

SENATO DELLA REPUBBLICA

— X LEGISLATURA —

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

RESOCONTO STENOGRAFICO

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO
PER L'ANNO FINANZIARIO 1992 E BILANCIO PLURIENNALE
PER IL TRIENNIO 1992-1994 E RELATIVA NOTA DI VARIAZIONI
(n. 2944 e n. 2944-bis)

**Stato di previsione del Ministero della sanità
per l'anno finanziario 1992
e relativa Nota di variazioni (Tabelle 19 e 19-bis)**

DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE
E PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE FINANZIARIA 1992) (n. 3003)

IN SEDE CONSULTIVA

INDICE

MERCOLEDÌ 9 OTTOBRE 1991

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni (2944 e 2944-bis)

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (Tabelle 19 e 19-bis)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)» (3003)

(Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE:

- RANALLI (Com.-PDS) Pag. 16
- ZITO (PSI) 5

ALBERTI (Sin. Ind.) 13
 BERLINGUER (Com.-PDS) 9, 15, 16
 DE LORENZO, ministro della sanità 5, 16
 FERRAGUTI (Com.-PDS) 13
 MELOTTO (DC), relatore alla Commissione 5, 9,
 14 e passim

GIOVEDÌ 10 OTTOBRE 1991

(Antimeridiana)

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni (2944 e 2944-bis)

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (Tabelle 19 e 19-bis)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)» (3003)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE (Ranalli - Com.-PDS) 17, 24, 27 e passim
 AZZARETTI (DC) 21, 23, 24 e passim
 BERLINGUER (Com.-PDS) 27
 DE LORENZO, ministro della sanità 23
 DIONISI (Rifond. Com.) 25, 27, 28
 MARINUCCI MARIANI, sottosegretario di Stato per la sanità 24, 25

PERINA (DC) Pag. 26, 27, 28
 SIGNORELLI (MSI-DN) 17
 SIRTORI (Misto-Verdi Auton.) 25

GIOVEDÌ 10 OTTOBRE 1991

(Pomeridiana)

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni (2944 e 2944-bis)

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (Tabelle 19 e 19-bis)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)» (3003)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE (Ranalli - Com.-PDS) 29, 32, 48
 ALBERTI (Sin. Ind.) 42
 BERLINGUER (Com.-PDS) 29, 32
 CONDORELLI (DC) 33, 34, 36
 DE LORENZO, ministro della sanità 36, 41, 42
 DIONISI (Rifond. Com.) 36, 39
 FERRAGUTI (Com.-PDS) 48
 MARINUCCI MARIANI, sottosegretario di Stato per la sanità 39
 MASCIADRI (PSI) 45
 MELOTTO (DC), relatore alla Commissione 34
 SIRTORI (Misto-Verdi Auton.) 46
 TORLONTANO (Com.-PDS) 40, 41, 42

MARTEDÌ 15 OTTOBRE 1991

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni (2944 e 2944-bis)

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (Tabelle 19 e 19-bis)

12^a COMMISSIONE

2944, 2944-bis e 3003 - Tabella 19

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)» (3003)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE (Zito - PSI)	Pag. 49, 52, 58
DE LORENZO, ministro della sanità	52
FERRAGUTI (Com.-PDS)	49, 51, 52
MELOTTO (DC), relatore alla Commissione	51, 53

MERCOLEDÌ 16 OTTOBRE 1991

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni (2944 e 2944-bis)

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (Tabelle 19 e 19-bis)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)» (3003)

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Rapporto favorevole, ai sensi dell'articolo 126 del Regolamento)

PRESIDENTE (Zito - PSI)	59, 60, 68 e passim
ALBERTI (Sin. Ind.)	63, 80
BERLINGUER (Com.-PDS)	80

CROCETTA (Rifond. Com.)	Pag. 75, 80
DE LORENZO, ministro della sanità	59, 60, 63 e passim
IMBRIACO (Com.-PDS)	75, 79, 80
MELOTTO (DC), relatore alla Commissione	78
SIGNORELLI (MSI-DN)	80

VENERDÌ 27 DICEMBRE 1991

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» (2944-B), approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (Tabelle 19 e 19-quater)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)» (3003-B), approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati (Esame congiunto. Rapporto favorevole, ai sensi dell'articolo 126 del Regolamento)

PRESIDENTE (Melotto - DC)	81, 82, 83
BERLINGUER, (Com.-PDS)	83
CONDORELLI (DC)	83
D'AMELIO sottosegretario di Stato per i lavori pubblici	82
SIRTORI (Misto-Verdi Auton.)	83

MERCOLEDÌ 9 OTTOBRE 1991

Presidenza del Presidente ZITO

I lavori hanno inizio alle ore 17,15.

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni (2944 e 2944-bis)

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (**Tablelle 19 e 19-bis**)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)» (3003)

(Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, l'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (tablelle 19 e 19-bis) - e «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)».

Prego il senatore Melotto di riferire alla Commissione sulle tablelle 19 e 19-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge n. 3003.

MELOTTO, *relatore alla Commissione*. Signor Presidente, in via preliminare, poichè il Ministro ha dichiarato di non riconoscersi nelle misure contenute nel disegno di legge finanziaria, desidero sapere a chi dovrò rivolgermi. Il relatore deve essere interlocutore del Governo e il Governo deve essere interlocutore della Commissione, questi sono i rapporti parlamentari. Ringrazio quindi l'onorevole De Lorenzo per essere presente, ma lo prego di chiarire e di rispondere a questa pregiudiziale.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Signor Presidente, se il senatore Melotto, considerata la complessità della manovra, desidera che siano presenti qui più Ministri, non posso che esserne lieto e presenterò questa sua espressione di volontà ai colleghi del bilancio e del tesoro.

Per quel che mi riguarda, posso ripetere la storia di come si sono sviluppate le varie fasi della predisposizione del disegno di legge finanziaria (del resto credo che ciò sia già noto al Parlamento, perchè

l'ho comunicato in Aula in sede di ripresa dei lavori sulla legge sanitaria). Ho precisato - e voglio ripeterlo cercando così di rispondere con coscienza del valore politico che il senatore Melotto ha sotteso con la sua domanda - che la manovra finanziaria per la sanità è basata sostanzialmente sul tentativo di apportare modifiche nei meccanismi di formazione della spesa a livello strutturale, avendo dichiarato e dimostrato che con la legge finanziaria per il 1991 si è riusciti ad eliminare una serie di abusi e di sprechi; ad esempio, con atti legislativi aventi valore immediato, come nel caso del venir meno di 4 milioni di esenti, che ha consentito di riportare sotto controllo la spesa farmaceutica (l'Italia è l'unico paese in cui questa voce di spesa è cresciuta solo del 5 per cento, negli altri paesi è cresciuta molto di più).

Si è poi provveduto, sia pure con ritardo, alla predisposizione del nomenclatore delle protesi, a proposito del quale abbiamo coinvolto anche le associazioni dei malati: vi erano degli abusi, ma si è verificata anche qualche sofferenza; comunque abbiamo lavorato per sei mesi sempre d'accordo con le associazioni interessate, cercando di tener conto delle loro osservazioni (per questo abbiamo impiegato tanto tempo). Si è poi provveduto al taglio di diverse voci, nell'ottica di una riduzione della spesa per il 1992: ad esempio, il tariffario specialistico, riguardo del quale abbiamo lavorato con diverse difficoltà, perchè i medici sostenevano che si andava incontro alla alterazione della convenzione. Ora il tariffario sta per essere varato. Alcune regioni che avevano convenzionato la TAC o la risonanza magnetica si sono trovate in difficoltà. Comunque per la medicina nucleare siamo arrivati ad abbattere sostanzialmente i costi ed abbiamo trovato il modo di farlo, non contro le organizzazioni sindacali, bensì con il loro consenso, convocando le regioni e la parte pubblica. Sia pure in modo informale, vi è stato un consenso sull'atto che poi è stato definito. Altrettanta difficoltà si è riscontrata con le case di cura private: la legge forse non era del tutto chiara. Abbiamo stabilito tempi massimi di degenza ed anche a questo riguardo apportiamo dei correttivi. Insieme al Ministro del lavoro abbiamo varato il decreto per rendere più trasparente la certificazione medica da parte dei lavoratori, per esercitare così un controllo maggiore.

Siamo riusciti ad intervenire, inoltre, sul prontuario farmaceutico attraverso l'eliminazione di alcune voci.

Pertanto, tutto quello che si poteva fare a livello centrale per il contenimento della spesa è stato già fatto: per questo avevo detto che sarebbe stato difficile pensare ad una manovra che si basasse di nuovo sui *tickets* (avevamo previsto solo un aumento di 500 lire, un necessario aggiornamento). I *tickets* esistono in tutti i paesi della Comunità europea e di per sé non sono iniqui: si tratta di un modo di contenere il consumo.

Vi è poi tutta la parte concernente la disattivazione di posti letto e tutta un'altra serie di norme di «anticipazione», sia pure non totale.

Tuttavia una serie di atti, anche per i tempi lunghi connessi all'espressione del parere da parte del Consiglio di Stato o della Corte dei conti (siamo sulla media di 6-7 mesi), non hanno avuto effetto nel 1991; tanto è vero che riconosciamo che vi è una sottostima nei

confronti delle regioni. Come legislatori dobbiamo tener conto di questi tempi e non possiamo impegnare l'Esecutivo ad emanare atti entro i famosi 60 giorni.

Dirò in seguito quali erano le previsioni. Avevamo comunque predisposto una norma sulla incompatibilità e sulle altre procedure, chiarendo meglio i rapporti con le case di cura e lasciando alle regioni la possibilità di disattivare le convenzioni con le stesse case di cura e con i laboratori di analisi. Lo scopo era quello di permettere alle regioni, attraverso la disattivazione dei posti letto del settore pubblico, di seguire una coerenza di comportamento relativamente alle convenzioni. Con questa previsione però si è venuto meno ad un precedente impegno assunto con le case di cura. L'accordo è stato sofferto, anche perchè esiste un modo fittizio di affrontare i problemi, in quanto non va dimenticato che la retta pagata dallo Stato alle case di cura è di 160.000 lire rispetto al posto letto dell'ospedale.

È necessario fissare un tetto e di conseguenza, se per un'appendice sono necessari tre o quattro giorni di ricovero, calcolando le 160.000 lire al giorno, le case di cura non coprono nemmeno le spese per il personale e le spese professionali. Quelle decise in precedenza erano soluzioni fittizie e perciò siamo intervenuti cercando di individuare il costo reale della degenza e del posto letto; avviammo così quella manovra su cui siamo sostanzialmente d'accordo. In seguito però è intervenuto un fatto nuovo a tutti noto. Il Governo, sulla base dell'impegno assunto in Parlamento (e nel quale mi riconosco anch'io) per il mantenimento della spesa, dovendo operare tagli sulle spese vive e non potendo più modificare gli investimenti come si era fatto in passato (infatti non era un problema di risparmio, bensì di spesa corrente), ha tentato di rivedere il comparto della previdenza e della sanità. In questo ambito si è preferito tagliare sulla sanità con una scelta alla quale non ho partecipato, non perchè non avessi il coraggio di assumere una decisione in merito, ma perchè, pur non avendo espresso una divaricazione rispetto alla scelta di carattere generale, ho avanzato delle riserve tecniche. Se il documento economico-programmatico stabilisce di tagliare una certa quantità di spesa e non si ritiene di operare sulla previdenza, allora l'unico altro settore che avrebbe potuto sopportare questo taglio era la sanità, che si è vista privata quindi di 4.500 miliardi di lire.

Ricordo che quest'anno operano gli amministratori straordinari, fra l'altro comportandosi bene, almeno laddove i comitati di gestione funzionavano peggio. Naturalmente nelle zone in cui i suddetti comitati erano in grado di operare meglio la differenza è meno visibile. Tuttavia l'amministratore straordinario di Torre Annunziata ha dichiarato che ci vorrebbero dei questori in tutta Italia (in effetti è lui stesso un questore). Comunque l'ordine sta tornando in molte USL con evidenti risparmi di risorse. Per tale ragione puntavamo anche su misure di questo tipo. È chiaro che, nel momento in cui abbiamo dato un'impostazione rigorosa alla manovra di bilancio, della quale mi sono fatto carico, era necessario scegliere una strategia restrittiva, anche andando contro alcune indicazioni della Commissione parlamentare di merito. Ricordo infatti che era stato chiesto un allargamento delle patologie e fui presentato come colui che non voleva riconoscere determinati

diritti dei pazienti. Opponendoci all'allargamento a tutte le patologie e a tutti i tipi di farmaco compivamo già una scelta rigorosa.

Tuttavia il taglio di ulteriori 4.500 miliardi al settore della sanità mi ha reso responsabile come Ministro competente. Questa manovra allora mi vede d'accordo sul contenimento della spesa, ma come Ministro della sanità ritengo sia più giusto evitare un'operazione del genere nei confronti del settore sanitario. La mia dissociazione non è politica, ma tecnica. Se la manovra è esclusivamente finanziaria deve rimanere tale, ma in ogni caso è necessario procedere anche con provvedimenti amministrativi per intervenire nel campo delle patologie e per allargare la sezione farmaci. Spero in proposito di ottenere l'autorizzazione del Consiglio dei Ministri. Una esenzione al 40 per cento si poteva accettare, ma se si preferisce il 60 per cento allora sarebbe opportuno qualche allargamento nel settore delle patologie e dei farmaci, soprattutto di quelli salvavita.

Con grande sofferenza ho trasferito al 40 per cento tutti i farmaci che precedentemente erano all'aliquota del 30 per cento, seguendo le indicazioni della Commissione e lasciando legati alla percentuale più bassa i farmaci più efficaci soprattutto dal punto di vista della prevenzione. Possiamo però pensare ad altre modifiche su indicazioni provenienti dalla Commissione. Si tratta comunque di variazioni di qualche decina di miliardi e non di modifiche più complessive.

Sarebbe stato paradossale non mettere in luce il problema in sede di Consiglio dei Ministri, proprio perchè avevo allegato una serie di considerazioni sul costo dei *tickets*, affinchè da parte di tutti i colleghi di Governo ci fosse consapevolezza sulle scelte che si andavano ad adottare. Ho avanzato quindi una riserva sul piano tecnico, basandomi anche su osservazioni di autorevoli responsabili di determinati settori della maggioranza. Se effettivamente fossimo in grado - purtroppo non lo siamo - di individuare chi ha un reddito superiore ai 30 milioni annui, non sarebbe una grande preoccupazione il passaggio dal 40 al 60 per cento. Del resto se l'anno scorso abbiamo estromesso qualche milione di falsi esenti, non possiamo reintrodurli quest'anno. Sappiamo che esiste un sistema fiscale iniquo, per cui la dichiarazione dei redditi non fa testo e, come sempre accade, c'è anche chi paga veramente e non è in grado di tollerare questa situazione.

È importante capire i limiti fissati dal Parlamento per quanto riguarda la riduzione delle spese e delle prestazioni dello Stato. Se in un paese il Ministro del tesoro sostiene che lo Stato non sarà in grado di pagare gli stipendi ai carabinieri, ai poliziotti e agli infermieri, che non potrà provvedere al ricovero dei malati, allora vuol dire che la situazione è di una gravità eccezionale. Mi sono quindi fatto carico di una scelta politica motivata da quelle stesse osservazioni del ministro Carli in Senato; in caso contrario mi sarei dimesso.

Però non posso non far presente che vi saranno difficoltà nell'applicare questa manovra. Mi dispiace che qualcuno se ne sia reso conto con un po' di ritardo, altrimenti si sarebbe potuto pensare ad un riequilibrio. Ora non sta a me dire se è bene o no provvedere ad un riequilibrio, comunque sono attestato sulle posizioni del Governo. Per questo dico che, se manovra dobbiamo fare, la sede più opportuna è quella della Commissione bilancio. Vi sono obiettivamente delle diffi-

coltà a dichiarare che nella sanità tutto è razionale. Se quindi possiamo eliminare elementi di sfasatura, rispetto ad una manovra complessivamente armonica, io sono disponibile; a condizione però che non si addivenga a peggioramenti interni, attraverso riequilibri sempre più difficili. Se, ad esempio, alleggeriamo il peso finanziario sulla sanità, senza purtroppo poter ridurre le spese strutturali, dal momento che non è stata ancora approvata la legge di riforma, non si raggiunge l'obiettivo. C'è ancora gente che è controllore degli enti a cui partecipa. La legge di riforma sanitaria dal 1989 non è ancora stata approvata: per questo ho espresso la mia preoccupazione, non abbiamo a disposizione un sistema che modifichi la struttura della spesa ed abbiamo di fronte una finanziaria che inevitabilmente deve tagliare le prestazioni. Io sono in grado di rappresentare il Governo essendomi assunto la responsabilità di farlo, con quelle osservazioni di carattere tecnico che ho svolto: se non le avessi dette, avrei smentito il fatto di essere medico.

