SENATO DELLA REPUBBLICA

XIII LEGISLATURA

12ª COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

RESOCONTO STENOGRAFICO

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO FINANZIARIO 1998, E BILANCIO PLURIENNALE PER IL TRIENNIO 1998-2000 E RELATIVA NOTA DI VARIAZIONI (nn. 2739 e 2739-*bis*)

Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1998 e relativa Nota di variazioni (Tabelle 17 e 17-*bis*)

DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE E PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE FINANZIARIA 1998) (n. 2792)

IN SEDE CONSULTIVA

BI 0512-BI 0531-BI 0549

TIPOGRAFIA DEL SENATO (600)

INDICE

VENERDÌ 17 OTTOBRE 1997

(2739 e 2739-*bis*) ***Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1998 e bilancio pluriennale per il triennio 1998-2000 e relativa Nota di variazioni***

(Tabelle 17 e 17-*bis*) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1998 e relativa Nota di variazioni

(2792) ***Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1998)***

(2791) ***Conversione in legge del decreto-legge 29 settembre 1997, n. 328, recante disposizioni tributarie urgenti***

(2793) ***Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica***

(Esame congiunto dei disegni di legge nn. 2739, 2739-*bis* e 2792, per il rapporto alla 5ª Commissione, e dei disegni di legge nn. 2791 e 2793 per il parere alle Commissioni 5ª e 6ª riunite. Rinvio dell'esame congiunto)

PRESIDENTE (Carella - *Verdi-l'Ulivo*) *Pag.* 4, 8, 11
BINDI, *ministro della sanità* 8
DI ORIO *(Sin. Dem.-l'Ulivo), relatore alla Commissione sulle tabelle 17 e 17-*bis *e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria n. 2792 e sui disegni di legge nn. 2791 e 2793 per la parte di competenza* 4

MARTEDÌ 21 OTTOBRE 1997

(2739 e 2739-*bis*) ***Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1998 e bilancio pluriennale per il triennio 1998-2000 e relativa Nota di variazioni***

(Tabelle 17 e 17-*bis*) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1998 e relativa Nota di variazioni

(2792) ***Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1998)***

(2791) ***Conversione in legge del decreto-legge 29 settembre 1997, n. 328, recante disposizioni tributarie urgenti***

(2793) ***Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica***

(Seguito dell'esame congiunto. Disgiunzione dei disegni di legge nn. 2791 e 2793. Rinvio dell'esame congiunto dei disegni di legge nn. 2739, 2739-*bis* e 2792)

PRESIDENTE (Carella - *Verdi-l'Ulivo*) ..... *Pag.* 12, 36, 37 e *passim*
BERNASCONI *(Sin. Dem.-l'Ulivo)* 30
BETTONI BRANDANI, *sottosegretario di Stato per la sanità* 28
BINDI, *ministro della sanità* 40
BRUNI *(Rin. Ital. e Indip.)*..... 34, 35
CAMERINI *(Sin. Dem.-l'Ulivo)* 29
CAMPUS *(AN)* 35
CASTELLANI Carla *(AN)* 17
DI ORIO *(Sin. Dem.-l'Ulivo), relatore alla Commissione sulle tabelle 17 e 17-*bis *e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria n. 2792 e sui disegni di legge nn. 2791 e 2793 per la parte di competenza* 28, 35, 37
LAVAGNINI *(PPI)* 25, 28
MANARA *(Lega Nord-per la Padania indip.)* 12
MIGNONE *(Sin. Dem.-l'Ulivo)* 33
NAPOLI Roberto, *(CCD)* 18, 28
PAPINI *(Misto)* 22
TOMASSINI *(Forza Italia)* 14

MERCOLEDÌ 22 OTTOBRE 1997

(2739 e 2739-*bis*) ***Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1998 e bilancio pluriennale per il triennio 1998-2000 e relativa Nota di variazioni***

(Tabelle 17 e 17-*bis*) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1998 e relativa Nota di variazioni

(2792) *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1998)*

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Rapporto favorevole alla 5ª Commissione ai sensi dell'articolo 126, comma 6, del Regolamento)

PRESIDENTE (Carella - *Verdi-l'Ulivo*) ..... *Pag.* 45, 50, 51 e *passim*
BERNASCONI *(Sin. Dem.-l'Ulivo)* 63
BETTONI BRANDANI, *sottosegretario di Stato per la sanità* 49, 62
BRUNI *(Rin. Ital. e Indip.)*..... *Pag.* 48, 64
CASTELLANI Carla *(AN)* 47, 64
DI ORIO *(Sin. Dem.-l'Ulivo), relatore alla Commissione sulle tabelle 17 e 17-*bis *e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria n. 2792* ..... 48, 50, 62 e *passim*
LAGO *(Lega Nord-per la Padania indip.)* .. 62
MONTELEONE *(AN)* 47, 48, 50
PAPINI *(Misto)* 49
TOMASSINI *(Forza Italia)* 48, 62, 63

VENERDÌ 17 OTTOBRE 1997

Presidenza del presidente CARELLA

I lavori hanno inizio alle ore 9,15.

(2739 e 2739-*bis*) ***Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1998 e bilancio pluriennale per il triennio 1998-2000 e relativa Nota di variazioni***

(Tabelle 17 e 17-*bis*) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1998 e relativa Nota di variazioni

(2792) ***Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1998)***

(2791) ***Conversione in legge del decreto-legge 29 settembre 1997, n. 328, recante disposizioni tributarie urgenti***

(2793) ***Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica***

(Esame congiunto dei disegni di legge nn. 2739, 2739-*bis* e 2792, per il rapporto alla 5ª Commissione, e dei disegni di legge nn. 2791 e 2793 per il parere alle Commissioni 5ª e 6ª riunite. Rinvio dell'esame congiunto)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1998 e bilancio pluriennale per il triennio 1998-2000» e relativa Nota di variazioni – Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1998 e relativa Nota di variazioni (tabelle 17 e 17-*bis*) – e «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1998)», per il rapporto alla 5ª Commissione, e dei disegni di legge: «Conversione in legge del decreto-legge 29 settembre 1997, n. 328, recante disposizioni tributarie urgenti» e «Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica» per il parere alle Commissioni 5ª e 6ª riunite.

Prego il senatore Di Orio di riferire alla Commissione sulle tabelle 17 e 17-*bis* e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria n. 2792 e sui disegni di legge nn. 2791 e 2793 per la parte di competenza.

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulle tabelle 17 e 17-*bis *e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria n. 2792 e sui disegni di legge nn. 2791 e 2793 per la parte di competenza.* Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, illustrerò congiuntamente

i provvedimenti in esame, per le parti di competenza della Commissione, dividendo la relazione in tre parti. La prima parte si riferirà esplicitamente al Documento di programmazione economico-finanziaria concernente la manovra di finanza pubblica relativo agli anni 1998-2000 e ai provvedimenti finanziari e di bilancio (Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1998 e relativa Nota di variazioni). La seconda parte riguarderà il disegno di legge n. 2793, il cosiddetto «collegato». La terza parte, infine, riguarderà alcuni quesiti attinenti a provvedimenti successivi a quelli già presentati, come il disegno di legge n. 2791.

La manovra finanziaria all'esame della Commissione appare diretta, per quanto riguarda il comparto sanitario, a realizzare in maniera complessivamente razionale e soddisfacente gli obiettivi che erano stati individuati nel Documento di programmazione economico-finanziaria relativo alla manovra di finanza pubblica per gli anni 1998-2000.

Il suddetto Documento, in particolare, si proponeva interventi diretti alla razionalizzazione, alla riorganizzazione e alla riqualificazione del Servizio sanitario nazionale, nella consapevolezza della necessità di armonizzare le due opposte esigenze di impedire un incremento della spesa in termini reali e di far fronte alla crescita tendenziale delle esigenze di servizi sanitari determinata dall'innalzamento dell'età della vita media e dal progresso medico e tecnologico.

La prima importante novità che va segnalata nel bilancio di previsione sottoposto all'esame del Parlamento (A.S. 2739) è la rivalutazione del Fondo sanitario nazionale che inverte una ormai decennale tendenza alla sottostima. In particolare, la nota di variazioni al bilancio eleva la misura del concorso statale a 42.700 miliardi di lire che – sommati ai 55.100 miliardi dei contributi sanitari, ai 4.100 miliardi delle entrate proprie delle Unità sanitarie locali e ai 5.500 miliardi del contributo dei bilanci delle regioni a statuto speciale – portano l'ammontare del Fondo sanitario nazionale a 106.100 miliardi di lire, al netto dell'integrazione per i minori contributi sanitari del 1995, degli oneri per le borse di studio di specializzazione e del contributo alla Croce rossa.

Bisogna peraltro ribadire la necessità di commisurare il fabbisogno per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale alle esigenze determinate dai meccanismi della spesa sanitaria stessa. In questo senso suscita qualche perplessità la nota esplicativa dello stato di previsione del Ministero del tesoro che descrive in termini assolutamente generici i criteri per la determinazione dello stanziamento del Fondo sanitario nazionale.

Per quanto riguarda il disegno di legge finanziaria (A.S. 2792), le disposizioni più rilevanti in materia sanitaria sono quelle relative al fondo speciale di parte corrente – nel quale risultano accantonate a favore della sanità le somme relative alle spese per l'asilo nido e per gli interventi a favore dei soggetti danneggiati da emoderivati e vaccinazioni (complessivamente 3.065,160 miliardi nel triennio) – e al fondo speciale di parte capitale, nel quale sono iscritti complessivamente importi per le spese di edilizia sanitaria per 1.100 miliardi di lire nel triennio.

In attuazione di quanto disposto dal comma 14 dell'articolo 8 della legge n. 910 del 1986, poi, sono stanziati in tabella C 400 miliardi per ciascuno dei tre anni a favore del Fondo sanitario nazionale di parte capitale, mentre in attuazione del comma 2 dell'articolo 27 della legge n. 41 del 1986 sono stanziati 40 miliardi per il 1998 per il potenziamento del sistema informativo sanitario. È inoltre da rilevare la riduzione da 375 miliardi – cifra prevista dalla finanziaria dello scorso anno – a 338 miliardi per ciascun anno del contributo al Fondo sanitario nazionale per la ricerca scientifica, previsto dall'articolo 12 del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Nella tabella F, infine, sono resi disponibili, a fronte dell'abrogazione della norma che autorizza il Tesoro a contrarre mutui, 2.880 miliardi di lire e 320 miliardi di lire per il finanziamento del ripiano dei disavanzi delle Aziende unità sanitarie locali al 31 dicembre 1994 (legge n. 21 del 1997, di conversione del decreto-legge n. 630 del 1997) nonchè, sempre in virtù della stessa legge, 670 miliardi per il 1998 e 1.830 miliardi per il 1999 per interventi in materia di edilizia sanitaria pubblica.

Per quanto riguarda gli interventi di carattere normativo, previsti dal disegno di legge recante misure di stabilizzazione della finanza pubblica (A. S. 2793), è da valutare in primo luogo positivamente la decisione di non ricorrere alla predeterminazione del tetto della partecipazione alla spesa farmaceutica nazionale.

L'insieme delle misure proposte in materia di sanità dal disegno di legge in questione è inteso a realizzare un risparmio complessivo di 1.100 miliardi di lire; l'articolo 14, in particolare, reca una serie di interventi diretti ad aumentare l'efficienza dell'uso delle risorse sanitarie, con un risparmio stimato di 300 miliardi di lire.

Il complesso di questi interventi si fonda sull'attribuzione, da un lato, di una maggiore responsabilità per la programmazione degli interventi sanitari agli organi di governo regionale e, dall'altro, di una effettiva responsabilità gestionale non solo ai dirigenti delle aziende sanitarie, ma anche agli amministratori dei presidi ospedalieri e dei distretti.

Il comma 1, infatti, fa obbligo alle regioni e alle province autonome di assegnare alle aziende sanitarie, sulla base dei livelli spesa rendicontati, obiettivi di risparmio per l'acquisizione di beni e di servizi in misura non inferiore all'1,5 per cento della spesa rendicontata per l'esercizio 1996, calcolata in termini reali. Spetta altresì alla regione o alla provincia autonoma stabilire le modalità e i limiti entro i quali i direttori generali possono delegare ai dirigenti dei presidi ospedalieri e dei distretti l'approvvigionamento diretto di beni e servizi per i quali risultino inopportune procedure unificate, ferma restando la vigilanza e la verifica dei risultati.

Il comma 2 è diretto a rendere effettive le responsabilità per il mancato raggiungimento degli obiettivi di cui al comma precedente; la norma infatti stabilisce che la mancata osservanza da parte delle regioni e delle aziende sanitarie degli obblighi imposti da leggi dello Stato per il contenimento della spesa sanitaria, ovvero la mancata trasmissione al servizio informativo sanitario dei dati indispensabili alle attività di pro-

grammazione e di controllo, determini l'applicazione di una riduzione fino al 3 per cento, in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, della quota spettante alla regione o alla provincia autonoma. Per quanto riguarda i direttori generali delle aziende sanitarie, poi, le loro inadempienze costituiscono oggetto per l'eventuale risoluzione del contratto, e comunque determinano, in applicazione del resto di quanto già previsto dal comma 5 dell'articolo 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 502 del 1995, la mancata corresponsione della quota integrativa del trattamento economico, sanzione quest'ultima che può essere disposta, ove si individuino responsabilità, anche a carico dei dirigenti e dell'altro personale delle aziende sanitarie.

In conformità ai criteri individuabili anche sulla base del Documento di programmazione economico-finanziaria, il comma 3 dell'articolo 14 finalizza le risorse del Fondo sanitario nazionale che si rendano eventualmente disponibili in relazione all'applicazione delle sanzioni stabilite dai commi precedenti, al finanziamento di azioni di sostegno volte a rimuovere gli ostacoli che hanno dato origine all'inadempienza ovvero di progetti speciali di innovazione organizzativa e gestionale per la tutela delle fasce deboli.

Ai fini della governabilità del sistema della spesa sanitaria, riveste particolare importanza il comma 4, con il quale si estende l'obbligo del pareggio, previsto per le aziende ospedaliere, ai presidi ospedalieri delle AUSL aventi autonomia economico-finanziaria e contabilità separata.

Il comma 5 impone alle regioni e alle province autonome di stabilire, per ciascuna istituzione sanitaria pubblica o privata o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile per il Fondo sanitario nazionale e i preventivi annuali delle prestazioni. Per assicurare tale rispetto dei limiti di spesa le regioni e le province autonome adottano sistemi di riduzione delle tariffe da applicare in caso di superamento dei limiti di spesa. Pur comprendendosi le finalità di contenimento della spesa sottese a questa disposizione, non si può non osservare che questo criterio, proprio in quanto basato sulla fissazione di un tetto massimo delle prestazioni, si può tradurre in una causa di disparità di trattamento tra i cittadini che fruiscono delle prestazioni stesse.

I commi 6 e 7, infine, dettano un articolato sistema di disposizioni intese a consentire un'efficace attività di vigilanza e di controllo sul corretto uso delle risorse.

L'articolo 15 si propone di realizzare un risparmio di circa 100 miliardi riducendo, da un lato, del 10 per cento il monte ore complessivo delle prestazioni specialistiche rese in regime convenzionale e, dall'altro, favorendo l'inquadramento in ruolo degli specialisti titolari di incarichi orari di oltre 29 ore settimanali e risolvendo il rapporto di coloro che non intendono avvalersi della possibilità di transitare in ruolo. Va peraltro segnalato che talune organizzazioni di categoria non ritengono corrette le stime del Governo in ordine al personale coinvolto e al risparmio conseguibile.

L'articolo 16 razionalizza i criteri per la partecipazione alla spesa per le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale, riducendo la durata dei cicli terapeutici prescrivibili con ciascuna ricetta,

con un risparmio previsto di circa 250 miliardi di lire, determinato da una prevedibile riduzione dei fenomeni di iperprescrizione e da un certo aumento della partecipazione complessiva dei cittadini alla spesa, considerando che a parità di cicli terapeutici corrisponderà un maggior numero di ricette e di relativi *ticket*. È peraltro evidente che il ruolo della medicina fisica e riabilitativa all'interno del Sistema sanitario pubblico dovrà essere oggetto di una complessiva revisione, in modo da valorizzare le potenzialità di queste terapie, anche ai fini del miglioramento dell'equilibrio finanziario del sistema, specialmente in presenza di un incremento delle patologie legate all'invecchiamento della popolazione.

Gli articoli 17 e 18, infine, sono diretti ad assicurare certezza ai bilanci delle aziende sanitarie, in primo luogo attribuendo la legittimazione per i rapporti attivi e passivi delle gestioni delle vecchie USL alle gestioni liquidatorie istituite dalla legge n. 549 del 20 dicembre 1995 e vietando le azioni esecutive su fondi e beni diversi da quelli destinati al ripianamento dei disavanzi sanitari delle suddette ex USL, nonchè, in secondo luogo, istituendo un contributo assicurativo sostitutivo delle azioni di rivalsa, per un risparmio atteso di 450 miliardi di lire.

Nel complesso la manovra appare equilibrata – e tale da giustificare un parere favorevole sul disegno di legge collegato e il rapporto favorevole sul disegno di legge di bilancio e sul disegno di legge finanziaria – stante evidentemente la necessità di un riordino più complessivo del Sistema sanitario nazionale, che sarà oggetto di esame da parte del Parlamento quando verrà discusso il disegno di legge delega presentato dal Governo alla Camera dei deputati.

Per quanto di competenza della Commissione sanità, infine, si ritiene di poter esprimere un parere favorevole anche sul disegno di legge n. 2791, anch'esso collegato alla manovra finanziaria, di conversione del decreto-legge 29 settembre 1997, n. 328, recante disposizioni tributarie urgenti.

In conclusione, avendo già espresso un giudizio sulla manovra finanziaria e ribadendo la qualità dei provvedimenti in esame e l'opportunità di interventi di tale misura, ritengo di dover chiedere informazioni al Ministro della sanità su due questioni, emerse nel dibattito politico, che riguardano le comunicazioni svolte dal Presidente del Consiglio dei ministri. La prima riguarda l'intervento relativo ai precari della sanità: vorremmo sapere qual è la parte interessata. La seconda riguarda i provvedimenti relativi ai *ticket* per i malati cronici che mi sembrano già acquisiti nel nostro attuale ordinamento.

Chiedo inoltre al Ministro, in relazione al disegno di legge di delega per la riforma del decreto legislativo n. 502 del 1992 presentato dal Governo alla Camera dei deputati, di informare la Commissione sulle linee generali di attuazione della delega.

PRESIDENTE. Ringrazio il relatore, senatore Di Orio, per la sua esposizione.

BINDI, *ministro della sanità*. Ringrazio il senatore Di Orio per la relazione, molto chiara e completa.

Darò una risposta – che ritengo in questa fase non definitiva in relazione non tanto ai contenuti quanto agli strumenti – alle domande che il relatore mi ha rivolto in riferimento a quanto il Presidente del Consiglio ha avuto modo di dire nella replica alla Camera dei deputati ed al Senato della Repubblica, facendo un'ulteriore premessa. Come i componenti di questa Commissione avranno appreso dal dibattito che si è svolto prima della presentazione del disegno di legge finanziaria, esiste una trattativa aperta con le parti sociali per definire alcune misure di importo pari a 5.000 miliardi di lire relativi alla spesa sociale. Di questi 5.000 miliardi, 400 erano stati individuati come ulteriore contributo da parte del settore della sanità. Erano sostanzialmente due le misure alle quali stavamo lavorando: una riguardava ulteriori interventi nel rapporto tra Servizio sanitario nazionale e assicurazioni, l'altra la revisione della compartecipazione alla spesa del sistema delle esenzioni secondo princìpi che abbiamo più volte ricordato in questa sede: la necessità di una particolare attenzione alle patologie e ai redditi familiari in modo da superare il criterio rigido dell'età e del reddito finora utilizzato.

Nel tavolo con le parti sociali si è inserito il dibattito apertosi a seguito della crisi verificatasi all'interno della maggioranza: questo ha rappresentato un'occasione per alcune riflessioni sulle esenzioni, rispetto a particolari patologie nonchè alla differenza tra disoccupati e inoccupati.

