comprese nel disegno di legge finanziaria, anche con riferimento – mi pare di aver capito – al disegno di legge 3004.

Se questa è l'interpretazione, evidentemente essa contrasta con l'impostazione prospettata dal Governo in sede di presentazione del disegno di legge e che in Commissione era stata accettata anche dal sottoscritto nel momento in cui, sia pure modificato nelle parti che riteneva dovessero essere modificate, aveva accolto e fatto proprio tale progetto.

È stata presentata una strategia politica anche dal Gruppo del Partito democratico della sinistra, per bocca del senatore Berlinguer; è una strategia che però ha un taglio diverso, cioè non è totalmente rivoluzionante del progetto del Governo, ma tenta, per alcune parti, di addivenire a modificazioni migliorative (certo dal loro punto di vista).

Procedendo in una rassegna abbastanza rapida e tenendo anche conto dei tempi a disposizione, esprimerò il parere sugli emendamenti in esame, scusandomi fin d'ora se non mi addentrerò tecnicamente in ognuno di essi e se riserverò qualche riferimento puntuale solo a quelle proposte nelle quali ritengo più importante politicamente addentrarsi.

Per quanto riguarda l'emendamento 4.113, nel nuovo testo, vorrei fare un'osservazione di natura logica: il comma 5 dell'articolo 4, a mio modesto avviso, dovrebbe essere più opportunamente inserito (appunto per logicità) tra il comma 1 ed il comma 2. Avanzo la richiesta perchè si faccia ciò in ambito di coordinamento ed evidentemente con l'ausilio degli uffici.

Sul comma 1 vi è una serie di emendamenti che fanno riferimento al Piano sanitario nazionale, già presentato dal Ministro alla Presidenza del Consiglio e in attesa di un parere (così mi si dice) e che necessariamente verrà portato all'attenzione del Parlamento. In quella sede saranno definiti i limiti dell'assistenza e gli *standards* organizzativi, come pure quanto altro viene qui anticipato, riprendendo il discorso fatto in sede di esame del disegno di legge di riforma sanitaria.

Pertanto, il mio parere è contrario sugli emendamenti 4.117, 4.1, 4.2, 4.118, 4.3, 4.4, 4.83, 4.119, 4.5, 4.6, 4.7 e 4.8.

Mi soffermo brevemente sull'emendamento 4.9 per dire che il testo, così come è uscito dalla Commissione, non diverso da quello che era stato presentato dal Governo, stabilisce la facoltà per le regioni di dichiarare la decadenza delle convenzioni in atto per la specialistica esterna e le case di cura. Qui invece si tenderebbe ad un obbligo per le regioni di dichiarare la decadenza di queste convenzioni. La differenza è evidentemente molto forte. Non si tiene conto della diversità delle situazioni nelle varie regioni; vi sono regioni che possono essere in condizioni nelle quali le convenzioni devono essere dichiarate decadute e regioni in cui il mantenimento delle convenzioni può essere conveniente. Pertanto, esprimo parere contrario.

Allo stesso modo, esprimo parere contrario sugli emendamenti 4.84, 4.10, 4.120, 4.66, 4.121 e 4.67. Accetto invece la modifica proposta dal senatore Melotto con l'emendamento 4.143, tendente a sopprimere, al comma 2, le parole: «, e considerando al cento per cento i posti letto delle case di cura convenzionate ai fini del rispetto dello *standard* di posti letto per abitante», che è giustificata dallo stesso discorso che il senatore Melotto ha fatto in questa Assemblea illustrando tale emendamento.

Esprimo parere contrario sugli emendamenti 4.122, 4.123, 4.68, 4.88 e 4.89.

L'emendamento 4.11 tende a sopprimere il comma 3, in ordine al quale vi è una proposta del senatore Melotto, contenuta nell'emendamento 4.136, che sostanzialmente riformula tutta la prima parte fino alle parole: «120 posti letto», rifacendosi al dettato della legge n. 595 del 1985, «i cui *standards* vengono rideterminati prevedendo l'utilizzazione dei posti letto ad un tasso non inferiore al 75 per cento in media annua, la dotazione complessiva di 6 posti letto per mille abitanti, di cui lo 0,50 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie». Di conseguenza, esprimo parere contrario sugli emendamenti 4.11, 4.12, 4.69, 4.124, 4.125, 4.70, 4.13 e 4.14.

Sull'emendamento 4.126, sul quale c'è stata un'ampia discussione anche durante i lavori della Commissione, credo di poter dire che, almeno per quanto riguarda il comma 4-*sexies*, si può riprendere un'emendamento successivo (l'emendamento 4.127), che recita: «nel 1992 non si dà luogo all'ammissione nel prontuario di nuove specialità che rappresentino modifiche di confezione o di composizione o di forma o di dosaggio di specialità già presenti nel prontuario e che comportino un aumento del costo per ciclo terapeutico». C'è una ripetizione della parola: «specialità», di cui, tuttavia, penso non si possa fare a meno perchè la implica il testo stesso.

Pertanto, accetto l'emendamento 4.127, che mi pare riproduca il comma 4-*sexies* in forma più completa.

Esprimo parere contrario sugli emendamenti 4.72, 4.15, 4.16, 4.17, 4.18, 4.86, 4.19, 4.107, 4.108, 4.109, 4.20, 4.110, 4.111, 4.21, 4.22, 4.23, 4.24, 4.25, 4.26, 4.27, 4.28, 4.85, 4.29 e 4.30.

Esprimo parere favorevole sull'emendamento 4.114, presentato dal Governo. Mi sembra che esso rimedi ad una dimenticanza che si è verificata anche in Commissione, dato che anche in quella sede questo stesso discorso fu affrontato, ma non fu poi tradotto in una norma.

Esprimo parere contrario sugli emendamenti 4.87, 4.31, 4.32, 4.33, 4.34, 4.90, 4.93, 4.91, 4.35, 4.36, 4.37 e 4.92.

Per quanto riguarda l'emendamento 4.141, vorrei proporre ai colleghi presentatori di spostare questa norma alla fine dell'articolo 16. Infatti, il comma 4 dell'articolo 16 proposto dalla Commissione recita: «Il Ministro della sanità, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, emana un decreto che identifica le patologie che possono trovare reale beneficio dalle cure termali ed indica gli strumenti di controllo per evitare abusi». Gli abusi di cui si è tanto parlato durante i lavori della Commissione son quelli derivanti dalle cure termali effettuate fuori dei periodi di ferie o di congedo in assenza di vere e proprie necessità. Prego pertanto i presentatori dell'emendamento di coordinare questa proposta con il comma 4 dell'articolo 16, specie nella considerazione che l'intento comune è quello di evitare gli abusi. Qualora i colleghi accettassero, il parere del relatore sarebbe favorevole.

Esprimo parere contrario sugli emendamenti 4.38, 4.39, 4.40, 4.94, 4.95, 4.96, 4.41, 4.97, 4.98, 4.99 e 4.100.

L'emendamento 4.79, presentato dal senatore Crocetta e da altri senatori, è stato riformulato dall'emendamento 4.79/1, che mi sembra più corretto.

MERIGGI. Ritiriamo l'emendamento 4.79.

BONORA, *relatore*. Esprimo parere favorevole sull'emendamento 4.79/1. Esprimo parere contrario sull'emendamento 4.71. Sull'emendamento 4.127 ho già espresso parere favorevole. Contrario è invece il parere sull'emendamento 4.92.

A proposito degli emendamenti 4.102 e 4.101, vorrei chiedere al senatore Rastrelli una loro riformulazione, possibilmente concordata con il Governo.

Esprimo parere contrario sugli emendamenti 4.43 e 4.103. Accetto l'emendamento 4.112, che prevede che siano esenti dal pagamento della quota fissa delle prescrizioni farmaceutiche gli invalidi di guerra.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Lo avevamo accettato in Commissione.

GUZZETTI. Ma per una dimenticanza non è stato inserito nel testo.

BONORA, *relatore*. Esprimo parere contrario sia sull'emendamento 4.44, sia sull'emendamento 4.80, che bisognerebbe specificare meglio: non capisco perchè si dovrebbero ridurre a non più di 2.000 le specialità elencate nel prontuario farmaceutico e non si possa invece parlare di 1.800 o 2.200 specialità. Così formulato, l'emendamento non ha molto significato; questa frase non vuole comunque essere offensiva.

Esprimo parere contario sugli emendamenti 4.45, 4.46, 4.52, 4.53, 4.54, 4.55, 4.56, 4.47, 4.48, 4.49, 4.50 e 4.51.

Vi sono poi due emendamenti che tendono a sopprimere il quinto comma: il 4.57, presentato dal senatore Cossutta e da altri senatori e il 4.128, del senatore Torlontano e di altri senatori. Ho già detto che accetto l'emendamento 4.113, così come è stato riformulato, che porta le firme dei senatori Ferraguti, Melotto, Alberti, Imbrìaco ed altri, che per logica dovrebbe essere coordinato al comma 1.

Esprimo parere contario sugli emendamenti 4.129, 4.58, 4.104, 4.130, 4.131, 4.73, 4.59, 4.132, 4.60 e 4.105.

RASTRELLI. Per quale motivo esprime parere contrario sull'emendamento 4.105, visto che tende a puntualizzare le responsabilità?

BONORA, *relatore*. La responsabilità è già prevista nella legge di riordino.

RASTRELLI. Non volete mandare in galera i ladri?

BONORA, *relatore*. È inutile, perchè è già previsto.

Esprimo parere contrario sull'emendamento 4.74. Circa l'emendamento 4.115, presentato dal Governo a mio modesto avviso si tratta semplicemente di una specificazione: si prevede, per gli istituti di ricovero e cura di carattere scientifico, che il controllo – che dovrebbe essere ministeriale – faccia riferimento alle norme indicate. Esprimo quindi parere favorevole.

Esprimo parere contrario sugli emendamenti 4.134, 4.135, 4.75, 4.61, 4.133 e 4.137. Sull'emendamento 4.106, mi rimetto alla valutazione del Governo e dell'Assemblea; con questo emendamento si prevede che la delegazione di parte pubblica per il rinnovo dei contratti e delle convenzioni sia formata dai rappresentanti delle regioni, assistiti dai rappresentanti dei Ministeri del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e del Dipartimento della funzione pubblica. Si

prevede inoltre che la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano stabiliscono la composizione della delegazione; la novità dell'emendmaento presentato dal senatore Fontana consiste nel fatto che la delegazione abbia sede presso il Dipartimento per gli affari regionali e sia dotata di una segreteria generale alla quale è preposto un dirigente generale del Ministero della sanità. Personalmente non sono contrario, ma mi rimetto alla valutazione del Governo.

Sono contrario agli emendamenti 4.81, 4.142, 4.82, 4.138, 4.78, 4.76, 4.62, 4.63, 4.77, 4.64, 4.65 e 4.140.

Esprimo parere favorevole sull'emendamento 4.116, riguardante la costituzione di una Commissione tecnica per la verifica degli andamenti di spesa nelle diverse regioni.

Esprimo, infine, parere contrario sull'emendamento 4.139.

PRESIDENTE. Comunico che è stata avanzata dal prescritto numero di senatori la richiesta di votazione nominale con scrutinio simultaneo mediante procedimento elettronico dell'emendamento 4.126. Decorrono pertanto da questo momento i venti minuti di preavviso prescritti dall'articolo 119, comma 1, del Regolamento.

Invito il rappresentante del Governo a pronunciarsi sugli emendamenti in esame e sui due ordini del giorno.

* DE LORENZO, *ministro della sanità*. Innanzitutto vorrei fare qualche considerazione d'ordine generale sui problemi posti dal senatore Berlinguer, che faceva riferimento alla difficoltà che si pone con l'approvazione di questa legge per la chiusura di alcuni reparti. Ho provveduto ad inviare al Parlamento un elenco concernente l'utilizzazione dei posti-letto nei vari ospedali italiani, dal quale risulta che più del 50 per cento vengono sottoutilizzati. Vorrei precisare che sia il Governo sia la maggioranza nella riformulazione del testo si sono preoccupati soltanto di chiudere o di disattivare quei reparti che hanno una sottoutilizzazione (alcuni di essi avevano un'utilizzazione del 10 o del 15 per cento dei posti-letto): questo comporta da un lato un risparmio e dall'altro un notevole incremento in termini di efficienza della funzionalità delle strutture. Non ci sono assolutamente rischi di sopprimere posti letto utilizzati; la norma è molto precisa, e da questo punto di vista voglio tranquillizzare il senatore Berlinguer.