Presidenza del Vice Presidente RANALLI

BERLINGUER. Signor Presidente, mi riprometto di svolgere nel prosieguo del dibattito alcune considerazioni specifiche in ordine alle dichiarazioni testè rese dal Ministro, che non appaiono coerenti con quanto egli stesso ha dichiarato alla stampa.

MELOTTO, relatore alla Commissione. Prendo atto positivamente delle dichiarazioni del Ministro che politicamente si assume la corresponsabilità dell'operato del Governo.

Signor Presidente e colleghi, la manovra di bilancio per il 1992 si propone alcuni obiettivi di fondo, in linea peraltro con le risoluzioni parlamentari di approvazione dei documenti di programmazione economica e finanziaria per il 1992 e per il 1993. Tali obiettivi sinteticamente consistono nel contenimento del fabbisogno, attraverso una azione esercitata sul saldo primario, al netto dell'interesse da corrispondere al debito pubblico.

La manovra di contenimento che il Governo ha predisposto nel documento di programmazione prevedeva 48.700 miliardi di minor fabbisogno per contenere il saldo netto da finanziare entro il tetto dei 127.800 miliardi, pari alla postazione prevista per il 1991.

La seconda parte della manovra si sostanzia nella presentazione dei documenti di bilancio, avvenuta entro il 30 settembre, e fa riferimento all'evoluzione meno favorevole del gettito tributario nel 1991. Il fabbisogno per l'anno in corso sale così a 141.000 miliardi, cioè 9.000 miliardi in più rispetto ai 132.000 previsti in precedenza. È da rilevare che il fabbisogno tendenziale, cioè in assenza di elementi correttivi, viene stimato nel 1992 in ben 183.000 miliardi.

L'ambito della manovra è di circa 55.200 miliardi, tra maggiori entrate e minori spese. Il contributo del settore della sanità alla manovra è collocato per la maggior parte nel disegno di legge collegato che abbiamo deciso di discutere domani mattina, laddove si provvede

ad una riduzione di spese per 4.000 miliardi, soprattutto attraverso il ricorso a maggiori quote di partecipazione alla spesa sanitaria.

Nonostante i saldi di finanza pubblica presenti nell'articolato della finanziaria scontino gli effetti dei provvedimenti collegati e nonostante la considerazione dell'unità della manovra, il fondo sanitario nazionale è quotato senza tener conto della possibile riduzione prevista nel provvedimento collegato. Infatti si parla nella finanziaria di 86.400 miliardi, rispetto agli 82.400 a cui dovrebbe condurre la manovra. La legge finanziaria per il 1991 ha stanziato per il Fondo sanitario nazionale una cifra pari a 78.750 miliardi per il 1991 (72.791 più 5.959 per i contratti e le convenzioni). Per il 1992 il capitolo prevede 85.500 miliardi, a cui vanno aggiunti 900 miliardi in maggiore fabbisogno stimato, per cui si arriva a 86.100 miliardi. La cifra di 85.500 miliardi è a sua volta risultante dall'incremento per il tasso di inflazione programmato (5,5 per cento) nel 1991, con una prima disponibilità per il 1992 pari a 83.081 miliardi; a questa cifra va aggiunta l'ulteriore disponibilità di 2.419 miliardi, 2.185 dei quali utilizzati tuttavia dall'articolo 3, comma 3-*quater*, del decreto-legge n. 262 del 1990, convertito dalla legge n. 334 del 1990, per il finanziamento del *deficit* per il 1991.

La previsione totale del Fondo è fissata nella legge finanziaria del 1992 e assomma a 86.400 miliardi. Questa cifra comunque dovrebbe scendere a 82.400 miliardi conseguentemente agli effetti che avrà la manovra di contenimento prevista nel provvedimento collegato.

Come si è arrivati a questo risultato? Gli 86.400 miliardi trovano riscontro sotto due profili. Oltre al calcolo già indicato infatti il Governo, a seguito di quanto è stato deliberato in sede di approvazione della legge di riordino del settore, si è fatto carico di presentare il piano sanitario al Consiglio dei Ministri e quindi ha stabilito la quota relativa all'ammontare della spesa per ogni cittadino moltiplicata per il numero dei cittadini stessi. La prima stima per il 1991, sulla base del preconsuntivo, è valutata in 88.090 miliardi. Di conseguenza, attraverso calcoli di previsione condotti su ciascuna delle voci di spesa e sulla base degli effetti della manovra 1992, la spesa per il prossimo anno è stata quantificata in 84.100 miliardi. Da questa cifra, che dunque costituisce la spesa sanitaria stimata per il 1992, va sottratto l'importo delle entrate proprie delle unità sanitarie locali pari a 2.300 miliardi. Il fabbisogno potrebbe allora dimensionarsi su 81.800 miliardi. Tale fabbisogno però va depurato di 1.800 miliardi, vale a dire la quota di spesa che dal 1990, in base all'articolo 19 del decreto legge n. 415 del 1989, convertito dalla legge n. 38 del 1990, viene considerata a carico delle cinque regioni a statuto speciale, quota ulteriormente aumentata ai sensi dell'articolo 5, comma 11, del disegno di legge collegato. La cifra considerata dunque per il 1992 scenderebbe a 80.000 miliardil.

A tale cifra va aggiunto l'1 per cento del totale, cioè gli 800 miliardi destinati alla copertura di un fondo di riequilibrio, oltre ai 1.600 miliardi destinati alle quote per il ripiano del *deficit* 1990. Le due voci sono presenti per il primo anno e quindi, sommando tali cifre agli 80.000 miliardi, si ottengono appunto 82.400 miliardi, pari allo stanziamento che sarà effettivamente posto nel disegno di legge finanziaria per il 1992, a seguito dell'approvazione della manovra.

Ricordo tuttavia ai colleghi che il preconsuntivo 1991 è materia non concordata tra lo Stato e le regioni.

Passando ai parametri capitari previsti per la predeterminazione del finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria per il 1992, ricordo che il parametro di spesa per la prevenzione è previsto in lire 75.500, per la medicina generale pediatrica e per la guardia medica in lire 95.000, per la farmaceutica in lire 186.000, per la specialistica - sia ambulatoriale interna che convenzionale esterna - e per la medicina dei servizi in lire 161.000, per l'assistenza diversa - relativa a protesi, interventi socio-sanitari, eccetera - in lire 59.000, per l'assistenza ospedaliera in lire 778.000, per i servizi generali in lire 75.000. Il totale relativo al parametro *pro capite* di spesa sanitaria è pari quindi a 1.430.000 lire. Ripetendo, eseguite le debite moltiplicazioni, aggiunti i 2.300 miliardi delle USL, la partecipazione delle regioni a statuto speciale, il fondo di riequilibrio regionale pari a 800 miliardi, la quota vincolata per il ripiano del *deficit* 1990 di 1.600 miliardi, si arriva alla suddetta cifra di 82.400 miliardi.

Fissando gli *standards* minimi, la tabella ripartita in questo modo dovrebbe garantire un'assistenza uniforme in tutto il paese. Mi sembra però debbano essere sottolineati due aspetti. Innanzi tutto vi è il problema della proiezione per gli anni 1992-93-94. La previsione infatti copre i primi due anni, ma lascia per il 1994 l'esigenza di reperire una copertura finanziaria di 5.850 miliardi. Questo scoperto, riguardante la quantificazione del fondo sanitario nazionale, si riferisce alla spesa corrente. Il fondo in conto capitale del resto (ed è il secondo aspetto che vorrei fare emergere) è ridotto da 1.600 a 100 miliardi; i restanti 1.500 miliardi vanno ora riferiti ad una disponibilità per mutui decennali. Pertanto mancano disponibilità immediate per le manutenzioni straordinarie e per le innovazioni tecnologiche. Pur trattandosi di investimenti a breve, infatti, la copertura è legata solamente ad un mutuo decennale collegato alla stessa cifra e quindi con il passare degli anni finisce per decurtare la somma globale. Nutro una notevole preoccupazione al riguardo. Questo comparto dovrebbe avere una previsione di spesa costante, indipendentemente dai mutui, in modo da permettere l'aggiornamento tecnologico e provvedere alle manutenzioni di carattere straordinario che si rendono necessarie in strutture tanto sofisticate, altrimenti tra poco avremo un sistema in larga parte inoperante.

Se nel corso dell'evoluzione tecnologica non si sostituiscono determinate apparecchiature e determinati impianti fissi, se non si adotta un rimedio concreto, difficilmente faremo fronte ai problemi della sanità.

Si tratta di due buchi che in realtà esistono nella finanziaria. Più preoccupante è quello che riguarda il conto capitale, perchè agisce dal 1° gennaio del prossimo anno, riducendo da 1.600 miliardi a 100 miliardi la liquidità a vantaggio di una disponibilità per mutui decennali. Francamente non so cosa faremo dal 1993 in poi: mancano le disponibilità immediate per la manutenzione straordinaria e l'innovazione tecnologica.

Per quanto riguarda i contrasti tra Ragioneria generale dello Stato e regioni sull'entità della spesa per il 1991, non vi è ancora chiarezza. Vi sintetizzo i termini della questione. Secondo stime di parte regionale la

spesa per il 1991 ammonterà a 90.529 miliardi (è un dato che si riferisce al luglio di quest'anno), già scontata delle entrate proprie. Considerato che il fondo sanitario nazionale era previsto in 78.750 miliardi e che la partecipazione regionale, da parte delle regioni a statuto speciale, ammonta a 1.300 miliardi, il disavanzo per il 1991 risulta in 10.479 miliardi. Da alcune dichiarazioni espresse in sede di Conferenza delle regioni, a Venezia, tale cifra però viene ridotta fino a 7.800 miliardi. Il Servizio della programmazione del Ministero della sanità, stima invece il disavanzo in 5.840 miliardi e su tale cifra si attesta anche la stima della Ragioneria generale dello Stato: la spesa sarebbe di 88.090 miliardi a fronte dei 90.529 indicati dalle regioni e dei 78.000 indicati dal Servizio della programmazione.

Indipendentemente dai valori assoluti - e qui tutti concordano, regioni, Tesoro e Servizio della programmazione - lo sfondamento riguarda soprattutto la spesa per il personale, che tutti riconoscono essere stata la causa di almeno un quarto del *deficit*, la spesa per beni e servizi, per la quale non ha funzionato il tetto dell'11 per cento di aumento della spesa rispetto al 1989, e la spesa per altra assistenza, che fa registrare almeno 1.500 miliardi più del previsto in tutte le stime. Spesa per il personale, spesa per beni e servizi e spesa per altra assistenza rappresentano il 70-80 per cento del *deficit*, secondo tutte le stime.

Per quanto riguarda le entrate e le spese correnti afferenti al fondo sanitario nazionale, dal 1984 al 1992, abbiamo il seguente andamento. Le entrate sono passate da 28.000 miliardi nel 1984 a 35.000 miliardi nel 1987, a 37.000 nel 1989. Nel 1990 poi hanno subito uno sbalzo notevole, passando dalla cifra di 37.225 a quella di 47.225 (vi è stato un incremento dei contributi, determinato dalla manovra contro l'evasione contributiva), mentre nel 1992 si arriva a 49.798 miliardi. Va tenuto conto che la fiscalizzazione non agisce più come rimborso del contributo, bensì come diminuzione della percentuale di contributo. In altre parole, mentre una volta lo Stato riconosceva all'INPS una certa somma di fiscalizzazione, oggi alle aziende viene ridotto il contributo da versare come prestazione fiscalizzata.

Le spese sono passate da 34.000 miliardi a 78.000 miliardi nel 1992, mentre le spese in conto capitale sono state sempre nell'ordine dei 1.000 miliardi fino al prossimo anno, quando saranno di 100 miliardi. In percentuale, l'incremento delle entrate dal 1988 al 1992 è stato del 33,7 per cento, mentre le spese sono aumentate del 56,3 per cento. Arriviamo al 1990 - traggio questi dati dalla relazione della Corte dei conti sul rendiconto 1990 - con una spesa sanitaria di 80.137 miliardi (il fondo sanitario di parte corrente era di 63.869 miliardi, le entrate proprie non sono ancora determinate) ed un *deficit* di 7.897 miliardi.

È sufficiente partire dai dati in nostro possesso per il 1989 per arrivare a quelli concernenti il 1992, basandosi sui rendiconti della Ragioneria generale dello Stato, del Ministero, della Corte dei conti e delle regioni. Fra il 1989 ed il 1991 la spesa per il personale ha subito un incremento di circa il 28 per cento; negli stessi anni la spesa farmaceutica ha un incremento di circa il 23 per cento; la spesa denominata come altra assistenza aumenta di circa il 43 per cento; l'ospedaliera convenzionata di circa il 23 per cento; la spesa per beni e

servizi di circa il 25 per cento; la spesa per la medicina generale e la specialistica convenzionata interna di circa il 13 per cento; infine, la convenzionata esterna di circa il 3 per cento. Ricordo che la spesa per la cosiddetta altra assistenza è stata dilatata dalle regioni e tutti conosciamo il modo in cui vengono esercitati i controlli; è una spesa riguardante alcuni aspetti di carattere socio-sanitario, come l'assistenza domiciliare o l'acquisto di pannoloni e sacchetti.

Per entrare più nel vivo di alcune questioni, ricorderò il rendiconto della Ragioneria generale dello Stato, distinguendo le voci relative alle singole regioni. Si potranno così evidenziare i notevoli scostamenti dalla media nazionale.

Per quanto riguarda la spesa sanitaria media per abitante, la Basilicata presenta una differenza in diminuzione del 18 per cento, la Calabria del 20,9 per cento, mentre le Marche hanno uno scostamento in più del 15,2 per cento, l'Emilia-Romagna del 18 per cento e la Liguria del 12,9 per cento. Le altre regioni si attestano su livelli di differenza inferiori al 10 per cento in più o in meno. La Campania, ad esempio, scende al di sotto della media del 6,3 per cento. Sono dati relativi alla spesa sanitaria *pro capite* per la quale in Italia si è arrivati ad un livello di circa 1.400.000 lire nel 1990 con le differenze sopra indicate. Pertanto in Emilia-Romagna la spesa ha raggiunto 1.652.000 lire, mentre in Calabria è scesa a 1.107.000 lire. È importante capire questo fenomeno, anche perchè vorremmo attestarci sulla cifra media.

Passando dal dato assoluto all'analisi dei singoli comparti, le diversità si accentuano in un senso o nell'altro. Per quanto concerne il personale, la media nazionale è superata del 31,7 per cento nelle Marche, del 31,3 per cento in Emilia-Romagna, del 24 per cento in Friuli-Venezia Giulia, del 22,8 in Umbria e del 29 in Valle D'Aosta. Invece vi è una diminuzione rispetto alla stessa media nazionale del 20 per cento in Campania, del 17,5 per cento in Sicilia, del 15,5 in Basilicata e del 14,9 in Puglia. Il personale è la voce di spesa che incide maggiormente nella quota ospedaliera ed è chiaro che il rapporto tra pazienti e personale si fa più pesante in alcune regioni. Per l'acquisto di beni e servizi l'aumento rispetto alla media nazionale è del 47,7 per cento in Emilia-Romagna, del 34,8 per cento nelle Marche, del 30,5 per cento in Umbria, del 34,1 per cento nella provincia di Bolzano, del 28,8 per cento in Veneto; mentre la differenza in diminuzione è del 30,5 per cento nel Lazio, del 40,8 per cento in Calabria, del 31,8 per cento in Puglia, del 28,8 per cento in Campania e del 23,9 per cento in Sicilia. Del resto l'acquisto di beni e servizi è un aspetto legato alla prima voce relativa al personale.

Questa tendenza è sconvolta ed invertita dalla spesa farmaceutica. Infatti, rispetto alla media nazionale, abbiamo un incremento del 29,2 per cento in Campania e del 30,2 per cento in Sicilia, mentre la provincia di Bolzano conosce un decremento del 49,1 per cento, il Veneto del 23,9 per cento, la provincia di Trento del 28,3 per cento.

FERRAGUTI. È chiaro, dove mancano i servizi si assumono più farmaci.