Come giustamente ricordava il senatore Di Orio, il sistema delle esenzioni è stato previsto con un decreto ministeriale del 1992, che fa riferimento a precise patologie sia per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica sia per quanto riguarda la specialistica e la diagnostica. Si tratterà dunque di rivedere quel decreto, tenendo conto anche del lavoro compiuto in passato al riguardo dallo stesso Consiglio superiore di sanità, per aggiornare l'elenco delle patologie e delle cronicità, collegando le stesse ad un rapporto più razionale sia con l'assistenza farmaceutica sia con la diagnostica e la specialistica.

La modalità non potrà che essere quella del decreto ministeriale che recepisce i criteri contenuti nell'emendamento da presentare all'articolato del disegno di legge finanziaria.

Per quanto riguarda invece il superamento della differenza fra disoccupati e inoccupati, come tutti sapete i disoccupati con un certo reddito sono esenti mentre gli inoccupati non lo sono. Dai dati Istat risultano oggi censite 1.200.000 famiglie con il capo famiglia in cerca di occupazione, di cui 800.000 nel Meridione. È evidente che una misura in questa direzione avrà un costo, ancora da prevedere; purtuttavia ritengo che occorra necessariamente superare questa iniquità. Purtroppo è un problema che abbiamo dovuto affrontare anche per gli immigrati: l'immigrato disoccupato è esente mentre l'immigrato non occupato non lo è. Dobbiamo sanare questa iniquità.

Dicevo che non sarei stata precisa nell'indicazione degli strumenti perchè saranno contenuti in un atto più complessivo del Consiglio dei ministri che riguarderà tutte quelle misure che il Presidente ha richiamato nella sua replica.

Per quanto riguarda il problema del personale, da tempo è in preparazione, anche per la decadenza di alcuni decreti-legge che regolavano

la materia, un disegno di legge per mettere ordine rispetto alle tante situazioni di precariato. Un'operazione che avrà costi bassissimi: talvolta, ironizzando un po', ho detto che l'unica differenza è che verranno a mancare le entrate legate all'acquisto, ogni otto mesi, delle marche da bollo da parte dei precari per la presentazione della domanda. Il disegno di legge è ormai pronto, lo presenterò quanto prima. Le ultime vicende hanno sicuramente accelerato la soluzione di un problema che riguarda circa 10.000 persone; certamente ci saranno riflessi anche sul fronte della lotta alla disoccupazione. Ripeto, non credo che ci saranno grossi contraccolpi sotto il profilo finanziario con l'approvazione di questo provvedimento.

Per quanto riguarda invece la delega, il suo contenuto è stato frutto del lavoro di una commissione istituita presso il Ministero della sanità, con designazioni fatte dal coordinamento degli assessori regionali, dall'ANCI, dall'UPI e dal Ministero della sanità. Se la Commissione lo riterrà opportuno, nel corso dell'esame presso la Camera dei deputati dei documenti di bilancio potremo anche iniziare una prima riflessione sui contenuti di questa delega.

Si tratta di interventi sulla legislazione che dovrebbero consentire un governo maggiore del sistema. In particolare, si risponde ad una richiesta più volte avanzata dai comuni per un maggiore loro coinvolgimento nella programmazione e nella verifica dell'azione (non certo la gestione) delle aziende sanitarie. Sono inoltre previsti: un riordino di tutto il settore della integrazione socio-sanitaria, anche al fine di individuare precise responsabilità dei comuni per quanto riguarda l'assistenza nei settori ad integrazione socio-sanitaria (i quali vanno di nuovo individuati in base alla evoluzione verificatasi in questi anni); il ricorso a norme di diritto comune nel rapporto con il personale, in particolare con la dirigenza; un maggiore coinvolgimento di tutta la dirigenza, insieme al direttore generale, nella corresponsabilità dell'azienda stessa; delle regole nel rapporto tra sanità e università, in particolare per quanto riguarda il fabbisogno; un coordinamento della ricerca sanitaria e biomedica con agenzie, enti e responsabili di ricerca in questo settore; delle regole per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private; un nuovo ruolo della Agenzia dei servizi sanitari regionali nel rapporto tra Ministero e regioni, fidando in una sorta di funzione di certificazione degli obiettivi raggiunti o non raggiunti da parte delle regioni, e quindi la sua azione come presupposto di eventuali interventi centrali laddove si verifichi una inadempienza rispetto agli obiettivi fissati: la ridefinizione del Piano sanitario nazionale come strumento per individuare livelli essenziali di assistenza; la ridefinizione dei fondi integrativi in relazione ai livelli essenziali di assistenza del piano sanitario.

Il ricorso alla delega è stato peraltro auspicato dalle regioni le quali ritengono, trattandosi di una materia fortemente regionalizzata, di poter esercitare, attraverso la Conferenza Stato-regioni, una influenza maggiore sulla modifica di una normativa da esse stesse auspicata per consentire un governo del sistema.

Devo ricordare da ultimo, riservandomi tuttavia di intervenire al termine del dibattito, che quest'anno il dato importante da sottolineare è

la rivalutazione del Fondo sanitario nazionale. Altro aspetto d rilievo è rappresentato dai 3.000 miliardi destinati al ripiano dei debiti pregressi delle regioni, che non verranno assegnati senza effettuare prima un'analisi precisa dell'ammontare del loro passivo. Ancora non completamente soddisfacente è poi il settore degli investimenti sia nel campo dell'edilizia che in quello dell'innovazione sanitaria; al riguardo credo che un Fondo sanitario rivalutato consenta di trasferire in sede regionale aziendale anche l'utilizzo di studi e progetti di quel tipo.

Per quanto riguarda l'assenza di un tetto di spesa farmaceutica, che il relatore ha salutato positivamente, devo spiegare (per una questione di massima correttezza nei confronti della Commissione e del Parlamento) che tale assenza non è una scelta a favore della sua abolizione pura e semplice – almeno per quanto mi riguarda – ma è dovuta alla ricerca, in sede di trattativa con le parti sociali, di alcuni elementi in grado di indirizzare la politica farmaceutica del futuro, in particolare in relazione all'adeguamento del prezzo medio europeo, ad un rilancio della ricerca, alla realizzazione di un nuovo patto sull'informazione e ad alcune misure di razionalizzazione della spesa farmaceutica. Desidererei che su tale aspetto si aprisse un dibattito perchè si profila la possibilità non solo di individuare il tetto di spesa, ma anche di legare ad esso una corresponsabilità di tutti gli attori del sistema, come del resto avviene in altri paesi.

È un punto sul quale forse il dibattito potrebbe aiutarci a capire meglio come presentare alcuni emendamenti, nel corso dell'approvazione della finanziaria, anche in base agli elementi ora emersi.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro della sanità e propongo ai colleghi di sospendere i lavori della Commissione per riprenderli nel primo pomeriggio di martedì 21 ottobre, in modo da poter concludere l'esame della manovra finanziaria, per la parte di nostra competenza, nei termini indicati dalla Conferenza dei Capigruppo.

Poichè non si fanno osservazioni, rinvio il seguito della discussione congiunta ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,45.

MARTEDÌ 21 OTTOBRE 1997

Presidenza del presidente CARELLA

I lavori hanno inizio alle ore 15,30.

(2739 e 2739-*bis*) ***Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1998 e bilancio pluriennale per il triennio 1998-2000 e relativa Nota di variazioni***

(Tabelle 17 e 17-*bis*) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1998 e relativa Nota di variazioni

(2792) ***Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1998)***

(2791) ***Conversione in legge del decreto-legge 29 settembre 1997, n. 328, recante disposizioni tributarie urgenti***

(2793) ***Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica***

(Seguito dell'esame congiunto. Disgiunzione dei disegni di legge nn. 2791 e 2793. Rinvio dell'esame congiunto dei disegni di legge nn. 2739, 2739-*bis* e 2792)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 2739 e 2739-*bis* (tabelle 17 e 17-*bis*) e del disegno di legge n. 2792, per il rapporto alla 5ª Commissione, e dei disegni di legge nn. 2791 e 2793 per il parere alle Commissioni 5ª e 6ª riunite.

Riprendiamo l'esame dei provvedimenti, sospeso nella seduta del 17 ottobre scorso nel corso della quale il relatore, senatore Di Orio, ha svolto la relazione.

Dichiaro aperta la discussione.

MANARA. Signor Presidente, sarò piuttosto breve, come mio solito, anche perchè mi si dice che questa finanziaria è «blindata», e quindi non capisco quale senso possa avere discuterne attraverso un confronto politico a livello sia di Commissione sia di Assemblea.

Quelli che possiamo rilevare, e di conseguenza stigmatizzare, già dopo una rapida lettura del disegno di legge collegato, sono tre aspetti chiari ed inequivocabili. Il primo è la perdurante ingerenza dello Stato centrale in ruoli e decisioni di competenza regionale, e quindi non suoi, che non gli appartengono, attraverso un processo di apparente decentramento che io definisco «a libertà vigilata», che taluni hanno il coraggio, se non la faccia tosta, di denominare federalismo.

Il secondo è il perdurante, costante e continuo processo di penalizzazione nei confronti della dirigenza sanitaria, dopo che la politica economico-finanziaria e amministrativa ha posto questa ed altre figure apicali in una condizione di deresponsabilizzazione nei confronti dei loro bilanci, imposti senza valide esigenze territoriali ed anche – dobbiamo dirlo – epidemiologiche, e soprattutto nella impossibilità di razionalizzare la spesa attraverso efficienti dinamiche flessibili oltre che decisionali (vedi al proposito licenziamenti e mobilità del personale).

A questi due aspetti se ne aggiunge inevitabilmente un terzo, rappresentato dalla scure sui servizi e sui soldi destinati a farli funzionare: servizi la cui efficienza, guarda caso, dipende anche dalla consistenza numerica di medici, tecnici e infermieri, la cui entità è già paurosamente sbilanciata verso il basso nei confronti della pletora amministrativa, tanto più ipertrofica quanto più intoccabile e per la gran parte non necessaria.

Questa finanziaria non ha certo attenuato il cronico male italico rappresentato da quel mostro che si chiama burocrazia; mostro che anzi condiziona governi, ministri, sottosegretari e quant'altri.

Certo, siamo tutti d'accordo che la sanità costa, ma visto che trattiamo di disposizioni in materia di spesa ci chiediamo perchè il Governo non opera con tagli strutturali mirati nei confronti dell'apparato burocratico nella sua componente parassitaria e soprattutto inefficiente.

Abbiamo calcolato che su un *budget* di 100.000 miliardi, quale potrebbe essere il costo annuale che il Servizio sanitario nazionale deve sostenere, almeno un 10-15 per cento viene impiegato per il mantenimento di rami secchi e improduttivi, individuabili per la gran parte nell'apparato burocratico statale. La dinamica politica che sottende a tale strategia, non certo giovevole alla salute del cittadino, perdura da molti anni e può essere sintetizzata nella frase: «io do una cosa a te..., eccetera». La sanità italiana di questi esempi è piena.

La cosa che però ci sorprende di più (ma non più di tanto: il metodo è saldamente collaudato da cinquant'anni, anche se è nostro dovere stigmatizzarne e denunciarne i risultati negativi nei confronti della salute dei cittadini) è soprattutto la costante mortificazione degli operatori sanitari. Qui mi si lasci dire che questa finanziaria rispecchia un male, una sindrome venuta evidenziandosi abbastanza palesemente in questi ultimi tempi, quella che io chiamo la sindrome di Jospin. La sindrome di Jospin è una brutta malattia, e i colleghi medici me ne daranno senz'altro atto: essa è caratterizzata da due segni inequivocabili e dalla prognosi infausta. Il primo segno è il massimalismo ideologico, per cui tutte le finanziarie devono essere blindate, mentre il secondo segno è l'assistenzialismo.

Molti hanno parlato dei problemi del Sud, ma io vi assicuro che oggi va affrontato soprattutto il problema del Nord. Io che tasto molti polsi da quelle parti devo dire che ormai si è andati addirittura oltre una posizione indipendentista. Ormai tutti, o buona parte, sono convinti (è inutile dissentire, non cambia assolutamente niente: basta venir su a tastare il polso alla gente per accorgersene) che occorre arrivare ad una formula inevitabilmente secessionista: lo Stato italiano non può più ga-

rantire assolutamente niente, è colpito da questa grave sindrome di cui risente la legge finanziaria e che farà sentire i suoi effetti anche sugli atti che lo Stato porrà in essere.

In conclusione, il nostro parere non può che essere contrario ai contenuti di questi documenti finanziari.

TOMASSINI. Signor Presidente, come aspetto generale questa manovra finanziaria appare assolutamente mimetizzata. Si ipotizza una certa serie di risparmi e di entrate finanziarie, ma non è molto chiaro dove si annidino i sistemi per poterli recuperare. Ancora una volta, come l'anno scorso, assistiamo a molte deleghe e sono state fatte delle promesse sulle quali si è ricompattata la maggioranza (la riduzione dei *ticket* o la riduzione dell'orario di lavoro a 35 ore), ma rimangono numerose preoccupazioni riguardo alla revisione delle aliquote IRPEF, al decreto delegato sull'IVA e allo scavalcamento della cosiddetta concertazione. Il fine ultimo ci sembra quello di deprimere ancora una volta la produzione e soprattutto di comprimere, attraverso il sistema dell'IRPEF, dell'IVA e dell'IRAP, il ceto medio. Ancora una volta, quindi, è un fine più politico che finanziario.

Per quanto riguarda gli articoli specifici concernenti il settore sanitario, in particolare il Servizio sanitario nazionale, questo meccanismo sembra ancora più evidente. Si alternano manovre per 1.100 miliardi, quindi nuove spese. Il relatore Di Orio ha fatto una illustrazione puntuale dell'intera manovra finanziaria, di cui peraltro condividiamo alcune considerazioni, soprattutto quelle riguardanti talune perplessità concernenti il problema del precariato, il problema della terapia della riabilitazione, il problema dell'intero meccanismo di esenzione dal pagamento dei *ticket*, sui cui ci troviamo assolutamente d'accordo. Però, a fronte di questo, vi sono molte questioni di cui non si è parlato e che invece varrebbe la pena di affrontare.

L'articolo 14 del disegno di legge n. 2793 elenca una serie di provvedimenti che dovrebbero migliorare i meccanismi amministrativi, dai quali però non scaturiranno grandi vantaggi finanziari. La stessa riduzione dell'1,5 per cento della spesa per i beni e servizi viene diluita in tre anni. Si parla della riduzione dei proventi dei direttori generali attraverso la previsione di indicatori: questi ultimi però saranno ancora forniti, sulla base di dati obiettivi, a livello centrale, quindi diminuendo l'autonomia regionale. Lo stesso vale per gli interventi concernenti i malati psichici, che non vengono quantificati esattamente; per l'obbligo al pareggio delle aziende, quando sappiamo che molte strutture non hanno ancora avviato e completato il sistema di aziendalizzazione; per le verifiche più accurate, che non potranno essere effettuate in tempo.

In relazione alla possibilità di applicare correttamente la finanziaria, si è parlato della mancata presenza di un tetto per la spesa farmaceutica; però è arrivata subito la «doccia fredda» da parte del Ministro della sanità, che ha affermato che il tetto verrà comunque applicato attraverso lo studio di taluni meccanismi. Noi vogliamo rilevare fin da ora che per la spesa farmaceutica l'Italia destina la quota di Pil più bassa in Europa, che l'incidenza inferiore è peraltro diminuita in questi anni rispetto alla

spesa generale sanitaria e che l'applicazione dell'IVA ha portato l'anno scorso ad uno sfondamento di almeno 400 milioni.

Riteniamo che tutto questo, unitamente alla questione dei farmaci innovativi, dovrà essere preso in considerazione qualora si voglia comunque ripristinare un tetto per la spesa farmaceutica, cosa che peraltro noi non condividiamo.

Quanto all'articolo 15 del disegno di legge n. 2793, riguardante l'inquadramento degli specialisti ambulatoriali convenzionati, quello previsto sembrerebbe un sistema di razionalizzazione per quanto riguarda i medici specialistici che vanno ad inserirsi come dipendenti.

L'articolo 16 riguarda una modifica della partecipazione alla spesa per le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale. In realtà si prevede un raddoppio della franchigia e addirittura una quadruplicazione della spesa a carico dei cittadini.

L'articolo 17 prevede sostanzialmente un rallentamento delle azioni esecutive: ancora una volta siamo di fronte ad un forte protezionismo delle strutture pubbliche nei confronti dei diritti dei privati. Infine, all'articolo 18 si fa riferimento ad un contributo assicurativo sostitutivo delle azioni di rivalsa che graverà soprattutto sui cittadini.

Di questa manovra è stata illustrata la parte positiva; vi sono note di buona volontà che però in realtà nascondono una grave ingerenza nell'autonomia regionale, il mancato completamento delle aziendalizzazioni. Ad esempio, nell'ambito dell'inquadramento nella dipendenza, non si evidenzia che verranno eliminate molte ore di medicina specialistica con il meccanismo applicato a favore dei pazienti, e che tale inquadramento è un sistema inaccessibile per cui saranno espulsi molti medici che attualmente sono legati al Servizio sanitario nazionale attraverso i contratti della specialistica. Con la modifica della partecipazione alla spesa così come è prevista in relazione alle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale, sostanzialmente vengono colpiti i centri privati, che peraltro soddisfano in larga misura la domanda di assistenza in questo campo. Ancora una volta siamo di fronte al meccanismo delle azioni esecutive di cui abbiamo parlato.

Quindi a fronte di quanto è stato elencato vi sono già molte ombre, e l'apparenza generale è quella di una manovra estremamente inconsistente, quasi «annacquata». Il relatore ha parlato di una manovra equilibrata: diciamo che è tanto equilibrata da apparire quasi neutra.

Nulla si dice della voragine di debiti esistente che non viene coperta, o che almeno nella finanziaria non si vede come verrà coperta. Questo discorso riguarda ben 3.000 miliardi di debiti a carico delle regioni per le decisioni assunte a livello centrale, circa 1.800 miliardi derivanti dall'aumento medio percentuale del 3 per cento dei DRG, che non vengono ripianati, e altri 1.500 miliardi, che secondo noi non sono stati considerati in maniera corretta nella finanziaria dell'anno scorso, provenienti dalla cosiddetta manovra sulle incompatibilità professionali e dalla chiusura dei posti letto. Nulla si dice riguardo alla copertura finanziaria dei debiti sopra elencati che ammontano complessivamente a circa 7.000 miliardi.

Si prospettano gli effetti di un decreto sull'IVA che prima o poi si avvertiranno anche nel settore sanitario: si segnala in particolare la non detraibilità del 3 per cento delle spese sanitarie integrative, che graverà pesantemente ancora sui cittadini. Abbiamo all'orizzonte l'IRAP, che servirà ad aumentare ulteriormente la pressione fiscale, nonchè l'aumento della RC-auto, non finalizzato ad un miglioramento del Servizio sanitario nazionale, come noi abbiamo auspicato in più di una occasione, che potrebbe risolvere il problema della disoccupazione medica, ma sostanzialmente finalizzato a un recupero finanziario ancora una volta sulle spalle dei cittadini.

Ma ciò che ci ha lasciato più perplessi è quella sorta di commistione – operata in questa sede all'inizio dei nostri lavori, in fase di illustrazione della manovra – fra il collegato e il cosiddetto decreto delegato che il Ministro della sanità dovrebbe presentare, di cui si è parlato qui in maniera abbastanza equivoca, a nostro avviso, poichè è proprio lì che viene effettuata la vera manovra finanziaria. Ancora una volta, cioè, il Ministro svuota il collegato dei contenuti finanziari e decisionali per immetterli in un decreto delegato al fine di potere avere mano libera e sottrarsi ancora una volta al controllo, al dibattito parlamentare: dibattito al quale il Governo si sottrae non solo nei confronti dell'opposizione, ma anche e soprattutto nei confronti della sua maggioranza, e in particolare di Rifondazione Comunista.

Ancora una volta di questa delega il Ministro ci ha illustrato i temi in maniera alquanto vaga, elencando solo dei titoli quali l'accreditamento, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, il Piano sanitario, il miglioramento della ricerca, la formazione universitaria, l'integrazione del Servizio sanitario nazionale: tutti temi per i quali però non ci ha esposto delle soluzioni concrete, che quindi verranno sottratte al dibattito e alla possibilità di intervento. Abbiamo chiaro, ad esempio, quanto affermato sul meccanismo di espulsione che si intende attuare nei confronti dei medici che hanno 65 anni, un meccanismo che non ha nulla di finanziario, previsto solo per mettere a riposo i medici con più esperienza, magari quelli più aperti ad una discussione e ad un confronto, per sostituirli con medici più malleabili, ammantando tutto questo con la pretesa di attuare un sistema di equilibrio, di «bonifica» della disoccupazione medica, mentre assolutamente nei conti così non è: sappiamo che l'attuazione di questa misura comporterà un'ingente spesa finanziaria perchè si dovranno pagare subito molte pensioni e liquidazioni, senza avere alcun miglioramento. Ancora una volta, quindi, siamo di fronte ad una manovra politica surrettiziamente mascherata.