Per quanto concerne le attrezzature e gli investimenti, non vorrei ripetere per l'ennesima volta quanto ho avuto occasione di dire nell'altro ramo del Parlamento e qui appena di accennare: soltanto a partire dall'agosto 1990, quando il CIPE ha approvato il piano di investimenti (è stato necessario peraltro compiere tutta una serie di atti previsti dalla legge), le regioni hanno inviato gli studi di fattibilità, che sono stati analizzati prontamente dal Ministero della sanità secondo le procedure indicate dalla legge. Vorrei evitare che si parlasse di tre anni di ritardo, perchè sebbene la disposizione fosse stata approvata nella legge finanziaria 1988, per la sua generiticità sono stati necessari atti di indirizzo e di coordinamento, che ho cercato di compiere con la massima celerità. Quindi i progetti di fattibilità sono stati in realtà

presentati dal settembre 1990, quando cioè è stata pubblicata la decisione del CIPE.

Da allora – ho già fornito dei dati ufficiali in proposito – sono stati presentati 1500 progetti di fattibilità, che sono stati esaminati dal Ministero della sanità nel 70 per cento dei casi: ne sono stati bocciati 551, ne sono stati approvati 388; abbiamo già dato comunicazione alle regioni delle decisioni adottate, per cui le regioni possono inviare, essendo stati approvati dal Ministero i progetti di fattibilità, i progetti esecutivi. Abbiamo concordato con il Ministero del bilancio una procedura in virtù della quale quel ministero non riesamina i progetti ma li approva entro 30 giorni. Vorrei che anche da questo punto di vista il Parlamento fosse tranquillo che non ci sono dispersioni per ritardi nell'approvazione dei provvedimenti.

Certo, 551 progetti bocciati vogliono dire che molte regioni hanno inviato progetti con i quali si proponeva di costruire strutture non valide rispetto alla programmazione, magari si prevedeva un ulteriore allargamento degli ospedali anzichè prevederne il completamento. Credo che questa sia stata un'opera di corretta vigilanza, anche secondo quanto era stato indicato dal Parlamento.

Per quanto concerne le altre questioni relative alle anticipazioni della legge, sono ben lieto che da tutte le parti vengano chieste delle anticipazioni: ciò vuol dire che sostanzialmente per dare delle risposte serie occorre approvare la legge nel suo complesso. Non possiamo frammentare la legge di riforma, anticipandola in parte alla legge finanziaria. I problemi delle incompatibilità richiedono degli agganci complessivi diversi; sarei ben lieto di approvarle fin da oggi, ma la norma non sarebbe attuabile nell'ambito di un contesto non modificato. Dobbiamo approvare il provvedimento domani alla Camera dei deputati, in modo che il contesto generale potrà avere una risposta diversa.

Voglio poi tranquillizzare il senatore Berlinguer circa i problemi relativi alla mancata presenza, nell'ambito del Piano sanitario nazionale, degli *standards* di organizzazione e dei parametri di riferimento per quanto riguarda l'emergenza. Come il senatore Berlinguer sa, il Governo si è impegnato a presentarli alle Camere non appena verrà approvato da questo ramo del Parlamento l'articolo 4, in modo tale da sapere qual è esattamente la compatibilità economica; non vi è dubbio, dunque, che, nell'ambito di quelle indicazioni, forniremo anche le norme relative ai suddetti *standards* e parametri. Come è noto, infatti, noi abbiamo presentato il Piano sanitario nazionale, ma il comma stesso stabilisce che per il 1992 si procede ad un'anticipazione con un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri – noi invece faremo ricorso ad un decreto del Presidente della Repubblica – nel quale, a partire da subito, siano contenute le indicazioni degli *standards* di organizzazione e dei parametri di riferimento che avranno valore anche per l'emergenza. Pertanto, non si è trattato di una omissione, bensì di un'esigenza che è stata differita e la presentazione al Parlamento di tali *standards* avverrà nell'arco di 10-15 giorni, in modo tale che su di essi il Parlamento potrà esprimersi, prima della presentazione del decreto.

Senatore Berlinguer, mi pare che lei abbia posto un'altra questione sulla quale si impone una puntualizzazione. Non abbiamo fatto una

scelta politica nel momento in cui abbiamo deciso di presentare, all'interno del Piano sanitario nazionale, l'emergenza pediatrica fino a 18 anni. In tutto il mondo, infatti, a partire dagli Stati Uniti, e in tutti i paesi della Comunità europea l'adolescenza è compresa tra i 14 e i 18 anni, questo nell'ambito delle scelte scientifiche. Ma le posso dire di più, senatore Berlinguer, e cioè che la tabella 18, vale a dire quella che disciplina il funzionamento della attività didattica della facoltà di medicina, prevede che quella compresa fra i 14 e i 18 anni debba ancora considerarsi come età adolescenziale. Non vedo, quindi, perchè noi, nel momento in cui elaboriamo una norma di questo genere, non dovremmo attenerci a quella che è un'impostazione decisa dalla comunità scientifica internazionale e che è anche stata recepita nell'ordinamento scientifico. Anche da questo punto di vista, dunque, vorrei fornire chiarimenti tranquillizzanti.

Signor Presidente, se lei me lo consente, io credo di avere il dovere, prima di entrare nel merito dei singoli emendamenti, di intervenire, facendo chiarezza e fornendo informazioni, sulla questione relativa alla dolorosa vicenda della morte del giovane di Viterbo.

Certo, su questo episodio equivoci possono nascere e l'indignazione credo sia propria di tutti coloro che hanno sensibilità umana, non soltanto politica, e quindi l'indignazione e il profondo dolore hanno colpito tutti, me per primo. Io sono convinto, però, che se si vogliono individuare le responsabiltà, dobbiamo sapere chi deve fare e che cosa, perchè, altrimenti, confondiamo ancora di più le questioni.

Ebbene, prima di tutto, va tenuto presente che esiste una legge del Parlamento italiano che rende obbligatorio il ricovero di tutti coloro che si recano nei reparti ospedalieri per un'emergenza. Presso il Ministero della sanità è statà nominata una commissione di inchiesta, costituita dal professor Zannini, che è il presidente del Consiglio superiore di sanità, dal professor Donato e dal direttore generale degli ospedali, che sta esaminando la questione e debbo dire che, al riguardo, sarò in grado di fornire le conclusioni cui perverrà tale commissione anche al Parlamento nell'arco di una decina di giorni. Tuttavia, posso anticipare fin d'ora che, dalle prime risultanze, purtroppo, si evidenziano responsabilità a livello dell'ospedale di Viterbo. Pertanto, innanzitutto pare vi siano responsabilità professionali perchè quel paziente era intrasportabile e bisognava prevedere subito un intervento di carattere chirurgico addominale, prima di pensare al suo trasferimento in un reparto di neurochirurgia. In ogni caso, fornirò indicazioni puntuali su questa vicenda; esiste una norma di legge e quindi deve intervenire la magistratura per pretendere il rispetto di quanto leggi dello Stato già indicano, indipendentemente poi dal problema dell'emergenza.

Per quanto riguarda poi l'altra questione, io credo sia opportuno che, per lo meno all'interno del Parlamento, si faccia chiarezza sulle responsabilità. Non sono assolutamente alieno ad assumermi le mie fino in fondo, ma debbo dire che il Consiglio sanitario nazionale – quindi, il Ministero con le regioni – ha approvato, fin dal 1988, il sistema organizzativo dell'emergenza, di comune accordo con gli assessori regionali alla sanità, che lo sapevano sin dal 1988. Inoltre, il Consiglio sanitario nazionale aveva previsto sin dal 1988 che vi fosse un atto di

indirizzo e coordinamento del Ministero per l'organizzazione dell'emergenza. Tale atto di indirizzo e coordinamento non lo ha fatto il senatore Donat-Cattin e non l'ho potuto fare io, come suggeriva il Consiglio sanitario nazionale – e lo dico anche ai colleghi repubblicani che hanno in tal senso presentato un'interrogazione alla Camera dei deputati – perchè gli atti di indirizzo e coordinamento non possono essere varati dal Governo se non vi è un riferimento legislativo chiaro. Pertanto, da parte della Presidenza del Consiglio è stato fatto osservare che non si poteva emanarlo. Pertanto, il Ministero della sanità ha discusso a fondo la materia, ma sin dal 1988 le regioni, che erano a conoscenza della posizione del Consiglio sanitario nazionale, dovevano provvedere in questo senso.

Sul secondo punto, vorrei rispondere al senatore Crocetta, il quale potrà poi continuare a chiedere le mie dimissioni, ma su altra materia e non su questa. La questione dell'organizzazione ospedaliera e dei dipartimenti è affrontata nell'articolo 17 della legge n. 833 che prevede che, superandosi il decreto del Presidente della Repubblica n. 69, le regioni con atto legislativo intervengano e disciplinino l'organizzazione degli ospedali e il collegamento tra gli stessi. Voglio ricordare al Parlamento, signor Presidente, che non esiste alcuna legge dello Stato che consente al Governo centrale del paese di assumere i poteri sostitutivi nei confronti delle regioni inadempienti rispetto al provvedimento legislativo. Quindi, anche se l'avessi voluto fare, non avrei potuto perchè non esisteva una norma in questo senso. Il Governo centrale del paese non può sostituirsi ai poteri legislativi propri delle regioni. Quando il Parlamento darà al Governo centrale del paese questa responsabilità, superando una serie di norme previste dalla Costituzione che affidano alle regioni determinate responsabilità delegate, il Governo farà la sua parte.

In terzo luogo, voglio ricordare che il Governo nel maggio 1990 ha stipulato una convenzione con la SIP per l'attivazione del numero 118 che è stata già realizzata nel Friuli-Venezia Giulia. Se il Governo non avesse provveduto in merito, il Friuli non avrebbe potuto fare questa attivazione. Questa regione ha approvato la legge per l'emergenza e ha disposto l'attivazione del numero 118 in quanto ha deciso di varare questo provvedimento. Le altre regioni che non l'hanno fatto non potevano trasferire questa responsabilità allo Stato. Nella conferenza Stato-regioni – voglio ancora ricordarlo – mi sono preso l'incarico di porre la questione, e di proporla al ministro Martinazzoli, con la collaborazione attiva del presidente Biasutti, che è il coordinatore dei Presidenti delle regioni; si è stabilito in quella sede di operare presso il Ministro per gli affari regionali ed i problemi istituzionali per far sì che vi sia una commissione tecnica che possa valutare tra le regioni l'opportunità, da me suggerita e ritenuta valida dai Presidenti delle regioni, di un progetto nazionale, che però deve essere fatto dalle regioni. Le regioni, quindi, autonomamente hanno aderito ad una proposta del Governo. Il Governo, infatti, non aveva comunque la possibilità di obbligare le regioni ad attenersi ad un progetto nazionale. Pertanto, ripeto, non ci sarà un progetto nazionale coordinato dal Ministero, ma un progetto nazionale a cui hanno aderito le regioni che

lo porteranno avanti. Non vedo, quindi, quali responsabilità possa avere il Coverno centrale del paese su tali questioni.

Vorrei poi riprendere un'altra questione. Se il numero 118 funziona nel Friuli-Venezia Giulia può funzionare dovunque, perchè la SIP ha gia ben sistemato le attrezzature. Tale numero può essere attivato quando esiste una programmazione sanitaria regionale, la quale preveda evidentemente l'individuazione degli ospedali con i posti letto per la rianimazione, per la neurochirurgia e così via, i posti che devono essere collegati attraverso un monitoraggio continuo della disponibilità degli stessi e delle camere operatorie, eccetera, perchè non è pensabile certo che ogni Pronto soccorso abbia la sala di rianimazione, la neurochirurgia e tutte le attrezzature necessarie. Questa programmazione, con l'individuazione dei posti di partenza delle ambulanze e degli elicotteri, la deve stabilire la regione: se la regione non assume queste determinazioni, non può essere il Governo centrale del paese a sostituirvisi.