ALBERTI. In Calabria nemmeno quelli, non si compra nemmeno l'aspirina.

MELOTTO, *relatore alla Commissione*. Passando alla spesa per l'assistenza ospedaliera, la diminuzione rispetto alla media nazionale è del 55,8 per cento in Veneto, del 55,3 per cento in Toscana, dell'84,5 per cento in Umbria, del 90,8 per cento in Basilicata, del 45,4 per cento in Calabria, del 40,4 per cento in Sicilia. Per la stessa voce lo scostamento è in aumento del 162,5 per cento nel Lazio, del 37,6 per cento in Lombardia e del 31 per cento in Puglia.

Per l'assistenza specialistica convenzionata esterna abbiamo in Campania uno scostamento in aumento rispetto alla media nazionale del 106,1 per cento.

In Sicilia, il 95 per cento in più, mentre nelle altre regioni che abbondano di servizi pubblici, tendono a calare (nel Veneto, ad esempio, si registra il 90 per cento in meno).

Questi dati, analizzati nella loro complessità, forniscono la fotografia sulla quale attestarci: ho l'impressione che veramente la quota media rappresenti l'elemento di stimolo sia per dare sia per avere; anche perchè, come abbiamo visto, le cose non si correggono più da sole.

Chiedo venia ai colleghi e a lei, Signor Presidente, se ho abbondato con i dati ma ho voluto fornire elementi di riflessione per agevolare la comprensione dei documenti in esame.

Sempre a proposito della legge finanziaria, nella tabella che contiene le voci dei capitoli di spesa che finanziano provvedimenti da approvare in corso d'anno, figura il provvedimento concernente i portatori di *handicap*: la voce, finanziata nel 1991, resta in attesa che alla Camera sia approvata la legge-quadro ed è per questo ripetuta e quantificata per il triennio 1992-1994.

Nella tabella B non vi è alcuna voce che ci interessi, mentre la tabella C contiene la quantificazione degli stanziamenti per leggi di spesa permanenti, segnatamente prevede 178 miliardi ad incremento del fondo per le tossicodipendenze per gli anni 1993-1994. Vi sono poi altre voci riferite al Ministero della sanità, la più rilevante delle quali risulta essere quella relativa al sistema informativo sanitario, per la quale è previsto uno stanziamento di 50 miliardi per gli anni 1992, 1993 e 1994. Sotto la rubrica relativa al Ministero del bilancio è poi prevista la riduzione fino a 100 miliardi del conto capitale, sotto il Ministero di grazia e giustizia si prevedono ulteriori 20 miliardi per la lotta alla droga e sotto la rubrica relativa al Ministero dell'interno si prevede la spesa di 58 miliardi per il medesimo scopo. Sempre nella tabella C sotto la voce «Ministero della sanità» sono previsti il contributo per la lotta al cancro per 1.350 milioni, il contributo all'Ufficio internazionale delle epizootie (180 milioni) il contributo statale a favore della Lega italiana per la lotta contro i tumori (1.950 milioni) e il potenziamento - già sopra ricordato - del servizio informativo (50 miliardi che si aggiungono ai 30 di cui alla tabella 19).

L'ultimo problema che riguarda la finanziaria è l'articolo 2, comma 11, che riguarda la spesa per il personale. Mentre al comma 9 viene disposto che la spesa per gli anni 1992, 1993, 1994 per rinnovo del contratto debba attenersi al tasso programmato di inflazione (e vengono previsti 2.000 miliardi per gli scatti di scala mobile e per i rinnovi contrattuali), per quanto riguarda il personale delle regioni e degli enti

pubblici non economici da essi dipendenti, le unità sanitarie locali, gli enti locali e gli enti pubblici non economici, le istituzioni e gli enti di ricerca diversi da quelli indicati nel comma 9, il comma 11 del medesimo articolo 2 recita: «provvedono ad iscrivere nei bilanci relativi agli anni 1992, 1993 e 1994 le risorse occorrenti al finanziamento dei rinnovi contrattuali per il triennio 1991-1993». Quindi, per il trasferimento agli enti locali si impone per i prossimi anni lo stesso criterio adottato per il personale del pubblico impiego, con fondi che trovano copertura nei fondi comuni.

Passando alla tabella 19 del bilancio, la conosciamo tutti bene ed è inutile continuare a descriverla. Essa riguarda il Ministero, ma anche l'Istituto superiore di sanità e l'ISPESL. La parte corrente passa da 808 miliardi a 1.045. Peraltro il fondo per gli asili nido, pari a 196 miliardi, viene meno nel preventivo, in quanto era stato eliminato nel bilancio assestato 1991, ma rientra nel fondo comune. La cifra in conto corrente confluirà nel fondo comune regionale e quindi sarà eliminata in sede di assestamento dal bilancio del Ministero della sanità. Queste almeno sono le nuove disposizioni relative alla finanza regionale. Si spera che esse verranno rispettate in tal senso.

L'aumento dello stato di previsione dunque è modesto. Al netto dei 196 miliardi per gli asili nido, esso ammonta a soli 23 miliardi, gran parte dei quali relativi alle spese per il personale, anche per effetto del nuovo contratto per la ricerca.

Tra le variazioni agli stanziamenti di competenza delle spese di conto corrente 1991 si segnalano: la variazione di alcuni capitoli relativi all'Istituto superiore di sanità sia per adeguamento delle strutture (3 miliardi), sia per la nuova sede dello stesso Istituto. A tale riguardo si segnala, tra i capitoli che interessano direttamente la gestione del dicastero, il 1097 concernente l'affitto della sede unica del Ministero (zona Eur Magliana), così da avere finalmente la possibilità di raccogliere tutto il personale che opera centralmente.

BERLINGUER. La sede attuale verrà venduta?

MELOTTO, *relatore alla Commissione*. Attualmente il Ministero è in affitto ed è stato sfrattato.

Altra variazione riguarda il potenziamento dei reparti di malattie infettive in variazione della legge n. 135 del 1990 contro l'AIDS. Si tratta del capitolo 8054, ma nello stesso campo della lotta all'AIDS anche il capitolo 2547 ha trovato il più favorevole regime di conservazione, il che significa che i residui in questo caso seguono lo stesso regime dei residui in conto capitale e quindi non vanno ad economia, ma hanno una triennalità nella loro esistenza. C'è la possibilità che questo intervento trovi concreta applicazione nell'ambito della triennalità.

Infine, un'altra variazione riguarda un aumento di 4 miliardi nello stanziamento delle spese per la ricerca scientifica dell'Istituto superiore di sanità dedicata all'esigenza di proseguire appunto la ricerca nel campo delle neoplasie.

I residui previsti al 1° gennaio 1992 ammontano nel complesso a 251 miliardi di cui 167 in conto corrente.

Vorrei far notare a questo punto al Ministro che presso il suo dicastero esiste una direzione per l'attuazione del servizio sanitario nazionale, ma che essa si occupa solo del pagamento della ospitalità all'estero. Pregherei allora il Ministro di dare con un suo decreto una denominazione più consona a questa direzione generale per l'attuazione del servizio sanitario nazionale.

BERLINGUER. Si potrebbe chiamare servizio sanitario estero.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. La definizione è stata introdotta con una legge approvata da voi.

MELOTTO, *relatore alla Commissione*. Nel programma del Ministero per il prossimo anno vanno evidenziati l'intensificazione della lotta all'AIDS, la soluzione del problema relativo alla nuova sede, il rafforzamento dei nuclei antisofisticazione, la ridefinizione del contesto strutturale in adeguamento ai compiti attribuiti nelle varie fasi dal riordino del servizio sanitario nazionale, la peculiarità dei profili già presenti nell'amministrazione e il loro riadeguamento. Altro problema è quello della idoneità dei primari, per il quale speriamo sia approvata la nuova legge in modo da assicurare senso e qualificazione a tale idoneità. Dovrebbe inoltre essere esteso a tutto il territorio nazionale il numero unico 118 per il soccorso sanitario.

Il Ministero si impegna inoltre per un attento e particolare esame delle acque, sia sul piano dell'utilizzo umano che dal punto di vista della balneazione. Si occupa poi della tutela dell'ambiente attraverso i 21 centri operativi regionali, la cui attività si vorrebbe intensificare. Peraltro il Ministero della sanità sta agendo sempre più in collegamento con il nuovo Ministero dell'ambiente per non dare luogo a sovrapposizioni inutili. Particolare attenzione sarà poi dedicata alla ricerca per la lotta ad alcune malattie, come i tumori o le malattie cardiovascolari.

Riguardo al servizio farmaceutico si sta pensando a una maggiore attività di informazione e di carattere scientifico sui farmaci nei confronti del pubblico. Mentre, a proposito del servizio della programmazione, si intende migliorare il collegamento con la periferia, in particolare tra l'Istituto superiore di sanità e gli ospedali, con riferimento ai programmi già approvati negli anni passati.

Le previsioni di cassa di fatto sono in linea con gli anni scorsi e non subiscono variazioni di rilievo. Praticamente l'andamento delle entrate e delle uscite, come per i residui e la cassa, si mantiene sulla stessa linea degli anni precedenti.

PRESIDENTE. Terminata la relazione del collega Melotto, propongo di dare inizio al dibattito nella giornata di domani.

Poichè non vi sono osservazioni, così rimane stabilito.

I lavori terminano alle ore 18,40.

GIOVEDÌ 10 OTTOBRE 1991

(Antimeridiana)

Presidenza del Vice Presidente RANALLI

I lavori hanno inizio alle ore 10,30.

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni (2944 e 2944-bis)

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (Tabelle 19 e 19-bis)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)» (3003)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (tabelle 19 e 19-bis) - e «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)».

Dichiaro aperta la discussione.

SIGNORELLI. Dando per scontato quanto stabilito dalla tabella di bilancio e dalla legge finanziaria 1992 (scontato, ma non accettato dal mio Gruppo), intendo svolgere alcune riflessioni sulla complessiva manovra finanziaria. Quando il ministro Carli preannuncia che tra poche settimane non si potranno più pagare gli stipendi ai carabinieri, al personale del servizio sanitario o ad altri dipendenti pubblici, evidentemente ci infonde una notevole preoccupazione e osserviamo che i nodi stanno venendo al pettine per questo Stato - e per i suoi governi - che ha sempre impedito di portare alla luce i veri problemi della nostra società. Se Carli avverte che non si può più andare avanti, ciò dimostra che si sta alimentando una situazione che incentiva sempre più l'attività della criminalità organizzata, i cui profitti sono in attivo al contrario di quelli dello Stato.

A questo punto coloro che controllano la borsa dello Stato mettono gli occhi sulle spese della sanità, ovvero il settore più chiacchierato in questi anni e il più clamorosamente coinvolto nel disordine e nella depauperizzazione delle risorse pubbliche per colpa della disorganizza-

zione esistente nell'ambito delle USL. Questa situazione ha determinato nel ministro Carli e nei suoi colleghi la convinzione che, intervenendo su questo settore, si potesse tirar fuori una specie di coniglio dal cilindro tale da rappresentare la soluzione economica del *deficit* pubblico.

Sulla base del preconsuntivo della spesa sanitaria del 1991 si è deciso di diminuire le previsioni per l'anno prossimo a 82.000 miliardi circa. Ma se si riesce a dimostrare che è facile diminuire tanto la spesa, mi domando perchè ciò non sia stato possibile in occasione delle altre leggi finanziarie. Da 8 anni partecipo alla discussione dei bilanci, ma solamente quest'anno ci si è accorti che esiste il rischio di non poter pagare gli stipendi. Abbiamo sempre ovviato alla situazione di disordine delle USL con provvedimenti di ripiano che facevano così aumentare la spesa sanitaria. Era troppo facile dichiarare che l'aumento era causato dalla precedente sottostima del piano sanitario nazionale: ho sempre sostenuto che si trattasse di un falso.

Quando si consuma troppo e in maniera spensierata evidentemente non si fa buona amministrazione e i soldi non bastano mai. Le regioni avevano l'unico grande compito di controllare l'attività delle USL, ma hanno sempre assolto a questa funzione in modo superficiale per la ovvia considerazione che vi era un interesse comune tra regioni e USL a causa dell'esistente partitocrazia. Ultimamente le regioni hanno peraltro iniziato a battere cassa dichiarando di aver sfondato anche le previsioni relative al 1991, nonostante che i conti verificati dalla Ragioneria generale dello Stato dimostrino che solamente 5.840 miliardi sono mancati alle USL rispetto al piano sanitario nazionale, che prevedeva una spesa coerentemente indicizzata proprio per poter far fronte agli inevitabili aumenti che ci sarebbero stati.

Finora le regioni hanno sempre avuto ragione; tra l'altro ora siamo in campagna elettorale e quindi lo Stato pagherà ancora una volta. Per questa ragione non credo che la manovra al nostro esame possa rappresentare una strategia seria agli occhi dell'opinione pubblica e della CEE.

Non entrerò nel merito dell'articolato, ma comunque il risparmio di risorse è stato stimato in modo approssimativo e falsamente suggestivo. Il piano sanitario nazionale non ha riferimenti precisi e siamo diretti verso un periodo di maggiore confusione, per cui dovremmo stare attenti nel fissare livelli uniformi di assistenza sanitaria. Tendenzialmente le USL e i partiti che le gestiscono fingono di sapere come si vive negli ospedali a regime economico normale. In mancanza di un vero piano sanitario nazionale dobbiamo allora stare attenti ad assicurare certi *standards*. Vedremo quali scelte adotteranno coloro che hanno - anche se in veste di amministratori straordinari - la responsabilità di gestire questa situazione, sempre in attesa del disegno di legge che dovrà riformare il servizio sanitario nazionale.

In previsione dell'autonomia impositiva delle regioni, è facile immaginare che queste ultime affonderanno le mani nelle tasche dei cittadini e che questa autonomia impositiva costituirà un'ulteriore tassa sulla salute, che temo verrà applicata in maniera capricciosa. In questo modo il cittadino e l'utente avranno un'altra spada di Damocle sulla testa.

Per quanto concerne la facoltà delle regioni di sciogliere le amministrazioni esistenti, vorrei richiamare l'importanza delle convenzioni con le case di cura private, che non sempre approfittano della confusione esistente nel mondo sanitario, soprattutto in periferia.

Vi è anche il fenomeno di organizzazioni che approfittano della situazione di disordine nella spesa sanitaria e riescono ad ottenere profitti non dovuti. Lasciare al diritto delle regioni questo aspetto, laddove il pubblico è sempre stato quasi inesistente, significa lasciare in mani poco serie la realtà organizzativa e operativa. Vedremo come faranno le regioni, attraverso le USL, a risparmiare sugli altri e non sulle loro empie azioni di sperpero, delle quali non si parla mai, quando si potranno riottenere le somme disperse.

Ci sono profitti di regime: da ben due legislature il mio Gruppo ha presentato un disegno di legge al riguardo ed abbiamo pregato il presidente Spadolini di portare in Aula questo strumento di moralizzazione. Credo che sarà molto difficile esaminarlo, perchè significherebbe fare l'elenco dei buoni e dei cattivi e non credo che la partitocrazia voglia affliggersi fino a questo punto.

Nel comma 3 dell'articolo 5 si tratta dei posti-letto, che sono stati la maledizione della nostra situazione sanitaria. Abbiamo compiuto tanti tentativi per far comprendere che i posti letto rappresentano quanto di peggio esiste per lo sperpero nella spesa sanitaria. Con la legge n. 595 del 1985 abbiamo cercato di dare un parziale contenuto al piano sanitario nazionale, che tardava (come tarda) ad arrivare. Nel frattempo si è permesso uno sperpero incalcolabile che è tutt'ora in corso. Chiedo pertanto al Governo di bloccare le spese (ho presentato una interrogazione, signor Ministro) per la ristrutturazione e manutenzione di ospedali che risultano chiusi perchè non più previsti nei relativi piani regionali, come accade nel Lazio. Una delle ultime interrogazioni che ho presentato riguarda un ospedale chiuso dal 1985 che viene mandato avanti, con indicibile sofferenza dei ricoverati e degli operatori, che non possono avere apparecchiature e strutture funzionanti. È prevista la spesa di un miliardo per la ristrutturazione ed il restauro di una facciata posteriore, quando si sa che l'ospedale è inattivato e dovrà essere preso in considerazione per attività sanitarie diverse da quella a cui è attualmente adibito. Moltiplichiamo tale condizione per altre migliaia di casi e ci accorgeremo come proprio su questo versante si possano risparmiare moltissime risorse e mettere in difficoltà gli amministratori regionali che si diletano in queste cose perchè siamo prossimi alla campagna elettorale.