In conclusione, registriamo delle perdite enormi ma non sappiamo come e dove verranno ripianate, rileviamo risparmi modestissimi senza l'indicazione di soluzioni strutturali per soddisfare le vere esigenze sul piano sanitario (e su questo ci permetteremo di avanzare delle proposte) e infine evidenziamo una forte oppressione politica del ceto medio.

Pertanto, a nome del Gruppo Forza Italia, preannuncio il voto contrario sulla manovra finanziaria proposta.

CASTELLANI Carla. Signor Presidente, signor Sottosegretario, onorevoli colleghi, la manovra finanziaria all'esame della Commissione è per Alleanza Nazionale una manovra virtuale in relazione alle dichiarazioni rese qui in Commissione dal Ministro della sanità onorevole Bindi, dichiarazioni in cui il Ministro affermava «di non essere nelle condizioni di dare indicazioni precise in merito ai provvedimenti che saranno predisposti per risolvere il problema dei precari e per la normativa sulle esenzioni per i malati cronici». Lo stesso Ministro affermava inoltre che è in via di elaborazione un decreto delegato per la rideterminazione del sistema sanitario. Di conseguenza questa finanziaria è completamente svuotata e quindi virtuale.

La stessa tanto sbandierata rivalutazione del Fondo sanitario nazionale è una rivalutazione virtuale: infatti lo stanziamento di 106.000 miliardi potrebbe indurci all'ottimismo, potrebbe indurci a credere ad un incremento del 9,7 per cento rispetto a quello ripartito per il 1997: ottimismo anch'esso virtuale, visto che nella realtà non è così se si tiene conto che già per il 1997 la sanità sarebbe dovuta costare 105.000 miliardi, senza contare che tutte le regioni hanno presentato un documento per la quantificazione della sottostima del Fondo sanitario nazionale per gli anni 1995-1997 in cui il fabbisogno veniva valutato nella misura di 108.000 miliardi.

Per quanto attiene al disegno di legge n. 2793, il comma 1 dell'articolo 14, prevedendo in maniera indiscriminata per le regioni e le province autonome un obiettivo di risparmio sulla spesa per l'acquisizione di beni e servizi non inferiore all'1,5 per cento, non potrà far altro che aumentare la forbice del divario fra sanità delle regioni del Nord e sanità delle regioni del Sud.

I commi 2 e 3 dell'articolo 14 prevedono meccanismi punitivi non solo per gli utenti del Sistema sanitario nazionale (la riduzione del 3 per cento della quota del Fondo sanitario nazionale spettante alle regioni penalizza soprattutto i cittadini), ma punitivi anche per i direttori generali, i dirigenti medici e per il restante personale delle aziende unità sanitarie locali per inadempienze o per il non raggiungimento degli obiettivi di risparmio.

Contestiamo fermamente questa filosofia centralistica e punitiva di indirizzo della finanziaria.

Noi di Alleanza Nazionale ribadiamo ancora una volta, così come abbiamo fatto per le incompatibilità, che per migliorare la qualità dell'assistenza nelle strutture sanitarie pubbliche e renderle veramente competitive con quelle private la strada da perseguire è quella di motivare e di incentivare a tutti i livelli il personale che «opera bene» all'interno del pianeta sanità.

Per quanto attiene al disegno di legge n. 2792 concernente «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato», nella tabella A per il Ministero della sanità è previsto un accantonamento di somme finalizzate al finanziamento dell'asilo nido del Ministero stesso ed al finanziamento di interventi a favore dei soggetti danneggiati da emoderivati e vaccinazioni; obiettivi ampiamente condivisibili, anche perchè i relativi testi di legge sono stati votati credo all'unanimità in

questa Commissione. Sarebbe stato auspicabile però, e segno non solo di grande sensibilità ma anche di oggettivo interesse da parte di questo Governo, prevedere in bilancio somme destinate alla tematica dei trapianti e alla prevenzione, che insieme alla ricerca biomedica sono, per noi di Alleanza Nazionale, i veri meccanismi di razionalizzazione della spesa sanitaria, nonchè un forte segnale di vera attenzione alla tutela della salute dei cittadini.

Non mi pare inoltre di aver trovato in questa finanziaria un qualsiasi momento di attenzione al grande problema dei circa 80.000 medici disoccupati o, come ora preferisce dire il ministro Bindi, inoccupati. Per contro la delega al Governo per l'attuazione di una legge quadro per la rideterminazione del sistema sanitario preoccupa non poco, sia perchè esautora il Parlamento della sua precipua funzione sia perchè tutto fa presupporre un superamento dei decreti legislativi nn. 502 e 517 non già verso obiettivi di sanità europea, ma piuttosto verso un ritorno alla legge n. 833 e di conseguenza un ritorno al passato. Un passato in cui lo Stato controlla i servizi che eroga.

Pertanto, il nostro parere su questo documento finanziario sarà contrario.

NAPOLI Roberto. Signor Presidente, vorrei partire da una considerazione di tipo politico generale. Nello scontro tra le due sinistre cui abbiamo assistito alla Camera, tra gli argomenti di discussione tra il Partito democratico della sinistra e Rifondazione comunista (lo abbiamo visto nel protocollo pubblicato da Rifondazione) c'erano proprio la revisione dei decreti legislativi nn. 502 e 517 e la modificazione del regime delle esenzioni dal *ticket,* in particolare per gli anziani ed alcune fasce specifiche.

Questa è una premessa importante per capire come questo documento finanziario nasca da un compromesso: non affrontare per adesso il problema che una parte rilevante della maggioranza ha posto in modo assolutamente incisivo, al punto di chiedere le dimissioni del presidente del consiglio Prodi, per poi riconciliarsi per una serie di motivazioni che sono certamente più politiche che di contenuto.

Rimane pertanto al nostro esame quella finanziaria che è stata motivo di scontro durissimo tra le componenti del Governo, in particolare per quanto concerne la sanità.

Siamo molto preoccupati dal fatto che all'interno di questa maggioranza ci sia chi ha posto come punto specifico del suo programma la revisione dei decreti legislativi nn. 502 e 517. Su questo dobbiamo riflettere: se dovessimo ritornare su provvedimenti che hanno avuto il merito di modernizzare finalmente le strutture sanitarie creando le aziende sanitarie, negheremmo l'impostazione della sanità degli ultimi anni.

Seconda riflessione. In più occasioni abbiamo detto in questa Commissione che nel tentativo di riformare la sanità avevamo la necessità di intervenire su personale sanitario, strutture e organici. Più volte in relazione agli operatori della sanità abbiamo rilevato la necessità di intervenire in modo forse provocatorio, come ha fatto recentemente anche la FNOM, chiedendo la chiusura per alcuni anni delle iscrizioni alla fa-

coltà medica. È necessario un intervento per far fronte al problema della pletora medica, questione che a nostro avviso dovremmo porre alla base del nostro impegno parlamentare come membri della Commissione sanità. Nei prossimi tre anni, in base ai dati forniti dalle università italiane, si laureeranno circa 7.000 medici, che si aggiungeranno agli altri 80.000 già disoccupati.

Un paese che voglia razionalizzare il settore sanitario dovrebbe fare in modo di riunire intorno ad uno stesso tavolo il Governo, le regioni e le università per decidere quali scelte effettuare in ordine alle iscrizioni alle facoltà di medicina. Questa è una proposta operativa che noi intendiamo avanzare; la faccio io come rappresentante del CCD, ma credo che anche i colleghi del Polo la condivideranno. Secondo me, questo è un argomento che si preferisce non affrontare perchè non si vuole dire agli universitari che la moltiplicazione delle cattedre è stata una decisione scandalosa, nè che l'epoca dei privilegi deve finire anche per loro; non si intende dire ai giovani che vogliono iscriversi alla facoltà di medicina e chirurgia che sono destinati a rimanere disoccupati. Diversa dovrebbe essere in questo campo la programmazione di un paese serio. Nonostante che da tempo stiamo ponendo con forza questo problema, non lo si affronta per tentare di risolverlo.

Quindi, onorevole Sottosegretario, la nostra proposta concreta – ripeto – è quella di istituire al più presto un tavolo operativo tra Governo, regioni e università per far sapere alla FNOM e a tutti coloro che lo chiedono, compresi noi del Polo, quali decisioni si intendono assumere al riguardo e se chi si iscrive ai corsi di medicina può o meno avere speranze di trovare poi un inserimento nel Servizio sanitario nazionale.

E vengo a un'altra considerazione. Certo, si può sicuramente incidere sull'uscita dal Servizio sanitario, si può ragionare sui limiti di età; ma nel nostro paese, onorevole relatore, siamo arrivati ad avere un medico ogni 160 abitanti. In Europa siamo il paese con il più alto numero di medici: 300.000 iscritti agli ordini dei medici, mentre ad esempio in Francia, che ha all'incirca lo stesso numero di abitanti, ne risultano iscritti poco più di 150.000. Questo a mio avviso è un dato rilevante, che dovremmo affrontare seriamente. Infatti, in relazione alla previsione del pensionamento dei medici ad una certa età, vorrei ricordare che fui io stesso a presentare nella precedente legislatura il disegno di legge che portava a 70 anni l'età di pensionamento per i medici di medicina generale. Anche il recepimento nella finanziaria del 1995 fu effettuato sulla base di una nostra proposta, e abbiamo subìto anche degli attacchi violenti da una certa parte medica poichè ritenevamo del tutto ingiusto che in un certo settore vi fossero medici di quasi 80 anni ancora in servizio che potevano esercitare la professione nell'ambito della convenzione. Pertanto, ripeto, fu fissato il tetto a 70 anni di età.

Oggi, quindi, la previsione di un'età diversa per i medici di medicina generale cozza contro un problema serio, quello del sistema previdenziale che riguarda tutti i medici; in particolare mi riferisco alle difficoltà che l'ENPAM incontrerebbe nell'accollarsi l'uscita di un numero assai ingente di medici dal Servizio sanitario nazionale. Abbiamo formalizzato la nostra proposta su questa materia, anche se non è urgente: si

dovrebbe procedere gradualmente in questo settore, valutando anche gli effetti sul piano previdenziale nonchè gli oneri derivanti perchè, come tutti sanno, dal Servizio sanitario nazionale i medici di medicina generale possono uscire con la capitalizzazione. Negli ultimi due anni, l'ENPAM ha versato 700 miliardi per la richiesta di rimborso in capitalizzazione da parte dei medici che sono usciti dalla convenzione; e credo che, pur avendo completato il processo di privatizzazione, potrebbe trovarsi obiettivamente in difficoltà a fronteggiare l'uscita dal Servizio sanitario nazionale di un numero rilevante di medici. Questa è una strada da percorrere, ma tenendo conto che esistono molti altri problemi ugualmente importanti.

Noi riteniamo che occorra intervenire all'origine del fenomeno impedendo che continuino ad entrare nel Servizio sanitario nazionale altri medici che non potranno essere assorbiti prima di un certo periodo, che può andare da cinque a dieci anni a decorrere dal momento che vi entrano.

Occorre poi fare un'altra considerazione. Nel disegno di legge n. 2793, in particolare negli articoli dal 14 al 18 concernenti il settore sanitario, che più direttamente ci riguarda, si continua ad evidenziare la filosofia della centralizzazione delle spese. Già nella precedente finanziaria, con la creazione degli osservatori nazionali di spesa, tutto sommato ritenevamo che questo potesse essere un elemento positivo; dobbiamo rilevare – lo abbiamo verificato in più regioni – che questo non ha comportato una riduzione della burocratizzazione di tutto quanto attiene all'approvvigionamento delle unità sanitarie locali, anzi in molti casi ha comportato un aggravio di spese anche per l'acquisto di attrezzature a costi che potevano essere inferiori.

La nostra riflessione è la seguente: se prevediamo una responsabilità diretta dei direttori generali, che qui viene ancora aumentata attraverso alcuni meccanismi, nonchè la possibilità per le regioni di rimuovere i direttori generali qualora non vengano rispettati la legge di bilancio e il rapporto costo-beneficio, come è possibile continuare a mantenere il controllo centrale di alcuni aspetti che rientrano nella direzione generale delle ASL quando appunto, di fatto, responsabilizziamo i direttori generali al punto da prevedere che possano essere rimossi? A mio avviso si tratta di un ibrido decisionale: da una parte vogliamo responsabilizzare la periferia, dall'altra vogliamo continuare a mantenere alcune competenze a livello centrale.

Si introduce poi un altro problema, che i colleghi già conoscono: le linee guida per i medici di medicina generale. Il disegno di legge n. 2793 all'articolo 14, comma 6, lettera *b)*, contiene al riguardo un indirizzo preciso, che peraltro noi riteniamo debba essere concordato anche con le categorie sindacali e con i rappresentanti dei medici di base. Questo è un argomento su cui occorre certo riflettere, ma dobbiamo chiederci: non è lo stesso Ministero della sanità che l'anno scorso, per firmare la convenzione di medicina generale, ha introdotto in via sperimentale il *budget* anche per i medici di medicina generale? Ci chiediamo quindi: vogliamo portare avanti il ruolo del medico di medicina generale come isolato rispetto al contesto dell'ASL o in forma associativa?

Vogliamo potenziare quanto previsto nella convenzione di medicina generale sottoscritta nel 1996 per poter sperimentare per una certa fascia percentuale anche il *budget* professionale? Vogliamo fare in modo che finalmente si creino determinate strutture sul territorio in cui i medici possano operare nell'ambito della medicina di gruppo? Vogliamo ulteriormente burocratizzare con le linee guida previste il loro lavoro, già eccessivamente burocratizzato da una serie di innumerevoli oneri?

Quindi – e mi dispiace di dovermi rivolgere proprio alle Sinistre – ci chiediamo: se il Governo e le parti sindacali, attraverso un meccanismo di concertazione con i sindacati rappresentanti dei medici, firmano una convenzione di regolamentazione della categoria, come è possibile poi andare a «saccheggiare» queste convenzioni (che nel caso specifico valgono per 75.000 medici, in altri casi, come in quello degli ospedali, valgono per un numero di medici altrettanto elevato) intervenendo con norme della finanziaria che non sono strettamente finanziarie ma per alcuni aspetti regolamentari? Qualcuno dovrà spiegarmi perchè le linee guida dovrebbero essere inserite in questo documento e non nella convenzione, che è stata peraltro sottoscritta pochissimo tempo fa; e non solo, ma in una fase in cui la regione Lombardia, la regione Campania ed altre stanno recependo l'accordo collettivo nazionale con i medici di base attraverso un accordo di regionalizzazione nel quale hanno inserito appunto le linee guida.

Quindi, o il Ministro non è consapevole di quanto avviene a livello regionale, oppure ci si muove in modo talmente approssimativo da non rendersi conto che intervenire dall'alto con regolamenti centralistici come questo vuol dire mettere in discussione gli accordi regionali e gli strumenti che si stanno predisponendo.

Vorrei ricordare al Sottosegretario che in questo momento nelle periferie si stanno concludendo gli accordi per la medicina territoriale, tra cui per l'assistenza domiciliare agli anziani: una serie di strumenti a vantaggio del territorio, secondo la convenzione prevista dalla legge. Valutiamo la norma in esame una turbativa nei confronti del recepimento di una convenzione firmata soltanto un anno fa. Si rischia di determinare negli operatori disaffezione nei confronti del servizio sanitario e incapacità di vedere con chiarezza quali sono i doveri, i diritti e i ruoli assegnati. Questo è un altro motivo per il quale esprimeremo un giudizio negativo.

Se valutiamo la filosofia di questi articoli riguardanti la sanità, ci accorgiamo che essi nascono da pressioni di vario livello per incidere su settori diversi.

E vengo all'articolo 15 sulla specialistica ambulatoriale. Credo che tutti i colleghi abbiano ricevuto il prospetto economico inviato dal SUMAI, che contiene un ragionamento preciso sui costi di uno specialista ambulatoriale in organico alle ASL e di uno specialista ambulatoriale convenzionato. A meno che le cifre non siano sbagliate (ma ho ricevuto un documento e a quello mi devo rifare), sembrerebbe perlomeno strana la decisione che il Governo si accinge a prendere proponendo, all'articolo 15, un inquadramento al primo livello dirigenziale dei medici specialisti ambulatoriali con incarico non inferiore a 29 ore settimanali. Del

resto, di quei conti dobbiamo tenere conto; se non sono corretti, ce ne dovremo convincere nell'interesse pubblico, poichè si ragiona di un'imposizione dall'alto che determina di fatto la scomparsa di una categoria di professionisti che ha svolto in questi anni un servizio ottimo nell'ambito della struttura sanitaria pubblica. Il loro inquadramento in organico farà scomparire la loro figura.

Un'ultima considerazione riguarda la scarsa attenzione del Governo verso la prevenzione e tutto ciò che ad essa è connesso. Credo che il decreto legislativo n. 626 del 1994 e la legge n. 242 del 1996 rappresentino un elemento di riferimento certo nella nostra legislazione (in particolare il primo tocca competenze sia del Ministro del lavoro sia del Ministro della sanità). Ci auguriamo che la delega ricevuta dal Ministro della sanità non produca modifiche al decreto legislativo n. 626 del 1994, che agli articoli 2, 16 e 17 offre indicazioni importanti per la prevenzione nei luoghi di lavoro.

Non c'è dubbio però che la sanità può e deve fare di più per dare attuazione alla legge: e non vediamo all'interno della finanziaria specifici riferimenti economici a quanto la legge prevede. Mi riferisco in particolare all'informazione e alla formazione degli operatori. Su questi due aspetti dovremmo dare una risposta molto più forte, oltre a quella che già in termini positivi stanno dando l'INAIL, l'ISPESL e altri istituti che si interessano specificamente della materia. Riteniamo che il Ministero della sanità debba dare di più: proporremo degli emendamenti con riferimento all'articolo 17 del disegno di legge collegato, sempre nell'ambito dello stesso comparto (così come prevede la legge) in modo che si possa potenziare l'applicazione di questa norma riconoscendo sostegni agli operatori e a tutti coloro che sono chiamati ad applicarla.

Il nostro giudizio sulla finanziaria, per come ci è stata proposta – a meno che non si modifichi nel corso di questi lavori o in Assemblea – è negativo. Abbiamo comunque voluto avanzare delle proposte operative.

Non vogliamo che, come talvolta ci capita di leggere su una stampa tutta schierata, il Polo sembri fare solo opposizione: noi facciamo opposizione e proposizione. Ho fatto delle proposte concrete sul problema della pletora medica, della prevenzione e anche delle riflessioni operative sulla medicina generale e sulla specialistica ambulatoriale nonchè sulla gestione centralizzata delle spese sanitarie. Queste proposte verranno trasformate in emendamenti e rappresentano un contributo che il mio partito vuole dare al miglioramento della finanziaria.

Come dichiaravo in Assemblea nell'ambito del dibattito sulla fiducia a Prodi, saremmo stati anche favorevoli a questa finanziaria se fossero state accolte le nostre proposte; altrimenti avremmo preso atto – come ci capita ormai da mesi – di una chiusura rispetto alle nostre proposte da parte della maggioranza; una maggioranza che non vuole dialogare con l'opposizione se non su quelle cose rispetto alle quali ha convenienza.

PAPINI. Signor Presidente, siamo qui per formulare un parere e quindi mi soffermerò su due aspetti che a mio giudizio, in particolare nel collegato, meritano una particolare attenzione. Mi auguro che su questo ci possa essere condivisione da parte della Commissione.

Il primo problema riguarda l'obiettivo di un risparmio non inferiore all'1,5 per cento assegnato a ciascuna azienda per l'acquisto di beni e servizi. L'articolo 14 del disegno di legge collegato così recita: «Per l'anno 1998 le regioni e le province autonome, tenuto conto dei livelli di spesa rendicontati dalle singole aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliere, assegnano a ciascuna azienda obiettivi di risparmio sulla spesa per l'acquisizione di beni e servizi in misura tale da realizzare, a livello regionale, un risparmio non inferiore all'1,5 per cento, rispetto alla corrispondente spesa annua rendicontata per l'esercizio 1996, rideterminata con applicazione dei tassi di inflazione programmata relativi agli anni 1997 e 1998».