Ed allora, autorevoli senatori che avete mosso critiche al Governo, considerate che è necessario individuare chi deve fare e che cosa. Il Ministero ha fatto fino in fondo la sua parte, facendo anche un'altra cosa (e con questo concludo la risposta a tale quesito): quando nell'agosto 1990 si è deciso di ripartire 10.000 miliardi tra le regioni, si è stabilito che... Senatore Dionisi, mi stia a sentire.

DIONISI. La sto ascoltando. (*Interruzioni del senatore Crocetta e della senatrice Salvato*).

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Va bene, allora non ne parliamo più. Sono lieto che da ora in poi reciprocamente riteniamo che siamo in grado di sentire e di parlare allo stesso tempo. Sono d'accordo.

Quando nell'agosto del 1990 abbiamo provveduto a ripartire 10.000 miliardi, proprio nella previsione che c'era una carenza nell'emergenza nel nostro paese, a livello del CIPE abbiamo forzato le regioni ad accettare un vincolo che sostanzialmente lo Stato centrale non avrebbe dovuto porre per dare priorità assoluta all'organizzazione dell'emergenza. Abbiamo affermato che il Governo non avrebbe approvato i piani di fattibilità presentati dalle regioni se non ci fosse stata la previsione dell'organizzazione dell'emergenza. Ebbene, ad oggi al Ministero della sanità da parte delle regioni non è stato fatto pervenire neanche un progetto di fattibilità sull'emergenza. Mi domando che cosa possa fare di più il Governo.

Ciò per sgomberare il campo da equivoci politici che servono soltanto a trasferire responsabilità a chi non le può avere e non le può esercitare.

Detto questo, signor Presidente, sono pienamente d'accordo con quanto ha detto il relatore. Vorrei solo fare alcune considerazioni molto veloci.

Sono ovviamente d'accordo con l'emendamento 4.143 del senatore Melotto che sistema la questione in modo pienamente convincente per il Governo.

Il senatore Rastrelli poneva un problema a proposito della responsabilità personale. A parere nostro dire «responsabilità personale» equivale ad utilizzare un concetto molto più ampio della responsabilità civile e penale perchè per responsabilità personale intendiamo anche la responsabilità amministrativa e contabile che prevede la denuncia alla Corte dei conti in caso di mancato esercizio. Riteniamo di conseguenza di aver già inserito la norma nelle forme più vincolanti possibili.

Signor relatore, vorrei poi chiarire un aspetto che abbiamo discusso anche con il Presidente della Commissione bilancio. A pagina 21 dello stampato del disegno di legge n. 3004, perchè rimanga agli atti del Senato, ritengo che si potrebbe inserire per coordinamento una nota di chiarezza. Si dice: «e il limite massimo di partecipazione alla spesa per prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio è fissato in lire 70.000 per prescrizioni contemporanee di ciascuna branca specialistica». Ciò va inteso, come per i farmaci, oltre al pagamento della quota fissa per singola ricetta. Questa è la stessa procedura che si segue per i farmaci. Quindi, se il Presidente ce lo consente, vorremmo presentare una proposta di coordinamento in cui quanto è scritto per i farmaci venga ripetuto anche per la parte specialistica. Si potrebbe cioè aggiungere: «oltre al pagamento della quota fissa per singola ricetta», al fine di non ingenerare equivoci interpretativi nella volontà del legislatore che era, invece, molto chiara.

BOATO. Non si tratta di una proposta di coordinamento. È un emendamento che il Governo deve presentare.

PRESIDENTE. Adesso lo valuteremo. Il ministro De Lorenzo si è rimesso alla valutazione del Presidente. Me la lascerà esercitare quando avrò dei testi.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Signor Presidente, il senatore Rastrelli negli emendamenti 4.101 e 4.102 pone la questione dell'ulteriore necessario rigore per il controllo al fine di eliminare abusi nelle esenzioni. Sarei d'accordo ad accogliere anche la proposta del relatore; di conseguenza avrei riformulato in maniera più organica questa parte rifacendomi anche al riferimento al codice fiscale come numero distintivo del cittadino e all'incrocio dei dati relativi all'esenzione con quelli fiscali. Se il senatore Rastrelli è d'accordo, possiamo discuterne insieme e, se ritira i suoi due emendamenti, possiamo vedere di concordarne uno nuovo. Ne parliamo subito dopo, ma ritengo che il senatore Rastrelli abbia posto un problema importante che richiedeva la necessaria attenzione da parte del Governo.

Esprimo parere contrario sull'emendamento 4.80, presentato dai senatori Gualtieri e Covi, innanzi tutto perchè da calcoli fatti anche da un punto di vista tecnico risulta che sul piano della copertura l'emendamento è improponibile; quanto essi propongono non compensa la diminuzione della spesa prevista dal Governo. In secondo luogo, come si fa a prevedere 2.000 specialità e non una di più? In questo settore vi è una continua evoluzione ed una dinamica che va affidata alla responsabilità di tecnici ed esperti.

La proposta di modifica presentata dal senatore Barca, che anche il Governo accetta, rappresenta una garanzia per quanto riguarda il Parlamento; ma anche quanto proposto dal senatore Barca, che – ripeto – condivido e faccio mio, come il relatore, lo vedo in un'ottica complessiva di controllo: il Parlamento domanda come il Ministero dell'industria procede alla revisione dei prezzi ed in questo senso può impartire anche ordini del giorno che vincolino il Governo, il quale naturalmente è molto sensibile. L'emendamento proposto dai senatori Gualtieri e Covi non è accoglibile per una serie di motivi, l'ultimo dei quali è il più importante, quello cioè della copertura della spesa.

Procedo velocemente, signor Presidente, commentando brevemente l'emendamento presentato dal senatore Fontana Giovanni. Ritengo che egli abbia posto un problema che il Governo può considerare positivamente. E siccome la competenza della delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi è stata completamente rivista e siccome il Ministero della sanità ha sempre partecipato con una Direzione specifica, credo che possa risultare utile garantire una certa continuità. Vorrei chiedere tuttavia al senatore Fontana se accetta l'inserimento nel suo emendamento di un concetto che escluda confusioni tra contratto e convenzioni: si dovrebbe dire: «limitatamente al rinnovo dei contratti». Se il presentatore accetta questa modifica, il Governo non si oppone ed anzi accoglie l'emendamento con la speranza che anche gli altri colleghi di Governo siano disponibili a farlo.

Vorrei soffermarmi infine su una questione molto importante sollevata dal senatore Crocetta, quella degli indigenti. Non è vero che il Governo non sappia che il problema degli indigenti esiste. Voglio ricordare, per chiarezza di comportamenti, che l'anno scorso, quando fu decisa questa norma, feci presente il problema, anche nell'incontro preliminare che ci fu con i sindacati dei lavoratori. Sapevamo bene che esisteva questa norma e furono tutti d'accordo a sostenere che per leggi dello Stato già esistenti gli indigenti vengono assistiti dai comuni e dunque questa non è materia di competenza del Ministero della sanità (*Commenti del senatore Crocetta*).

Tuttavia, a questo punto, essendo la responsabilità del Governo collegiale, mi faccio carico di dare una risposta. Abbiamo già parlato dell'argomento in Commissione ed abbiamo sottolineato, insieme al senatore Andreatta, che indubbiamente da parte del Governo una soluzione va trovata; nell'ambito però delle competenze specifiche del Ministero dell'interno. Abbiamo quindi fatto in modo di istituire un tavolo comune con il Ministero dell'interno e quello del tesoro. Il ministro Scotti ha assunto personalmente un impegno – il Ministro del tesoro per il Governo e la Ragioneria centrale sono d'accordo – affinchè il problema sia risolto all'interno del provvedimento sulla finanza locale come trasferimento di risorse. Il Governo ribadisce dunque la volontà di dare soluzione corretta al problema nell'ambito del trasferimento di risorse in materia di finanza locale.

Signor Presidente, credo di aver dato in tal modo risposta a tutti i quesiti e chiedo scusa per aver intrattenuto l'Aula più di quanto programmavo di fare.

Per quanto riguarda gli ordini del giorno, il primo, presentato dai senatori Melotto, Fiocchi e Forte, lo riteniamo molto valido sul piano

delle considerazioni e quindi siamo pronti ad accettarlo verificando le misure che si possono adottare, di carattere amministrativo, legislativo, in una organizzazione più complessiva, per dare una risposta positiva a quanto proposto.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno n. 2, presentato dai senatori Zanella, Forte, Mancia, Ferrara Pietro e Pierri, il Governo è ben conscio di ciò che avviene con quanto inserito nel disegno di legge di accompagnamento, però la questione non si può risolvere con un ordine del giorno perchè è necessario trovare la copertura della spesa e con provvedimenti successivi non si può intervenire su questa materia. Credo si possa ritornare sull'argomento quando, anche alla luce dell'esperienza che si farà quest'anno, si dovrà tener conto di quanto è stato proposto perchè esiste una giusta e motivata ragione.

Avevo dimenticato di considerare l'ultimo subemendamento presentato dalla senatrice Ferraguti e firmato anche dai senatori Melotto e Alberti. Il Governo è d'accordo con questo emendamento perchè si muove nella direzione della legge anticipandone alcuni contenuti.

PRESIDENTE. Procediamo alla votazione degli emendamenti. Dell'emendamento 4.113 è stato presentato un nuovo testo, sostitutivo del solo comma 5 dell'articolo.

Passiamo dunque alla votazione dell'emendamento 4.117.

RANALLI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* RANALLI. Onorevole Presidente, abbiamo presentato questo emendamento per sottolineare anche in questa sede la centralità del piano sanitario nazionale così come abbiamo lungamente fatto nel corso del dibattito, in verità, vi fu un confronto costruttivo, si arrivò ad una conclusione positiva e la questione del piano sanitario fu risolta attraverso l'accoglimento dell'articolo 2 del disegno di legge n. 2375 che è in attesa alla Camera.

Noi riteniamo che il piano sanitario nazionale debba essere assunto come un punto di riferimento essenziale per le prossime settimane e i prossimi mesi. È vero che il Ministro ha dichiarato di aver presentato il progetto di piano al Consiglio dei ministri, che lo ha approvato, e prossimamente sarà presentato anche alla Commissione sanità di questo ramo del Parlamento che dovrà cominciarne l'esame. Tuttavia, riteniamo che questo dato non può essere di sufficiente garanzia in una materia nella quale ritardi, lentezze e omissioni hanno rappresentato un dato politico negativo permanente del Ministero della sanità, dei Ministri e del Governo.

Desidero ricordare che da ben tredici anni il nostro paese avrebbe dovuto avere un piano sanitario nazionale in base alla legge n. 833 e di fatto non lo ha ancora; in base alla legge n. 595 avrebbe dovuto averlo per ulteriori sollecitazioni dal 1985, e non lo ha ancora. Credo quindi che mettere un punto fermo sia importante.

A proposito delle ultime dichiarazioni fatte dal Ministro proprio in questo suo discorso al Senato, con il quale egli ha tentato, come sempre,

di tirarsi fuori dalle responsabilità, anche pesanti, che gravano sul Ministero da lui diretto, ed a proposito delle recenti luttuose vicende di cui si sono occupate le cronache, vorrei far osservare che se il nostro paese avesse avuto per tempo un piano sanitario nazionale, tutte le regioni avrebbero potuto organizzare un sistema di emergenza, di pronto intervento e noi probabilmente oggi non saremmo nelle condizioni deplorevoli e deplorate che purtroppo dobbiamo registrare.

Questo desidero sottolineare perchè tra le responsabilità di un Ministro rientrano anche i poteri di indirizzo e di coordinamento, nonchè, evidentemente, l'emanazione per tempo di un piano sanitario che avrebbe costituito il primo degli atti fondamentali per indirizzare l'organizzazione sanitaria del nostro paese.