Con l'articolo 20 della legge finanziaria per il 1988 - quando era abitudine affidare alla finanziaria i destini assistenziali del popolo italiano - si finanziò per 30 mila miliardi un piano di ristrutturazione e la costruzione di 120 mila posti ospedalieri (forse per anziani, per persone abbandonate: non so bene). Oggi sappiamo che il risultato è assolutamente deludente: non sappiamo che fine abbia fatto il finanziamento nè quanto esso abbia concorso alle spese in conto capitale che ogni anno vengono destinate alla sanità.

Il fatto poi che gli amministratori straordinari possano da aprile provvedere alla chiusura degli ospedali mi fa ridere. Siamo sotto elezioni e nonostante che gli amministratori non dovrebbero essere

legati ai partiti, pure chi era indipendente ha dovuto piegarsi alla volontà delle giunte regionali. Voglio vedere chi sarà capace di portare un immenso risparmio. Sono convinto comunque che bisogna eliminare quei posti letto che sono già disattivati da anni. Del resto, conosciamo bene il problema, non lo abbiamo affrontato solo per far prosperare il clientelismo dei partiti.

Sempre il comma 3 prevede che le case di cura private ricevano il corrispettivo con riguardo alle giornate di degenza predeterminate, in attesa dell'adozione del metodo dei raggruppamenti omogenei di diagnosi. Mi chiedo perchè si ritiene possibile una prognosi rigida sulla base di «raggruppamenti omogenei di diagnosi». Tale parametro (*Diagnosis Related Groups*) è riferito ad una serie di valori che fissano, per ciascun gruppo omogeneo di patologia, i tempi di ricovero occorrenti sulla base di comportamenti effettivi di un universo significativo di luoghi di cura. Non è prevedibile che detto parametro possa essere utilizzato per gli ospedali pubblici, laddove sappiamo che i malati possono essere trattenuti per settimane per abbandono o per insufficienza operativa; oppure, per effettuare qualche diagnosi strumentale come la TAC, occorre rimanere per 3 giorni in un ospedale che costa alla collettività 350 mila lire a giornata.

Anche questa parte del disavanzo è agevolmente calcolabile, perchè si tratta di fatti che accadono sotto i nostri occhi.

Si sostiene che la politica dei *tickets* è da porre nuovamente alla base della manovra di rientro del debito pubblico. Mi sembra che ciò sia quanto di più miserabile possa dirsi. Per carità, faccio il medico e so bene che si va verso il superconsumo dei farmaci e verso l'iperperlustrazione. Si tratta di fenomeni che possono essere repressi e sarei d'accordo a prevedere una partecipazione.

Si continua a far gravare la manovra sui posti letto o sull'assistenza, con possibilità di disdire le convenzioni con le strutture private. Questa capricciosità nelle scelte non permette di considerare il risultato a valle della manovra finanziaria; ma contabilizzare quest'ultima sulla spesa farmaceutica è un insulto alla ragione. I correttivi di risparmio sulla spesa sanitaria possono essere fino ad un certo punto veramente realizzabili. È necessario spiegare dove bisogna mettere le mani. Ho già indicato quali sono i centri di spesa e di sperpero.

Diamo allora un certo ordine alle questioni, ma non basiamo la manovra finanziaria soprattutto su determinati aspetti al fine di risparmiare solamente a scapito di una spesa certa e valutabile come quella collegata alla contabilità delle farmacie. Anche se i farmacisti vengono indicati come gli elementi ricchi del sistema, certamente non si trovano a disagio, tuttavia dobbiamo considerare le farmacie dell'intero territorio nazionale, che non rappresentano solamente un punto di vendita ma a volte sono dei veri centri sociali, soprattutto in località dove non arriva nemmeno il servizio postale. Per voler risparmiare finiamo per mettere in crisi un settore. Una parte delle farmacie è già abbastanza in difficoltà. Non puntiamo l'occhio solo su quelle dislocate nei corsi principali delle città e che vendono i generi più diversi. Pensiamo anche alle realtà minori.

Per queste ragioni reputo indecente la scelta avanzata in questo settore. Si può ottenere risparmio in altri ambiti, arrivando così a un

ripiano della spesa globale. Se caricassimo il peso dei sacrifici sull'industria farmaceutica (come meriterebbe e posso permettermi di dirlo in piena libertà, perchè non devo niente a nessuno), si determinerebbe un minor guadagno per le industrie e la relativa rete di distribuzione: sarebbe una decisione giusta. Bisogna far pagare all'industria farmaceutica il dovuto. In questo modo, con un effetto a cascata, vi sarebbe una diminuzione di prezzi anche nelle reti di distribuzione e nelle farmacie. Nessun settore si sottrarrebbe così alla partecipazione a questo sacrificio.

Del resto l'industria farmaceutica non si sta più occupando di ricerca e tuttavia i margini di guadagno che le assicuriamo sono i più alti in ambito CEE. In Italia infatti assicuriamo un prezzo tutelato e completamente coperto dei farmaci. Le spese che l'industria farmaceutica sostiene non sono più votate alla ricerca, come sappiamo tutti. Non dobbiamo tremare di fronte alla voce grossa dell'industria farmaceutica che si trova in difficoltà. In maggiori difficoltà sono gli utenti italiani e i farmacisti.

L'ordine non regna nelle USL, nè nelle regioni, nè nello Stato italiano. In questo disordine mi sembra coinvolta tutta la manovra finanziaria che ripete le scelte del passato. Non vedo perchè una simile politica, sempre fallita in passato, dovrebbe avere adesso effetti positivi, quando nessuno è in grado di applicare i controlli e di superare la situazione perversa creata dalla partitocrazia. Ricordo che negli ultimi 5 anni la spesa sanitaria è stata di circa 300.000 miliardi, considerando anche gli sfondamenti causati dalle USL, che sono rimasti impuniti. Fu calcolato uno sperpero del 25 per cento della somma totale, per cui 75.000 miliardi sarebbero stati sottratti all'assistenza sanitaria. Ecco da quale parte si sarebbe dovuto risparmiare e in questo modo non ci sarebbe stato bisogno della manovra finanziaria, nè ci saremmo sottoposti alla vergogna di compiere certe operazioni sotto gli occhi degli osservatori della CEE. Soltanto garantendo il funzionamento delle USL come centri organizzativi di assistenza e non come organismi di sperpero, si sarebbe potuto trovare una soluzione.

AZZARETTI. Signor Presidente, vorrei ringraziare il relatore, senatore Melotto, il quale è stato molto puntuale e preciso e mi esime dall'approfondire alcuni temi, dal momento che in linea di massima concordo con le sue preoccupazioni, con le sue osservazioni e con alcune delle sue proposte.

Come è stato detto negli anni passati, sostenere che la legge finanziaria è più che altro un'occasione per esprimere lamentazioni e non proposte mi sembra inutile. Tuttavia non si può non rimarcare ancora una volta che tutti gli anni ci troviamo di fronte alle solite difficoltà. I maggiori problemi relativamente alla legge finanziaria riguardano sempre il settore della sanità perchè sembra che il Governo o i Ministri finanziari non abbiano nulla di meglio da fare che tagliare le spese della sanità come se solamente in questo comparto si verificassero quegli sperperi di cui tutti parlano. Sono d'accordo nel riconoscere che nel settore sanitario la spesa è abbastanza allegra, ma esistono altri comparti della vita pubblica in cui la gestione è ancora più allegra.

Basterebbe pensare alle partecipazioni statali per rendersi conto che se ci fosse la stessa rigidità in quei settori il bilancio dello Stato sarebbe diverso.

Per essere propositivi e per non continuare a ripetere le solite osservazioni, anche se mi rendo conto che i nostri suggerimenti con molta probabilità non saranno ascoltati, apprezzo l'impegno unanime ad intervenire presso la Commissione bilancio in modo da far accogliere alcuni emendamenti fondamentali e indispensabili. Talvolta, quando si introducono nella legislazione elementi di forte contraddittorietà o di rilevante impatto sociale, il risultato può essere contrario a quello desiderato.

Bisognerebbe evitare di proporre contenimenti di spesa abbastanza originali (per non aggettivarli in maniera diversa) e soprattutto non bisognerebbe ripetere tutti gli anni i medesimi concetti. Ogni anno infatti si introducono elementi di novità e si costringono regioni ed USL ad attrezzarsi ed adeguarsi per adempiere agli obblighi contenuti nella legge; poi, non appena quegli enti si sono attrezzati in tal senso, la legge finanziaria dell'anno seguente modifica la struttura decisa un anno prima e bisogna ricominciare da capo. Lo sperpero deriva dalla confusione che il più delle volte le leggi nazionali introducono nell'ordinamento vigente e la periferia è costretta ad adeguarsi.

Ho sempre sognato che si realizzasse l'utopia che riemerge in occasione della legge finanziaria o del ripiano dei debiti delle unità sanitarie locali, quella contenuta anche nell'articolo 2 del disegno di legge di riforma sanitaria, che finalmente prevede il superamento del criterio della spesa storica. Infatti, l'indecenza dello sperpero nella sanità è direttamente collegata al modo di ripartire il fondo sanitario nazionale, secondo il quale gli sperperatori sono stati premiati e i diligenti sono stati umiliati, per cui alla fine questi ultimi per non essere da meno, hanno finito per dedicarsi allo sperpero.

Quell'articolo 2 stabilisce che sia dato a ciascuno ciò che compete; se poi vi saranno maggiori spese, queste dovranno essere finanziate dalle regioni.

Sono dell'avviso che se oltre nelle enunciazioni si fosse conseguenti nella pratica, anche la storia dei *tickets* sarebbe meno pressante. Non sono mai riuscito a capire per quale ragione il Governo tutti gli anni si va ad invischiare nella questione dei *tickets* che solleva le ire di tutti, quando potrebbe fare una cosa molto semplice: attribuire la responsabilità della maggiore spesa alle regioni. Una volta che lo Stato ha corrisposto alle regioni ciò che ad esse spetta, se queste vogliono introdurre dei *tickets* lo fanno, altrimenti predispongono regole più rigorose di controllo. In tal modo, il malcontento sociale, il disagio, che oggi viene manifestato presso Palazzo Chigi, presso i Ministeri o il Parlamento, si rivolgerebbe in maniera meno pressante a livello periferico e le regioni potrebbero finalmente dimostrare se hanno la capacità di gestire anche la sanità o no. Se no, per le regioni è troppo comodo.

È dal 1987 che dico queste cose, purtroppo sono urla nel deserto. So benissimo che non succederà niente, ma sono fermamente convinto che in tal modo potremmo soddisfare due esigenze fondamentali: il contenimento della spesa e la responsabilizzazione dei centri periferici.

Peraltro, responsabilizzare le regioni significa responsabilizzare anche le province, i comuni, le USL e l'opinione pubblica. Se una regione sfonda e deve applicare i *tickets*, è chiaro ed evidente che vuol dire che è amministrata peggio della regione che non deve farlo. Si tratta di educare anche la classe politica: ogni volta che a livello centrale si vogliono risolvere tutti i problemi, si finisce solo per creare grande confusione.

Detto questo, mi preme di svolgere ancora un paio di considerazioni. Sono consapevole che al Governo e al Parlamento compete di indicare l'indirizzo e dunque qualcosa dovrà essere fatto. Non credo però che ci si possa fermare all'aspetto teorico. È noto che già nel passato norme come quella contenuta nell'articolo 5 del disegno di legge n. 3004, secondo la quale i posti letto degli ospedali pubblici con un tasso di utilizzazione annuale inferiore al 75 per cento sono disattivati d'autorità, non si è realizzata. Si tratta infatti di un parametro che non sta in piedi: prendiamo il caso di una struttura il cui tasso di utilizzazione annuale sia pari al 69 per cento: che fa? Chiude? E se non chiude dove vanno a finire quei posti letto?

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Per questo si parla di accorpamento di aree.

AZZARETTI. Ma se accorpamo due divisioni che presentano un tasso di utilizzazione pari al 65 per cento, finisce che andiamo oltre il 100 per cento. Insomma, è facile teorizzare l'omogeneizzazione delle attività, ma è difficile realizzarla. Credo che sarebbe più coraggioso lasciar perdere questi fronzoli che in realtà poi non sono concreti.

In Lombardia, ad esempio, non abbiamo chiuso niente. I rappresentanti delle USL dicevano all'assessore che loro non potevano proporre la chiusura; di rimando gli assessori rispondevano che se l'avesse deciso Roma sarebbe andato bene, ma la regione non poteva proporlo.

Come diceva il senatore Melotto, la legge n. 595 del 1985 dispone 1 e 5, 5 posti-letto ogni mille abitanti, rispettivamente per la riabilitazione e per gli acuti. Si potrebbe diminuire a 5 posti letto per mille abitanti più un posto letto per la riabilitazione, determinando su questo parametro il relativo finanziamento.

Ma se continuiamo a girare intorno al problema senza andare a fondo con decisione creiamo solo insoddisfazione. Di fronte a una legge nazionale che pone tutti nelle stesse condizioni, coloro che sono al di sotto del 5 per mille dovranno impegnarsi, ma chi è intorno al 7-8 per mille dovrà rientrare nei ranghi. Infatti il parametro del 5 per mille per gli acuti è più che sufficiente se il servizio funziona bene. Eliminiamo alcune previsioni che non si realizzeranno mai e riformiamo la legge introducendo già in questa finanziaria o nel provvedimento di accompagnamento la riduzione dei posti letto al 6 per mille: 5 per acuti e 1 per la riabilitazione. Se il Governo sarà rigoroso nell'applicare questa legge, allora ridurremo la spesa senza consentire le abituali furbizie. Non ci vuole molto ad aumentare qualche presenza e allora non vorrei che il risultato fosse il contrario di ciò che si vuole ottenere. È sufficiente lasciare ricoverato un paziente per un periodo maggiore di tempo, anche quando non serve, per aumentare l'indice di saturazione;

per cui è pericolosa una norma del genere in un paese come il nostro dove non prevale la razionalità e il buon senso, bensì la furbizia. Infatti, è sufficiente non dimettere il paziente per lasciare occupato il letto anche quando non è necessario.

Ho ascoltato il Ministro della sanità che forse deve fornire dei chiarimenti rispetto alle preoccupazioni espresse anche dal relatore circa gli importi destinati alla manutenzione straordinaria. Vorrei allora far notare che è pericolosa la scelta di lasciar contrarre i mutui per questo fine alle aziende di servizi sanitari o alle regioni. Ci sarà sempre la regione intraprendente che accende il mutuo nei tempi prescritti (ma è noto che in questo paese ci vogliono dei mesi per accendere un mutuo, se non addirittura degli anni) e la regione che si comporterà in maniera differente. A questo punto sarebbe più semplice che il Ministero della sanità si assumesse questa responsabilità e mettesse a disposizione delle regioni le disponibilità finanziarie ottenute. Invece di far contrarre 20 diversi mutui alle 20 regioni, ne potrebbe contrarre uno solo lo Stato e mettere poi a disposizione i relativi finanziamenti.

Il problema della manutenzione e dell'aggiornamento delle strutture sofisticate è di estrema importanza. Se difetta la manutenzione, corriamo il rischio di avere strutture che non funzionano. Il livello delle prestazioni deriva anche dalla funzionalità delle attrezzature a disposizione. Del resto nella struttura pubblica siamo già in una situazione drammatica, perchè quando compare una innovazione tecnologica il settore privato se l'assicura, mentre quello pubblico impiega degli anni. Ricordo sempre l'esperienza dell'ospedale della mia città, al quale nel 1984 la regione aveva assegnato 3 miliardi per acquistare il sistema di risonanza magnetica e nel 1985 è stato assegnato un altro miliardo per la stessa attrezzatura. Ebbene, siamo nel 1991 e quel sistema non funziona ancora. Credo tra l'altro che oggi si sia arrivati alla terza generazione di quel tipo di attrezzatura.

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Qui non si tratta di uno scandalo o di cattiva amministrazione. Sono le procedure della contabilità dello Stato che costringono a questi tempi. Non è coinvolta la capacità degli amministratori, ma le regole vanno cambiate altrove.

AZZARETTI. Lo scandalo consiste nel fatto che, mentre il privato può decidere dalla sera alla mattina, il settore pubblico, anche dopo aver preso una decisione, deve attendere parecchi anni per metterla in atto.

PRESIDENTE. In questo modo il settore pubblico resta dequalificato.