Credo che questa misura sia appropriata nel senso che nella spesa per beni e servizi probabilmente ci sono spazi per recuperi anche maggiori, se si valutano le specifiche situazioni. Non trovo però condivisibile provvedere per legge a porre questo vincolo direttamente in capo ai direttori generali, contraddicendo quanto prima detto. In altre parole, l'azione condotta a livello regionale può tenere conto della diversità di situazioni che tra regione e regione vi sono tra una USL e l'altra o un'azienda ospedaliera e l'altra. Porre in capo ai direttori generali questa responsabilità mi sembra leda il principio che la responsabilità di raggiungere determinati risultati è affidata alle regioni, avendo esse gli strumenti per incentivare i direttori generali al raggiungimento di determinati obiettivi. Al contrario, la predeterminazione di questi obiettivi a livello centrale rappresenta uno scavalcamento verso il basso, che può comportare anche problemi nella concreta possibilità per le regioni di dare attuazione a quanto è stato indicato loro attraverso un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri. Quindi sarei dell'avviso di sopprimere il riferimento ai direttori generali.

Vi è poi un altro aspetto da considerare: nel momento in cui si va a realizzare un risparmio dell'1,5 per cento sulla spesa (obiettivo a mio avviso raggiungibile), come ci garantiamo dal fatto che ciò non avvenga a scapito dei servizi. Evidentemente intendimento di questa norma è ottenere sostanzialmente lo stesso servizio diminuendo la spesa. Al momento però non abbiamo uno strumento per indicare che si vuole ottenere esattamente questo risultato. Già in occasione della relazione per il parere sul Documento di programmazione economico-finanziaria avevamo indicato la questione di fondo: avevamo sottolineato l'esigenza di un sistema che determini gli obiettivi di carattere nazionale e da questi faccia discendere, nel rispetto dell'autonomia riconosciuta dalla legge alle regioni e alle autonomie locali, la progressiva integrazione di obiettivi specifici tra quelli di tutti i soggetti interessati. In altri termini, se non definiamo quali sono gli obiettivi di salute che ci attendiamo siano perseguiti, qualunque intervento correttivo nei confronti della spesa rischia, al di là delle intenzioni, di colpire il perseguimento di obiettivi che noi non abbiamo indicato.

Quindi, vi è il problema fondamentale di individuare un sistema che definisca gli obiettivi di salute attesi: senza questo, diventa difficile attuare misure di risparmio che mantengano obiettivi che, tra l'altro, non siamo riusciti ad indicare efficacemente. Questo è l'aspetto di carattere

generale, che non ritengo debba essere affrontato necessariamente in sede finanziaria, la sede può essere anche un'altra; è però un problema che deve essere affrontato.

Vorrei svolgere alcune brevi considerazioni in merito all'articolo 14 del disegno di legge n. 2793, considerazioni che non coinvolgono il piano delle aspettative economico-finanziarie e che quindi non riguardano modifiche del saldo richiesto per quanto concerne gli aspetti finanziari.

Anzitutto vorrei sottolineare quanto stabilito al comma 4 del suddetto articolo: «L'obbligo del pareggio di bilancio previsto per le aziende ospedaliere dall'articolo 4, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è esteso ai presìdi ospedalieri delle aziende unità sanitarie locali con autonomia economico-finanziaria e contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale ai sensi dell'articolo 4, comma 9, dello stesso decreto legislativo». La questione che vorrei sollevare riguarda appunto l'estensione ai presìdi ospedalieri dell'obbligo del pareggio di bilancio. Condivido l'obiettivo alla base del provvedimento, quello cioè di contenere la spesa. A mio avviso però – lo dico molto francamente – tale previsione otterrà l'effetto opposto, per cui non verrà perseguito l'obiettivo del contenimento della spesa.

Più volte in questa Commissione abbiamo affrontato il tema della maggiore attività che si vorrebbe richiedere a livello territoriale, spostando quindi l'equilibrio dalla spesa ospedaliera alla spesa sul territorio. Ora quale soggetto può riequilibrare le due spese sul territorio? Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale, che può riequilibrare da una parte e dall'altra e che deve quindi poter giocare sul piano delle integrazioni tra i due servizi. Quindi si interviene sulla spesa ospedaliera operando sull'attività territoriale. Ma nel momento in cui chiudo completamente la spesa ospedaliera e dico che essa deve perseguire un vincolo di pareggio indipendentemente dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale, ho tolto a quest'ultimo la leva decisionale, gli ho tolto la possibilità di dare più territorio e meno ospedale, quindi ottengo l'effetto opposto: otterrò un vincolo di bilancio, un pareggio ma ad un più elevato livello di spesa; quindi un pareggio, sì, ma in condizioni tali da conseguire l'effetto opposto a quello che si desidera, cioè determinando un aumento di spesa.

Ritengo pertanto che questo punto si debba rivedere, anche perchè, se andiamo a vedere nel concreto cosa prevede la norma alla quale si fa riferimento, per cui l'obbligo del pareggio di bilancio dovrebbe essere esteso anche ai presìdi ospedalieri, rileviamo che essa fa riferimento a due aspetti: nel caso in cui vi sia un saldo attivo, questo deve essere utilizzato per un investimento all'interno del presidio ospedaliero, il che contraddice l'obiettivo di portare sul territorio una parte della spesa; in caso di ingiustificato disavanzo, la sanzione per aver violato il vincolo di pareggio del bilancio è il commissariamento da parte della regione (non credo che si possa pensare ad un commissariamento del presidio ospedaliero inserito all'interno dell'ASL) o la revoca dell'autonomia aziendale, che però non c'è. Pertanto non è neanche chiaro cosa voglia

dire «vincolo di pareggio» in questo caso, in riferimento esplicito al comma poc'anzi citato.

Anche in questo caso – e si torna ad un tema generale – non avendo la possibilità di definire quale obiettivo di salute l'azienda sanitaria locale deve perseguire mettendo insieme la leva territorio e la leva ospedale, e quindi un obiettivo complessivo di salute, si è portati ad intervenire su un fronte immediatamente individuabile e misurabile: la spesa ospedaliera. Tuttavia, operando in questa maniera otteniamo – come ho già detto – l'effetto non desiderato. Non credo che si debba intervenire in ambiti più facilmente individuabili se questo non serve a conseguire l'obiettivo che ci si è posti. Invece, sia pure con uno sforzo maggiore, bisognerebbe cercare di delineare un quadro di riferimento degli obiettivi assegnati alle ASL al fine di consentire un'efficace integrazione tra le due leve, che in questo caso vengono in qualche modo a cadere; sarebbe come scorporare i presìdi ospedalieri, ma non credo che sia questo l'obiettivo che si vuole raggiungere.

Infine, vorrei avere un chiarimento sulla riduzione delle tariffe prevista al comma 5 del già citato articolo 14, in particolare laddove si prevede che «Per assicurare il rispetto dei limiti di spesa programmati le regioni e le provincie autonome adottano sistemi di riduzione delle tariffe da applicare in caso di superamento dei limiti di spesa e sistemi di verifica trimestrale dei flussi di mobilità». Non mi è molto chiaro il punto riguardante i sistemi di riduzione delle tariffe da applicare, cioè come questi possano operare. Il senatore Di Orio nella sua relazione ha fatto riferimento ad un problema di disparità di trattamento dei cittadini; ritengo che invece vi sia un problema di modalità di funzionamento.

Non riesco a cogliere come si possa attuare il meccanismo previsto, per cui vorrei un chiarimento al riguardo.

LAVAGNINI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole Sottosegretario, anzitutto vorrei ringraziare il relatore per la puntuale relazione che ci ha offerto non solo sul versante della spesa gestionale, ma anche per quanto riguarda gli aspetti degli investimenti nel campo dell'edilizia ospedaliera e del debito pregresso.

Vi è un primo punto che vorrei sottolineare e che politicamente non è stato richiamato, se non in alcune considerazioni del senatore Papini: dopo quattro anni siamo in presenza di un aumento del Fondo sanitario. Tale aumento non è solo una disponibilità che il Governo ha previsto per adeguare la spesa sanitaria: è soprattutto un cambiamento di linea politica a favore delle regioni. Vi era una tesi che tentava di mettere in difficoltà le regioni nei confronti dello Stato penalizzandole, in quanto alla fine erano quelle che non riuscivano a stare dentro i tetti nè a mantenere i livelli di spesa assegnati, nè erano in condizioni di rispettare gli orientamenti espressi dalle varie leggi finanziarie. Così facendo, in questa finanziaria si è consentito, per la prima volta, di mantenere adeguato il Fondo per avere poi una maggiore autorevolezza e responsabilità, da una parte delle regioni nella gestione della spesa, ma soprattutto da parte del Governo per il controllo dell'efficacia di quanto assegnato attraverso un importo congruo.

Vi è poi un'altra considerazione da fare. Nonostante le difficoltà – poichè anche questa, anche se in modo più leggero che in passato, è una manovra che chiede riduzioni di spesa e sacrifici – si è voluto sottolineare l'esigenza che per l'edilizia sanitaria e gli investimenti vi sia un inversione di tendenza, per cui non solo vengono mantenuti i ripiani dei debiti degli anni precedenti, consentendo quindi la copertura dei costi, almeno fino ad una certa data, ma si consente anche di avviare progetti di riconversione per la parte strutturale e per la parte degli investimenti, che soffre da diversi anni di notevoli carenze.

La finanziaria del Governo Berlusconi prevedeva «zero» per gli investimenti; con la finanziaria successiva sono stati poi stanziati 300 miliardi. Stiamo parlando di un settore che spende 100.000 miliardi l'anno e che fa investimenti che non servono neanche per coprire le spese delle manutenzioni. Da questo punto di vista, va positivamente evidenziato il segnale che viene dato.

Detto ciò, i 1.000 miliardi che si chiedono al sistema per poter rientrare nelle assegnazioni sono un elemento fortemente indicativo. È giusto a questo proposito sottolineare alcune riflessioni fatte dai colleghi. Spesso nelle leggi finanziarie troviamo indicazioni che non vengono rispettate, non solo nell'anno successivo ma anche in quelli che seguono. Un esempio l'abbiamo avuto nell'ultima finanziaria, quando abbiamo detto che i *day hospital* dovevano essere attivati almeno nella misura del 10 per cento entro il giugno 1996 e che i posti letto a pagamento dovevano essere attivati anch'essi entro una certa data: tutto questo non è avvenuto. Allo stesso modo non sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati nel caso della riduzione dei posti letto, dell'attivazione dei posti di riabilitazione o di tutta una serie di scelte. Ritengo allora opportuno non inserire questi elementi nella finanziaria, a meno che non facciano parte delle direttive della conferenza Stato-regioni; altrimenti essi devono avere un collegamento a forme di verifica, o addirittura di penalizzazione nel caso di mancato raggiungimento degli obiettivi.

Anche in questa circostanza apprezziamo la volontà di ridurre dell'1,5 per cento la spesa per l'acquisizione di beni e servizi, però sappiamo che tale spesa da dieci anni a questa parte è aumentata dal 3 al 19 per cento. La struttura ormai è tale che la gran parte dei servizi alberghieri viene gestita attraverso forme che provocano l'ampliamento dei costi per beni e servizi. Pensate che solo la spesa farmaceutica incide per oltre 3-4.000 miliardi: negli ospedali è circa il 2-3 per cento della spesa per beni e servizi. Tuttavia già nel 1994 (è una sorta di aneddoto) quando riducemmo i *ticket* da 100.000 lire a 70.000 lire pensavamo che il maggior onere potesse essere coperto dai redditi superiori a 120 milioni. Successivamente, su proposta del Governo, si pensò di coprire i maggiori oneri (quantificati in circa 600 miliardi) attraverso la riduzione della spesa per beni e servizi del 16 per cento. Ebbene, dal 1994 al 1997 la spesa è passata dal 16 al 19 per cento, nonostante la presenza di norme che stabilivano la riduzione della spesa per beni e servizi. Questo per dire che una verifica maggiore, in termini di osservatorio, di monitoraggio dei prezzi, va inevitabilmente fatta.

Il collega Manara affermava che quest'anno il Governo ha presentato una manovra blindata. In realtà sottolineo un pericolo esattamente opposto: avendo il Ministro annunciato che dovremo intervenire per discutere sui *ticket*, sulla riforma dello Stato sociale ed anche sul problema del precariato, il rischio che corriamo è che qui al Senato prepariamo un'istruttoria sulla sanità e che alla Camera vengano definiti tutti gli altri passaggi. Questo è il pericolo che voglio evidenziare, rispetto al quale si pone a tutti noi un'esigenza: se dobbiamo dare un contributo in positivo su un problema aperto (il Ministro ha dichiarato che ci potrà essere il contributo da parte di tutti), dobbiamo tutti insieme discuterne per evitare che questa finanziaria, che non è blindata, ci veda protagonisti di un'istruttoria e che si lasci ai colleghi della Camera la decisione sugli interventi maggiori. D'altronde è quanto è già successo in occasione della prima presentazione del disegno di legge collegato al Senato.

Il senatore Tomassini diceva che in realtà la manovra non viene fatta con il disegno di legge finanziaria ma con una delega data al Governo per la riforma del decreto legislativo n. 502. In effetti tale delega non riguarda certo l'anno 1998, ma è collegata alla finanziaria solo per consentirci di avere tempi più brevi. Tuttavia abbiamo detto un pò tutti che alcuni aggiustamenti andranno fatti rispetto a quel decreto, secondo le indicazioni della conferenza Stato-regioni, tenuto conto che quel provvedimento è stato per alcuni aspetti disapplicato. Personalmente sarei per dividere la parte che tende ad una riorganizzazione di quanto previsto dal decreto n. 502 dalla parte innovativa, quella su cui è giusto realizzare il massimo confronto possibile non solo nelle Aule parlamentari ma anche con i gestori della sanità (gli operatori e i responsabili gestionali).

Lo stesso Ministro ha affermato – desidero sottolinearlo positivamente – che sarà bene dedicare un dibattito a questo aspetto, anche se il disegno di legge delega è in discussione alla Camera dei deputati. Ritengo che una riflessione preventiva possa rivelarsi particolarmente importante, dato che alcuni aspetti possono essere condivisi mentre altri possono essere corretti, integrati, migliorati. Dal momento che, alla fine, le Commissioni parlamentari e la conferenza Stato-regioni dovranno pronunciarsi, è bene che alcuni punti vengano definiti con chiarezza. Se ci sono distinzioni tra maggioranza e opposizione, è bene che emergano nel modo più democratico possibile, ad evitare che si dica che c'è una manovra retrostante che in qualche modo aggira la gestione della sanità attraverso la delega. La necessità della delega è stata da tutti sottolineata; se ci sono contributi da dare in positivo, è bene che anche il Senato possa intervenire.

Una considerazione sulle affermazioni della senatrice Castellani in merito alle esenzioni dai *ticket* e alla sanatoria dei precari (su tali questioni maggioranza e opposizione hanno già presentato insieme emendamenti). Ricordo che due anni fa, in sede di discussione della manovra finanziaria per il 1996, furono proprio i Gruppi di opposizione a presentare un emendamento – la cui prima firmataria era la senatrice Alberti Casellati – che prevedeva uno stanziamento di 600 miliardi a vantaggio di una vasta e complessa tipologia di categorie esenti (soggetti affetti da

patologie gravi, disoccupati, pensionati, nuclei familiari, soggetti con un reddito inferiore a 16 milioni). Credo che su tale questione sia possibile trovare una posizione unanime, tenendo anche conto delle indicazioni più generali della manovra finanziaria.

La questione dei medici universitari e della stipula di protocolli d'intesa è contenuta nella riforma recata dal decreto legislativo n.502 del 1992 che ha consentito finora libertà di accesso nelle facoltà e di gestione dei protocolli d'intesa.

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulle tabelle 17 e 17-*bis *e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria n. 2792 e sui disegni di legge nn. 2791 e 2793 per la parte di competenza.* C'è il numero chiuso da 15 anni.

BETTONI BRANDANI, *sottosegretario di Stato per la sanità.* I tribunali amministrativi regionali consentono l'iscrizione.

NAPOLI Roberto. I protocolli d'intesa danno la facoltà di essere automaticamente accreditati con costi incontrollabili.

LAVAGNINI. In tema di soppressione delle convenzioni con gli specialisti, con l'adozione del sistema a tariffa la specialistica non può più entrare nella tariffazione normale. Poichè con il decreto legislativo n. 502 del 1992, che tutti difendiamo, l'unico sistema di convenzioni consentito riguarda la medicina generale, è evidente che non ha più senso, all'interno di unità sanitarie «rizonalizzate», prevedere un sistema di convenzioni specialistiche, soprattutto dopo l'introduzione delle incompatibilità. È noto tra l'altro che la maggior parte degli specialisti ambulatoriali vengono impiegati per cure ospedaliere quando le leggi finanziarie impediscono l'assunzione o la copertura del *turnover,* con costi di gran lunga maggiori.

NAPOLI Roberto. Gli specialisti non possono essere impiegati a tale scopo e di fatto non lo sono.

LAVAGNINI. Il fenomeno si verifica, tant'è vero che queste spese sono state distolte dall'assistenza territoriale e dalle attività di prevenzione e trasferite all'assistenza ospedaliera.

Il disegno di legge finanziaria consente alle USL, qualora ne abbiano bisogno, di stipulare convenzioni tra di loro per utilizzare specialisti, ma non consente di ricorrere al sistema dell'approvvigionamento. Sarebbe opportuno migliorare alcune disposizioni che pongono vincoli al transito di una parte degli specialisti e che di fatto lo impedirebbero.

Quanto alla mancata previsione di un tetto per la spesa sanitaria, è ormai una necessità porre un vincolo sui *budget* degli ospedali. In base alla verifica della spesa storica, la spesa ospedaliera è passata dal 49 per cento al 63 per cento: è evidente che gli ospedali hanno acquistato in questi ultimi anni un peso crescente all'interno degli stanziamenti assegnati al Servizio sanitario nazionale. Si è verificata una progressiva

ospedalizzazione del servizio a danno dell'assistenza territoriale, della prevenzione e di tutta l'area della distrettualizzazione. Una definizione precisa della spesa, volta ad impedire che l'assistenza ospedaliera assorba risorse destinate alla prevenzione, alla specialistica e all'assistenza territoriale, è una delle condizioni di partenza per fissare tetti di spesa.

Non è vero, comunque, che la spesa farmaceutica non ha un tetto: se non interverranno modifiche, l'attuale tetto è quello fissato dalla legge finanziaria dello scorso anno (sono circa 700 miliardi e non 400 miliardi). È evidente che dovremo intervenire, e mi auguro che sia possibile definire la spesa farmaceutica in sede di prima lettura della manovra finanziaria in Senato, senza attendere l'esame della Camera dei deputati.

CAMERINI. Signor Presidente, non mi soffermerò sui molteplici problemi della sanità, mi limiterò ad avanzare delle osservazioni più specifiche sull'articolo 14 del disegno di legge collegato alla finanziaria. In particolare il comma 1 assegna alle aziende sanitarie un obiettivo di risparmio sulla spesa per l'acquisizione di beni e servizi non inferiore all'1,5 per cento. Condivido l'affermazione del coordinamento interregionale degli assessori secondo cui tale disposizione non sembra in armonia con il principio generale che obbliga le singole regioni a ripianare eventuali sfondamenti di spesa non dovuti a decisioni dello Stato. La disposizione sembra colpire le regioni in maniera abbastanza indiscriminata.

Vorrei citare alcuni dati relativi alla spesa sanitaria per beni e servizi delle regioni: l'Emilia-Romagna, ad esempio, è al *top* della classifica vantando una spesa sanitaria per abitante pari a 508.364 lire, con un'incidenza percentuale sul totale pari al 26,5 per cento; all'estremo opposto figura la Puglia con una spesa sanitaria di 201.741 lire, corrispondente al 14,1 per cento della spesa sanitaria complessiva. È naturale interrogarsi sull'equità di un obiettivo di risparmio che colpisce indistintamente regioni che spendono in modo così difforme, senza prendere in considerazione il fatto che alcune hanno già avviato percorsi virtuosi di risanamento riducendo notevolmente la spesa sanitaria per beni e servizi. È un aspetto che dovrebbe venire considerato.