Per concludere la mia dichiarazione di voto, vorrei aggiungere che, a nostro avviso, il piano sanitario nazionale dovrebbe comunque essere presentato ed approvato dal Parlamento entro il 31 dicembre, per essere quindi a disposizione di tutte le regioni e per determinare una fase nuova della sanità nel nostro paese. Queste sono le ragioni per le quali noi insistiamo nel rivolgerci al Presidente della Commissione sanità ed ai colleghi che con noi hanno lavorato ed hanno trovato un terreno comune nell'approvazione dell'articolo 2 del disegno di legge n. 2375, perchè riconoscano in questo emendamento il lavoro svolto insieme e vedano se non sia possibile rafforzare la comune volontà approvandolo. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

SALVATO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SALVATO. Signor Presidente, il Gruppo della Rifondazione comunista voterà a favore dell'emendamento in esame.

Correttamente un attimo fa il collega Ranalli ha ricordato a tutti i membri di quest'Aula che su tale materia si era a lungo ragionato in Senato e c'era stato un voto unanime dell'Aula che mi auguro possa ripetersi. Noi voteremo a favore dell'emendamento, ma colgo l'occasione per replicare con grande franchezza al Ministro che oggi ancora una volta ha fornito valutazioni che non hanno convinto noi e forse anche altri. Ancora una volta egli ha tentato di tirarsi fuori da responsabilità che riguardano non tanto questa o quella regione, questo o quell'operatore, ma la politica sanitaria del paese nel suo complesso.

Non voglio tornare sulle vicende luttuose che in questi ultimi giorni hanno sconvolto ed allarmato l'opinione pubblica, anche se certamente un piano sanitario nazionale, una forma di programmazione avrebbe potuto dare ben diversi risultati. Le risposte fornite dal Ministro, se non hanno convinto noi, tanto più non convinceranno chi da questi eventi luttuosi è stato così drammaticamente colpito.

Per motivare il nostro giudizio positivo sull'emendamento, voglio tornare sulla quotidianità dell'universo sanitario e su quanto si dimostra ancora una volta esservi in questo paese di discontinuità e di squilibri, dove intere aree sono penalizzate, ci sono migrazioni coatte per la salute e soprattutto un livello di disumanità per ciò che bisogna patire ogni giorno in tante strutture sanitarie. Questo non riguarda soltanto chi ha

diritto a una prestazione, ma anche chi ha il dovere di fornire questa prestazione. L'assenza del piano sanitario nazionale, ormai da lunghi anni, è stata certamente un alibi per chi non intendeva in maniera responsabile dare tutte le risposte necessarie, ma è stata anche quel punto di debolezza e di mancanza di indirizzo e coordinamento per cui gli stessi operatori, le regioni e gli enti locali non sono stati messi in grado di operare per colmare questi disequilibri e per tentare di dare risposte in termini di umanità e di civiltà.

Voglio aggiungere un altro elemento di ragionamento, perchè soprattutto all'esterno a proposito di questo articolo si continua a ragionare su un dato, che è quello più ingiusto e vergognoso e che più colpisce l'opinione pubblica e tanti cittadini quale il problema del *ticket*; ma proprio per cancellare il *ticket* bisogna tentare, attraverso la programmazione, una politica che destini le risorse e cancelli gli sprechi e che possa condurre realmente anche in questo settore, da un lato, al pareggio della spesa e, dall'altro, a una sua qualificazione.

Pertanto siamo fermamente convinti e votiamo a favore dell'emendamento, anche perchè questa opzione ci appartiene da tempo: siamo convinti che bisogna eliminare gli sprechi e le storture e soprattutto intervenire nella grande giungla degli interessi delle case farmaceutiche. Anche su questo pensiamo che un piano sanitario nazionale e una programmazione potrebbero e dovrebbero dare – a mio avviso possono e devono dare – quella risposta utile ed efficace di cui c'è bisogno.

CONDORELLI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CONDORELLI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, nell'annunciare il voto contrario a questo emendamento vogliamo esprimere come Gruppo della Democrazia cristiana la nostra solidarietà al Ministro della sanità per le critiche, che noi riteniamo ingiuste, che gli sono state mosse a proposito della dolorosa vicenda del giovane di Viterbo deceduto a Pescara.

Il Ministro ha spiegato con dovizia di dettagli – noi condividiamo le sue giustificazioni – come egli nella sua qualità di Ministro della sanità non possa intervenire in una materia già regolata da leggi dello Stato. Il problema certamente esiste, ma dovrebbe essere risolto in altro modo. È strano tuttavia che le critiche vengano mosse al Ministro da quella parte politica che ritiene che il potere delle regioni debba essere ampliato e non limitato da interventi del Ministero della sanità. Un modo per risolvere il problema dovrebbe essere quello di conferire al Ministro pieni poteri in questo campo così delicato, o comunque conferirgli poteri sostitutivi in caso di inadempienza da parte delle regioni.

Voglio dire inoltre che per risovere il problema della emergenza sanitaria non c'è bisogno del piano sanitario nazionale, perchè le regioni hanno tutti gli strumenti per risolvere tale delicatissimo problema (molto spesso ci troviamo di fronte all'inefficienza delle regioni), tant'è vero che, senza una legge dello Stato e senza un piano sanitario nazionale, la Regione Friuli ha risolto il problema.

Devo dare atto al Ministro che l'istituzione della linea telefonica «118» è un fatto molto importante e che ha risolto tanti problemi, perchè oltretutto è un incentivo per gli ospedali a compiere bene il loro dovere. Infatti se alla chiamata del 118 l'ospedale afferma di non avere posti letto disponibili, subito dopo – come mi risulta essere accaduto a Napoli – segue la visita dei carabinieri che vanno a constatare se veramente il posto manca. Questo è un passo avanti molto importante.

Come dicevo, il problema dell'emergenza certamente esiste, richiede anche l'intervento del Ministero dell'interno. Chi vive a Napoli sa molto bene che, uscendo dalla tangenziale, per raggiungere la zona ospedaliera, dov'è concentrata la maggior parte dei malati, sono necessarie anche due ore.

Molte persone perciò muoiono perchè non riescono a raggiungere in tempo l'ospedale: nel caso dell'infarto del miocardio la morte avviene nel 50 per cento dei casi nelle prime due ore e quindi il soccorso deve essere molto rapido. Tutto questo deve esssere affidato all'organizzazione e alla buona volontà delle regioni; non c'è bisogno di alcuna legge dello Stato, di alcun piano sanitario.

Scaricare sul Ministro della sanità la responsabilità di tutto quanto avviene vuol dire davvero fare dello sciacallaggio, muovere una critica davvero ingiusta. Esprimo, quindi, al Ministro della sanità la solidarietà non solo mia, ma dell'intero Gruppo della Democrazia cristiana. (*Applausi dal centro*).

POLLICE. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

POLLICE. Una brevissima dichiarazione per motivare il mio voto favorevole a questo emendamento. Non riesco a capire con quale faccia il Governo non accetti un emendamento come questo presentato dai colleghi del Partito democratico della sinistra. In fondo si tratta di un discorso di omogeneizzazione, di assicurare condizioni di omogeneità in tutto il paese in un settore così delicato, di applicare degli *standards* organizzativi chiari, lampanti, alla luce del sole per tutto il territorio nazionale: è una sorta di bandiera, di presentazione di tutto il piano sanitario nazionale.

Non riesco a capire l'opposizione del Ministro, che mentre – a parole – si dichiara aperto nei fatti, poi neanche fa sua una affermazione di principio.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* DE LORENZO, *ministro della sanità*. Ho chiesto di parlare non per una replica ma per una breve precisazione. L'emendamento 4.117, illustrato dal senatore Ranalli e ripreso dal senatore Pollice nel suo intervento, in sostanza affronta un problema già in parte risolto e in

altra parte risolvibile con l'approvazione della legge di riordino del servizio sanitario nazionale.

Il piano sanitario nazionale, previsto con la legge n. 833, non è vincolante per le regioni. Non a caso il Parlamento all'unanimità, con il contributo importante e costruttivo venuto dalle opposizioni, ha votato l'articolo 1 nel quale si stabilisce che dovrà essere varato il piano sanitario nazionale entro tre mesi. Il Governo ha già presentato detto piano in Parlamento: per approvarlo però è necessario che si approvi la legge di riordino del servizio sanitario nazionale.

Per evitare di far slittare di un anno i tempi, in attesa dell'approvazione della legge di riordino del servizio sanitario nazionale, che rappresenta il riferimento legislativo per l'approvazione del piano sanitario nazionale vincolante per le regioni, abbiamo proposto per il 1992 di provvedere con decreto del Presidente della Repubblica (quindi con atto legislativo) ad attuare tutte quelle norme previste nel piano sanitario nazionale che non sarebbero applicabili per il 1991, non essendo possibile approvare nell'anno il piano sanitario nazionale in mancanza della legge di riordino del servizio sanitario nazionale.

Mi sono tra l'altro impegnato – lo ho già affermato prima rispondendo al senatore Berlinguer – a presentare gli *standards*, di organizzazione e i parametri entri dieci giorni, in modo tale che il Parlamento possa, prima che il Governo ricorra al decreto del Presidente della Repubblica (così come previsto dal comma 1 dell'articolo 4), esprime anche il proprio parere.

Ritengo perciò che sia improponibile l'emendamento 4.117: non credo sia possibile approvarlo, perchè è collegato ad una norma vincolante prevista da un disegno di legge non ancora divenuto legge, nè possiamo approvare soltanto questa parte, perchè l'articolo 1 della legge di riordino del servizio nazionale fornisce tutta una serie di indicazioni e di criteri per circa due colonne di stampato che non credo si possano inserire nel disegno di legge al nostro esame. Ritengo, infatti, che sia impossibile inserire tutta la legge di riordino nell'ambito di un provvedimento collegato alla legge finanziaria.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.117, presentato dal senatore Imbrìaco e da altri senatori.

Non è approvato.

CROCETTA. Chiediamo la controprova.

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

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.1, presentato dal senatore Cossutta e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.2, presentato dal senatore Cossutta e da altri senatori, sostanzialmente identico all'emendamento 4.118, presentato dal senatore Torlontano e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.3, presentato dal senatore Cossutta e da altri senatori.

Non è approvato.

Possiamo alla votazione dell'emendamento 4.4.

CROCETTA. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* CROCETTA. Signor Presidente, questo emendamento in un certo senso si collega all'emendamento 4.117 del senatore Imbrìaco, precedentemente bocciato, anche se la struttura è diversa in quanto tende a correggere soltanto una parte del comma 1 dell'articolo 4.

La questione che noi intendiamo porre è la seguente: non può continuare, per quanto riguarda i servizi, a permanere una situazione così squilibrata sul territorio nazionale come l'attuale. E le cose che sono state dette in questa sede dal Ministro a proposito dell'istituzione del numero 118 credo ci dovrebbero far riflettere. Infatti, il Ministro ha istituito tale possibilità che però funziona in una sola regione mentre non è attivata nel resto del paese.

Il Ministro ha anche detto – ed è vero che è così – che occorre guardare alla competenza delle varie regioni. Tutto questo però porta ad una situazione di disparità tra un cittadino ed un altro che in alcuni casi è veramente assurda. Ci troviamo infatti di fronte a regioni in cui il servizio sanitario è assicurato in termini discreti, e in alcuni casi anche buoni, e altre regioni in cui la situazione del servizio è pessima. Noi chiediamo allora innanzitutto che su tutto il territorio nazionale vi sia un'erogazione uniforme e poi che vengano indicati gli *standards* dei servizi.