AZZARETTI. Il Governo deve rendere dinamiche certe procedure. Del resto, si parla sempre male del settore pubblico però, quando si è di fronte a problemi seri, ci si rivolge proprio al servizio pubblico e non alla struttura privata. Allora è necessario qualificare ancora di più il

settore pubblico eliminando una serie di orpelli amministrativi. Chi sbaglia deve pagare, mentre invece ora, se qualcuno sbaglia, tutti vengono trattati come ladri.

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Non vengono concessi gli aumenti agli infermieri, perchè i funzionari delle USL hanno paura di sbagliare.

AZZARETTI. Mi auguro che la legge venga approvata velocemente perchè sono contrario a certe soluzioni e non mi sento ottimista come il Ministro, che afferma che con l'avvento degli amministratori straordinari si stanno risolvendo tutti i problemi. Nella mia USL l'amministratore straordinario è un direttore di banca in pensione e non ha ancora inquadrato i problemi, pur essendo convinto di saperne più degli altri. Bisogna rendere dinamica la vita di queste aziende.

SIRTORI. Lo dichiari in Aula.

AZZARETTI. L'ho già detto molte volte e l'ho anche scritto, ma nessuno mi ascolta. Si pensa a tagliare le spese senza sapere quali saranno gli effetti. Del resto, quando si parla di giurisprudenza o di tribunali in Aula prendono la parola gli avvocati e i magistrati; quando si parla di lavori pubblici, ugualmente intervengo pochi esperti e lo stesso avviene per la pubblica istruzione, ma se si discute di sanità prendono la parola tutti e tutti si sentono professori: c'è da avere paura a sentirli.

DIONISI. È vero!

AZZARETTI. Per garantire un buon funzionamento della sanità in questo paese bisognerebbe adottare soluzioni semplici. Sarebbe necessario stabilire un fondo sanitario adeguato, ripartirlo opportunamente tra le regioni e concedere le relative responsabilità, in modo tale che a pagare saranno coloro che sbagliano.

Probabilmente il Governo prova piacere a farsi insultare; sembra di essere di fronte a una forma di masochismo. Non si capisce come mai si ripetano sempre gli stessi errori.

DIONISI. Per ignoranza o per malizia?

AZZARETTI. Concludo dicendo che è giusto preoccuparci soprattutto della sanità. Mi pare tuttavia un po' riduttivo non occuparci del resto: vi sono problemi che non sono di natura squisitamente sanitaria, ma che ciò nonostante hanno risvolti di notevole spessore.

Ad esempio, l'articolo 10 della legge di accompagnamento riguarda gli invalidi civili. È vero che questo articolo concerne il problema previdenziale, ma non vi è dubbio che se non si tratta con la dovuta sensibilità anche questa parte, si rischia di scaricare le conseguenze di nuovo sulla sanità, poichè quando un'esigenza non può essere soddisfatta in un modo, dovendosi comunque provvedere, la si risolve per un'altra via. Prendiamo ad esempio il *ticket*: è illusorio pensare che una

partecipazione rilevante comporti una riduzione delle prestazioni; piuttosto chi non è in grado di pagare il *ticket* si fa ricoverare in ospedale per non pagarlo, occupa il posto letto per due o tre giorni ed il costo addirittura si triplica. Insomma, quando si affrontano tali questioni con superficialità, il risultato che si ottiene è generalmente peggiore del male che si voleva curare. E non so come si possa far capire al Governo cosa debba fare, anche perchè di solito i rappresentanti del Governo dicono di essere d'accordo, ma quando poi si emanano i provvedimenti, l'accordo ribadito e riconosciuto viene meno.

Al mio paese dicono: «Carta canta e villan dorme»; qui dormono sempre!

PERINA. Vorrei innanzitutto ringraziare il relatore e svolgere quindi alcune considerazioni, ponendo anche alcune domande.

Un aspetto di cui non si sente mai parlare è quello degli interessi che le USL ed il sistema sanitario nel suo complesso debbono pagare per il ritardo nella corresponsione del costo di beni e servizi, dovuto ai ritardi degli esborsi da parte della Tesoreria. Non abbiamo dati precisi su cui basarci, ma ho l'impressione che siccome le aziende fornitrici sono consapevoli del ritardo di questi pagamenti, si determina un consistente *surplus*, che dovrebbe essere quantificato ed eliminato ai fini del contenimento della spesa. In proposito, chiedo al Governo se non sia ipotizzabile un diverso meccanismo di erogazione. Nel momento in cui si stabilisce una quota *pro capite* di trasferimenti dallo Stato alle Regioni, si potrebbe predisporre un sistema di erogazione per cui la fluidità bancaria consenta di evitare questi oneri aggiuntivi. Una azienda privata parlerebbe immediatamente di *factoring*; comunque avete capito di che cosa sto parlando.

Un altro aspetto che credo di non aver capito bene riguarda il comma 2 dell'articolo 5, laddove si stabilisce che bisogna ricondurre la situazione ad uno stato in cui sia rispettato il parametro di 6,5 posti letto ogni mille abitanti. Se ho capito bene, ciò significa che nelle regioni in cui vi sia abbondanza di ospedali pubblici, il primo atto da compiere è la chiusura delle strutture convenzionate.

Ad esempio, nella regione Veneto, in cui il rapporto è dell'8,7 per mille, evidentemente le strutture convenzionate restano fuori. A tale riguardo mi chiedo se non sia piuttosto il caso di pensare ad una partecipazione dei privati nelle strutture pubbliche, cioè un doppio regime della struttura pubblica e della struttura convenzionata, che a mio avviso potrebbe determinare notevoli risparmi, sia con riguardo alla condizione degli ospedali sia con riguardo alla vendita di quote aggiuntive.

Parlo di una situazione che conosco, quella veneta, dove siamo all'8,7 per mille: se dal 1° aprile 1992 devono essere chiuse le strutture il cui tasso di utilizzazione non supera il 75 per cento e comunque bisogna procedere ad una riduzione dei posti letto, evidentemente le poche strutture convenzionate dovranno essere pregiudizialmente chiuse, salvo poi riconvenzionarle a seguito del ricalcolo. Ecco allora che, in omaggio alla pluralità che abbiamo sempre ammesso in campo sanitario, potrebbe risultare utile associare le strutture private a quelle

pubbliche; ciò risulterebbe vantaggioso in termini di vendita delle quote e in termini di gestione più trasparente.

Non capisco perchè, su sei posti letto ogni mille abitanti, cinque debbano essere compresi nella struttura pubblica e il rimanente in quella privata. Perchè non si può prevedere un sistema con sei posti letto ogni mille abitanti distribuiti in maniera mista tra settore pubblico e privato? Si potrebbe così ottenere una notevole economia di scala.

DIONISI. Allora si vogliono dare gli ospedali ad Agnelli.

PRESIDENTE. Si tratta di una proposta: lasciamogliela esporre.

PERINA. Per contrapposizione dei termini esposti dal comma 2 mi è venuta questa idea che non credo sia così sciocca, dal momento che esiste il doppio regime costituito dal settore pubblico e da quello privato. Se si potesse quindi arrivare all'integrazione dei due settori con una coesistenza di fatto, si otterrebbe una riduzione notevole dei costi.

Un terzo aspetto del problema riguarda i farmaci; vecchia questione sulla quale ci sarebbe da parlare a lungo. Sostanzialmente vi sono tre punti da evidenziare. Innanzi tutto - che il Ministro della sanità, le regioni e noi lo vogliamo o no - i farmaci stanno aumentando il loro prezzo in maniera esponenziale e ovviamente il sistema dei *tickets* non comporterà una riduzione. Il costo dei farmaci è infatti clamorosamente quadruplicato e tende ulteriormente ad aumentare. Mi viene allora in mente - se non vado errato - che nell'ultimo contratto dei medici di base era previsto un loro impegno per la riduzione delle prescrizioni, anche considerando l'incremento loro concesso della quota capitaria che a mio avviso, è un istituto di tipo medievale.

BERLINGUER. Il documento riferito ai medici è una grida medievale.

PERINA. Il contratto prevedeva anche l'impegno dei medici per una autoresponsabilizzazione finalizzata alla riduzione delle prescrizioni. Ma questo non è avvenuto e - stando almeno ai dati in nostro possesso - in Italia si arriva ad una punta di un miliardo di prescrizioni all'anno, delle quali solo 40 milioni sono relative ai cosiddetti farmaci salvavita. Potremmo allora prevedere in questa manovra finanziaria una disposizione che imponga ai medici di base una riduzione del 10 per cento delle prescrizioni, così da ottenere un risparmio di circa 1.700 miliardi.

Allo stesso tempo sarebbe necessario rivedere il prontuario farmaceutico, che contempla farmaci salvavita assieme ad altri assolutamente inutili o addirittura pericolosi. Esiste un farmaco che assicura un fatturato di 300 miliardi all'anno e che se non ci fosse sarebbe meglio, perchè coloro che lo assumono eviterebbero i suoi pericolosi effetti secondari. È probabile che presenterò un emendamento in tal senso.

Comunque la mia prima proposta è di imporre una riduzione del 10 per cento delle prescrizioni. In secondo luogo suggerisco di sottoporre a veloce verifica l'attuale prontuario farmaceutico, per eliminare alcune voci che stanno pesantemente condizionando la spesa e che per

molti versi non servono a nulla. Contemporaneamente non si può non ricordare che vi è sperpero di farmaci anche da parte degli utenti. I nostri comuni sono stati costretti a prevedere, nell'ambito della raccolta delle immondizie, anche dei recipienti specifici per farmaci. In effetti, il 40 per cento dei farmaci prescritti e ritirati finisce nelle immondizie. Non sono favorevole ai *tickets*, però è necessario stabilire un criterio di partecipazione dei cittadini alla spesa. È uno scandalo che vengano gettati tanti farmaci. Tuttavia l'attuale meccanismo farraginoso mi trova contrario. Eliminerei perciò il *ticket* in quanto tale e stabilirei una quota di 5.000 lire per ogni prescrizione; sto parlando di una quota fissa per ogni ricetta.

DIONISI. È importante registrare queste sue proposte, perché vanno nel senso di alcune nostre iniziative.

PERINA. Ne ho già parlato negli anni passati.

DIONISI. Però lei è non favorevole ai protocolli di diagnosi e cura. Allora si sta facendo il gioco delle parti.

PERINA. Credo che complessivamente, per quanto concerne i farmaci, si possa ottenere una effettiva riduzione della spesa senza creare meccanismi di difficile attivazione e operatività, ma anzi ricorrendo a criteri molto semplici e decisi. Accetto pertanto il principio di una riduzione del 6 per cento del costo dei farmaci, ma ritengo si possa arrivare ad una quota del 10 per cento, lasciando il 2 alle farmacie, l'1 ai grossisti e il 7 all'industria. Del resto negli ultimi anni si è avuta una triplicazione del costo dei farmaci a fronte di un'attività di ricerca più o meno inconsistente in Italia. Quindi non si può sostenere che i costi sono enormi e piuttosto bisogna riconoscere che una riduzione di questi stessi costi già a livello di produzione può essere di grande importanza.

Dalle mie proposte risulterebbe un risparmio di 5 o 6.000 miliardi e si potrebbe così ottenere lo stesso risultato desiderato dal Governo, ma con meno acrimonia da parte degli utenti, dal momento che su di loro si eserciterebbe una pressione meno dura. In definitiva propongo di imporre una riduzione del 10 per cento delle prescrizioni di farmaci da parte dei medici e suggerisco l'eliminazione dal prontuario farmaceutico di alcuni farmaci costosi e non utili (ripeto che, su un miliardo di prescrizioni, solo 40 milioni riguardano farmaci salvavita, mentre i restanti 960 milioni sono quanto meno discutibili).

Inoltre ritengo che il servizio sanitario potrebbe trattenere una quota pari al 10 per cento dell'importo complessivo delle ricette, anziché la quota del 6 per cento prevista nel provvedimento collegato.

Infine sarebbe preferibile prevedere una quota fissa per le ricette fino a lire 5.000 anziché aumentare i *tickets*. Sarebbe in sostanza un atto valido eticamente, perché è vero - e non possiamo negarlo - che vi sia un uso non corretto dei farmaci.

PRESIDENTE. Il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 12,30.

GIOVEDÌ 10 OTTOBRE 1991

(Pomeridiana)

Presidenza del Vice Presidente RANALLI

I lavori hanno inizio alle ore 16,10.

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni (2944 e 2944-bis)

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (Tabelle 19 e 19-bis)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)» (3003)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (tabelle 19 e 19-bis) - e «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)».

Riprendiamo l'esame dei provvedimenti in titolo, sospeso nella seduta antimeridiana.

BERLINGUER. Signor Presidente, il Ministro ha premesso, per giustificare questi provvedimenti, che per le esigenze del paese e del bilancio si dovevano tagliare fondi per la sanità e la previdenza. Io nego che siano queste le cause del disavanzo pubblico. La scelta denota una incapacità di vedere le cause strutturali delle difficoltà economiche, che vengono aggravate da provvedimenti governativi, tipico è il caso del condono, che mette in movimento un'evasione legalizzata ed incoraggiata, che sarà un'ipoteca sui bilanci per i prossimi decenni. C'è inoltre la volontà di congelare le questioni che sono controverse nella maggioranza, che sono oggetto di conflitti evidenti, come, per esempio, il fisco, il costo del lavoro e le pensioni. Si congela tutto, si rinvia alla prossima legislatura e si cerca di tagliare solo sulla sanità, dove si pensa che i risparmi siano più facili. Il Ministro ha fatto dichiarazioni contraddittorie; noi avevamo già visto partiti che stanno al Governo e fanno l'opposizione, Ministri che si dissociano da proposte riguardanti

altri dicasteri, ma non avevamo mai visto un Ministro oppositore dei provvedimenti che si prendono nell'ambito delle sue competenze. Il Ministro ha parlato in questa sede di dissociazione tecnica, formula originale quanto inconsistente. Però in varie interviste, tra cui quella a «la Repubblica» del 28 settembre, ha detto di più. Ha detto che sono i Ministri della *troika* che hanno deciso, in pieno accordo tra loro ma contro la sua volontà, i tagli alla sanità, dove abbiamo già raschiato il fondo del barile e non vi è proprio più nulla da tagliare. Lei, signor Ministro, ha detto che Carli e Cirino Pomicino compiono una follia, quindi la sua è una dissociazione radicale, persino psichica, altro che dissociazione tecnica! Poi ha aggiunto che il Parlamento è sordo, meno male che non ha aggiunto grigio.

Ora, non c'è dubbio che ci sono abusi e distorsioni nel campo della sanità, basta pensare al costo dei farmaci sempre crescente, all'iperprescrizione, alle analisi superflue. Risulta che circa il 30 per cento della analisi non vengono ritirate presso le USL, quindi sono inutili e costose. La specialistica esterna poi cresce continuamente, come pure le case di cura private; fatta 100 la media nazionale, l'Umbria è a 20 e il Lazio a 160. In questo quadro vi sono abusi che derivano da molte responsabilità, che non vengono soltanto da una parte; gli abusi sono fenomeni di vasta diffusione.

Per elaborare proposte alternative bisogna tuttavia partire dalla realtà. E la realtà è questa: non è vero che si spende troppo per la sanità. Vi presento una tabella da cui risulta che la spesa sanitaria, rispetto alla spesa pubblica, dal 1980 al 1991 è aumentata dal 5,33 al 5,91 per cento. L'aumento è stato molto lieve, inferiore rispetto a quello di altri paesi. L'intervento diretto dello Stato per la sanità, in rapporto al prodotto interno lordo, è notevolmente diminuito: nel 1980 rappresentava il 2,96 per cento, nel 1990 ha rappresentato l'1,7. Tuttavia è chiaro che esistono degli sprechi. È chiaro soprattutto che le somme iscritte al bilancio non corrispondono alla realtà. Il documento congiunto PDS-PSI, datato 5 settembre, dice giustamente che oggi è pregiudiziale, rispetto all'individuazione degli interventi nel settore, «la verifica critica e attendibile dell'ammontare reale del fabbisogno finanziario, operazione più volte annunciata ma mai attuata, nonostante gli impegni assunti nella conferenza tra Stato e regioni».

Da questo punto, cioè da un'operazione verità, si può partire per una assunzione piena di responsabilità da parte delle regioni.