Un' altra considerazione attiene alla lettera *c)* del comma 6 dell'articolo 14: l'osservatorio dei prezzi non ha funzioni dirette di controllo della spesa, ma va considerato come uno strumento tecnico potenzialmente prezioso per il miglioramento dei processi di acquisto. A questo proposito sorge il dubbio che l'osservatorio previsto dall'articolo 1, comma 30, della legge n. 662 del 1996 non abbia mai lavorato. Credo sia necessario attivare questo strumento di verifica e di indirizzo, che può svolgere un ruolo di interfaccia con gli osservatori regionali e conferire alla gestione della spesa un' importante caratterizzazione manageriale.

Voglio ricordare un aspetto sul quale la nostra Commissione si è già soffermata in passato: il nostro paese ha una spesa farmaceutica inferiore alla media europea, mentre le spese per tecnologie sono superiori

alla media europea. Questa è una situazione che a mio avviso dovrebbe essere modificata.

Vorrei fare poi un'altra considerazione sempre riguardo all'articolo 14: in particolare mi riferisco al comma 6, lettera *a)*, concernente la possibilità di avvalersi di appositi nuclei di esperti per lo svolgimento di un'importante attività di verifica. Mi pongo il problema se sia giusto che tali esperti siano al di fuori della sanità o se non debbano piuttosto far parte delle agenzie regionali che hanno funzione di indirizzo e controllo.

Un ultimo punto su cui vorrei soffermarmi riguarda la lettera *b)* dello stesso comma 6 sopra richiamato, laddove si prevede che le aziende unità sanitarie locali supportano «i sanitari nell'individuazione di linee di intervento appropriate e caratterizzate dal miglior rapporto costo-utilità tra le opzioni eventualmente disponibili e fornendo indicazioni per l'uniforme applicazione in ambito locale dei percorsi diagnostici e terapeutici di cui all'articolo 1, comma 28, della legge 23 dicembre 1996, n. 662». Su questo punto ci siamo soffermati anche in passato. È chiaro che i percorsi diagnostici sono piuttosto delle linee guida che non dei protocolli veri e propri, però evidenziamo che tali percorsi non sono stati ancora pubblicati. Come hanno già rilevato i sindacati, ma anche le società scientifiche, un contributo a questo proposito diventa assai importante.

Ritengo che dovremmo tenere presenti tali considerazioni anche per eventuali interventi migliorativi.

BERNASCONI. Signor Presidente, onorevole Sottosegretario, non parlerò dei massimi sistemi, volendomi attenere all'oggetto specifico della discussione odierna concernente i documenti finanziari e di bilancio. Avremo tempo e occasione per intervenire poi sul disegno di legge delega, su quello di riforma, sulla questione della pletora dei medici, e via dicendo.

Attenendomi quindi in particolare al collegato, vorrei riaffermare, come hanno fatto altri, la necessità di considerare come un tutt'uno questi provvedimenti, senza parlare solo di riduzione di spesa, riconoscendo che per la prima volta dopo molti anni il Fondo sanitario nazionale è stato incrementato, e questa non è una novità di poco conto.

Vi è poi un altro aspetto del collegato che vorrei sottolineare. Alcuni, comprese talune regioni, hanno fatto un appunto circa l'impostazione ancora molto centralistica, considerando l'ingerenza nelle potestà regionali per quanto riguarda la ripartizione e il controllo della spesa sanitaria. In parte questo è anche vero, però dovremmo cercare di valutare se ciò in questo momento non sia ancora giustificato dalla situazione in cui ci troviamo. Quando entrerà in vigore l'IRAP, nel giugno del 1998, quando ci sarà un'autonomia fiscale forte e quindi l'istituzione del fondo sanitario regionale da parte delle regioni, è assai probabile che dovremo ragionare in maniera del tutto diversa, anche in sede di finanziaria, sul controllo della spesa sanitaria.

Oggi non è così, anche se nella finanziaria per il 1998 dovremmo però valutare in primo luogo se tutte le opzioni di risparmio che mettia-

mo in atto sono efficaci, e secondariamente se non vanno ad invadere comunque una potestà di spesa che anche oggi resta in ambito regionale. Mi riferisco in particolare ad una osservazione del senatore Papini sui presìdi, sulla quale sono abbastanza d'accordo. Noi abbiamo un problema di razionalizzazione e di risparmio della spesa ospedaliera. È stato posto l'obbligo del pareggio di bilancio come sorta di vincolo acritico rispetto alle grandi aziende ospedaliere, dicendo: se non ci state, dovete arrangiarvi poi con i vostri bilanci. Se poniamo tale vincolo anche per i presìdi, i quali per definizione sono collegati alle ASL, quindi alle unità territoriali delle aziende sanitarie, favoriamo il processo inverso a quello che abbiamo sempre auspicato, cioè di andare a ridurre i piccoli ospedali e a far sì che vi sia uno spostamento di risorse da certe strutture ospedaliere al territorio, convinti che sia un vero risparmio di spesa. È chiaro che in questo modo probabilmente incentiveremo i presìdi ospedalieri che fanno ancora parte delle ASL a fare un discorso di bilancio aziendale, e quindi a cercare di incrementare la spesa ospedaliera a scapito di quella territoriale. Dico questo perchè ritengo che l'osservazione a questo riguardo del senatore Papini sia molto pertinente. Non è di poco conto per quanto concerne l'impostazione della politica sanitaria complessiva, per cui ritengo che occorra comunque riflettere criticamente su questo punto.

Il secondo punto che vorrei evidenziare riguarda i tetti di spesa. Continuo a pensare, come ho sostenuto anche in altre sedi, che il tetto per la spesa farmaceutica sia improprio come manovra finanziaria per diverse ragioni: anzitutto perchè non è reale, e questo lo abbiamo riconosciuto tutti. Oggi si fa una stima credibile della spesa farmaceutica per il 1998 per un ammontare di circa 12.000 miliardi. Quindi, se manteniamo il tetto stabilito dai precedenti provvedimenti, dovremmo adeguare il fondo, oppure dobbiamo chiederci se è il tetto per la spesa farmaceutica il vero strumento di controllo della spesa stessa.

Io sono convinta che non lo sia per due motivi. Anzitutto perchè in questo modo ragioniamo su un tetto di spesa precostituito che non tiene conto delle realtà territoriali, della farmacoeconomia che si può indurre con una spesa farmaceutica corretta, che può risparmiare sui ricoveri ospedalieri, nè dell'epidemiologia o anche dei caratteri demografici di una regione o comunque di una unità territoriale. Secondariamente occorre tener presente un'osservazione assai sottile fatta dall'ufficio studi del bilancio del Senato: noi possiamo stabilire dei tetti di spesa per le varie prestazioni, però se lo facciamo sulla diagnostica limitiamo l'accesso ad una prestazione perchè abbiamo un tetto di spesa, ad esempio, per prestazioni diagnostiche e terapeutiche con cui di fatto potremmo offrire le stesse prestazioni a costi minori; se lo facciamo per i farmaci (perchè così di fatto ha ragionato anche la CUF, disattendendo in parte anche un suo contributo rigorosamente tecnico-scientifico) dobbiamo di fatto tagliare ad un certo punto l'accesso ad un determinato prodotto; come tale, quindi, non è un discorso di tetto ma di inibizione di accesso ad una prestazione specifica. Vi sono, sempre secondo l'ufficio studi del bilancio del Senato, anche problemi di disponibilità.

Però si potrebbe fare appello al principio di responsabilità delle regioni per quanto concerne il tetto di spesa farmaceutica, e non solo per questa spesa. Sono d'accordo sulla necessità che la regione metta indicativamente nella sua quota capitaria un tetto di spesa per la diagnostica, per la spesa farmaceutica e per quella ospedaliera; però la regione lo fa nell'ambito del proprio territorio ed in base ad alcuni criteri oggettivi di quel determinato territorio, tenendo conto che comunque un tetto di spesa a livello nazionale c'è già considerando che esiste la quota capitaria, e da quella non ci muove nessuno. Lo dico specificamente per quanto riguarda l'annuncio della presentazione di eventuali emendamenti. Ritengo che sia inopportuno ripercorrere la strada dell'imposizione di un tetto di spesa; credo piuttosto che sia opportuno (senza per questo necessariamente correre il rischio di una spesa farmaceutica incontrollata) affidare alle regioni, come di fatto è scritto nel testo attuale, la possibilità di fissare dei tetti di spesa specifici.

Un punto è fondamentale e rappresenta il vero controllore della spesa farmaceutica: intervenire sulle farmacoprescrizioni. L'adesione a protocolli diagnostici e terapeutici non può essere decisa dal centro, deve essere decisa da chi controlla sul territorio la spesa, da chi può coinvolgere sul territorio gli stessi prescrittori. In questo modo possiamo avere davvero sotto controllo la spesa farmaceutica, dal punto di vista economico e soprattutto della qualità. Se ragionassimo soltanto sul tetto, comunque prevederemmo la gratuità degli antibiotici, essendo un farmaco necessario; ciò non toglie che il prescrittore potrebbe usare male l'antibiotico presente nel prontuario terapeutico.

Inviterei il Ministro a ragionare non pensando solo al contenimento della spesa farmaceutica, ma anche a quale possa essere lo strumento più opportuno ed etico per contenere la spesa sanitaria.

Un altro punto è quello delle esenzioni. Spero che il Senato non venga esautorato da un dibattito sulla revisione delle esenzioni, che non hanno carattere nè di identità nè di controllo di spesa. Vorrei però richiamare l'attenzione su quelle forme non di esenzione, ma di accesso ad alcune prestazioni (su questo sarà bene meditare anche per la presentazione di un apposito emendamento) previo il passaggio attraverso una griglia di controlli amministrativi; griglia che, anzichè essere uno strumento di controllo della spesa, determina invece un'espansione della stessa. Penso in particolare alle protesi mammarie per le mastectopatizzate, che oggi sono fornite gratuitamente dal Servizio sanitario una volta che la paziente ha effettuato le procedure per il riconoscimento dell'invalidità. Questa è un'assurdità. Una volta che il sistema ha stabilito che le protesi esterne vengono fornite come supporto sanitario, sottoporre alle procedure di invalidità significa mortificare le donne che non vogliono passare per invalide solo per il fatto di avere una protesi esterna. Di fatto una simile procedura risulta anche più costosa per il sistema, dal momento che attiva una serie di pratiche, prestazioni sanitarie, certificazioni che sono assai dispendiose. Abbiamo condotto un incontro, come senatrici, con le rappresentanti di associazioni femminili, e proprio loro ci chiedevano che senso ha questa procedura.

Inviterei il Governo a tener conto di questa osservazione nell'eventuale emendamento che predisporrà per rivedere le esenzioni. Cerchiamo di ragionare su quante volte nella finanziaria o in altre leggi si prevedono delle griglie di accesso per controllare la spesa che finiscono per enfatizzare impropriamente la spesa sanitaria.

MIGNONE. Signor Presidente, ho ascoltato molte riflessioni ma si è omesso di ricordare che in effetti in Italia, fino allo scorso anno, l'andamento della spesa sanitaria è stato bizzarro: al Nord ci sono state regioni che si sono ritrovate con dei debiti a fronte di una buona qualità delle prestazioni sanitarie, mentre al Sud, nel Mezzogiorno d'Italia, la maggior parte delle regioni si è ritrovata con il bilancio in pareggio ma con pochi servizi. Questo ha fatto sì che le regioni del Nord ricevessero finanziamenti in eccesso rispetto a quelle del Sud, oltre ad accogliere massicci flussi migratori di pazienti.

In questo disegno di legge finanziaria comincio ad intravedere, in realtà, qualche possibilità di perequazione nella organizzazione della gestione sanitaria tra Nord e Sud, o comunque tra aziende sanitarie che si trovano attualmente in una situazione di disparità.

È stato rilevato che la burocrazia della sanità è particolarmente gravosa per il bilancio dello Stato: questo è vero. Tuttavia chi lamentava tale fenomeno dovrebbe salutare di buon grado questo disegno di legge finanziaria che affida maggiori responsabilità alle regioni, alle aziende sanitarie, ai direttori generali; dovrebbe riconoscere che finalmente esso inizia a vincolare anche il comportamento della tecnocrazia. Anche sul fronte dei controlli sulla qualità della spesa sono stati predisposti strumenti che consentiranno di migliorare finalmente la sanità.

È stato osservato che manca assolutamente un tetto per la spesa farmaceutica. Questo non è vero, se si considera che innanzi tutto è stato fissato in 106.000 miliardi circa il tetto per il Fondo sanitario nazionale. Tale tetto andrà ripartito – per così dire – in vari «sottotetti», organizzati secondo responsabilità: nel momento in cui saranno rispettate dai medici le linee guida in materia sanitaria, si raggiungerà il controllo anche della spesa farmaceutica; nel momento in cui interverrà una maggiore responsabilizzazione dei nostri medici di base, che sono ordinatori di spesa, conseguentemente verrà ad essere sotto controllo anche la spesa farmaceutica, e in generale ogni prestazione.

A chi evidenziava l'assenza di interventi nel campo della prevenzione vorrei far osservare che da questo disegno di legge finanziaria emerge anche il tentativo di dirottare i finanziamenti dalla sanità ospedaliera alla medicina territoriale: allorquando interverrà tale dirottamento si farà prevenzione anche nel nostro paese. La prevenzione è di competenza della medicina distrettuale, non di quella ospedaliera.

Come senatore del Mezzogiorno che punta all'unità d'Italia, dico che mi va bene questo disegno di legge finanziaria perchè finalmente potrò vedere realizzata la medicina territoriale là dove è carente; finalmente potrò sperare di vedere perequato il Sud con il Nord. Saluto anche con favore alcune determinazioni che si trovano già sulla carta, e cioè il passaggio al rapporto di dipendenza da parte dei medici ambula-

toriali: questa misura consentirà nel Mezzogiorno chiarezza nella organizzazione della sanità. Innanzi tutto si avrà un miglioramento qualitativo nel senso che gli utenti potranno disporre con maggior continuità dell'erogazione delle prestazioni specialistiche.

Mi dispiace che il senatore Napoli non sia presente in questo momento perchè avrei voluto ricordargli che in questi giorni si parla molto dei «gettonati» di un policlinico meridionale il cui rapporto di lavoro sembra verrà stabilizzato (non so se con legge dello Stato o con legge regionale). Ebbene, pare che molti di loro anzichè essere felici di tale stabilizzazione intendano rinunziare a questa prospettiva perchè nel frattempo hanno coltivato altri interessi al di fuori della struttura universitaria. A tale proposito voglio sostenere che la finanziaria in esame introduce elementi chiarificatori nella gestione delle risorse nonchè nell'organizzazione e nell'utilizzazione del personale: si tratta dunque di un provvedimento da accogliere positivamente.

Un'ultima riflessione a proposito delle prestazioni specialistiche. Qualche collega, come lo stesso relatore, senatore Di Orio, ha rilevato che sarebbe opportuna una maggiore riflessione sul numero delle prescrizioni della medicina riabilitativa. Osservo in proposito che permettere due prescrizioni di cicli di terapia riabilitativa non comporta alcuna limitazione terapeutica per il paziente che ha realmente bisogno. Il paziente non ne soffrirà, semmai un limite sussisterà rispetto al vantaggio che un tipo di sanità era abituata a perseguire. In conclusione, esprimo parere favorevole sulla manovra finanziaria. Riscuote il mio consenso anche la volontà di stabilire a 65 anni l'età pensionabile dei professori universitari delle facoltà di medicina e chirurgia, ponendo fine ad alcuni privilegi che purtroppo si annidano ancora nel mondo accademico. Non me ne voglia il senatore Campus, ma nel momento in cui si arriverà alla perequazione tra sanità ospedaliera e sanità universitaria saranno vanificati alcuni privilegi del mondo sanitario universitario e si avrà forse una maggiore chiarezza anche nel mondo sanitario ospedaliero.

BRUNI. Signor Presidente, esprimo un parere favorevole sulla manovra finanziaria in esame e condivido, come il collega Mignone, l'ipotesi di stabilire a 65 anni l'età pensionabile per i professori universitari delle facoltà di medicina e chirurgia.

Le linee della manovra finanziaria per il comparto sanitario, come ha detto il senatore Di Orio nello svolgimento della sua bella relazione, appaiono complessivamente razionali e soddisfacenti. Sono previsti interventi diretti alla razionalizzazione, alla riorganizzazione e alla riqualificazione (tre parole essenziali) del Servizio sanitario nazionale senza incidere particolarmente sulla spesa in termini reali, in modo da fronteggiare le esigenze determinate dall'innalzamento dell'età media della vita e dai progressi della medicina.

Il Gruppo Rinnovamento Italiano e Indipendenti voterà pertanto a favore dei documenti di bilancio in esame; preannuncio però la presentazione di proposte emendative sugli articoli 15 (relativo agli specialisti ambulatoriali convenzionati) e 16 del disegno di legge

collegato alla finanziaria, in riferimento alla diminuzione delle prestazioni gratuite di medicina fisica e riabilitativa.

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulle tabelle 17 e 17-*bis *e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria n. 2792 e sui disegni di legge nn. 2791 e 2793 per la parte di competenza.* L'opportunità di modificare tali articoli è segnalata anche nella mia relazione.

BRUNI. Con l'adozione di provvedimenti relativi ai *ticket* per i pensionati e allo spostamento di fascia per i farmaci salvavita, il Governo infatti corre il rischio di penalizzare ulteriormente le fasce più deboli della popolazione che con la nuova finanziaria si vedranno ridotte ulteriormente le prestazioni gratuite di medicina fisica e riabilitativa. Tale riduzione comporta il rischio che la norma sia aggirata, come di fatto è accaduto, con la pratica dei ricoveri facili facendo lievitare non poco la spesa già rilevante del Servizio sanitario nazionale. Per migliorare la sanità pubblica occorrerà procedere ad una ristrutturazione compatibile in termini di risorse umane, dotazione di mezzi adeguati e strutture territoriali.

Mi sia consentita un'ultima riflessione che si ricollega a quanto detto in modo egregio dal senatore Mignone: si è parlato poco di prevenzione, un aspetto importante spesso citato dal Ministro della sanità. Io credo molto nella creazione di unità di medicina preventiva, di cui nel nostro paese si parla da tempo ma che non mi sembra siano state realizzate.

CAMPUS. Signor Presidente, intervengo molto brevemente in quanto la posizione del Gruppo Alleanza Nazionale è già stata perfettamente espressa dalla senatrice Castellani. Vorrei soltanto puntualizzare alcuni aspetti inerenti agli articoli 16 e 18 del disegno di legge n. 2793, da cui si evince come effettivamente le riduzioni di spesa vengano tutte effettuate a carico dei cittadini.

In particolare mi riferisco alle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale: si vede come si abbiano incrementi di spesa pari al 100 per cento e anche al 150 per cento, rispetto a una riduzione della spesa del Servizio sanitario nazionale del solo 15 per cento del totale. D'altronde anche l'articolo 18, concernente l'aumento del contributo assicurativo sostitutivo delle azioni di rivalsa, è una forma più che palese di aumento delle tasse sulla salute: con questa formulazione infatti si è voluto aumentare ulteriormente il prelievo sui cittadini per il sistema sanitario nazionale, scaricando quindi sui cittadini gran parte della spesa attuale per le prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione ambulatoriale.

Credo che questi siano aspetti del tutto congrui con la filosofia che ispira anche questo Ministero, coerentemente con quanto si rileva per gli altri Ministeri del Governo Prodi: un aumento delle tasse e una diminuzione dei servizi offerti. Su questi due punti, oltre che su altri aspetti che poi affronteremo in maniera più dettagliata in sede di esame degli emendamenti, anticipo una netta e chiara presa di posizione negativa del Gruppo Alleanza Nazionale a tutela dei cittadini.

PRESIDENTE. Intervengo nel dibattito odierno, che ritengo assai interessante per la serie di spunti che offre, anzitutto ringraziando il senatore Di Orio per la relazione svolta in maniera molto articolata, che ha consentito a tutti i componenti della Commissione di avere un quadro dell'intera manovra, facendo anche riferimento a questioni che non sono contenute in maniera specifica nel disegno di legge collegato alla finanziaria.