A tal proposito, non ho ben capito la solidarietà che la Democrazia cristiana ha voluto esprimere al Ministro quando io ho sollevato una certa questione, valutando la stessa come un atto d'accusa nei confronti del Ministro il quale poteva non aver fatto tutto quello che doveva esser fatto. La mia indignazione – torno a ripeterlo – non è tanto per il fatto che non funziona il servizio sanitario, ma è riferita alle dichiarazioni che ha fatto il Ministro quella mattina proprio di fronte alla notizia di una morte. Questa è la mia vera indignazione, perchè il Ministro non si può permettere il lusso, dinanzi ad un atto doloroso come quello, di dichiarare alla radio che la responsabilità è degli altri, che il servizio sanitario in Italia funziona e che quindi, se ci sono delle responsabilità, queste sono delle regioni, dei comuni e delle unità sanitarie locali! Credo che una situazione di questo tipo non si possa accettare. Questa era la ragione della mia indignazione e sotto questo aspetto ribadisco la

mia sfiducia nei confronti di questo Ministro. Ho voluto ripetere la mia posizione in questa dichiarazione di voto e voglio anche ribadire che abbiamo bisogno di servizi sanitari che abbiano uno *standard* uguale per tutti i cittadini, affinchè non vi siano cittadini, in maggioranza del Sud, che ricevono servizi scadentissimi e cittadini del Veneto o dell'Emilia-Romagna che, avendo degli amministratori capaci, riescono ad avere dei servizi adeguati.

C'è allora un problema di indirizzi generali che debbono essere assicurati dal Governo. È vero che il Ministero della sanità non ha il controllo diretto, ma è vero che ha il controllo sugli indirizzi e sulla programmazione e noi chiediamo che almeno questo venga fatto dal Ministro. Con l'emendamento proposto chiediamo quindi che vengano predisposti gli indirizzi generali da parte del Governo. È chiaro che rimane l'autonomia delle regioni e delle unità sanitarie locali, ma è necessario che vi siano indirizzi generali e precisi che riescano a garantire servizi uguali a tutti i cittadini.

BOATO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* BOATO. Signor Presidente, ho ascoltato con molta attenzione la dichiarazione di voto del collega Crocetta e devo dire che nel merito noi siamo d'accordo con lui riguardo agli squilibri esistenti e alla necessità di assicurare questa uniformità nei servizi. Quello che non ho capito è in cosa si differenzi il testo dell'emendamento da lui proposto rispetto a quanto già risulta nel testo. Il provvedimento che stiamo esaminando, nella parte che il senatore Crocetta propone di emendare, parla di assicurare condizioni di uniformità in tutto il paese; mentre con l'emendamento che propone è scritto: «erogare uniformemente su tutto il territorio nazionale». È esattamente la stessa identica cosa. Sono d'accordo con i proponenti su quello che si vuole ottenere, ma siccome l'uniformità richiesta con l'emendamento è già prevista nel testo della legge, mi asterrò su questo emendamento.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Era già scritto nel testo originario del Governo!

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.4, presentato dal senatore Cossutta e da altri senatori.

Non è approvato.

Passiamo alla votazione dell'emendamento 4.83.

RASTRELLI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* RASTRELLI. Signor Presidente, vorrei chiarire il motivo per il quale non abbiamo votato a favore dell'emendamento presentato dalla

sinistra per il quale è stata richiesta la controprova. Riteniamo che nell'anno di sperimentazione – di questo si tratta – in attesa del piano sanitario nazionale il sistema organizzativo e il parametro capitario debbano essere riservati non al Governo ma alle regioni.

Un partito che non è regionalista pure si preoccupa in questa fase sperimentale, in attesa che il Governo vari il piano nazionale complessivo, di determinare secondo le circostanze già in atto regione per regione la responsabilità della regione stessa in una materia così delicata. Mentre al Governo vogliamo attribuire compiti di programmazione generale, vogliamo che la responsabilità delle regioni si determini attraverso la fissazione degli *standards* organizzativi in quest'anno di sperimentazione. Credo che il Governo potrebbe così tranquillamente abbandonare la sua pretesa di organizzazione, che poi riesce impossibile, dal momento che non tutte le unità sanitarie locali e non tutte le regioni si trovano in uno stato di uniformità. Ciò determinerebbe una responsabilità maggiore.

Accogliendo l'emendamento 4.83, risulterebbe automaticamente approvato il successivo emendamento 4.84. Viceversa, bocciando questo emendamento, si potrebbe ritenere ritirato l'emendamento successivo.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.83, presentato dal senatore Rastrelli e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.119, presentato dalla senatrice Zuffa e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.5, presentato dal senatore Cossutta e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.6, presentato dal senatore Cossutta e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.7, presentato dal senatore Cossutta e da altri senatori.

Non è approvato.

Passiamo alla votazione dell'emendamento 4.8.

TRIPODI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

TRIPODI. Signor Presidente, insistiamo per la votazione di questo emendamento perchè esso affronta la questione della copertura finanziaria. Non è di poco conto quello che stiamo esaminando e stiamo per votare perchè, mentre nel disegno di legge si stabilisce che bisogna determinare una situazione di equità tra le regioni, dobbiamo anche stabilire sulla base di quale copertura finanziaria viene offerta questa garanzia.

In sostanza, soprattutto quando si arriva al comma 5 di questo articolo 4, risalta un elemento molto pericoloso, quello di garantire un eventuale equilibrio – che poi non c'è – attraverso nuove tasse, cioè attraverso l'autonomia impositiva riconosciuta alle regioni. Riteniamo che ciò rappresenti un dato molto pericoloso e quindi occorre inserire nel comma 1 la garanzia di copertura finanziaria attraverso il fondo sanitario nazionale, prevista appunto dall'emendamento 4.8.

Facciamo appello a tutti i colleghi di tener conto dell'importanza e della delicatezza di tale emendamento. Non approvarlo può automaticamente rappresentare un grosso rischio di nuovi balzelli e nuove tasse sulla povera gente. Questo colpirebbe soprattutto alcune categorie che si vedrebbero gravate, oltre che dai *tickets*, da ulteriori oneri per sostenere i bilanci regionali.

Insistiamo pertanto e chiediamo il voto favorevole su questo emendamento, per l'importanza che esso riveste e per la precisazione che deve essere fornita anticipatamente rispetto all'impegno che Parlamento e Governo assumono in questo momento ai fini del riequilibrio delle condizioni sanitarie nelle diverse regioni d'Italia.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.8, presentato dal senatore Cossutta e da altri senatori.

Non è approvato.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento 4.9.

DIONISI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DIONISI. Signor Presidente, colleghi, intervengo per specificare alcuni aspetti che ci sembrano poco chiari nel testo a proposito delle convenzioni. Si prevede che le regioni, con apposito provvedimento, «possono dichiarare» la decadenza delle convenzioni per rinnovarle. Il Gruppo della Rifondazione comunista propone invece che il testo sia formulato nel senso che le regioni dichiarano la decadenza delle convenzioni, in modo che queste possano essere rideterminate sulla base degli *standards* di servizio da erogare e delle nuove necessità e le convenzioni da rinnovare o realizzare *ex novo* possano essere meglio calcolate sulla base di una ricognizione delle strutture pubbliche a disposizione.

Nel comma 2-*ter*, che proponiamo di inserire, intendiamo precisare che gli *standards* qualitativi e quantitativi di personale e di strutture private da convenzionare debbono essere gli stessi imposti al sistema

pubblico. Infatti molto spesso accade che i profitti realizzati dalle strutture private sono il frutto di vere e proprie speculazioni sui lavoratori e di una utilizzazione di personale sanitario non sempre qualificato. Oggi le strutture private qualificano la loro offerta nel mercato della sanità con nomi di professionisti prestigiosi che, però, una volta compiuto l'atto fondamentale (la visita medica o l'intervento chirurgico), affidano i pazienti a operatori sanitari meno sperimentati e sfruttati. Anche in questo caso, come abbiamo fatto in sede di esame delle leggi finanziarie degli anni passati, vogliamo specificare che la condizione per la validità delle convenzioni con le strutture private deve essere l'assoluto rispetto dei contratti di lavoro. Questi non possono essere diversi, nelle strutture private, da quelli applicati nel servizio sanitario pubblico.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.9, presentato dal senatore Cossutta e da altri senatori.

Non è approvato.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento 4.84.

RASTRELLI. È precluso dalla precedente votazione sull'emendamento 4.83.

PRESIDENTE. L'emendamento è pertanto precluso.
Passiamo alla votazione dell'emendamento 4.10.

CROCETTA. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* CROCETTA. Non vorrei che anche su questo emendamento il senatore Boato dicesse che si tratta dello stesso testo del Governo, anche perchè nel testo del Governo si diceva «indica» mentre noi parlavamo di erogare. C'è una bella differenza tra indicare ed erogare; erogare è qualcosa di concreto, indicare vuol dire dare una indicazione di carattere generale. Questo per dare una risposta al senatore Boato sul precedente emendamento, visto che in quel momento non potevo prendere la parola.

La questione che si pone con l'emendamento 4.10 è importantissima e riteniamo che non si possa procedere in maniera semplicistica e veloce come intende fare il Governo, senza determinare con serietà tali questioni. Noi diciamo che: «debbono predisporre, entro 90 giorni dall'approvazione della presente legge, apposito piano di pieno utilizzo di tutte le strutture sanitarie pubbliche, rideterminare il fabbisogno di attività convenzionate necessarie per l'assistenza e di conseguenza ridefinire l'entità ed i soggetti per le convenzioni con le case di cura private». Su questo terreno delle strutture di tipo privatistico il Governo procede fortemente mentre non si tende a valorizzare la struttura pubblica. Siamo favorevoli a definire le questioni anche alla luce del funzionamento delle strutture pubbliche.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.10, presentato dal senatore Cossutta e da altri senatori.

Non è approvato.

Passiamo alla votazione dell'emendamento 4.120.

BERLINGUER. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BERLINGUER. Questo emendamento si collega all'emendamento 4.121 e tende semplicemente a sostituire un indicativo ad un condizionale. In tutta la legge finanziaria viene usato il verbo all'indicativo, invece quando si passa alle convenzioni per l'assistenza specialistica esterna e alle convenzioni per le case di cura private si dice che le regioni possono determinare o possono dichiarare. C'è un trattamento privilegiato che secondo me deve essere escluso. Per ciò pregherei anche gli altri Gruppi di approvare questo emendamento che rende chiaro qual è il dovere di ciascuno.

RASTRELLI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RASTRELLI. Dichiaro il voto favorevole all'emendamento perchè effettivamente nella legge non esiste la possibilità di stabilire un potere facoltativo che nel caso di specie non è compatibile con la struttura stessa della legge.

CROCETTA. Domando di parlare per annuncio di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CROCETTA. Annuncio il voto favorevole del Gruppo della Rifondazione comunista.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.120, presentato dal senatore Berlinguer e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.66, presentato dal senatore Pollice.

Non è approvato.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.121, presentato dal senatore Ranalli e da altri senatori.

Non è approvato.

SERRI. Chiediamo la controprova.

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

Non è approvato.

TOSSI BRUTTI. Segnalo che il sistema elettronico non funziona in una fila di banchi della sinistra. Non si può lavorare in queste condizioni!

PRESIDENTE. Nella pausa tra questa seduta e quella pomeridiana, si provvederà a riparare il guasto. Del resto, la tecnologia fa di questi scherzi. Non ho mai creduto nell'infallibilità della tecnologia.

Metto ai voti l'emendamento 4.67, presentato dal senatore Pollice.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.143, presentato dal senatore Melotto.

È approvato.

Passiamo alla votazione dell'emendamento 4.122.

TORLONTANO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* TORLONTANO. Il nostro emendamento tende ad aggiungere la previsione che qualora le regioni revochino, successivamente alla rideterminazione del fabbisogno di attività convenzionate, convenzioni con case di cura per il mancato rispetto di *standards* assistenziali e professionali, è opportuno che i mezzi finanziari da ciò derivanti vengano utilizzati a favore di strutture pubbliche. Come abbiamo visto, infatti, in molte occasioni reparti di vitale importanza non sono in grado di offrire i servizi loro richiesti. Al di là delle responsabilità dei singoli, non c'è dubbio che esistono molti reparti nei quali non è possibile effettuare la terapia intensiva, perchè questa esiste solo sulla carta. C'è la possibilità – non così rara – che un soggetto ufficialmente venga ricoverato, ma non possa poi usufruire delle cure necessarie. Intendo dire che la norma potrebbe anche essere aggirata in questo modo: si ricovera un soggetto, ma in pratica non si fa tutto il possibile per salvarlo.