Io credo che sia pregiudiziale alle nostre decisioni - e ne faccio formale richiesta - che possibilmente nella giornata di martedì vi sia un incontro tra la nostra Commissione e le regioni, per definire i dati della realtà che lo stesso senatore Melotto (non parlando per il momento di regresso o di debito sommerso, che comporta notevoli interessi passivi) ha riconosciuto. Egli ha citato le cifre in base alle quali la valutazione delle regioni è di 7.800 miliardi di disavanzo, mentre la valutazione del Servizio della programmazione del Ministero della sanità è di 5.840 miliardi. A questo si aggiunge, secondo le valutazioni dell'ISIS, un disavanzo di 4.000 miliardi per il 1992, già previsto e non iscritto in bilancio.

Le regioni non hanno capacità impositiva, sebbene questa sia continuamente proclamata e richiamata anche nell'articolo 5 del prov-

vedimento collegato. In base all'utilissimo documento che hanno elaborato gli uffici della Commissione, risulta che questa capacità impositiva consiste nell'addizionale sull'imposta erariale di trascrizione, nell'addizionale sull'imposta di consumo del gas metano e sulla benzina, nelle concessioni regionali e nella tassa sull'occupazione di aree pubbliche. Su questi due punti, capacità impositiva e operazione-verità, noi possiamo decidere prima che sia approvata la legge finanziaria perchè, avendo finalmente, come richiesto, avuto la possibilità di esaminare il testo della legge finanziaria, sarà più facile intervenire nella giornata di mercoledì o di giovedì per l'approvazione degli ultimi articoli del disegno di legge n. 2375 che sono ancora da esaminare.

Se questa operazione non viene effettuata si verificheranno conseguenze immediate sui servizi. Altro che sperimentazione dell'assistenza indiretta! Ci sarà l'assistenza indiretta generalizzata e coatta, perchè le regioni possono attingere a bilanci estremamente scarni e non flessibili; si verificherà quindi un'accelerazione, che è già in corso da molti anni, della tendenza a rivolgersi da parte dei cittadini al sistema privato, si verificheranno improvvisazioni privatistiche di vario genere e ci sarà un'accelerazione delle iniquità senza vantaggi per l'Erario. Non ci saranno vantaggi per lo Stato. Se si decidesse di tassare i malati per salvare la patria, si tratterebbe soltanto di una iniquità; ma se si tassano i malati e la patria la si lascia affondare diventa anche una stupidità.

Si deve intervenire inoltre anche sulla spesa. Su questo il PDS ha presentato proposte che articoleremo in precisi emendamenti. Partiremo dalle questioni del personale, che rappresentano la voce maggiore della spesa; su questo punto il Governo ha proposto, puramente e semplicemente, il blocco contrattuale in base al tetto della presumibile inflazione. Se si mantiene però l'attuale meccanismo che coinvolge una pluralità di sedi decisionali e che quindi si presta ad una pluralità di pressioni particolari, il blocco non può reggere neanche di fronte ad una legge.

Vorrei chiedere ai colleghi presenti e a me stesso: chi non ha sottoscritto o almeno votato proposte di sfondamento di parametri, di tetti, di indici di spesa nel campo del personale? La nostra proposta è che si stabilisca sì un tetto, ma che la determinazione dei contratti sia affidata ad una agenzia che sia tenuta, ogniqualvolta si concedono aumenti, a proporre e ad attuare risparmi conseguenti, soprattutto per qualificare il servizio, anche riducendo il personale. In caso contrario il meccanismo parlamentare-regionale-contrattuale che esiste attualmente verrà inevitabilmente sfondato.

Oltre alla questione del personale vi sono le altre prestazioni. In questo campo bisogna certamente tenere conto dei bisogni, e non di tutti i desideri, delle possibilità e delle compatibilità. Ci sono settori che hanno avuto un'espansione abnorme, ad esempio la terapia fisica e la riabilitazione. Bisogna determinare gli stanziamenti e le spese in rapporto agli scopi da raggiungere. Faccio a questo punto un'osservazione di carattere generale: abbiamo ricevuto soltanto ieri una prima bozza del piano sanitario nazionale e vorrei dire che non si tratta di un piano sanitario, è un piano monetario per i servizi sanitari. Un piano

sanitario dovrebbe partire dalla scelta dei fenomeni morbosi da combattere per incoraggiare la promozione della salute, e in questo quadro decidere priorità e stanziamenti.

Sono stato recentemente a Copenhagen, all'ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità, che da tempo ha elaborato un progetto Europa per la salute basato su 38 punti, il primo dei quali invita a ridurre le disuguaglianze. Questo progetto viene attuato in molti paesi europei mentre l'Italia è terra incognita da questo punto di vista. Né il Ministero né altri enti hanno messo mano a questo piano europeo.

Bisogna ridurre le disuguaglianze, ma invece il Ministro confessa che i *tickets* vengono accentuati e dice che non siamo in grado di identificare chi ha un reddito minore o superiore ai 30 milioni. Si inaspriscono i *tickets* - tanto esistono ovunque - senza sapere su chi grava la spesa. Vediamo però che cosa sono i *tickets* in Italia, dove le ingiustizie sono state aggravate da questo sistema, dove è stato messo in atto un colossale imbroglio. Sono le misure governative che hanno dato l'avvio a una pleora di farmaci; e adesso, a causa di altre misure governative, milioni di veri indigenti non hanno la possibilità di curarsi; se un quinto degli italiani, che è esente dal *ticket*, consuma i due terzi dei medicinali, vuol dire che qualcosa non va.

PRESIDENTE. Si tratta del 55 per cento.

BERLINGUER. Le cifre a mia disposizione risultano superiori. Ma comunque vi è una forte anomalia perchè non si tratta soltanto di un problema di età, cioè di una maggiore incidenza dei pensionati. Faccio l'esempio di due pensionati esenti da *ticket* con due figli disoccupati che pagano il *ticket* e che fanno prescrivere su se stessi i farmaci necessari ai figli.

Le misure governative hanno posto tantissima gente di fronte a questo dilemma: o salvare la vita e la salute dei propri familiari, oppure violare il proprio dovere civico. Lo Stato non può porre i cittadini di fronte a tale scelta. Aggiungo che i *tickets* hanno portato poche entrate ed hanno aggravato altre voci di spesa. Noi abbiamo presentato altre proposte sui *tickets*, che consistono nello stabilire tre fasce: la prima dei farmaci necessari e non suscettibili di iperprescrizioni; la seconda di farmaci che possono prestarsi ad abusi e che deve essere posta sotto controllo, non solo fiscale, ma soprattutto medico, perchè non esistono farmaci inutili, esistono solo farmaci utili e farmaci dannosi; la terza fascia dovrebbe essere lasciata al libero mercato, sopprimendo i *tickets*. Invece si preferisce un mercato protetto a prezzi crescenti, questa è la realtà. L'industria afferma di non poter fare ricerca. Ma si trovino altre maniere per sviluppare ed incentivare la ricerca industriale, che non siano quelle di far pagare i malati o di autorizzare prezzi crescenti che non hanno una giustificazione reale. Esistono altre possibilità per ridurre la spesa qualificando i servizi, anche i servizi socio-sanitari. Invece il Governo presenta delle grida, come quella di chiudere tutti gli ospedali che non hanno un tasso di utilizzazione che superi il 75 per cento. Se si fa un provvedimento di questo genere e contemporaneamente si tagliano drasticamente gli investimenti, come ha commentato

il senatore Melotto, non si fa che disestare il servizio sanitario e introdurre elementi conflittuali nella società.

Nel corso della discussione vi sono state proposte interessanti di altri colleghi. Noi sottolineiamo la validità delle nostre proposte alternative, che articoleremo in emendamenti. Il fatto molto positivo è che su questi orientamenti si è determinata anche una posizione del Gruppo socialista e di altri Gruppi, che spero possa essere tradotta in proposte precise ed organiche. Desidero sottolineare che il provvedimento collegato ha alcuni punti che trattano argomenti già contenuti in altri disegni di legge, mi riferisco ad esempio alle sperimentazioni, alle incompatibilità, alle delegazioni che devono stipulare i contratti collettivi di lavoro. È necessario che il Governo chiarisca le sue intenzioni e la Commissione faccia sentire la propria voce su questi aspetti, perchè mi sembrerebbe assurdo che queste misure siano modificate in senso peggiorativo da un decreto-legge che consente minori possibilità di modifica di quanto non consenta un disegno di legge come il n. 2375, che esamineremo la prossima settimana.

CONDORELLI. Signor Presidente, desidero ringraziare il collega Melotto per l'ampia e puntuale relazione; il senatore Melotto è sempre brillante, ma questa volta è stato brillantissimo perchè ha avuto la capacità di farci capire con grande sensibilità una materia molto complessa. Dalla sua relazione sono emersi dati che indubbiamente suscitano grande preoccupazione e innanzitutto il fatto che questa manovra finanziaria per il 70 per cento grava sulla sanità.

Non sono critico verso il Governo, perchè ritengo che chi ha responsabilità deve avere più anime. Io ho l'anima di medico, quella di cittadino e quella di politico, il Ministro poi ha anche queste responsabilità. Ritengo che ognuno debba essere democratico soprattutto con se stesso e saper mediare sentimenti contrastanti. D'altra parte ritengo che sarebbe inutile dimettersi in questi casi e che le critiche che hanno manifestato alcuni componenti del Governo dimostrino una disponibilità a colloquiare non soltanto con le opposizioni, ma anche con la maggioranza che è abbastanza critica su questa materia. Mi lamento anche del fatto che in tema di sanità ci troviamo in una situazione di grandissima emergenza per il grave dissesto dei conti dello Stato. Dobbiamo uscire da una morsa che ci attanaglia e rende impossibile lo sviluppo di una politica sociale adeguata. Lo Stato paga 400 miliardi al giorno di interessi che potrebbero certo essere meglio utilizzati. Sono anche convinto che la sanità debba fare la sua parte sia perchè è necessaria una riduzione strutturale proprio per eliminare gli sprechi, ma anche perchè dobbiamo fare una grossa riflessione sullo stato sociale, riportandolo al suo concetto primario, ossia che la qualifica sociale deve servire per le classi più emarginate. Non possiamo accettare il principio della legge n. 833 che consente ai ricchi e ai barboni lo stesso trattamento. È necessario per noi sviluppare nei prossimi anni un'autentica politica sociale.

Passo ad alcune considerazioni e ad alcune domande ben precise che intendo rivolgere al Governo.

Il primo punto riguarda il fondo sanitario. Siamo rimasti esterrefatti per l'applicazione del criterio evangelico in base al quale la mano

destra non sa cosa fa la sinistra: infatti si stabilisce che il fondo ha un certo valore e poi, con la legge, vengono tolti 4.000 miliardi. Ma questo fondo, così come è stato previsto con il decurtamento di 4.000 miliardi, corrisponde ai parametri stabiliti dal piano sanitario e questi a loro volta corrispondono al vero fabbisogno sanitario della nazione oppure si è fatto l'inverso? Su questo punto vorrei chiarimenti e assicurazioni.

Dalla relazione del collega Melotto sorge qualche dubbio soprattutto se ci rifacciamo al problema della spesa nel 1992; chi ha detto che mancano all'appello altri 5.000 miliardi...

MELOTTO, *relatore alla Commissione*. La proiezione è al 1994.

CONDORELLI. Questo rappresenta una grossa preoccupazione; prima si dice che il fondo è sottostimato e poi si parte con il piede sbagliato. Come maggioranza vorremmo quindi avere chiarimenti a tale proposito.

L'altro punto sul quale vorrei intervenire riguarda la riduzione dei posti letto. Ritengo che si tratti di un fatto positivo; dobbiamo dare al Ministro tutta la nostra solidarietà e il nostro appoggio per questa politica ma ritengo che dovremmo rafforzare questo articolo ed aggiungere altri elementi, come, ad esempio, quello già precisato nel disegno di legge di riforma sanitaria e cioè la chiusura degli ospedali con meno di 120 posti letto. Un'altra proposta del senatore Melotto riguarda il finanziamento alle regioni per gli ospedali che non raggiungono il 6,5 per mille dell'ospedalizzazione. Inoltre, signor Ministro, dobbiamo considerare le giornate di degenza perchè non vorremmo che si creasse una situazione simile a quella della pediatria: mi hanno detto che quando un bambino, ad esempio, cade e viene portato in ospedale se lo tengono gelosamente per una settimana proprio per cercare di aumentare il periodo di degenza.

Un'altra cosa che potremmo fare e che darebbe un segno di efficienza mettendo in rilievo la drammaticità della situazione è raddoppiare, con un dispositivo inserito nella legge stessa, l'orario di servizio negli ospedali da 8 a 16 ore. Per quale motivo non dovrebbero funzionare i servizi per 16 ore? Perchè un servizio di radiologia non dovrebbe avere una doppia *équipe* ed eventualmente anche un doppio primario dal momento che è prevista la mobilità? Sarebbe opportuno dare una delega al Ministro per realizzare questi progetti altrimenti le regioni non potranno fare nulla al riguardo.

Inoltre dovremmo dare al Ministero della sanità la possibilità di razionalizzare le strutture ospedaliere. Uno dei motivi degli altissimi costi è il fiorire dei servizi specialistici; uno specialista costa molto di più mentre il malato, a mio avviso, dovrebbe stare in un'area omogenea, ad esempio in chirurgia generale, e i servizi ospedalieri dovrebbero rimanere quello che sono tranne per qualche settore come la terapia intensiva, l'ostetricia, l'urologia. In questo modo si potrebbe risparmiare perchè lo specialista con tutto il dovuto rispetto - e dico questo - crede di risolvere i problemi sottoponendo l'ammalato ad un miriade di esami.

Per quanto riguarda altri possibili interventi da realizzare, vi porto l'esempio di Napoli, dove i reparti di cardiocirurgia e di cardiologia

sono accorpati e nei quali la degenza deve essere comune. Così facciamo l'interesse del malato perchè si crea una cultura uniforme. A mio avviso nell'ospedale è necessario che vi sia chi disegna l'iter diagnostico del malato, non è possibile che il paziente sia affidato a tanti specialisti. Il malato che ha un dolore al torace finisce dal cardiologo, quello che ha mal di pancia dal gastroenterologo: è una cosa pazzesca che porta ad un dispendio notevole.

A mio avviso è necessario dare un segnale di forte razionalizzazione; il senatore Berlinguer ha detto una cosa che ho apprezzato molto e cioè che il piano sanitario, per come è fatto, necessita di partire dalla precisa conoscenza della geografia del nostro paese. Solo in questo modo possiamo identificare il fabbisogno nella sanità. Dobbiamo studiare bene tutti questi aspetti sia nel campo della situazione degli ospedali che nei confronti dell'attività di prevenzione. In questo modo noi conosciamo il fabbisogno e possiamo costruire i parametri adatti allo scopo.

Dovremmo anche studiare delle soluzioni diverse per il ricovero in ospedale, altrimenti è come se il progresso in questo campo non ci fosse mai stato. Una volta ricoveravamo i malati per accertamenti e magari per 10 giorni cercavamo di capire cosa aveva. Oggi invece abbiamo tecnologie formidabili che ci permettono di fare la diagnosi rapidamente: perchè tutto questo deve essere fatto all'interno dell'ospedale?

Qui mi collego al discorso dei *tickets*; rimango perplesso perchè cerchiamo di frenare il meccanismo ma poi il medico che ordina analisi e medicine può anche eccedere e andiamo a colpire invece quello che non c'entra niente. Vi è chi fa pressione sul medico, non lo nego, ma dovremmo trovare una soluzione diversa; conosco molta gente che non essendo in grado di pagare il *ticket* preferisce andare in ospedale creando alti costi. Se imponiamo *tickets* di questo tipo è ovvio che tutti preferiranno andare in ospedale!

Signor Ministro abbiamo già compiuto un passo avanti con i decreti sulle patologie; abbiamo cominciato ad inserire il concetto, ad esempio, di dare alle strutture pubbliche la responsabilità della le prescrizioni: potenziamo questo aspetto: un medico pratico farà il primo intervento di pronto soccorso affidiamo il malato cronico alle strutture riconosciute pubbliche e ambulatoriali. In tal modo facciamo anche l'interesse del malato perchè, a mio avviso, vi è una pessima gestione della medicina e potremmo fare molto di più. Mi riferisco anche alle patologie più comuni come l'ipertensione, la cardiopatia ischemica.

Certe volte vi è da parte dei medici un atteggiamento irresponsabile. Io sono medico, ma mi dispiace dirlo, penso che un discorso sui medici debba essere assolutamente fatto e bisogna agire con molta serietà e severità.