Vorrei prendere lo spunto da uno dei primi interventi, in particolare da quello della senatrice Castellani, la quale ha affermato che in realtà si tratta di una manovra «virtuale» perchè il contributo complessivo della sanità alla manovra finanziaria è oggettivamente modesto, trattandosi di 1.000 miliardi. Però ricordo che nella scorsa legislatura, in questa stessa aula, sono stati fatti discorsi, anche da parte di colleghi che oggi rappresentano la minoranza, in cui si accusavano i Governi precedenti di utilizzare la manovra finanziaria per operare scelte strategiche nel settore della sanità, quando invece non può essere tale manovra a determinare scelte di strategia. La critica era che la finanziaria veniva usata per operare delle scelte riguardanti la politica sanitaria del nostro paese.

Condivido molte delle osservazioni fatte dai colleghi, in particolare mi riferisco a quelle del senatore Papini e della senatrice Bernasconi sui tetti di spesa. Questo credo che sia il vero problema. Ci troviamo di fronte ad un bivio: dobbiamo pure effettuare una scelta per raggiungere l'obiettivo di distribuire la spesa sanitaria all'interno del sistema sanitario. Credo che sia ormai convinzione di tutti che vi sono dei settori della sanità in cui forse si spende troppo, per cui lo strumento per potersi orientare all'interno del sistema sanitario a mio avviso non può che essere quello del tetto di spesa; altrimenti non vedo con quali meccanismi si possano fornire indirizzi alle singole regioni nel momento in cui si devono destinare risorse nell'ambito della programmazione regionale, che è pur sempre di competenza delle regioni.

Comunque, le critiche che sono state fatte, in particolare quelle del senatore Papini, circa la previsione di un vincolo di pareggio di bilancio anche per gli ospedali che non sono azienda ospedaliera ma presìdi dell'azienda unità sanitaria locale, hanno a mio avviso un difetto di fondo: voler considerare storica l'attuale spesa ospedaliera del presidio ospedaliero contenuto nell'azienda unità sanitaria locale; ma così non è, perchè se così fosse andremmo a congelare i bilanci dei presìdi ospedalieri al 1997.

Ritengo che la chiave di lettura di tutti i provvedimenti, compreso quello del vincolo di bilancio per i presìdi ospedalieri, sia contenuta nel comma 5 dell'articolo 14 del disegno di legge n. 2793 che recita: «Le regioni e le province autonome, in attuazione della programmazione sanitaria ed in coerenza con gli indici di cui all'articolo 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e successive modificazioni, stabiliscono per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario ...». Credo che leggendo attentamente questo comma si evincano due obiettivi: quello di non ledere la potestà degli enti locali e

delle regioni in materia di programmazione sanitaria e quello di indurre le regioni ad individuare dei tetti di spesa per singole istituzioni sanitarie. Forse la dizione «istituzioni sanitarie» è troppo generica e potrebbe creare qualche dubbio. Quindi, vorrei chiedere al sottosegretario Bettoni Brandani nonchè al ministro Bindi di chiarire meglio cosa si intende con l'espressione «istituzione sanitaria pubblica e privata o per gruppi di istituzioni sanitarie». Per quanto mi riguarda, do una lettura positiva nel senso che prevedo che le regioni, nell'ambito della programmazione, dovendo destinare le risorse, individueranno dei tetti di spesa per singolo ambito di attività sanitaria.

Ritengo pretestuose le critiche sollevate circa il mancato interesse della politica sanitaria di questo Governo, in questa legge finanziaria, per quanto concerne il territorio e la programmazione. Infatti, dovendo individuare dei tetti di spesa, è chiaro che si trovano spazi anche per le attività di prevenzione e di medicina del territorio. Credo che in questo modo si possano ottenere molte risposte e che questo sia uno dei punti fondamentali positivi, un passaggio importante di questa legge finanziaria, al di là dei dettagli dei singoli articoli.

Ho sentito la necessità di evidenziare questo aspetto che sicuramente fornisce delle risposte a tante osservazioni, tutte condivisibili, fatte sia dai colleghi dell'opposizione che da quelli della maggioranza.

Concludendo, a nome del Gruppo dei Verdi esprimo una valutazione complessivamente favorevole sulla manovra in esame.

Dichiaro chiusa la discussione e sospendo brevemente i nostri lavori.

I lavori, sospesi alle ore 17,35, sono ripresi alle ore 18.

PRESIDENTE. Riprendiamo i nostri lavori ascoltando la replica del relatore.

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulle tabelle 17 e 17-*bis *e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria n. 2792 e sui disegni di legge di legge nn. 2791 e 2793 per la parte di competenza.* Signor Presidente, signor Ministro, colleghi, nel dibattito che si è sviluppato intorno al disegno di legge finanziaria e che ha visto impegnata praticamente la totalità dei componenti della Commissione sono state affrontate numerose questioni: alcune recepite nel documento stesso, altre hanno trovato istanza nel parere, mentre altre ancora, pur degne di attenzione, sono in qualche modo da considerare al di fuori del dibattito. Nel corso della mia replica cercherò comunque di dare qualche risposta alle questioni poste in evidenza. Innanzi tutto vorrei affrontare le questioni che attengono direttamente alla manovra finanziaria.

Ringrazio tutti coloro che sono intervenuti, ed anche il senatore Lavagnini (che al momento non vedo) per aver replicato in parte ad alcuni interventi fornendo indicazioni che mi trovano d'accordo. Al di là dei singoli giudizi che rispecchiano l'appartenenza politica, sotto il profilo

tecnico è stato espresso un giudizio che non mette in dubbio la manovra finanziaria: non mi sembra che alcuno abbia messo in dubbio la validità del documento; chiaramente cosa diversa è la valutazione politica.

La prima risposta che mi sento di dover dare è al senatore Campus per quanto riguarda l'aggravio dei costi per i cittadini: credo che questa manovra non si muova assolutamente in questa direzione. Il senatore Campus forse avrà dato una lettura affrettata all'articolato; se avesse considerato nel loro insieme gli articoli che compongono la manovra e le tabelle, si sarebbe accorto che i costi della manovra non sono assolutamente a carico del cittadino utente. Si tratta di una vera e propria manovra di razionalizzazione della spesa sanitaria, come bene evidenziava il senatore Bruni. In realtà anche l'intervento in materia di medicina riabilitativa, che apparentemente potrebbe dare l'impressione di un maggior carico sui cittadini, cerca di evitare una sovra-prescrizione tendendo opportunamente a razionalizzare l'intero sistema della medicina riabilitativa. Il parere che ho formulato e che porterò all'attenzione dei colleghi senatori va proprio in questa direzione: da una parte si cerca di evitare una sola prescrizione, che è stato il limite maggiormente ravvisato da tutti gli specialisti sanitari in questo paese (anche di recente il professor Veronesi ha visto in questo ambito l'aspetto più negativo della nostra sanità), dall'altra, con provvedimento specifico, bisognerà affrontare la materia per far sì che questo aspetto venga giustamente rivalutato.

Dicevo delle considerazioni politiche: su queste devo fare alcune precisazioni. Come sottolineava il collega Lavagnini, questo disegno di legge finanziaria rappresenta una vera e propria inversione di tendenza per quanto riguarda la sanità: per la prima volta, come ho indicato nella mia relazione, che è stata apprezzata anche dai colleghi dell'opposizione, abbiamo un ampliamento delle risorse per la sanità. Questo è un fatto importante, che va sottolineato; molto correttamente alcuni colleghi dell'opposizione, anche senza citare questo aspetto, hanno affermato che non si tratta certamente di una finanziaria ripiegata su se stessa, che fa arretrare anzichè avanzare il sistema sanitario. Penso che di questo vada dato atto a questo documento finanziario.

Un punto importante è quello su cui si soffermava il senatore Papini, che ho ripreso anche nel parere che più tardi vi leggerò. È in corso un dibattito non soltanto a livello politico ma anche tecnico-organizzativo, e il collega Papini dall'alto della sua competenza ha fatto bene a porre la questione: bisogna in qualche modo mantenere dei livelli uniformi nei servizi. Dobbiamo individuare con precisione dei livelli uniformi di servizio da garantire, evitando che il contenimento della spesa venga perseguito mediante una mera compressione dei servizi piuttosto che attraverso la razionalizzazione dei costi. Credo che a questo mirasse il senatore Papini nel suo intervento e questo è quanto verrà recepito nel parere.

Sono assolutamente convinto che il contenimento della spesa ospedaliera, che è il riferimento vero di questa finanziaria, non debba essere assolutamente realizzato abbassando il livello delle prestazioni, tanto meno di quelle ospedaliere. Bisognerà in qualche modo cercare di tener conto dell'equilibrio necessario.

Non vorrei che si considerasse una mancanza di rispetto, per quanto riguarda le altre questioni poste dai colleghi, se non risponderò a tutte in modo specifico, ma alcune francamente non sono all'interno di questo documento finanziario, che non può certamente da solo riformare la sanità italiana. Questa manovra viene presentata per contenere i costi, nella misura di 1.100 miliardi: quindi è poca cosa rispetto alla possibilità di una riforma del sistema sanitario. Nel corso del dibattito si è parlato invece di questioni che andrebbero a rifondare il sistema sanitario stesso. In ogni caso alcune cose dette vanno nella direzione che il ministro Bindi ha indicato introducendo la manovra in questa Commissione. In fondo tutti i colleghi intervenuti, sia della maggioranza che dell'opposizione, ritengono che il vincolo offerto dal decreto legislativo n. 502 sia troppo ristretto. Sia quando si è parlato di università sia quando si è parlato di prevenzione, di medicina del territorio, di distretti o di ospedalizzazione, un pò tutti hanno fatto riferimento non tanto allo strumento della finanziaria (che obiettivamente non contiene questi aspetti) quanto al provvedimento i cui contenuti sono stati anticipati dal ministro Bindi, attualmente all'esame della Camera dei deputati, per una revisione del decreto legislativo n. 502. In quella sede avremo modo di esprimerci su questi aspetti per far sì che alcune considerazioni trovino anche una sede adeguata.

Un'altra considerazione va svolta per alcune materie che non sono strettamente all'interno di questo dibattito ma che sono state più volte toccate: innanzi tutto la farmaceutica. Quando abbiamo svolto dibattiti intorno a questo settore abbiamo sempre espresso insoddisfazione per la regolazione a valle della spesa farmaceutica; abbiamo affermato che non sembrava lo strumento proprio per contenere la spesa; abbiamo anche affermato che, al di là del tetto della spesa farmaceutica, esistono tetti già stabilizzati e contabilizzati nel sistema sanitario. Credo che a questo punto sia opportuno ribadire che il settore va regolamentato con l'individuazione di parametri certi. La Commissione sta compiendo uno sforzo proprio per stabilire dei parametri certi, al di là dell'imposizione di tetti nazionali che in quanto tali non costituiscono il fine, ma esclusivamente una tappa della manovra. Bisogna dare atto alla senatrice Bernasconi, che coordina il Comitato ristretto incaricato della redazione di un testo unificato in materia, di lavorare in questa direzione. Sappiamo bene infatti quanto sia inutile di per sè la fissazione di un tetto di spesa senza un' adeguata acquisizione di questo tipo di politica e di cultura in campo sanitario e farmaceutico. Ritengo opportuna la scelta di riparametrizzare l'intero settore farmaceutico anzichè puntare esclusivamente su aspetti superati e non fungibili, scelta sulla quale si è innescato un ampio dibattito.

Vorrei richiamare il fatto che le manovre finanziarie precedenti erano tutte incentrate sulla spesa farmaceutica. Questo aspetto è assente nei documenti di bilancio in esame perchè, come gli analisti più attenti del settore hanno rilevato in alcune pubblicazioni, occorre in proposito un intervento normativo complessivo; tuttavia siamo sulla strada giusta della normalizzazione di tale spesa.

Il senatore Tomassini ha svolto considerazioni sulla spesa farmaceutica nel suo complesso e ha affermato che la manovra finanziaria penalizza i ceti medi. Non credo che la manovra colpisca selettivamente singole categorie di persone. Occorre certamente preoccuparsi dei ceti deboli che hanno maggiore necessità di accedere ai servizi sanitari pubblici, tuttavia – rivolgo in particolare questa considerazione al senatore Campus – la manovra finanziaria non reca misure che incidano negativamente a carico del cittadino utente e che limitino l'intervento pubblico direttamente operativo.

In alcuni interventi è stato fatto riferimento a questioni relative alla riforma complessiva della sanità, che cercherò di riassumere. La prima riguarda il ruolo della prevenzione. Signor Ministro, la nostra Commissione (forse per la particolare competenza del presidente Carella in tale ambito) si è espressa più volte in favore di una accentuazione dell'attenzione per la prevenzione. Dalla lettura di molte interviste mi sembra che anche il Ministro condivida questo giudizio. Sono convinto che quando si dispone la riduzione della spesa ospedaliera non si può non far riferimento alla medicina che previene in qualche modo l'intervento di ospedalizzazione.

Sappiamo bene – lo ha detto anche il ministro Bindi – che uno dei *target* della finanziaria è il contenimento della spesa ospedaliera, la cui crescita fuori controllo è uno dei fattori di maggiore dissoluzione del sistema sanitario. Sono convinto però del fatto che le risorse recuperate attraverso la riduzione della spesa ospedaliera, se si riuscirà nell'intento come noi speriamo, saranno destinate alla medicina sul territorio e alla prevenzione reale (sono tematiche importanti affrontate dalla senatrice Bernasconi in riferimento alle donne che soffrono di gravi patologie). Sappiamo che questa iniziativa sta molto a cuore al Ministro della sanità.

Al senatore Napoli, che con grande attenzione politica ha più volte richiamato l'aspetto della prevenzione, voglio dire che la razionalizzazione della spesa ospedaliera consentirà di liberare risorse per la promozione e lo sviluppo della prevenzione e della medicina sul territorio che, come ha detto giustamente il senatore Napoli, sono due aspetti strettamente connessi.

In conclusione, ritengo che il dibattito abbia costituito un importante arricchimento e che i colleghi, senza distinzione tra maggioranza ed opposizione, abbiano espresso pareri autorevoli. Si è registrata forse una minore conflittualità politica: la manovra finanziaria non impone infatti particolari oneri alla collettività e risponde ad un percorso dichiaratamente tecnico. Credo che il giudizio politico possa stemperarsi in questa analisi. Ringrazio tutti i colleghi che hanno preso atto dell'opportunità della manovra nell'interesse del paese e del cittadino utente.

BINDI, *ministro della sanità*. Signor Presidente, ringrazio tutta la Commissione per il contributo fornito ed in modo particolare il relatore, senatore Di Orio, che nella replica ha riassunto i termini del dibattito che si è svolto. Ringrazio altresì il sottosegretario Bettoni Brandani per essere intervenuto nella seduta pomeridiana della 12ª Commissione e per

la collaborazione offertami in questa fase così delicata di esame della manovra finanziaria.

Merita una sottolineatura la condivisione del fatto che la manovra in esame, per la parte relativa alla sanità, rappresenti un'inversione di tendenza in relazione agli aspetti finanziari. Certamente avremmo potuto esprimere motivi di maggiore soddisfazione qualora il Fondo sanitario nazionale fosse stato rivalutato di 10.000 miliardi, o forse più, anzichè di 8.000 miliardi, tuttavia credo che il periodo che il nostro paese sta attraversando ci costringa a salutare come estremamente significativa tale rivalutazione e la possibilità data alle regioni di ripianare i debiti pregressi. Ciò rappresenta infatti un rilancio del sistema sanitario nel suo complesso e giustifica un intervento – in sede di emanazione dei decreti delegati per la modifica dei decreti legislativi nn. 502 del 1992 e 517 del 1993 – finalizzato sostanzialmente a rendere più governabile il sistema. Credo che questo aspetto, sul quale varrà la pena di tornare ancora una volta, meriti una sottolineatura.

L'altro aspetto riguarda la continuità con la finanziaria dello scorso anno, che ci vede intervenire per razionalizzare e sanare il sistema e non per penalizzare i servizi. Vorrei ringraziare il relatore per aver voluto sottolineare questo aspetto proprio in relazione alla riabilitazione. Le note contenute nella finanziaria si accompagneranno alla pubblicazione di linee guida sulla riabilitazione, volte a riordinare e riqualificare l'intero sistema. Quindi, tale disposizione non è penalizzante ma, viceversa, tende a razionalizzare l'intero sistema. Anche su questo versante ritengo che quanto contenuto nella delega per la modifica dei decreti legislativi nn. 502 del 1992 e 517 del 1993 servirà a dare maggiore concretezza e risultati a tutte le norme di razionalizzazione della spesa.

Il tema caro al senatore Papini è quello dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza. Anche su questo punto vorrei tranquillizzare la Commissione: il Piano sanitario nazionale (che mi auguro possa essere consegnato al più presto per l'avvio del suo *iter* di approvazione, mentre stiamo lavorando al testo della finanziaria) conterrà appunto gli strumenti per l'individuazione e il monitoraggio costante e permanente dei livelli essenziali di assistenza, convinti come siamo che anche la rivalutazione del Fondo ci costringe comunque a distinguere ciò che è essenziale, appropriato, da ciò che è frutto di una domanda di salute non sufficientemente educata e amministrata, anche a fronte di un'offerta ugualmente non sufficientemente appropriata e di qualità.

Da questo punto di vista, il ricorso ad alcuni strumenti sia nella finanziaria che nel collegato, riguardanti ad esempio il bilancio dei presìdi ospedalieri o i tetti di spesa per le varie strutture, e finalizzato al tentativo di contenere quel settore di spesa che più difficilmente riusciamo a tenere sotto controllo, cioè quello ospedaliero, nel quale a tutt'oggi risulta più difficile applicare il termine dell'appropriatezza.

Credo che dovremmo tornare – la stessa delega per la riforma dei decreti legislativi nn. 502 e 517 consentirà di procedere in tal senso – sul sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale delle prestazioni attraverso il pagamento a tariffa per quanto riguarda in particolare i DRG che ad oggi, proprio perchè sono l'unico sistema di finanzia-

mento delle aziende e dei presìdi ospedalieri, si dimostrano lo strumento attraverso il quale si moltiplicano le prestazioni e quindi i finanziamenti. Prevedere il vincolo del pareggio di bilancio anche per i presìdi ospedalieri significa rompere questa spirale perversa della moltiplicazione delle prestazioni per aumentare i finanziamenti. Sotto questo profilo, se si vuole essere più chiari si può affermare esplicitamente che ciò non significa consolidare la spesa storica dei presìdi ospedalieri ma, al contrario, prevedere per questi ultimi un tetto di bilancio inferiore rispetto a quello degli anni precedenti. Se questo rende più chiara l'intenzione, possiamo anche dire esplicitamente che le risorse razionalizzate e risparmiate in quel settore devono essere convertite a favore della prevenzione e della medicina del territorio.

Quanto stabilito nel disegno di legge n. 2793 circa l'obbligo del pareggio di bilancio significa che, anche se vi è una moltiplicazione delle prestazioni, qualora si superi il tetto previsto, si è comunque fuori. Per essere chiari su questo punto: l'intenzione di chi ha scritto la norma è proprio questa. Facendo riferimento alle considerazioni svolte al riguardo dal senatore Papini, vorrei precisare che quanto previsto ponendo un limite oltre il quale l'azienda e il presidio non si possono finanziare, è volto ad impedire il «gioco» di non far fare il filtro ai servizi di pronto soccorso procedendo ai ricoveri perchè comunque questi ultimi rientrano nei DRG e quindi comportano finanziamenti. Dovremmo quindi rivedere il sistema di pagamento delle tariffe; ma, in attesa che ciò avvenga, prevedere che oltre un certo livello non si possa andare significa una maggiore educazione e responsabilizzazione in questo settore.

Se si vuole essere ancora più espliciti, si può anche dire con chiarezza che i tetti previsti devono essere comunque inferiori a quelli degli anni precedenti, per rimanere nei tassi di ospedalizzazione ed adeguarsi a questi, e che occorre investire tali risorse nella prevenzione. Come giustamente diceva il relatore, più di una volta si è dimostrato che questo è l'intento non solo del Ministro, della maggioranza, ma anche della Commissione nel suo complesso; quindi, se si vuole rendere più chiaro ed esplicito tale intento, da parte nostra vi è assoluta disponibilità in tal senso.