Quindi mi sembra molto opportuno che, laddove si recuperano dei mezzi finanziari per la non efficienza di certe strutture private, gli stessi vengano utilizzati soprattutto per strutture pubbliche di estremo interesse come le terapie intensive.

Vorrei accennare ad una considerazione che stranamente non viene mai fatta. Quando si parla dell'insufficienza dei servizi di terapia intensiva e di rianimazione si dimentica che per carenza legislativa, per non aver ancora definito mediante una legge il concetto di morte cerebrale, c'è una quantità di morti che respirano che occupano i letti

di rianimazione, che non possono essere utilizzati per chi he na bisogno. È stranissimo che pur avendo fatto anche delle dichiarazioni pubbliche in proposito nessuno tra i competenti si sia mai dato la briga di ricordare questo aspetto. In questa sede non ho sufficiente tempo per affrontare la questione, ma invito tutti a fare attenzione perchè con la legge attualmente in vigore, visto che non è stato ancora definito per legge il concetto di morte cerebrale – il disegno di legge è ancora fermo nella competente commissione della Camera – assistiamo addirittura a una forma di dualismo. I morti cerebrali candidati al prelievo d'organo vengono considerati morti e dopo dodici ore si può interrompere la terapia; se non sono candidati alla donazione degli organi, per carenza legislativa non si può riunire la commissione deputata a definire un soggetto deceduto, e allora un morto cerebrale resta in terapia. In definitiva c'è gente che ancora non crede alla morte cerebrale. Questo non è un paese civile se ancora succedono queste cose in Parlamento! La morte cerebrale è una definizione scientifica che vale in tutti i paesi civili, ma per l'Italia non vale ancora ufficialmente; pertanto dei soggetti deceduti occupano ancora per una settimana dei letti che sarebbero preziosi per salvare delle vite umane.

Prescindendo dal problema legislativo, almeno utilizziamo i fondi che si liberano per potenziare queste strutture. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.122, presentato dai senatori Imbrìaco, Berlinguer e Sposetti.

Non è approvato.

CROCETTA. Chiediamo la controprova.

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

Non è approvato.

Passiamo alla votazione dell'emendamento 4.123.

RANALLI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* RANALLI. Signor Presidente, l'emendamento tende a bloccare entro i limiti del possibile la penetrazione di capitali provenienti dalla criminalità organizzata nell'acquisto di apparecchiature e attrezzature biomediche per arredare i poliambulatori. È noto infatti che questo già avviene, come emerge dai lavori della Commissione antimafia e dalle cronache giudiziarie.

Il meccanismo che noi proponiamo mira alla organizzazione di società di gestione dei poliambulatori, che devono essere costituite in maggioranza da professionisti i cui nomi devono essere iscritti all'albo e quindi conosciuti.

Riteniamo che questo emendamento vada nella direzione della trasparenza e della pulizia e perciò dovrebbe essere accolto dalla maggioranza e da tutti coloro che nel paese e nel Parlamento si battono per questi ideali.

ZITO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ZITO. Signor Presidente, dichiaro, anche a nome del Gruppo socialista, il voto contrario sull'emendamento 4.123. Di questo argomento abbiamo discusso a lungo nel corso del dibattito sulla riforma sanitaria: non credo assolutamente che la presenza maggioritaria di professionisti in questa società sia una garanzia minimamente sufficiente rispetto ai rischi che i colleghi delle opposizioni paventano e che riguardano soprattutto la possibilità della penetrazione in queste strutture esterne di forze mafiose. Oggi ci sono i professionisti della mafia, i medici, gli avvocati, gli ingegneri della mafia; manca qualsiasi garanzia nella situazione attuale. So per certo, ad esempio, che nella mia regione molti laboratori privati sono di proprietà o condizionati dalla mafia.

Sono perciò favorevole al mantenimento del testo presentato dal relatore, ben sapendo, però, che anch'esso non è soddisfacente e non dà quelle garanzie che fornisce il testo approvato in sede di riforma, che trasferisce pedissequamente nel campo della sanità la disciplina minuziosa e rigorosa che abbiamo approvato per la stampa.

Questo mi porta a ribadire la mia convinzione profonda che è necessario arrivare al più presto all'approvazione della legge di riforma sanitaria.

Presidenza del vice presidente SCEVAROLLI

(*Segue* ZITO). Trovo veramente contraddittorio l'interesse che tutta l'Aula dimostra per questa anticipazione di riforma, magari anche presentando degli emendamenti: un'anticipazione non è una riforma non solo perchè è meno dettagliata, ma perchè è difficile pensare di riformare la sanità «a pezzi e bocconi». Nel Servizio sanitario nazionale, tutto o gran parte si regge insieme; se vogliamo affrontare gli innumerevoli problemi inerenti al suo funzionamento, a volte buono, assai spesso cattivo – dobbiamo affrontarli complessivamente.

Questo vale anche per il problema che questa mattina ha attirato l'attenzione dei colleghi: quello dell'emergenza, rispetto al quale vorrei associarmi a quanto ha affermato il senatore Condorelli nei riguardi del Ministro (al quale esprimo, anche a nome del mio Gruppo, piena solidarietà). Si tratta di episodi dolorosi che colpiscono tutti noi, di episodi insopportabili ed inaccettabili; ci sono responsabilità individuali, anche di natura penale, che vanno accertate e perseguite in maniera

adeguata. Probabilmente ci saranno anche delle responsabilità politiche, ma se vado alla ricerca di esse il mio sguardo più che a Roma si indirizza ai capoluoghi delle varie regioni, dato che molte regioni avrebbero potuto fare quello che alcune di esse hanno fatto, visto che nulla lo impediva.

Per questi motivi dunque, anche a nome del mio Gruppo, ribadisco la solidarietà al Ministro rispetto alle accuse che sono state a lui rivolte in ordine agli episodi ricordati questa mattina. (*Applausi dalla sinistra*).

CROCETTA. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* CROCETTA. Signor Presidente, mi pare che si ritorni sempre sulla stessa questione; ciò mi ricorda una favoletta delle mie parti che vorrei narrarvi. Un tale racandosi ad una fiera dove si vendevano tante statuette di San Calogero, chiese: «Quanto costa 'sto pupo?» e la risposta che ne ebbe fu: «È San Calogero», mentre egli insisteva nel dire che si trattava di un «pupo». Ebbene, anche in questo caso non si tratta del «pupo», ma di San Calogero, nel senso – e lo dico chiaramente – che noi abbiamo assunto una posizione precisa su una dichiarazione del Ministro e non sulle questioni che qui vengono ribadite in termini di solidarietà e che con essa non hanno nulla a che vedere. Torno a ribadirlo, mi pare si tratti di San Calogero e non del «pupo», mentre si insiste con quest'ultimo.

Per quanto riguarda, invece, l'emendamento 4.123, presentato dal Gruppo del Partito democratico della sinistra e su cui noi di Rifondazione comunista voteremo a favore, credo che esso nasca dal fatto che, non funzionando i servizi sanitari pubblici, si ricorre a prestazioni fornite da soggetti privati, che, dunque, trovano la loro ragione di esistere nel cattivo funzionamento delle strutture sanitarie, e, in particolare, dei laboratori di analisi, dei poliambulatori, dei centri di ricerca, e così via. Da una parte, dunque, vi è questo problema; dall'altra, vi è quello della trasparenza. Ebbene, che l'emendamento non soddisfi pienamente quest'ultima esigenza e che, anche a fronte di questa formulazione, vi possano essere tentativi di aggirare l'ostacolo, può anche essere vero; tuttavia, l'emendamento ha il pregio di porre la questione e di cercare la trasparenza in un settore in cui si verificano enormi abusi e «grosse porcherie» (è questo il temine esatto). In molti casi, infatti, si tratta di società costituite da primari – perchè, dunque, non dobbiamo conoscere il nome del primario che fa parte di una certa società? – che magari operano all'interno della struttura ospedaliera pubblica e che non la fanno funzionare perchè devono funzionare le collaterali strutture private. Sono a conoscenza, ad esempio, dell'esistenza di alcuni laboratori, dotati di Tac, nati proprio a seguito delle spinte di alcuni medici ospedalieri, i quali non fanno funzionare all'interno dei loro ospedalieri le apparecchiature destinate a tale esame, convogliando i pazienti sui laboratori privati; addirittura, fanno parte di tali società membri del consiglio di amministrazione delle Usl o comunque si utilizzano dei prestanome.

Allora, se si fa chiarezza...

RASTRELLI. È esattamente il contrario!

CROCETTA. No; intanto, io dico che occorre fare chiarezza e quindi conoscere i nomi di coloro che costituiscono tali società. Sono consapevole del fatto che in questo modo non si risolve l'intero problema; però, il merito di questo emendamento è quanto meno quello di fare chiarezza: si deve sapere chi sono i soci della società che operano nell'ambito del settore sanitario, perchè è estremamente importante.

Per tale motivo, dunque, noi voteremo a favore dell'emendamento 4.123. Sappiamo che alcune delle osservazioni del senatore Zito non sono campate in aria; però, quanto meno il problema della trasparenza va affrontato e questo emendamento si muove in tale direzione.

RASTRELLI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* RASTRELLI. Signor Presidente, al fine di esprimere un voto favorevole sull'emendamento in esame, chiederei ai proponenti di eliminarne, se possibile, il secondo periodo. Il primo, infatti, può andare tranquillamente in porto, in quanto fa riferimento ad un sistema di controllo, stabilito dal regime delle autorizzazioni e vigilanza di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e può essere gestito da persone fisiche e società. Se, però, nel secondo periodo, stabiliamo che nelle società che gestiscono istituzioni sanitarie private debbono entrare i medici che, per loro natura, sono anche convenzionati con il settore pubblico della sanità, allora distruggiamo il principio della non compatibilità, sul quale tra poco ci pronunceremo. Quindi, è assolutamente impossibile che per fare trasparenza e per evitare che capitali magari occulti entrino in queste gestioni si vogliano responsabilizzare dei medici che si troverebbero automaticamente in una situazione di incompatibilità.

CROCETTA. Il principio dell'incompatibilità deve rimanere!

RASTRELLI. Noi pertanto chiederemmo, in questa fase, di eliminare il secondo periodo e di lasciare soltanto il primo, salvo vedere poi come si svilupperanno la discussione e la votazione degli altri emendamenti che riguardano specificamente l'incompatibilità dei medici convenzionati con le strutture pubbliche a gestire comunque attività di carattere privato.

Chiediamo pertanto di procedere ad una votazione dell'emendamento per parti separate, votando cioè separatamente il primo periodo, fino alle parole: «gestite da persone fisiche o società», e i successivi periodi fino alla fine dell'emendamento.

PRESIDENTE. È stata avanzata una richiesta di votazione per parti separate sull'emendamento 4.123. Poichè non si fanno osservazioni, procediamo alla votazione per parti separate.

RASTRELLI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* RASTRELLI. Signor Presidente, il relatore e il Governo si erano pronunziati precedentemente sul complesso dell'emendamento. Credo invece che a questo punto lei debba chiedere loro specificamente il parere sulle due parti in cui verrà considerato e votato l'emendamento.

PRESIDENTE. Invito il relatore ed il rappresentante del Governo a pronunziarsi sulla parte dell'emendamento 4.123 dall'inizio fino alle parole «gestite da persone fisiche o società».

BONORA, *relatore*. Il mio parere è contrario comunque ad entrambe le parti dell'emendamento.

PAVAN, *sottosegretario di Stato per il tesoro*. Anche il Governo esprime parere contrario sulle due parti dell'emendamento.

PRESIDENTE. Metto ai voti la prima parte dell'emendamento 4.123, presentato dal senatore Imbrìaco e da altri senatori, dall'inizio fino alle parole: «gestite da persone fisiche o società».

Non è approvata.

LIBERTINI. Chiediamo la controprova.

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

Non è approvata.

Metto ai voti la seconda parte dell'emendamento 4.123, presentato dal senatore Imbrìaco e da altri senatori, dalle parole: «Nelle società» fino alla fine.

Non è approvata.

Passiamo alla votazione dell'emendamento 4.68.