Sulla questione dello sconto che si chiede ai farmacisti e alle industrie io sono un po' sorpreso e mi domando se non sia proprio il Governo a fissare i prezzi. È curioso che il CIP stabilisca dei prezzi e poi per legge si obblighino industria e farmacisti a fare lo sconto.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Il problema è anche di carattere strutturale perchè c'è una vecchia legge del 1939 che dà ai farmacisti il 25 per cento di qualsiasi categoria farmaceutica. Il nostro tentativo era rimodulare questo tipo di meccanismo, che va incontro alle esigenze di far pagare un po' a tutti: cittadini, industriali e farmacisti.

CONDORELLI. Ci potrebbero essere due vie: la prima di fare uno sconto progressivo man mano che aumenta il costo del farmaco, la seconda di permettere allo Stato di contrattare liberamente. Mi pare curioso che proprio lo Stato che deve comprare i farmaci ne fissi per legge i prezzi.

Per quanto riguarda poi la riduzione di posti letto, vorrei che si tutelassero anche gli interessi del personale degli ospedali e delle case di cura private, soprattutto di quelle più deboli; l'abolizione andrebbe poi ancorata a *standards* qualitativi, perchè ci sono case di cura e case di cura.

Vorrei in conclusione fare una proposta. Essendo convinto che questa riforma sanitaria non verrà approvata, ritengo opportuno fare un forte patto nella maggioranza, aperto anche ai Gruppi dell'opposizione, per condurre in porto la riforma sanitaria così come è e dare un segnale forte, con un atto di coraggio che va nella direzione di risolvere alle radici il problema.

DIONISI. Vorrei iniziare con alcune considerazioni perchè mi sembra che quest'anno il nostro esame si svolga in un intreccio molto particolare tra la legge finanziaria e la legge di riordino del servizio sanitario nazionale, quella che noi chiamiamo la controriforma sanitaria di cui si sta discutendo in Aula. Ritengo che non si possa affrontare il discorso sulla finanziaria senza fare riferimento ai problemi di carattere generale proposti con il disegno di legge n. 2375. Questa nostra discussione poi avviene in un momento di difficoltà della maggioranza, come a tutti è evidente. Si avverte nei partiti un disagio, espresso a volte anche in modo eloquente da personaggi della maggioranza e del Governo. Il collega Melotto, con l'accortezza politica che gli riconosciamo, chiedeva ieri al Ministro perchè si fosse dissociato dalle decisioni del Governo su questa materia.

Ora è vero che il Ministro ha poi risposto dicendo che la sua era una dissociazione di carattere tecnico, però condivide l'impostazione generale della manovra, altrimenti si sarebbe dimesso dalla carica di Ministro della sanità.

Non so se il Ministro fa il gioco delle parti oppure se queste riduzioni siano reali. Mi sembra che in questi ultimi giorni si tratti di qualcosa di più del solito polverone che pure avete sollevato anche gli anni precedenti e che serviva a non far capire le cose alla gente. Questa volta mi sembra di avvertire all'interno del Palazzo che esistono delle difficoltà reali nella maggioranza e si pensa ormai alle elezioni anticipate perchè l'insieme della manovra economica sembra insostenibile per i riflessi che questa avrebbe sulla maggior parte del popolo italiano.

Siamo anche di fronte ad una novità che ritengo sia stata messa in scarso rilievo: abbiamo sentito poco fa la proposta del governo-ombra

che in parte noi condividiamo; penso che però correttamente tutti i partiti, non soltanto noi dell'opposizione, si debbano confrontare serenamente anche su questa nuova situazione. Noi lo faremo con l'atteggiamento che abbiamo sempre avuto, quello di un confronto reale del merito delle questioni, senza pregiudizi.

È stato già detto, ma lo voglio ripetere, che le misure che ci presentate, le proposte che ci fate sono tanto più ingiuste perchè inefficaci. Il senatore Berlinguer diceva giustamente che se facendo pagare qualcosa in più si risanasse l'Italia potremmo dispiacerci ma potremmo anche ritenerlo giusto, il problema invece è che si fanno pagare i malati - e questo è odioso - senza risanare i conti dello Stato, anzi dal nostro punto di vista probabilmente le misure che ci prospettate proprio perchè restano all'interno di un modello consumistico e soltanto verbalmente intaccano i nodi strutturali, in realtà saranno destinate ad incrementare quella spesa sanitaria che invece volete ridurre e mettere sotto controllo in una logica che non condividiamo e che per l'ennesima volta vede le esigenze della sanità e quindi le esigenze dei malati soccombere rispetto alle esigenze del Tesoro.

Non può il Ministro dirci che le proposte sono del Ministero del tesoro, perchè se lei, Ministro, avesse condotto una battaglia anche all'interno del Governo probabilmente sia il corpo sociale che i partiti (anche dell'opposizione) avrebbero sostenuto ed elogiato la sua proposta ritenendola il male minore.

Ma che questa volta i problemi siano di natura più grave lo dimostrano anche le dichiarazioni dei rappresentanti della maggioranza; ascoltavo questa mattina le dichiarazioni del senatore Forte, che non è un parlamentare qualunque ma il responsabile della politica economica del Partito socialista e sono rimasto meravigliato perchè ha detto, usando un'espressione forte, che la manovra del Governo gli provoca addirittura «il vomito», perchè è una manovra schifosa. Ha definito i *tickets* «odiosa tassa sulla malattia» ed ha parlato dei problemi della previdenza e dell'INPS denunciando (lui che non è l'ultimo arrivato nei governi che si sono succeduti in questi ultimi anni), l'evasione nei confronti dell'INPS di 30.000 miliardi.

Vorrei inoltre citare anche l'atteggiamento del segretario del Partito socialista, onorevole Craxi, che non mi sembra aver apprezzato molto nel complesso questa manovra finanziaria. Comunque si tratta di problemi di carattere più generale e non compete certo a noi risolverli in questa sede; per quello che ci compete cerchiamo di affrontare nello specifico le questioni che ci avete posto.

Non ci sembra giusto che venga trasferita nella finanziaria la discussione che sta avvenendo in Aula; purtroppo non abbiamo ottenuto di riportare in questa Commissione la discussione sulla tematica che è inserita in quell'insieme di provvedimenti relativi all'articolo 5, ma condurremo la nostra battaglia nella Commissione finanze e tesoro.

La festa è finita, come mi sembra di capire, alcune corporazioni si sono «abbuffate» in questi ultimi anni e ora si presenta il conto ai lavoratori e, nel nostro caso, si presenta il conto ai malati. È vero, collega Condorelli, che dobbiamo riflettere sullo stato sociale cui siamo senz'altro interessati. In un'altra circostanza, nella discussione iniziale sulla controriforma sanitaria, a marzo, dicevo che su questo si gioca la

capacità di ricostruire un'egemonia e perciò anche il ruolo che i partiti svolgeranno nei prossimi anni nel nostro paese.

Perciò sentiamo acutamente il problema perchè sentiamo che la crisi del socialismo reale e le trasformazioni che sono avvenute negli ultimi anni chiamano soprattutto noi di Rifondazione comunista a fare i conti con questo stato di cose; però accettiamo la sfida perchè pensiamo che sia possibile elaborare una proposta per uscire da sinistra dalla crisi di questi ultimi anni, per coniugare maggiore democrazia con efficienza e modernizzazione dell'Italia. Vorrei dire al collega Condorelli che il diritto alla salute, come quello all'istruzione, alla giustizia, o allo sport, mi sembra che rientri fra quei servizi fondamentali per i quali non possono più essere accettate differenze fra i cittadini. Ormai tutte le classi, anche quelle lavoratrici, esprimono bisogni diversi che in passato ed è pertanto necessario riconsiderare in tutti i suoi aspetti il ruolo dello stato sociale. Sono cresciute esigenze diverse, c'è una maggiore cultura, una maggiore attenzione della gente verso i problemi della salute ed è questo un fattore fondamentale che ha fatto progredire il sistema Italia, per cui la salute dei cittadini è migliorata e la gente pretende prestazioni più adeguate. Io ascolto sempre con molto piacere i colleghi, come il collega Melotto, che ci invitano a restare con i piedi per terra, però non vorremmo che le cose che noi diciamo siano considerate più o meno pregiudizi.

Ancora una volta ci troviamo a fare i conti con la sottostima, perchè questi 4.000 miliardi saranno una sottostima per gli anni prossimi. Già da molti anni diciamo che il meccanismo della sottostima provoca inefficienze, provoca disagi ai malati, provoca angoscia agli amministratori delle USL, ma ancora una volta abbiamo riprodotto i difetti degli anni passati. Soltanto che questa volta scaricherete i disagi del meccanismo che avete messo in atto sulle regioni, le quali scaricheranno la sottostima sui cittadini, perchè conquisteranno non la capacità impositiva, che è un'altra cosa, ma la possibilità di introdurre un'altra tassa, la tassa sulla salute. Un conto è parlare di decentramento del sistema tributario, che è cosa legittima, giusta, che tutti riteniamo importante per stabilire un rapporto trasparente tra cittadino ed istituzioni, altra cosa è introdurre, come si fa qui, una nuova tassa, un nuovo balzello sulla salute, che noi consideriamo inaccettabile. La vostra proposta prevede anche un controllo di tipo poliziesco sull'uso e consumo dei farmaci. In questo modo voi costringerete la povera gente a comportamenti illegali, portando dei danni incalcolabili per la democrazia; perchè costringere milioni di poveri, o di famiglie non abbienti a comportamenti illegali, sottoponendoli ad un controllo di carattere poliziesco? I nodi strutturali sono ben altri, colleghi, ed io non voglio riproporvi ancora una volta la nostra proposta alternativa nella quale il sistema sanitario si situa in un'altra ottica che non è più quella del consumo, ma è quella della garanzia da parte dello Stato della salute dei cittadini in modo equo, anche se non esasperatamente egualitario. I nodi strutturali che noi portiamo alla vostra attenzione riguardano lapolitica farmaceutica. Tra l'altro c'è da dire che qui in Senato una politica diversa del farmaco è già passata e perciò in questa direzione si potrebbe già lavorare, riuscendo a realizzare su questo punto risparmi, e ad introdurre, oltre ad una razionalizzazione e ad una diminuzione

della spesa, anche elementi di moralizzazione. Per quanto riguarda la specialistica mi rifaccio alle nostre proposte avanzate in passato (che però avete respinto e non ne capisco il motivo) sui protocolli di diagnosi e di terapie che sarebbero accettati del medico in quanto costituirebbero una pratica più elevata della medicina, che restituirebbe un ruolo sia al medico di base sia in generale al medico nell'esplorazione della sua professione nell'ambito del servizio sanitario. Sarebbe necessaria una diversa gestione per *budget* per responsabilizzare il medico di base. Questa mattina ho notato che il sottosegretario Marinucci era interessata all'argomento e pertanto desidero soffermarmi brevemente. Sarebbe, a mio avviso, possibile coinvolgere il medico di base nelle finalità non soltanto sociali del servizio sanitario ma anche relativamente all'obiettivo di controllo della spesa se il medico operasse nel *budget*, riconoscendogli una possibilità di non sfondare un tetto relativamente alla spesa storica dell'anno precedente e inducendolo ad un autocontrollo ma senza dare un premio, come ha fatto la Thatcher in Inghilterra altrimenti alla fine si arriverebbe all'assurdo di far morire la gente per risparmiare.

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Ciò avverrebbe su un paziente o sulla globalità?

DIONISI. Sulla totalità dei pazienti. A mio avviso si potrebbe invece stabilire una penale in base alla quale il medico, ad esempio, correrebbe il rischio di uscire dal sistema delle convenzioni se sfondasse, oltre l'inflazione programmata, il tetto della spesa storica. Siccome tutti sappiamo che la spesa storica è esagerata, la maggior parte dei medici rientrerebbe nell'ambito del tetto realizzando un risparmio del 4-5 per cento per cui non sarebbe necessario aggiungere l'incremento dell'inflazione.

Inoltre, sarebbe necessaria una diversa gestione del personale per dare soddisfazione ai lavoratori, molti dei quali sicuramente la meritano; una diversa politica del personale, inoltre, potrebbe avvalersi delle grandi risorse umane degli operatori sanitari. Non parlo per spirito di corpo o di corporativismo ma so che esistono grandi capacità e grandi volontà nell'ambito del sistema sanitario: la gente non diventa infermiere professionale soltanto perchè cerca lavoro ma perchè ha una vocazione a tale professione. Non è semplice iscriversi alla facoltà di medicina sapendo di dover passare molti anni da disoccupati se non si ha una spinta interiore verso queste professioni. Io so quanti sacrifici fanno questi operatori: fare le notti nelle corsie degli ospedali non è affatto piacevole, si tratta di persone che hanno una famiglia, dei figli piccoli. A queste persone pertanto deve andare un riconoscimento ma non mi riferisco ad un premio, come avete previsto innescando un meccanismo di sperpero, ma va riconosciuta, ad esempio, autonomia di gestione, possibilità di avanzamento nell'ambito della carriera a tutti i livelli. All'infermiere professionale che si qualifica, si specializza e frequenta congressi e corsi di specializzazione va riconosciuto qualcosa in più sia da un punto di vista retributivo sia dal punto di vista dell'autonomia funzionale nell'ambito del reparto in cui opera. Questo è possibile farlo sganciando la retribuzione dalla piramide gerarchica

che abbiamo riconosciuto, parametrando la retribuzione per i medici ed anche per gli impiegati e rispettando nel ruolo l'autonomia della funzione svolta rispetto al lavoro che si effettua. Non è possibile infatti andare avanti con un sistema di selezione che mortifica coloro che fanno di più e premia quelli che impiegano il proprio tempo a fare le parole crociate nelle corsie degli ospedali.

TORLONTANO. Signor Presidente, vorrei accennare al problema dei protocolli sul quale c'è stata una forte opposizione della classe medica. In alcuni ospedali vengono già applicati e pertanto mi chiedo se non è possibile incentivare la programmazione in base ai protocolli come traccia per la diagnostica, per stabilire quali sono gli esami realmente validi per la diagnosi e per poi stabilire le terapie.

Questo sforzo, a livello singolo, già viene compiuto da alcune istituzioni come gli istituti a carattere scientifico. Se i protocolli venissero applicati a quel livello, anche il medico generico che ormai è abbandonato a se stesso avrebbe un incentivo culturale a portare avanti questo discorso; ciò comporterebbe un risparmio enorme sul piano degli esami da eseguire e sarebbe utile anche per orientare il malato nel seguito della terapia.

Per quanto riguarda il numero dei letti bisogna stare attenti perchè si potrebbe arrivare all'assurdo che per mantenerne un certo numero basterebbe allungare i tempi di degenza. So che questo già avviene, in alcuni reparti di specializzazione, come ad esempio la chirurgia pediatrica; c'è chi riesce a fare molto più lavoro di altri con un minor numero di letti utilizzando, ad esempio, i *day-hospital*: per certe indicazioni chirurgiche, infatti, a livello pediatrico esiste questa possibilità. Quindi basarsi sul numero dei letti in modo statico si presta ad una quantità di «mezzucci»; questo è accaduto anche per i sanatori, relativamente ai quali, quando si doveva smobilitare, uno dei trucchi era quello di mobilitare tutti i malati cronici nelle occasioni in cui si svolgevano i controlli. Non conta quindi il numero dei letti, ma la massa di gente che viene curata in base a quei letti e a quelle strutture che non necessariamente sono a trattamento continuativo. Ad esempio, per quanto riguarda il *day-hospital*, poichè si effettua un trattamento discontinuo nell'arco della giornata, un letto fa il servizio di 5 posti letto tradizionali.

Tutto questo rappresenterebbe un miglioramento dell'assistenza e nello stesso tempo anche una notevole economia. In Italia la spesa sanitaria è tra le più basse d'Europa ma se ne fa anche un cattivo impiego; non siamo a livello dell'Inghilterra ma vi è una grossa differenza tra come vanno le cose in quel paese e come vanno in Italia, anche se la spesa sanitaria è simile.

Il collega Condorelli accennava al problema di come utilizzare meglio i posti letti classici. L'assistenza va concentrata a seconda del tipo di terapia: le terapie intensive dovrebbero avere una fascia anche a livello localistico.

Tutto questo esclude però il vecchio concetto di divisione medica a cui si deve sostituire il concetto di dipartimento. Non occorre inventare niente perchè tutta l'Europa è ormai orientata in questa maniera,

compresa l'Inghilterra che aveva delle ottime divisioni mediche. In realtà la struttura oggi è dipartimentale.