È stato toccato il problema dell'occupazione medica anche in relazione all'età pensionabile, di cui non si parla nel collegato ma nella delega per la modifica dei decreti legislativi nn. 502 e 517. Vorrei annunciare in questa sede – anche se forse lo avete già appreso dalle agenzie di stampa – che per mercoledì prossimo, 29 ottobre, ho convocato una riunione tra il Ministero della sanità, l'università, le regioni, i rappresentanti sindacali medici e i rappresentanti degli specializzandi per affrontare il tema dell'occupazione e verificare la possibilità di inserire qualche norma anche nel percorso della finanziaria, nell'ottica di elaborare una piattaforma complessiva che parta dall'accesso all'università, attraversi gli specializzandi, per arrivare fino all'età pensionabile. Se ci si mette in questa ottica, probabilmente si può pervenire ad una piattaforma equa che redistribuisca i sacrifici tra tutti. In questo momento penso ai grandi «cantieri» aperti per l'età pensionabile per bloccare questo provvedimento, ma penso anche ad una proposta un pò incomprensibile da parte

degli specializzandi, i quali, dopo la battaglia dello scorso anno per l'aumento di mille borse di studio per le specializzazioni, hanno chiesto poi al Ministro della sanità di dimezzare tali borse di specializzazione. Non ho alcuna intenzione di bloccare a metà il percorso formativo perchè ciò significa avere dei disoccupati un pò più ignoranti, e questo non è sicuramente il risultato che vogliamo raggiungere. Si tratta quindi di un obiettivo preciso per il quale vogliamo lavorare, per il quale vi è anche la disponibilità ad intervenire a partire da questa stessa finanziaria.

Per quanto riguarda la farmaceutica, mi sento di condividere pienamente quanto dichiarato dal relatore: questo è un settore che richiede un intervento di carattere generale, soprattutto in relazione alla politica dei prezzi, ai temi della ricerca e dell'informazione e di quant'altro serva a razionalizzare ma anche a creare un'assistenza di maggiore qualità che non pesi sulle famiglie italiane.

Detto questo, ritengo – come ho avuto modo di dire la volta precedente – che, in attesa di una riforma del sistema, la fissazione di un tetto di spesa rappresenti comunque un punto di riferimento quanto mai oggettivo, non fosse altro perchè consente, di mese in mese, di monitorare il rispetto o meno dei vincoli che ci siamo imposti, chiamando in causa ovviamente la corresponsabilità di tutti.

Un'ultimissima sottolineatura volevo fare riguardo alla parte che manca e sulla quale credo che ci sarà la possibilità in questa Commissione di confrontarci. È evidente che quanto era contenuto nella replica del presidente Prodi al dibattito sulla crisi si tradurrà in un emendamento che verrà presentato dal Governo e che riguarderà anche la sanità. Credo che sarà opportuno che ne parliamo insieme, che non sia esaminato soltanto dalla Commissione bilancio, che effettivamente poi lo voterà, ma che anche questa Commissione lo esamini dal momento che concerne aspetti delicati e importanti. Colgo l'occasione per dire che, per quanto riguarda le stesse prescrizioni delle fisioterapie, chiaramente vi sarà una doverosa attenzione a particolari patologie e cronicità. Io stessa sto sperimentando l'importanza della fisioterapia di fronte ad un fatto traumatico.

Per quanto riguarda i tempi, si sta lavorando ad un emendamento che dovrebbe essere presentato al Senato: quindi si tratta del tempo necessario all'elaborazione. Immagino che l'emendamento riguarderà soprattutto il fronte della spesa e che ci sarà la possibilità di confrontarsi: vorrei in questo momento anche accennare ai suoi contenuti, ma sarebbe una discussione accademica e irrispettosa della collegialità dell'Esecutivo.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro per la sua replica e anche per la disponibilità manifestata, a nome del Governo, a discutere, anche se in maniera informale (tenuto conto che il parere lo esprimiamo oggi), dell'ulteriore emendamento che il Governo presenterà e che sarà di competenza della Commissione bilancio. Appena il Governo sarà pronto, convocheremo la Commissione per esaminare i contenuti dell'emendamento.

A questo punto, in conformità a quanto deliberato nella precedente seduta in sede di ordine dei lavori, metto ai voti la proposta di disgiungere l'esame dei disegni di legge nn. 2791 e 2793 dall'esame, che proseguirà congiuntamente, dei disegni di legge n. 2739, 2739-*bis* e 2792, onde consentire la votazione del parere alle Commissioni riunite 5ª e 6ª.

È approvata.

L'esame congiunto dei disegni di legge nn. 2739, 2739-*bis* e 2792, al fine di approvare il rapporto alla 5ª Commissione, proseguirà pertanto nella seduta di domani.

Propongo di fissare il termine per la presentazione degli emendamenti relativi allo stato di previsione del Ministero della sanità alle ore 10,30 di domani.

Poichè non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

Il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge di bilancio e finanziaria è rinviato alla prossima seduta.

I lavori terminano alle ore 18,35.

MERCOLEDÌ 22 OTTOBRE 1997

Presidenza del presidente CARELLA

I lavori hanno inizio alle ore 12.

(2739 e 2739-*bis*) ***Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1998 e bilancio pluriennale per il triennio 1998-2000 e relativa Nota di variazioni***

(Tabelle 17 e 17-*bis*) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1998 e relativa Nota di variazioni

(2792) ***Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1998)***

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Rapporto favorevole alla 5ª Commissione ai sensi dell'articolo 126, comma 6, del Regolamento)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5ª Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 2739 e 2739-*bis* (tabelle 17 e 17-*bis*) e del disegno di legge finanziaria n. 2792.

Riprendiamo l'esame congiunto, sospeso nella seduta di ieri.

Comunico che sono stati presentati al disegno di legge n. 2739 i seguenti ordini del giorno:

«La 12ª Commissione permanente del Senato,

nell'esaminare lo stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1998,

impegna il Governo:

a reperire, nell'ambito della razionalizzazione della spesa, i fondi necessari per il potenziamento dell'attività di prevenzione sanitaria».

(0/2739/1/12ª-Tab.17) MONTELEONE, CASTELLANI Carla, CAMPUS, BRUNI

«La 12ª Commissione permanente del Senato,

nell'esaminare lo stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1998,

impegna il Governo:

a rispettare i criteri fondamentali della attuale normativa di riordino del sistema sanitario come previsti dai decreti legislativi 30 dicembre 1992, n. 502 e 7 dicembre 1993, n. 517, ai fini della reale aziendalizzazione del servizio sanitario pubblico e del rispetto delle prerogative dei cittadini in termini di libera scelta».

(0/2739/2/12ª-Tab.17) CASTELLANI Carla, CAMPUS, MONTELEONE

«La 12ª Commissione permanente del Senato,

nell'esaminare lo stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1998,

impegna il Governo:

a mettere in atto gli strumenti idonei per individuare i settori ed i servizi del sistema sanitario sia pubblico che privato per l'inserimento lavorativo dei medici attualmente disoccupati».

(0/2739/3/12ª-Tab.17) MONTELEONE, CASTELLANI Carla, CAMPUS, BRUNI

«La 12ª Commissione permanente del Senato,

nell'esaminare lo stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1998,

impegna il Governo:

al mantenimento degli adempimenti previsti dalle leggi vigenti in ordine alla riorganizzazione e trasformazione degli ospedali pubblici ai fini del contenimento della spesa, alla effettiva soppressione dei residui manicomiali, alla verifica della disponibilità di spazi e risorse finalizzati alla applicazione delle incompatibilità tra attività libero professionali *intra* ed *extra moenia*».

(0/2739/4/12ª-Tab.17) MONTELEONE, CASTELLANI Carla, CAMPUS, BRUNI

«La 12ª Commissione permanente del Senato,

nell'esaminare lo stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno 1998,

impegna il Governo:

a valutare, con particolare attenzione, nella ricerca del contenimento della spesa, gli effetti sul cittadino malato delle restrizioni nell'ambito della medicina fisica e della riabilitazione, con particolare riferimento alle patologie neurologiche, cardiache, traumatiche e nel rispetto del principio basilare della libera scelta da parte dell'utente».

(0/2739/5/12ª-Tab.17) MONTELEONE, CASTELLANI Carla, CAMPUS, BRUNI

«La 12ª Commissione permanente del Senato,

nell'esaminare lo stato di previsione del Ministero della sanità, in particolare quanto previsto per il Servizio sanitario nazionale;

considerato che appaiono eccessive le cifre imputate alle spese per il funzionamento del Ministero, per il personale amministrativo e per quanto attiene i convenzionati del Servizio sanitario nazionale, auspica una variazione delle cifre stesse in modo da consentire il loro indirizzo verso campi particolarmente bisognosi di urgenti investimenti,

impegna quindi il Governo:

ad aumentare di importo pari a quanto ottenuto dai precedenti capitoli indicati, gli impegni previsti per la prevenzione della cecità e della riabilitazione visiva, per la ricerca scientifica sia riguardo al personale sia riguardo ai mezzi da impiegare ed infine per una migliore efficienza del servizio ispettivo».

(0/2739/6/12ª-Tab.17) TOMASSINI, DE ANNA, LAURIA Baldassare, MONTELEONE, NAPOLI Roberto, RONCONI, CASTELLANI Carla

MONTELEONE. L'ordine del giorno n. 1 non richiede ulteriori precisazioni, essendo alquanto chiaro il suo significato. Nell'ambito della razionalizzazione della spesa, esso tende ad impegnare il Governo a reperire i fondi necessari per il potenziamento dell'attività di prevenzione sanitaria. Lo stesso Ministro della sanità si è espresso ieri in tal senso. La prevenzione è uno degli argomenti dei quali ci si deve occupare maggiormente, pertanto ritengo che il nostro ordine del giorno possa essere accolto.

CASTELLANI Carla. Uno dei motivi principali per cui il Gruppo di Alleanza Nazionale ha preannunciato nella seduta di ieri il suo voto contrario sulla manovra finanziaria è proprio il ricorso alla delega legislativa al Governo per il riordino del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Pertanto l'ordine del giorno n. 2 è volto ad impegnare il Governo non solo a rispettare e confermare i criteri fondanti del decreto legislativo n. 502, ma ad ampliarli ulteriormente per il conseguimento di una reale aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale, onde consentire ai cittadini di operare effettivamente una libera scelta in termini di prestazioni sanitarie.

MONTELEONE. L'ordine del giorno n. 3 affronta il problema della disoccupazione dei medici, di cui si sta parlando da tempo e che è tuttora motivo di preoccupazione per tutti, non solo per la nostra parte politica. L'inserimento lavorativo dei medici attualmente disoccupati è una questione che merita di essere affrontata senza ulteriori ritardi e che deve essere posta nella giusta collocazione.

CASTELLANI Carla. Con l'ordine del giorno n. 4 intendiamo impegnare il Governo a concretizzare gli impegni assunti, sia nella finan-

ziaria dello scorso anno che nelle leggi specifiche votate in questa Commissione, per una razionalizzazione effettiva della spesa sanitaria, perseverando nella trasformazione delle strutture sanitarie pubbliche in base al principio della territorialità, pervenendo alla definitiva soluzione della questione dei residui manicomiali nonchè alla verifica della disponibilità di spazi e risorse, anche attraverso i fondi destinati all'edilizia sanitaria, per consentire sul territorio l'applicazione reale e non demagogica delle incompatibilità.

MONTELEONE. Signor Presidente, io credo che sia assai penalizzante avere introdotto in questa finanziaria la restrizione delle prescrizioni nel campo della medicina fisica e della riabilitazione. Certamente questo è un settore che occorre riorganizzare, però ritengo che si debba evitare quanto si è verificato per le incompatibilità, quando si sono attuate subito delle restrizioni, con l'unico scopo di contenere la spesa, determinando un clima di incertezza.

Con l'ordine del giorno n. 5 invito pertanto il Governo a trovare almeno in questa prima fase, se non altro per determinate patologie quali quelle neurologiche, cardiache e traumatiche, il modo di riordinare l'intero settore senza attuare drastiche riduzioni nell'offerta dei servizi.

TOMASSINI. Signor Presidente, desidero apporre la mia firma a tutti gli ordini del giorno illustrati dal senatore Monteleone e dalla senatrice Castellani.

BRUNI. Signor Presidente, vorrei apporre la mia firma agli ordini del giorno nn. 1, 3, 4 e 5.

TOMASSINI. Signor Presidente, per quanto riguarda l'ordine del giorno n. 6, abbiamo rilevato che nella tabella 17 vi è una eccessiva imputazione di stanziamenti per il funzionamento del Ministero della sanità; e mi riferisco in particolare alle spese riguardanti il personale amministrativo, che appare in esubero rispetto alle percentuali aziendali, e a quelle concernenti il servizio convenzionato. Auspichiamo pertanto che la parte di stanziamenti ricavabile dal riesame delle cifre imputate vada a sostenere più proficuamente quanto previsto nelle normative sulla prevenzione della cecità e sulla riabilitazione visiva, sulla ricerca scientifica nonchè quanto necessario per una maggiore efficienza del servizio ispettivo. Si tratta peraltro di finalità contenute anche nella legge di riforma finanziaria e che negli interventi in sede di discussione generale sulla stessa sono emersi come obiettivi da conseguire.

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulle tabelle 17 e 17-*bis, *e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria n. 2792.* Signor Presidente, sull'ordine del giorno n. 1 esprimo parere favorevole. Comunque, vorrei precisare che l'attività di prevenzione sanitaria già trova risorse nel bilancio del Ministero della sanità, risorse che potrebbero eventualmente essere valorizzate ed impiegate più pro-

ficuamente. Poichè si tratta di uno stimolo alla loro utilizzazione, mi dichiaro favorevole all'ordine del giorno.

Esprimo altresì parere favorevole sull'ordine del giorno n. 2 a condizione che vengano soppresse le seguenti parole: «e del rispetto delle prerogative dei cittadini in termini di libera scelta».

Sono contrario all'ordine del giorno n. 3, a meno che i presentatori non procedano ad una sua riformulazione. Non che l'ordine del giorno non sia significativo, ma nella attuale formulazione non può essere condiviso dal relatore.

Sull'ordine del giorno n. 4 il parere è favorevole, mentre per quanto riguarda l'ordine del giorno n. 5 il parere è favorevole a condizione che siano soppresse le seguenti parole: «e nel rispetto del principio basilare della libera scelta da parte dell'utente». Infatti, così come per l'ordine del giorno n. 2, tale formulazione non si colloca in modo appropriato nell'ordine del giorno in questione.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno presentato dal senatore Tomassini, lo trovo francamente un pò singolare: si tratta in realtà di emendamenti espressi sotto forma di ordine del giorno. Peraltro alcuni emendamenti già presentati ricomprendono le indicazioni inserite dal senatore Tomassini nell'ordine del giorno. Ora, mentre potrei ritenere accettabili tali indicazioni in forma di emendamento, non posso esprimere un parere favorevole sull'ordine del giorno; quindi il parere è contrario.

BETTONI BRANDANI, *sottosegretario di Stato per la sanità.* Signor Presidente, desidero innanzi tutto recare le scuse del Ministro per la sua assenza, dovuta a motivi di salute.

Per quanto riguarda gli ordini del giorno, condivido le obiezioni e le osservazioni fatte dal relatore. Desidero sottolineare che il Governo ritiene indubbiamente sacrosanta la scelta del cittadino: è quasi pleonastico affermare che il cittadino è libero di rivolgersi alle strutture che ritiene di migliore qualità. Il problema è che la direzione nella quale ci muoviamo è quella di uno Stato che controlla e indirizza i cittadini, considerato che non di tutti i bisogni lo Stato deve farsi carico. Anche la rivisitazione del concetto di equità in sanità non significa che qualsiasi bisogno, espresso a qualsiasi titolo, deve rappresentare per forza un obbligo per lo Stato; quest'ultimo deve salvaguardare quei bisogni riconosciuti essenziali e appropriati nell'ambito delle scelte sanitarie.

PAPINI. Signor Presidente, io voterò contro tutti gli ordini del giorno presentati dal senatore Monteleone, per motivi di metodo più che di contenuto. Tali ordini del giorno impegnano soprattutto il Parlamento, e non il Governo che evidentemente è impegnato sul versante esecutivo nel far rispettare le leggi che il Parlamento approva. Quindi, se l'intenzione è di impegnare il Parlamento nel corso della sessione di bilancio ad assumere una linea piuttosto che un'altra, lo si può fare attraverso degli emendamenti, e non degli ordini del giorno che sono strumenti diretti ad impegnare il Governo. È improprio impegnare il Governo su un piano che vede impegnato il Parlamento e non il Governo. Per questo motivo il mio voto sarà contrario.

PRESIDENTE. Chiedo ai presentatori se insistono per la votazione degli ordini del giorno nn. 1 e 4, che sono stati accolti dal Governo.

MONTELEONE. No, signor Presidente, non insistiamo.

PRESIDENTE. Chiedo ai presentatori degli ordini del giorno nn. 2 e 5 se accettano le modifiche proposte dal relatore.

MONTELEONE. No, signor Presidente.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'ordine del giorno n. 2.

Non è approvato.

MONTELEONE. Signor Presidente, in relazione all'ordine del giorno n. 3 vorrei far presente che era stato chiesto dal relatore di riformularlo, non di sopprimerne una parte. Ora, noi potremmo anche essere disponibili a una diversa formulazione purchè si dicesse quale sarebbe la formulazione accettata.

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulle tabelle 17 e 17-*bis *e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria n. 2792.* In realtà, per quanto riguarda i medici disoccupati occorrerebbe dare atto al Governo degli sforzi già compiuti: mi riferisco alle incompatibilità e ad altri provvedimenti che il Governo ha assunto. Pertanto nella indicazione dei percorsi da seguire (indicazione che spetta ai presentatori) auspichiamo che si tenga conto anche di tutti quei provvedimenti che dovranno essere presi a monte, come per l'iscrizione alla facoltà di medicina e altro.

Quindi, da una parte siamo per dare atto al Governo dell'impegno realizzato attraverso provvedimenti già assunti, e dall'altra per dichiarare (la formula, ripeto, non spetta al relatore) che la soluzione dei problemi dovrà vedere anche l'assunzione di provvedimenti a monte, di scelte strategiche che partano dall'iscrizione alla facoltà di medicina, e poi a scendere.

MONTELEONE. Se qui si tratta di fare un esercizio per vedere se da una parte si devono riconoscere i meriti del Governo e dall'altra le difficoltà, allora non capisco. È inutile dire che devo accettare la linea del Governo altrimenti per questa via non si può andare. Se la condizione è accettare questa linea per sentirmi dire dal Governo che si preoccupa dei medici disoccupati, mi sembra un gioco al «rimpallo». Quindi o si vota il testo così com'è oppure non se ne fa nulla.

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulle tabelle 17 e 17-*bis *e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria n. 2792.* Non vorrei che il senatore Monteleone interpretasse male il senso delle mie parole. Abbiamo avuto un dibattito sulle incompatibilità e sul problema dei giovani medici disoccupati. Purtroppo, alcune forze politiche non so-

no state molto attente a quest'ultimo problema, essendosi preoccupate maggiormente della questione delle incompatibilità di coloro che disponevano di molti mezzi e risorse nel mercato sanitario. Noi abbiamo avuto molte sollecitazioni per l'approvazione del provvedimento allora in esame proprio da parte dei giovani medici disoccupati. Con ciò voglio dire che comunque bisogna partire da un provvedimento che tenga conto di questo. Certo, non si chiede che da parte di Alleanza Nazionale vi sia un riconoscimento *ultra petita* a questo Governo, perchè francamente sarebbe eccessivo, però ritengo che si dovrebbe prendere atto del fatto che sono stati approvati dei provvedimenti che nelle dichiarazioni del Ministro e del relatore (che in quell'occasione ero io stesso) sono stati illustrati sottolineando gli stessi obiettivi, come quello di dare la possibilità ai giovani medici di inserirsi nel mercato del lavoro.

PRESIDENTE. Poichè alla Presidenza non sono pervenute nuove riformulazioni, metto ai voti l'ordine del giorno n. 3.

Non è approvato.

Metto ai voti l'ordine del giorno n. 5.

Non è approvato.

Metto ai voti l'ordine del giorno n. 6.

Non è approvato.

Passiamo ora all'esame degli emendamenti presentati alla tabella 17 dello stato di previsione del Ministero della sanità:

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alla unità previsionale di base sottoelencata, apportare le seguenti variazioni:

N. 1.1.1.0 – Gabinetto e uffici di diretta collaborazione all'opera del Ministro - Funzionamento:

CP: – 2.100.000;
CS: – 2.100.000.