POLLICE. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

POLLICE. Signor Presidente, l'emendamento 4.68, come il precedente emendamento 4.67 che è stato respinto, è la dimostrazione che la confusione e la sciatteria che caratterizzano il disegno di legge in esame nei suoi contenuti si manifestano anche nelle espressioni letterarie. Vengono infatti usati termini impropri e addirittura in contrasto con puntuali disposizioni normative che definiscono determinati istituti e fattispecie giuridiche.

Diversamente da quanto è riportato nelle disposizioni in esame, tra le situazioni sanitarie private non possono essere inclusi – nel caso precedente – gli ambulatori e i poliambulatori: infatti, essi hanno una propria qualificazione giuridica distinta dall'istituzione sanitaria. Per quanto riguarda questo emendamento, invece, ci troviamo di fronte ad una formulazione della norma superficiale e tecnicamente non corretta.

Com'è noto, il contenzioso a livello di giudice amministrativo è spesso alimentato dall'imprecisione delle norme di legge e dalla utilizzazione di termini tecnicamente sbagliati. Ciò lascia ampio spazio ad interpretazioni meramente soggettive. Con la disposizione in esame, i compiti del direttore tecnico – meglio sarebbe denominarlo «direttore sanitario» – vengono delineati in maniera rafforzata e al di fuori del quadro vigente. L'emendamento da me proposto tende, invece, a delineare i compiti del direttore per quello che sono, in maniera corretta e in coerenza con la funzione che è propria del professionista che dirige una struttura, ovvero un presidio sanitario.

LIBERTINI. Domando di parlare per annunzio di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* LIBERTINI. Signor Presidente, il Gruppo della Rifondazione comunista voterà a favore dell'emendamento 4.68, presentato dal collega Pollice.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.68, presentato dal senatore Pollice.

Non è approvato.

Passiamo alla votazione dell'emendamento 4.88.

RASTRELLI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* RASTRELLI. Signor Presidente, vista la dichiarazione del Ministro, che equivale ad una interpretazione autentica, in base alla quale la formula utilizzata dal Governo è ancora più impegnativa rispetto a quella da noi proposta, ritiriamo gli emendamenti 4.88 e 4.89.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento 4.11.

DIONISI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DIONISI. Signor Presidente, colleghi, prima di spiegare compiutamente la nostra proposta di sopprimere il comma 3 dell'articolo 4, vorrei fare un breve riferimento alla discussione che si è aperta questa

mattina con la richiesta delle dimissioni del Ministro della sanità. Ho visto che la nostra richiesta ha suscitato la solidarietà dei Gruppi della maggioranza nei confronti del Ministro, ma questi non hanno molto argomentato entrando nel merito delle questioni sollevate.

Noi, ovviamente, non abbiamo addebitato al Ministro della sanità responsabilità personali rispetto ai singoli episodi che sono avvenuti. Sarebbe stata una follia! La morte o la mancata assistenza dei malati rifiutati dagli ospedali non possono ricadere sulla persona del Ministro della sanità se non sul piano politico. Noi avevamo sollevato il problema dell'atteggiamento tenuto in questi anni e negli ultimi mesi dai Ministri della sanità che si sono succeduti, e quindi anche dal ministro De Lorenzo, nei confronti della sanità pubblica e avevamo messo in rilievo come la sfiducia – seminata specialmente in questo ultimo periodo, in coincidenza con questi episodi – nei confronti del sistema sanitario pubblico rendesse incompatibile la presenza di questo Ministro alla guida di un settore così importante. Soltanto questo. Non avevamo tirato in ballo responsabilità personali rispetto ad episodi che naturalmente vanno addebitati agli operatori coinvolti nelle vicende.

Chiarito tale aspetto, e detto che non ci sentiamo sollevati dalla solidarietà espressa dagli altri partiti al Ministro, entrerò nel merito della questione.

Noi proponiamo la soppressione del terzo comma, seppure riconosciamo che la sua nuova formulazione ha notevolmente migliorato la precedente versione. L'emendamento soppressivo intendeva riferirsi soprattutto alla vecchia formulazione, in cui si prevedeva l'automatica dismissione delle strutture ospedaliere utilizzate per meno del 75 per cento, ed alla politica ospedaliera disegnata da quel testo.

Tuttavia, anche se riconosciamo che la nuova formulazione corregge l'impostazione iniziale, non siamo ancora convinti. E ciò anche se non si prevede più l'obbligo delle regioni di dismettere le strutture sottoutilizzate e si introduce di nuovo il parametro dei 120 posti letto; il che configura – a me pare – una discrezionalità delle regioni rispetto al destino delle strutture ospedaliere più piccole e periferiche. Insistiamo per la soppressione del terzo comma perchè alcuni aspetti non ci sembrano chiari, mentre altri ci appaiono superati dai fatti. Per esempio, si prescrive che negli ospedali di base debbano esservi soltanto l'area medica, l'area chirurgica e l'area riabilitativa. Ciò non tiene conto, a mio avviso, della realtà esistente. In molti piccoli ospedali, soprattutto nell'Italia centrale funzionano servizi specialistici che hanno una loro dignità. Citerò un esempio per tutti, che magari può non interessare in assoluto ma è significativo: nel piccolo ospedale di Amatrice (con 100 posti letto) in questi giorni è stato attivato o sta per essere attivato un servizio di dialisi. Si potrà dire che è superfluo, che è una spesa di troppo,ma se si pensa che quella località in estate ospita migliaia e migliaia di persone, la decisione può essere giustificata e la spesa non essere considerata uno spreco inutile. Sarebbe più opportuno prevedere che la scelta fosse assunta dopo un'analisi serena caso per caso; non è detto che i piccoli ospedali non abbiano svolto o non svolgano una funzione utile nell'assistenza di secondo e terzo livello adeguata alle esigenze delle collettività del territorio in cui insistono.

Ci sembra allora che anche la nuova formulazione non solo non risponda alle esigenze di assistenza, ma, per altri aspetti, leda i diritti consolidati dei lavoratori. Laddove si parla della mobilità, collega Bonora, ci sembra eccessivo che non si specifichi che la mobilità deve essere intesa all'interno di un territorio da delimitarsi (per esempio, entro distanze non superiori a 50 chilometri). Cosa significa che la mobilità deve essere considerata in sede regionale? Che un lavoratore di una struttura dismessa può essere trasferito d'ufficio anche in altre province a centinaia e centinaia di chilometri di distanza da dove ha risieduto e ha svolto abitualmente la propria attività lavorativa, dove ha stabilito interessi di carattere economico ed affettivo? Ed ancora: prendiamo in considerazione la predeterminazione dei costi sulla base delle giornate di degenza. Anche se comprendiamo e condividiamo la volontà di correggere e moralizzare il rapporto con le strutture private, cosa sicuramente giusta, qual è il fondamento scientifico che permette di predeterminare le degenze? Sarebbe stato opportuno, magari, introdurre dei meccanismi di controllo sulle attività delle case di cura private, ma una predeterminazione così rigida della durata delle degenze francamente non ci sembra molto praticabile. Chi esercita la medicina sa che ogni caso è a sè stante e che la durata di ogni malattia e del ricovero ospedaliero che essa richiede è estremamente variabile.

Noi contrapponiamo, con la nostra proposta, una maggiore flessibilità nella valutazione della funzione dei piccoli ospedali di base, con la possibilità di riconvertirne le strutture per altre finalità ed attività di carattere sociale: per esempio, una loro diversa utilizzazione per l'assistenza agli anziani, oppure per fini turistici (ostelli della gioventù eccetera).

Per questo sosteniamo la necessità di sopprimere il terzo comma e di riconsiderare la materia ospedaliera in modo un po' più elastico, meno burocratico. Per queste motivazioni raccomandiamo l'approvazione del nostro emendamento.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.11, presentato dal senatore Cossutta e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.12, presentato dal senatore Cossutta e da altri senatori.

Non è approvato.

Passiamo alla votazione dell'emendamento 4.69.

POLLICE. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

POLLICE. Signor Presidente, ho presentato un emendamento sostitutivo del comma 3 perchè penso che siano da eliminare talune imprecisioni ed incongruenze del testo governativo che danno dei

riferimenti e dei parametri precisi, nonchè un contenuto precettivo preciso al testo medesimo.

Anche la Commissione di merito ha colto tali lacune e ha proposto delle sostanziali modifiche che in parte recepiscono l'emendamento. Vorrei ricordare che esso si riferisce alla questione dei posti letto delle divisioni e dei servizi degli ospedali pubblici che nel triennio 1989-1991 siano stati utilizzati, in media annuale, al di sotto del tasso del 75 per cento, che devono essere soppressi, sempre che la dotazione dei posti letto nella specialità e nell'ambito dell'unità sanitaria locale superi il rapporto del 6,5 per mille abitanti, a decorrere dal 1° aprile 1992.

Si tratta di un argomento di somma attualità; quindi, penso che si possa tranquillamente introdurre, attraverso l'emendamento, la previsione che per le istituzioni di ricovero e cura nei cui confronti la vigente legislazione prevede l'obbligo di stipulare le convenzioni da parte del servizio sanitario nazionale il finanziamento di bilancio e le rette di degenza siano calcolati considerando solo i posti letti utilizzati a un tasso medio annuo di utilizzazione non inferiore al 75 per cento. Le disposizioni del comma precedente non si applicano alle divisioni e servizi di malattie infettive e di terapia intensiva. Questo per ricollegarsi agli avvenimenti verificatisi ultimamente e dare un'ampia copertura ad una necessità reale del paese.

Pregherei il Ministro ed il relatore di riprendere in considerazione l'ipotesi di riscrivere questo comma, secondo lo spirito che caratterizza la mia proposta.

BOATO. Domando di parlare per annuncio di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* BOATO. Signor Presidente, annuncio, anche a nome dei colleghi Corleone, Strik Lievers e Modugno, il voto favorevole sull'emendamento 4.69.

BOGGIO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BOGGIO. Intervengo molto brevemente per non tediare l'Assemblea. La mia opinione è diametralmente opposta rispetto a quella espressa dal senatore Pollice. Egli evidentemente non ha alcuna conoscenza di quanto accade nelle unità sanitarie locali: esistono divisioni che colano a picco per l'incapacità degli amministratori e per la carenza di primari e di personale. Questo si è verificato un'infinità di volte. Quando nelle Usl c'è personale qualificato, dal punto di vista non solo qualitativo ma anche quantitativo e quando le Usl stesse sono a posto e sono dotate di primari, di aiuti, di personale che funziona, i posti letto sono occupati.

Quindi fatti transeunti, molte volte dovuti a collusioni tra le unità sanitarie locali e le case di cura, non possono essere assunti a motivo della soppressione di posti letto.

LIBERTINI. Domando di parlare per annuncio di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LIBERTINI. Il Gruppo della Rifondazione comunista voterà a favore dell'emendamento del senatore Pollice.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.69, presentato dal senatore Pollice.

Non è approvato.

Passiamo alla votazione dell'emendamento 4.124.

TORLONTANO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

TORLONTANO. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, si pone il problema delle strutture che debbono venire soppresse in base alla programmazione nazionale. Cosa dobbiamo fare dei mezzi che ne deriveranno? È noto come sia molto difficile sopprimere i piccoli ospedali. Credo che di casi del genere si contino sulla punta delle dita di una sola mano. Credo ne siano siano stati soppressi uno in Emilia, uno in Veneto e qualcun altro in altre regioni. Le difficoltà sono legate al malumore delle popolazioni interessate, anche se, come è noto, il piccolo ospedale uccide più del grande ospedale. Su questo non c'è dubbio, ma ovviamente, le popolazioni non sono informate in modo tale da rendersi conto della pericolosità delle strutture insufficienti.

Allora, visto che abbiamo tanti servizi assolutamente insufficienti, si tratta di riconvertire i mezzi delle strutture da chiudere in altri servizi, come i *day hospital*, i poliambulatori, le case protette, di cui c'è un immenso bisogno. In tal modo, potremmo anche conciliare queste esigenze con i desideri di una popolazione non preparata alla chiusura pura e semplice di ospedali. Si tratterebbe di riconvertire questi mezzi per strutture assolutamente necessarie.

Le case protette sono necessarie, ma non esistono. L'aumento dell'AIDS sarà nei prossimi anni molto consistente: si parla di 40 milioni di persone infette tra cinque anni. Ciò richiederà l'organizzazione di case protette, di un'assistenza domiciliare.

Analogo è il problema degli anziani, che in massima parte possono essere assistiti a domicilio o in case protette, se non hanno le famiglie.

Quindi, possiamo compiere tale operazione in modo indolore ed accettato dalle popolazioni. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

LIBERTINI. Domando di parlare per annuncio di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LIBERTINI. Il Gruppo della Rifondazione comunista voterà a favore dell'emendamento 4.124.

POLLICE. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

POLLICE. Intervengo per dichiarare che voterò a favore di questo emendamento. Ne approfitto per ricordare al simpatico collega Boggio, che forse non aveva letto con attenzione il mio emendamento, che non si trattava di eliminare degli sprechi, ma di eliminare il malcostume. La linea è proprio quella enunciata dal mio precedente emendamento, che è nella linea generale di tutti gli emendamenti presentati sul provvedimento.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.124, presentato dal senatore Imbrìaco e da altri senatori.

Non è approvato.

LIBERTINI. Chiediamo la controprova.

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

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.136, presentato dal senatore Melotto, correggendo due errori materiali presenti nel testo. Alla quinta riga sostituire: «cento» con: «mille» e all'ultima riga sostituire la parola: «130» con la parola: «120».

È approvato.

Passiamo alla votazione dell'emendamento 4.125.

LIBERTINI. Domando di parlare per annuncio di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* LIBERTINI. I senatori di Rifondazione comunista voteranno a favore di questo emendamento.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.125, presentato dai senatori Imbrìaco, Zuffa e Torlontano.

Non è approvato.

LIBERTINI. Chiediamo la controprova.

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

Non è approvato.

Passiamo alla votazione dell'emendamento 4.70.

POLLICE. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

POLLICE. Signor Presidente, ho presentato questo emendamento aggiuntivo al comma 3 per far sì che entro il 31 marzo 1992 le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedano a consegnare ai residenti il libretto sanitario, ove debbono essere riportate, in particolare, le indagini diagnostiche con l'indicazione dei soli risultati di carattere patologico, i ricoveri ospedalieri e le prestazioni specialistiche. La trascrizione dei suddetti dati spetta ai medici curanti ed ai sanitari che abbiano redatto i reperti diagnostici.

L'emendamento tende a rendere operante uno strumento di grande rilievo, peraltro già previsto normativamente. La sua realizzazione è da considerare essenziale sia per assicurare una corretta assistenza ed una regolare effettuazione delle prestazioni sanitarie, sia per introdurre trasparenza nei rapporti tra medico e paziente e tra cittadini e servizio sanitario.

Il libretto sanitario e la sua puntuale compilazione costituiscono una qualificante componente del sistema informativo del servizio sanitario nazionale e quindi della politica di programmazione.

L'acquisizione dei dati sanitari attraverso il libretto sanitario consente una conoscenza della situazione sanitaria, premessa indispensabile per una concreta, efficace e funzionale politica sanitaria.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.70, presentato dal senatore Pollice.

Non è approvato.

Rinvio il seguito della discussione alla prossima seduta.

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 14*).

Allegato alla seduta n. 600

Disegni di legge, trasmissione dalla Camera dei deputati

In data 11 novembre 1991, il Presidente della Camera dei deputati ha trasmesso i seguenti disegni di legge:

C. 5930. – «Interventi per l'edilizia scolastica e universitaria e per l'arredamento scolastico» (2843-B) (*Approvato dalla 7ª Commissione permanente del Senato e modificato dalla 7ª Commissione permanente della Camera dei deputati*);

C. 5049. – «Disposizioni tributarie relative alle associazioni sportive dilettantistiche» (3041) (*Approvato dalla 6ª Commissione permanente della Camera dei deputati*);

C. 5008. – Deputati SAVIO ed altri. – «Particolari disposizioni in materia di rimorchi agricoli» (3042) (*Approvato dalla 9ª Commissione permanente della Camera dei deputati*).

Disegni di legge, annunzio di presentazione

In data 8 novembre 1991 è stato presentato il seguente disegno di legge d'iniziativa del senatore:

POLLICE. – «Abrogazione dell'ordinamento della professione di giornalista. Nuove regole per l'attività di giornalista» (3040).

Disegni di legge, assegnazione

I seguenti disegni di legge sono stati deferiti

– in sede referente:

alla 1ª Commissione permanente (Affari costituzionali, affari della Presidenza del Consiglio e dell'interno, ordinamento generale dello Stato e della pubblica amministrazione):

FABBRI ed altri. – «Modifiche ed integrazioni del testo unico delle leggi recanti norme per la elezione della Camera dei deputati, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 marzo 1957, n. 361, e della legge 6 febbraio 1948, n. 29, "Norme per la elezione del Senato della Repubblica"» (3026), previo parere della 2ª Commissione;

alla 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità):

SARTORI ed altri. – «Riconoscimento e disciplina della chiropratica come professione sanitaria primaria» (3015), previ pareri della 1ª, della 5ª e della 7ª Commissione;

alla 13ª Commissione permanente (Territorio, ambiente, beni ambientali):

BOATO ed altri. – «Completamento dell'opera di ricostruzione nei territori colpiti dagli eventi sismici del novembre 1980, febbraio 1981 e marzo 1982, e modifiche al testo unico approvato con decreto legislativo 30 marzo 1990, n. 76» (3033), previ pareri della 1ª, della 5ª, della 7ª, della 8ª Commissione e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.

Governo, richieste di parere su documenti

Il Ministro per gli italiani all'estero e l'immigrazione con lettera in data 8 novembre 1991, ha trasmesso ai sensi dell'articolo 2 commi 3 e 5, della legge 28 febbraio 1990, n. 39, la richiesta di parere parlamentare sullo schema di decreto di programmazione dei flussi di ingresso in Italia per ragioni di lavoro degli stranieri extracomunitari (n. 176).

Ai sensi della predetta disposizione e dell'articolo 139-*bis* del Regolamento, tale richiesta è stata deferita alla 1ª Commissione permanente (Affari costituzionali, affari della Presidenza del Consiglio e dell'interno, ordinamento generale dello Stato e della pubblica amministrazione), che dovrà esprimere il proprio parere entro il 12 dicembre 1991.

Il Ministro per il coordinamento delle politiche comunitarie, con lettera in data 7 novembre 1991, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 1 della legge 29 dicembre 1990, n. 428, la richiesta di parere parlamentare sullo schema di decreto legislativo per il recepimento delle direttive CEE nn. 86/635 e 89/117, relative, rispettivamente, ai conti annuali e consolidati delle banche e degli altri istituti finanziari e agli obblighi in materia di pubblicità dei documenti contabili delle succursali (n. 177).

Ai sensi della predetta disposizione e dell'articolo 139-*bis* del Regolamento, il predetto schema è stato deferito alla 6ª Commissione permanente (Finanze e tesoro), che dovrà esprimere il proprio parere entro l'11 gennaio 1992.

Il Ministro per il coordinamento delle politiche comunitarie, con lettere in data 7 novembre 1991, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 1 della legge 29 dicembre 1990, n. 428, le richieste di parere parlamentare concernenti:

lo schema di decreto legislativo per il recepimento della direttiva CEE n. 89/108, in materia di alimenti surgelati destinati all'alimentazione umana (n. 178);

lo schema di decreto legislativo per il recepimento della direttiva CEE n. 88/388, in materia di aromi destinati ad essere impiegati nei prodotti alimentari (n. 179).

Ai sensi della predetta disposizione e dell'articolo 139-*bis* del Regolamento, tali schemi sono stati deferiti alla 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità), che dovrà esprimere il proprio parere entro l'11 gennaio 1992.

Il Ministro per il coordinamento delle politiche comunitarie, con lettere in data 7 novembre 1991, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 1 della legge 29 dicembre 1990, n. 428, le richieste di parere parlamentare concernenti:

lo schema di decreto legislativo per il recepimento della direttiva CEE n. 88/180, relativa al livello di potenza acustica ammesso dei tosaerba (n. 180);

lo schema di decreto legislativo per il recepimento delle direttive CEE nn. 78/176, 82/883, 83/29 e 89/428, in materia di inquinamento provocato dal biossido di titanio (n. 181);

lo schema di decreto legislativo per il recepimento della direttiva CEE n. 87/405, relativa al livello di potenza acustica ammesso delle gru a torre (n. 182).

Ai sensi della predetta disposizione e dell'articolo 139-*bis* del Regolamento, tali schemi sono stati deferiti alla 13ª Commissione permanente (Territorio, ambiente, beni ambientali), che dovrà esprimere il proprio parere entro l'11 gennaio 1992.

Governo, richieste di parere per nomine in enti pubblici

Il Presidente del Consiglio dei ministri ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 1 della legge 24 gennaio 1978, n. 1, le richieste di parere parlamentare concernenti:

la proposta di nomina del dottor Carlo Vailati Riboni a presidente dell'Istituto sperimentale per le colture foraggere di Lodi (n. 147);

la proposta di nomina del professor Carmine Candiano a presidente dell'Istituto sperimentale per l'olivicoltura di Cosenza (n. 148);

la proposta di nomina del dottor Nino Andena a presidente dell'Istituto sperimentale lattiero-caseario di Lodi (n. 149);

la proposta di nomina dell'onorevole Giuseppe Mottola a presidente dell'Istituto sperimentale per il tabacco di Scafati (n. 150);

la proposta di nomina del dottor Aldo Ferraro a presidente dell'Istituto sperimentale per la orticoltura di Pontecagnano (n. 151);

la proposta di nomina del dottor Marco Marcello Del Majno a presidente dell'Istituto sperimentale per la viticoltura di Conegliano (n. 152).

Tali richieste, ai sensi dell'articolo 139-*bis* del Regolamento, sono state deferite alla 9ª Commissione permanente (Agricoltura e produzione agroalimentare).

Governo, trasmissione di documenti

Il Presidente del Consiglio dei ministri, con lettera in data 7 novembre 1991, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 8, comma 5, della legge 12 giugno 1990, n. 146, recante norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali, copia di tre ordinanze emesse dal Prefetto di Latina il 18 ottobre 1991 e dai Prefetti di Roma e di Milano il 24 ottobre 1991.

Dette ordinanze sono state trasmesse alla 11ª Commissione permanente.

Il Ministro delle finanze, con lettera in data 8 novembre 1991, ha trasmesso copia di elaborati concernenti i risultati complessivi del gettito tributario di competenza (accertamenti provvisori) relativi al mese di settembre ed al periodo gennaio-settembre 1991.

Detta documentazione è stata inviata alla 6ª Commmissione permanente.

Il Presidente della Commissione di garanzia per l'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali, con lettere in data 5 e 8 novembre 1991, ha trasmesso, in applicazione dell'articolo 13, comma 1, punto *f*), della legge 12 giugno 1990, n. 146, copia dei verbali delle sedute plenarie della Commissione stessa del 16, 23 e 30 ottobre 1991.

I suddetti verbali sono stati trasmessi alla 11ª Commissione permanente e, d'intesa col Presidente della Camera dei deputati, sono stati portati a conoscenza del Governo. Degli stessi è stata assicurata divulgazione tramite i mezzi di comunicazione.

Il Ministro per il coordinamento delle politiche comunitarie ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 9 della legge 16 aprile 1987, n. 183, progetti di atti comunitari.

Tali progetti che saranno deferiti, a norma dell'articolo 144, comma 1, del Regolamento, alle competenti Commissioni permanenti, sono a disposizione degli onorevoli senatori presso l'Ufficio dei rapporti con gli Organismi comunitari.

Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, trasmissione di documenti

Il Presidente del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, con lettera in data 8 novembre 1991, ha trasmesso il testo delle osservazioni e proposte su «Riforma dell'indennità ordinaria di disoccupazione», approvato da quel Consesso nella seduta del 30 ottobre 1991.

Detto testo è stato trasmesso alla 11ª Commissione permanente.