12ª-18.Tab.17.1 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 1.1.1.0 – Gabinetto e uffici di diretta collaborazione dell'opera del Ministro - Funzionamento:

CP: – 2.000.000;
CS: – 2.000.000.

N. 7.1.2.1 – Organizzazione, bilancio e personale - Ricerca scientifica:

CP: + 1.000.000;
CS: + 1.000.000.

N. 7.2.1.1 – Organizzazione, bilancio e personale - Ricerca scientifica:

CP: + 1.000.000;
CS: + 1.000.000.

12ª-18.Tab.17.2 TOMASSINI, DE ANNA, LAURIA Baldassare, MONTELEONE, CASTELLANI Carla, NAPOLI Roberto, RONCONI, MARTELLI

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 1.1.1.0 – Gabinetto e uffici di diretta collaborazione all'opera del Ministro - Funzionamento:

CP: – 1.500.000;
CS: – 1.500.000.

N. 10.1.1.0 – Servizio ispettivo ed unità di crisi - Funzionamento:

CP: + 1.500.000;
CS: + 1.500.000.

12ª-18.Tab.17.3 TOMASSINI, DE ANNA, LAURIA Baldassare, MONTELEONE, CASTELLANI Carla, NAPOLI Roberto, RONCONI, MARTELLI

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 1.1.1.0 – Gabinetto e uffici di diretta collaborazione all'opera del Ministro - Funzionamento:

CP: – 1.000.000;
CS: – 1.000.000.

N. 3.1.2.4 – Prevenzione della cecità e riabilitazione visiva:

CP: + 1.000.000;
CS: + 1.000.000.

12ª-18.Tab.17.4 TOMASSINI, DE ANNA, LAURIA Baldassare, MONTELEONE, CASTELLANI Carla, NAPOLI Roberto, RONCONI, MARTELLI

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 2.1.1.0 – Assistenza sanitaria di competenza statale - Funzionamento:

CP: – 5.350.000;
CS: – 5.350.000.

N. 2.1.2.1 – Indennizzi vittime di trattamenti da emoderivati:

CP: + 5.350.000;
CS: + 5.350.000.

12ª-18.Tab.17.5 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alla unità previsionale di base sottoelencata, apportare le seguenti variazioni:

N. 2.1.2.3 – Assistenza sanitaria stranieri in Italia:

CP: – 22.500.000;
CS: – 22.500.000.

12ª-18.Tab.17.6 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 2.1.2.3 – Assistenza sanitaria stranieri in Italia:

CP: – 22.500.000;
CS: – 22.500.000.

N. 4.1.2.1 – Alimenti e sanità pubblica veterinaria - Ricerca scientifica:

CP: + 12.500.000;
CS: + 12.500.000.

N. 4.1.2.3 – Prevenzione del randagismo:

CP: + 10.000.000;
CS: + 10.000.000.

12ª-18.Tab.17.7 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 2.1.2.3 – Assistenza sanitaria stranieri in Italia:

CP: – 20.000.000;
CS: – 20.000.000.

N. 2.1.2.1 – Indennizzi vittime di trattamenti da emoderivati:

CP: + 20.000.000.
CS: + 20.000.000.

12ª-18.Tab.17.8 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 2.1.2.3 – Assistenza sanitaria stranieri in Italia:

CP: – 12.500.000;
CS: – 12.500.000.

N. 2.1.2.4 – Assistenza sanitaria italiani all'estero:

CP: + 12.500.000;
CS: + 12.500.000.

12ª-18.Tab.17.9 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 2.1.2.3 – Assistenza stranieri in Italia:

CP: – 10.000.000;
CS: – 10.000.000.

N. 3.1.2.2 – Distribuzione e distruzione vaccini:

CP: + 10.000.000;
CS: + 10.000.000.

12ª-18.Tab.17.10 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 3.1.1.0 – Prevenzione sanitaria - Funzionamento:

CP: – 2.000.000;
CS: – 2.000.000.

N. 3.1.2.2 – Distribuzione e distruzione vaccini:

CP: + 2.000.000;
CS: + 2.000.000.

12ª-18.Tab.17.11 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionai di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 3.1.2.1 – Prevenzione sanitaria - Programma anti AIDS:

CP: – 11.650.000;
CS: – 11.650.000.

N. 4.1.2.1 – Alimenti e sanità pubblica veterinaria - Ricerca scientifica:

CP: + 5.000.000;
CS: + 5.000.000.

N. 4.1.2.3 – Prevenzione del randagismo:

CP: + 5.000.000;
CS: + 5.000.000.

N. 2.1.2.2 – Pronto soccorso porti e aeroporti:

CP: + 1.650.000;
CS: + 1.650.000.

12ª-18.Tab.17.12 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionai di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 3.1.2.1 – Prevenzione sanitaria - Programma anti AIDS:

CP: – 5.000.000;
CS: – 5.000.000.

N. 4.1.2.1 – Alimenti e sanità pubblica veterinaria - Ricerca scientifica:

CP: + 5.000.000;
CS: + 5.000.000.

12ª-18.Tab.17.13 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, del Ministero della sanità, alle unità previsionali sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 3.1.2.4 – Prevenzione della cecità e riabilitazione visiva:

CP: + 2.000.000;
CS: + 2.000.000.

N. 7.1.1.0 – Organizzazione, bilancio e personale - Funzionamento:

CP: – 2.000.000;
CS: – 2.000.000.

12ª-18.Tab.17.14 TOMASSINI, DE ANNA, LAURIA Baldassare, MONTELEONE, CASTELLANI Carla, NAPOLI Roberto, RONCONI, MARTELLI

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 3.1.2.4 – Prevenzione della cecità e riabilitazione visiva:

CP: + 350.000;
CS: + 350.000.

N. 12.1.1.0 – Rapporti convenzionati con il S.S.N. - Funzionamento:

CP: – 350.000;
CS: – 350.000.

12ª-18.Tab.17.15 TOMASSINI, DE ANNA, LAURIA Baldassare, MONTELEONE, CASTELLANI Carla, NAPOLI Roberto, RONCONI, MARTELLI

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 4.1.1.0 – Alimenti e sanità pubblica veterinaria - Funzionamento:

CP: – 4.570.000;
CS: – 4.570.000.

N. 4.1.2.1 – Alimenti e sanità pubblica veterinaria - Ricerca scientifica:

CP: + 1.570.000;
CS: + 1.570.000.

N. 4.1.2.3 – Prevenzione del randagismo:

CP: + 3.000.000;
CS: + 3.000.000.

12ª-18.Tab.17.16 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 5.1.1.0 – Programmazione sanitaria – Funzionamento:

CP: – 30.007.000;
CS: – 30.007.000.

N. 2.1.2.1 – Indennizzi vittime di trattamenti da emoderivati:

CP: + 30.007.000;
CS: + 30.007.000.

12ª-18.Tab.17.17 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 5.1.1.0 – Programmazione sanitaria – Funzionamento:

CP: – 30.007.000;
CS: – 30.007.000.

N. 7.1.2.1 – Organizzazione, bilancio e personale – Ricerca scientifica:

CP: + 30.007.000;
CS: + 30.007.000.

12ª-18.Tab.17.18 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 7.1.1.0 – Organizzazione, bilancio e personale - Funzionamento:

CP: – 2.000.000;
CS: – 2.000.000.

N. 7.1.2.1 – Organizzazione, bilancio e personale - Ricerca scientifica:

CP: + 1.000.000;
CS: + 1.000.000.

N. 7.2.1.1 – Organizzazione, bilancio e personale - Ricerca scientifica:

CP: + 1.000.000;
CS: + 1.000.000.

12ª-18.tab.17.19 TOMASSINI, DE ANNA, LAURIA Baldassare, MONTELEONE, CASTELLANI Carla, NAPOLI Roberto, RONCONI, MARTELLI

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 7.1.1.0 – Organizzazione, bilancio e personale - Funzionamento:

CP: – 2.000.000;
CS: – 2.000.000.

N. 10.1.1.0 – Servizio ispettivo ed unità di crisi - Funzionamento:

CP: + 2.000.000;
CS: + 2.000.000.

12ª-18.Tab.17.20 TOMASSINI, DE ANNA, LAURIA Baldassare, MONTELEONE, CASTELLANI Carla, NAPOLI Roberto, RONCONI, MARTELLI

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alla unità previsionale di base sottoelencata, apportare le seguenti variazioni:

N. 7.1.2.2 – Istituto Superiore Sanità:

CP: – 100.000.000;
CS: – 100.000.000.

12ª-18.Tab.17.21 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alla unità previsionale di base sottoelencata, apportare le seguenti variazioni:

N. 7.1.2.2 – Istituto Superiore Sanità:

CP: – 50.000.000;
CS: – 50.000.000.

12ª-18.Tab.17.22 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 7.1.2.2 – Istituto Superiore Sanità:

CP: – 150.000.000;
CS: – 150.000.000.

N. 2.1.2.1 – Indennizzi vittime di trattamenti da emoderivati:

CP: + 150.000.000;
CS: + 150.000.000.

12ª-18.Tab.17.23 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 7.1.2.2 – Istituto Superiore Sanità:

CP: – 100.000.000;
CS: – 100.000.000.

N. 4.1.2.3 – Prevenzione del randagismo:

CP: + 25.000.000;
CS: + 25.000.000.

N. 2.1.2.1 – Indennizzi vittime di trattamenti da emoderivati:

CP: + 25.000.000;
CS: + 25.000.000.

N. 4.1.2.1 – Alimenti e sanità pubblica veterinaria - Ricerca scientifica:

CP: + 50.000.000;
CS: + 50.000.000.

12ª-18.Tab.17.24 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 7.1.2.2 – Istituto Superiore Sanità:

CP: – 100.000.000;
CS: – 100.000.000.

N. 7.1.2.5 – Nuclei antisofisticazioni e sanità:

CP: + 100.000.000;
CS: + 100.000.000.

12ª-18.Tab.17.25 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 7.1.2.2 – Istituto Superiore Sanità:

CP: – 30.000.000;
CS: – 30.000.000.

N. 7.1.2.5 – Nuclei antisofisticazioni e sanità:

CP: + 30.000.000;
CS: + 30.000.000.

12ª-18.Tab.17.26 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 7.1.2.2 – Istituto Superiore Sanità:

CP: – 15.000.000;
CS: – 15.000.000.

N. 4.1.2.3 – Prevenzione del randagismo:

CP: + 15.000.000;
CS: + 15.000.000.

12ª-18.Tab.17.27 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 7.2.1.1 – Organizzazione, bilancio e personale - Ricerca scientifica:

CP: + 350.000;
CS: + 350.000.

N. 12.1.1.0 – Rapporti convenzionati con il S.S.N. - Funzionamento:

CP: – 350.000;
CS: – 350.000.

12ª-18.Tab.17.28 TOMASSINI, DE ANNA, LAURIA Baldassare, MONTELEONE, CASTELLANI Carla, RONCONI, NAPOLI Roberto, MARTELLI

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alla unità previsionale di base sottoelencata, apportare le seguenti variazioni:

N. 8.1.1.0 – Rapporti internazionali – Funzionamento:

CP: – 1.018.000;
CS: – 1.018.000.

12ª-18.Tab.17.29 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 8.1.1.0 – Rapporti internazionali - Funzionamento:

CP: – 1.018.000;
CS: – 1.018.000.

N. 8.1.2.1 – Organizzazione mondiale sanità:

CP: + 1.018.000;
CS: + 1.018.000.

12ª-18.Tab.17.30 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alla unità previsionale di base sottoelencata, apportare le seguenti variazioni:

N. 9.1.2.2 – Croce Rossa italiana:

CP: – 30.000.000;
CS: – 30.000.000.

12ª-18.Tab.17.31 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alle unità previsionali sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

N. 10.1.1.0 – Servizio ispettivo ed unità di crisi - Funzionamento:

CP: + 350.000;
CS: + 350.000.

N. 12.1.1.0 – Rapporti convenzionati con il S.S.N. - Funzionamento:

CP: – 350.000;
CS: – 350.000.

12ª-18.Tab.17.32 TOMASSINI, DE ANNA, LAURIA Baldassare, CASTELLANI Carla, MONTELEONE, NAPOLI Roberto, RONCONI, MARTELLI

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alla unità previsionale di base sottoelencata, apportare le seguenti variazioni:

N. 11.1.1.0 – Studi e documentazione - Funzionamento:

CP: – 350.000;
CS: – 350.000.

12ª-18.Tab.17.33 MANARA, CECCATO, LAGO

Alla tabella 17, Ministero della sanità, alla unità previsionale di base sottoelencata, apportare le seguenti variazioni:

N. 13.1.1.0 – Segreteria Consiglio Superiore Sanità - Funzionamento:

CP: – 390.000;
CS: – 390.000.

12ª-18.Tab.17.34 MANARA, CECCATO, LAGO

LAGO. Signor Presidente, do per illustrati gli emendamenti presentati dal Gruppo della Lega Nord-Per la Padania indipendente.

Vorrei soffermarmi in particolare sulle finalità sottese all'emendamento 18.Tab.17.7, volto ad operare una variazione sull'unità previsionale relativa all'assistenza agli stranieri in Italia, in modo da favorire le risorse per la ricerca scientifica veterinaria e per la prevenzione del randagismo. Vorrei sapere se negli altri paesi sono previsti capitoli di bilancio per l'assistenza degli italiani. Diversamente, sopprimerei queste forme di sussidi.

TOMASSINI. Signor Presidente, sostanzialmente tutte le nostre proposte emendative si propongo di operare variazioni sulle somme destinate a determinate spese per attribuirle al conseguimento di altri obiettivi. Le spese considerate sono soprattutto quelle riguardanti il funzionamento del Ministero della sanità, il personale amministrativo ed infine quelle riguardanti i convenzionati del Servizio sanitario nazionale.

Gli importi ricavati da questi capitoli dovrebbero essere destinati ad altre finalità di maggiore rilievo, e cioè per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva, per programmi di ricerca scientifica, sia per quanto riguarda il personale che i mezzi da impiegare in questo settore, ed infine per il miglioramento dei servizi ispettivi.

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulle tabelle 17 e 17*-bis *e sulle parti ad esse relative al disegno di legge n. 2792.* Il relatore è contrario a tutti gli emendamenti presentati alla tabella 17.

BETTONI BRANDANI, *sottosegretario di Stato per la sanità.* Anche il Governo si dichiara contrario agli emendamenti presentati.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione degli emendamenti presentati alla tabella 17.

(Posti separatamente ai voti, vengono respinti gli emendamenti da 12ª-18.Tab.17.1 a 12ª-18.Tab.17.34.)

Resta ora da conferire il mandato per il rapporto alla 5ª Commissione sulle tabelle 17 e 17-*bis* e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria n. 2792.

Propongo che tale incarico venga conferito allo stesso relatore alla Commissione.

Poichè non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

DI ORIO, *relatore alla Commissione sulle tabelle 17 e 17*-bis *e sulle parti ad essere relative del disegno di legge finanziaria n.2792.* Sottopongo all'esame della Commissione il seguente rapporto favorevole da me predisposto per la 5ª Commissione:

«La Commissione, esaminato il disegno di legge n. 2792, esprime, per quanto di competenza, parere favorevole, sottolineando in particolare gli elementi positivi rappresentati dalla rivalutazione del Fondo sani-

tario nazionale – valutato in lire 106.000 miliardi complessivi – in passato costantemente sottostimato, dalla previsione di risorse per il ripiano dei debiti delle unità sanitarie locali – quantificate al n. 26 della tabella F in lire 3.200 miliardi negli anni 1998 e 1999 – e dall'individuazione di risorse più idonee di quelle previste in passato – per un ammontare complessivo, stabilito in tabella F, di lire 2.500 miliardi negli anni 1998 e 1999, cui vanno aggiunti 1.200 miliardi nel triennio 1998-2000 iscritti in tabella C a favore del Fondo sanitario nazionale di conto capitale – per le attività relative all'edilizia sanitaria e agli investimenti.

A tale ultimo proposito, si raccomanda al Governo una particolare attenzione all'individuazione, nell'ambito di tali stanziamenti, di risorse finalizzate al potenziamento delle rianimazioni, anche in vista dell'approvazione del disegno di legge in materia di organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organo.

La Commissione valuta altresì favorevolmente la previsione nel fondo speciale di parte corrente di un idoneo accantonamento per gli indennizzi a favore dei soggetti danneggiati da emoderivati e vaccinazioni.

La Commissione esprime altresì un avviso favorevole sullo stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1998».

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione del rapporto.

TOMASSINI. Signor Presidente, noi voteremo contro questo documento, in quanto l'aumento sottolineato dal relatore appare del tutto fittizio e insufficiente a coprire i *deficit* che sono stati generati nei bilanci delle regioni, dei quali si copre soltanto la metà; inoltre è insufficiente a coprire i maggiori oneri recati dall'aumento relativo ai raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) deciso ad agosto e i mancati introiti relativi alla finanziaria dello scorso anno. Per quanto riguarda gli auspici qui prospettati nel corso della discussione generale da parte sia della maggioranza sia dell'opposizione, essi sono vanificati di fatto dalle cifre imputate in bilancio nella tabella 17.

Tenuto conto anche del fatto che tutti gli emendamenti da noi presentati non sono stati accolti, annunciamo il nostro voto contrario ad un rapporto favorevole alla 5ª Commissione.

BERNASCONI. Annuncio, a nome del Gruppo della Sinistra Democratica-L'Ulivo, il voto favorevole. Desidero sottolineare che è impossibile, a meno di faziosità di parte, negare che per la prima volta da molti anni il Fondo sanitario nazionale viene aumentato: questo è un passo politico molto importante, visto che i risparmi sul versante della sanità sono piuttosto contenuti.

Devo anche ricordare che l'aumento relativo ai DRG, più volte richiamato dal senatore Tomassini, corrisponde ad un adeguamento delle tariffe, anche per evitare il ricorso ai ricoveri facili, così come è accaduto in qualche ospedale. Purtroppo, laddove queste tariffe non compensavano i costi delle prestazioni, in alcuni ospedali si è ricorsi a ricoveri impropri. Aver adeguato le tariffe non vuol dire assolutamente che verrà

aumentata la spesa sanitaria: si tratta di una rivalutazione dei costi per i servizi resi dalle strutture sanitarie, e non di un aumento delle spese ospedaliere.

Consideriamo che in questa manovra vi siano elementi positivi anche per il riconoscimento dei *deficit* delle regioni: le scelte compiute sono state oggetto di un patteggiamento in sede di conferenza Stato-regioni. Non possiamo pensare che sia intervenuta un'imposizione del Governo: c'è stata sostanzialmente una concertazione sulle cifre. Per tutti questi motivi, e anche per i caratteri propositivi e di riconoscimento di alcuni aspetti etici del Fondo sanitario nazionale, confermo il nostro voto favorevole.

CASTELLANI Carla. Signor Presidente, prima di dichiarare il voto del nostro Gruppo vorrei far presente che sull'ordine del giorno n. 3 da noi presentato, sul problema dei medici disoccupati, devo rilevare una condotta da parte del relatore poco attenta alle esigenze dell'opposizione. È fuor di dubbio che se abbiamo presentato un ordine del giorno in proposito è perchè non riteniamo sufficiente l'attenzione del Governo rispetto al problema dei medici disoccupati.

Per quanto concerne il rapporto favorevole Alleanza Nazionale dà un parere negativo, sia per i motivi precedentemente espressi sia perchè valuta diversamente – e non è certo una posizione di parte, senatrice Bernasconi – questo incremento del Fondo sanitario. Finalmente questo Governo ha capito che i fondi erogati negli anni precedenti erano sottostimati: quindi in questo caso non registriamo un incremento del fondo ma un pareggio rispetto agli anni precedenti.

Nonostante il nostro giudizio negativo, devo apprezzare moltissimo il richiamo all'impegno del Governo a finalizzare fondi per il potenziamento delle rianimazioni e per dare attuazione alla tematica dei trapianti.

BRUNI. Annuncio il nostro voto favorevole, determinato soprattutto dal fatto che si richiama l'attenzione del Governo sul potenziamento delle rianimazioni e sull'emanazione di un provvedimento relativo ai prelievi e ai trapianti di organi.

PRESIDENTE. Metto ai voti il rapporto favorevole sulle tabelle 17 e 17-*bis* e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria n. 2792 predisposto dal relatore.

È approvato.

L'esame dei documenti di bilancio e del disegno di legge finanziaria per quanto di nostra competenza è così concluso.

I lavori terminano alle ore 12,45.