Il capo reparto non comanda dei letti, ma serve il malato in quell'occasione. Il concetto è dinamico, è molto più difficile spiegare questo meccanismo. Noi abbiamo imitato un po' gli inglesi con la riforma sanitaria, ma non abbiamo preso certi aspetti positivi.

Si è qui parlato anche del problema delle infermiere, nel mondo avanzato si parla di scelte infermieristiche, ma tutto questo spaventa; l'attività medica e quella infermieristica sono due cose del tutto diverse. Però si può dire che la preparazione degli infermieri oggi non è più quella dei paesi più avanzati. L'essenziale è che si crei personale sempre più preparato, perchè ormai è una necessità. Negli ospedali inglesi esiste una organizzazione infermieristica fino al coordinatore di ogni reparto che sta nello *staff* dirigente.

Vorrei ora accennare all'aspetto del costo dei farmaci. Dalla documentazione in mio possesso risulta che i farmaci di prezzo superiore alle 20.000 lire rappresentano ormai quasi la metà dell'insieme dei farmaci; quindi non è solo un discorso di prezzi, ma anche un discorso di costo del singolo farmaco. A conti fatti, è presumibile che anche una riduzione media globale del prezzo dei farmaci del 10 per cento non manderebbe in fallimento nessuno perchè il ricavo dell'industria è di 67 lire su ogni 100, mentre il ricavo della distribuzione è di 33 lire; è il massimo ricavo a livello europeo, mentre in Olanda è del 50 per cento, in Francia e in Spagna del 61 per cento, in Inghilterra del 64 per cento, in Germania del 57 per cento. Una certa riduzione del prezzo dei farmaci non sarebbe una cosa stolta. Una critica può essere poi rivolta ai medici ospedalieri, che alle volte fanno eccessivo ricorso agli immunomodulatori, farmaci costosissimi di cui, fra l'altro, è tutta da dimostrare la validità; tra di essi vi è la timopentina che negli Stati Uniti non è autorizzata. Per tali farmaci si spendono circa 900 miliardi. Fra di essi vi è anche l'interferone, di cui indubbiamente gli effetti sono accertati, ma quando si tratta della sperimentazione, essa non dovrebbe essere a carico della sanità pubblica, ma dell'industria. Va poi rilevato che non esiste quasi un'informazione dipendente sui farmaci. Ad esempio, il Ministero ha cercato di ridurre la vendita dei gangliosidi, per i quali si spendono circa 380 miliardi all'anno, ma vi sono altri farmaci consociati che hanno un altro nome e lo stesso effetto. I gangliosidi andrebbero prescritti per lesioni traumatiche degli arti, ma ormai vengono utilizzati comunemente come antidolorifici.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Senatore Torlontano, per questi farmaci abbiamo posto dei limiti molto rigidi, richiedendo la prescrizione da parte dello specialista. Non so quali sono le sue fonti, ma la inviterei a riportare dati più precisi.

TORLONTANO. Mi risulta che i gangliosidi pesano a livello nazionale per 380 miliardi, tanto che la definizione ufficiale per questi farmaci è «per il trattamento di patologia minore». Per la calcitonina siamo arrivati ad una spesa di 800 miliardi.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Questi sono dati di una parte interessata in questo momento a dimostrare certe cose. Quindi mi permetterei di suggerire al senatore Torlontano di attendere prima di fare le sue critiche anche altri dati più attendibili.

TORLONTANO. In ogni caso, signor Ministro, qualcosa andrebbe fatto per ridurre il consumo delle categorie di farmaci di cui ho parlato; certo, basterebbe una riduzione del 10 per cento delle vendite per ridurre in maniera significativa la spesa per farmaci.

ALBERTI. Signor Presidente, le osservazioni, le riflessioni e le proposte che sono venute da questa Commissione dimostrano quanto i singoli commissari, sia della maggioranza che dell'opposizione, abbiano a cuore la difesa dello stato sociale più che i problemi che nascono nell'ambito del Governo per via della questione economica italiana.

Non ho capito quale differenza ci possa essere tra i problemi della salute e i problemi economici in generale: dovremmo andare a riorganizzazioni strutturali della sanità e stabilire dei provvedimenti di carattere collaterale. Io non affiderei all'inventiva e alla creatività di questi *manager* che la legge sanitaria ha voluto creare, perchè si facciano carico di creare condizioni di risparmio e di efficacia degli interventi sanitari.

In altri termini mi sembra che il discorso sia proprio questo e cioè che il tutto si potrebbe riassumere nella semplice equazione se si vuole che l'efficienza sia uguale all'economia: più efficiente sarà il servizio sanitario nazionale e più sarà economico. Ciò vuol dire che sarà anche più produttivo, non solo in senso qualitativo e cioè nel senso che produrrà migliori prestazioni, ma sarà anche, a mio avviso, produttivo di grossi risparmi.

Mi riferisco ad alcune osservazioni espresse dai senatori qui presenti i cui discorsi sicuramente non sono stati dettati da spirito polemico ma mi sembra invece che si configurino come proposte che andrebbero prese in considerazione. Ritengo che i colleghi della Camera stiano allo stesso livello di discussione, ma se noi del Senato comunque ci fossimo impegnati avremmo sicuramente scritto meglio la bozza di piano sanitario. Il relatore Melotto ha spiegato i motivi dello splafonamento ed ha citato gli ospedali dove abbiamo registrato il maggior incremento di spesa a causa dei contratti, i farmaci e la spesa per beni e servizi. Queste sono le tre voci che appaiono essere quelle più clamorosamente dilatate in quest'ultimo periodo. Mi sembra comunque che ogni senatore per suo conto abbia dato delle indicazioni molto specifiche senza traumatizzare la manovra del Governo ma contemporaneamente cercando di capire cosa può rendere più efficiente il servizio sanitario.

Considerando il problema degli ospedali la proposta che viene avanzata è quella di chiudere i reparti con meno del 75 per cento dei posti letto occupati. Mi dispiace dirlo ma c'è veramente da ridere, innanzitutto perchè non siamo riusciti a chiudere gli ospedali che addirittura avevano il 70 per cento dei posti letto occupati, immaginiamoci se possiamo chiudere quelli con meno del 75 per cento, tenendo conto (e questo ritengo lo sappia qualsiasi medico di base) che un

ospedale che si rispetti e che funzioni ha come parametro di efficienza l'80 per cento di occupazione dei posti letto nel corso di un anno.

Di fatto ci sono periodi di grosso calo come durante le feste maggiori e il mese di agosto nei quali si verifica una caduta netta dei ricoveri in quanto, come si può ben capire, anche le persone più gravi vogliono rimanere a casa. Sarebbe quindi molto ristretto il margine in cui gli ospedali dovrebbero dimostrare di essere efficienti. D'altra parte questa mi sembra una misura difficilmente utilizzabile perchè nessuno riuscirà a chiudere gli ospedali. Qui sono venuti, durante alcune audizioni, gli assessori regionali per dire che quando è stata imposta un'ipotesi del genere un assessore delle Marche si fece accompagnare dall'intera giunta comunale e disse che erano arrivati i contadini con i bastoni per contrastare la chiusura dell'ospedale.

A mio avviso il problema è male interpretato; la nostra preoccupazione è quella di dimostrare al malato di essere veramente efficienti. Noi consideriamo i posti letto ospedalieri come se fossero alberghieri; non abbiamo considerato una cosa che a mio avviso è fondamentale e cioè che il posto letto ospedaliero è uno strumento di lavoro. In altre parole se il posto letto ospedaliero non è attrezzato con servizi, con il personale, con i minuti di assistenza da calcolare, se volete, non serve a niente e diventa uno strumento pericoloso.

Se vogliamo quindi fare una valutazione reale, signor Ministro, dobbiamo verificare se i singoli reparti ospedalieri hanno il personale necessario per restare in piedi. È successo di tutto: sono state aperte divisioni ospedaliere nelle quali c'era soltanto il primario e non c'erano nemmeno le stanze per i posti letto. Si potrebbero verificare agevolmente queste cose andando a fare una passeggiata nel Sud. Ci sono ospedali dove c'è soltanto la targa del reparto specialistico: la chirurgia toracica, ad esempio, nel quale non si è mai fatta un'operazione sul torace. Esistono reparti di radioterapia ad alta energia dove non esiste l'apparecchio dell'alta energia e nel quale il primario si interessa della TAC.

Vogliamo allora fare un controllo e vedere se esistono le condizioni minime di assistenza infermieristica prima ancora che medica per tenere in piedi un posto letto? Se andiamo a fare questo e cominciamo a fare un discorso di riduzione del numero dei letti in funzione del numero degli infermieri e se ogni ospedale rispettasse questo criterio e se dovessimo arrivare all'ipotesi che il numero dei posti letto di questo ospedale a causa della mancanza del personale scende al di sotto dei 120 posti letto, quegli ospedali vanno chiusi non perchè sono antieconomici ma perchè sono vere e proprie trappole. Gli stessi medici che operano in quegli ospedali non vi ricoverano i propri parenti, neanche nelle corsie dirette da loro ma li lasciano nell'ospedale principale.

Queste sono le cose che dovremmo approfondire ed allora ci si accorgerebbe che il 50 per cento dei posti letto esistenti attualmente in numerose regioni italiane, sono posti letto non assistiti e pertanto non sono posti economici.

Si potrebbe fare anche un'altra proposta stabilendo fin da ora che negli ospedali in cui non vi è personale sufficiente per l'assistenza notturna e diurna dei malati, cioè personale infermieristico, si procede ad una riduzione dei posti letto, trasformandone una parte in struttura

day hospital. Come diceva prima il senatore Torlontano, questa scelta farebbe infatti recuperare molto personale che potrebbe essere utilizzato in altre strutture vicine, o comunque della stessa unità sanitaria locale, per servizi che attualmente non funzionano (ad esempio la prevenzione).

Possiamo allora fare questo tipo di discorso. Se è vero che il 70 per cento della spesa del fondo sanitario nazionale finisce per essere spesa dagli ospedali, credo si debba intervenire in quel settore e vedere se effettivamente il servizio prestato corrisponde alla qualificazione degli ospedali oppure se questi sono, ad esempio, soltanto degli ospizi. Potrebbero infatti anche essere bellissime strutture per la permanenza dei malati. Per farli dormire, per far avere loro un posto caldo e la parvenza di una assistenza medica, ma non certo strutture in cui curare le malattie.

Possiamo facilmente immaginare il risparmio realizzato dallo Stato intervenendo in questi termini, contemporaneamente rinforzando il personale adeguato negli ospedali principali, quelli cioè che hanno i servizi specialistici, che attualmente sono scadenti.

Voglio citare soltanto ad esempio il caso del professor Torlontano il quale, per poter andare avanti, è stato costretto a ricorrere al volontariato.

Io parlo sempre di efficienza, che ovviamente corrisponde ad un discorso di economia. Se infatti si ricovera un malato urgente a Chiaravalle centrale, ospedale ben conosciuto in Calabria (in una cittadina che registra un tasso di disoccupazione del 27 per cento), e lo si fa rimanere, per motivazioni di carattere quasi politico, per due o tre giorni prima di farlo ricoverare in una struttura adeguata, il danno che può derivare al malato è gravissimo, può consistere anche nella vita. Il danno che ne deriva per il recupero del malato è di tale entità per cui si è costretti a spendere molti più soldi semplicemente per una terapia intensiva tesa al recupero dei malati trattati inizialmente nel modo non adeguato.

Non è quindi possibile che si considerino i posti-letto ospedalieri in Italia come quelli degli ospizi. Essi sono infatti strumenti di lavoro: se si eliminano i posti letto, si eliminano naturalmente i mezzi per lavorare; se questi posti letto vengono invece assegnati ad altri che sprecano le strutture e i mezzi messi a loro disposizione dallo Stato, e pagati con i soldi dei cittadini, si creano sprechi enormi.

Si è poi parlato dei farmaci. Devo allora ricordare di aver presentato un disegno di legge, che è stato portato all'esame dell'Aula, in cui venivano considerate una fascia A ed una fascia B come suddivisione dei farmaci, e in cui si stabiliva che i farmaci rientranti nella fascia A dovevano essere esenti da *ticket*, mentre quelli previsti nella fascia B dovevano avere un *ticket* progressivo per cinque anni, fino ad essere espulsi dal prontuario. Avevamo anche detto che si poteva prevedere un'espulsione graduale. Il disegno di legge venne presentato in Commissione e in Aula qui al Senato nella vecchia legislatura, mentre durante l'attuale legislatura è stato regolarmente respinto. Il senatore Perina questa mattina ha avanzato delle proposte ripresentando il discorso dei farmaci veramente utili, ripetendo peraltro una cosa che a me era stata contestata in Aula, cioè che se un farmaco non è efficace

non è assolutamente innocuo. Si sa benissimo, infatti, che introducendo una qualunque sostanza nell'organismo si determinano degli squilibri che possono portare a gravi conseguenze.

Il senatore Berlinguer ha indicato una definizione molto esatta della situazione dicendo che in Italia abbiamo un mercato protetto a prezzo crescente per quanto concerne i farmaci. Non li possiamo escludere dal prontuario perchè altrimenti non li compra più nessuno, per cui nessun medico li prescriverebbe più. Se invece li lasciamo nel prontuario, con un *ticket*, continueremo a far vendere farmaci il 40 per cento del costo dei quali sarà pagato dallo Stato.

Vorrei allora chiedere al Sottosegretario, al Presidente della Commissione, cioè in pratica alle cariche istituzionali, quanti farmaci vengono quotidianamente buttati nella spazzatura: quanti farmaci ognuno di voi qui presente butta senza utilizzarli? È mai possibile che succeda questo? Io so che i farmacisti riservano a sé il 25 per cento del costo dei farmaci per la preparazione del farmaco stesso. I farmacisti, infatti, provengono da una categoria di professionisti e non di commercianti. Vorrei allora quanto meno chiedere che il farmaco venisse confezionato su ricetta medica.

L'ultima cosa di cui vorrei parlare è se si vuole arrivare veramente ad una economia per quanto riguarda la spesa per farmaci. Il collega relatore ha parlato di beni e servizi fra cui, come tutti sappiamo, ci sono i farmaci che vengono distribuiti negli ospedali. Se aumentano i prezzi dei farmaci, aumentano anche i costi degli ospedali. Fra i beni e servizi ci sono anche i soldi spesi dall'amministrazione per ripianare i danni determinati dal mancato pagamento; vale a dire che noi paghiamo non solo il 5 per cento d'interesse, ma anche di più, perchè paghiamo anche le spese giudiziarie: due miliardi e mezzo solo nello scorso anno. I rappresentanti della Confindustria qualche tempo fa ci hanno detto che bastano quattro posti letto ogni 100 abitanti, però funzionanti, cercando di contenere i tempi di degenza. Essi inoltre ci dicevano che i costi per la diagnostica vengono regolarmente caricati del 20 per cento in più perchè deve essere pagato il rischio USL. Io personalmente ho scoperto che un apparecchio acquistato dal mio ospedale per 220 milioni di lire veniva venduto ad un privato a 190 milioni, cioè 30 milioni in meno. Questo perchè il privato, a differenza dell'ospedale, paga in contanti. Tutti questi problemi andrebbero valutati per dar vita ad un sistema sanitario più efficiente e meno costoso.

MASCIADRI. Innanzi tutto voglio ringraziare il senatore Melotto per la sua ottima relazione. Il collega Berlinguer ha fatto presente il problema nella riunione di ieri nella quale abbiamo deciso di puntare ad alcuni aggiustamenti della manovra, anche se questo è stato male interpretato. Il problema riguarda soprattutto i *tickets* e, se devo dire la verità, ritengo che siano state avanzate delle argomentazioni sufficientemente motivate, mentre non ho sentito proposte di stravolgimento dell'intera manovra. Faccio mia perciò l'osservazione che ho sentito, cioè cercare di entrare in un proficuo rapporto tra la maggioranza e l'opposizione, perchè questo mi pare possibile ed auspicabile.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica si è denunciato da parte di tutti uno spreco di circa un terzo dei farmaci acquistati; ma allora la colpa è certamente duplice. Per una parte essa è almeno della scarsa coscienza dei cittadini, i quali evidentemente sciupano in questo modo un bene che è di tutti. La seconda colpa però, come è già stato detto, è dei medici di base che in molte occasioni si riducono a compilatori di ricette e lo si rileva già entrando nello studio di un medico di base, da cui tutti escono con una mazzetta di ricette in mano. Il problema di fondo è appunto che vi è questa doppia responsabilità ed è da lì che si può e si deve partire per incidere sul problema.

È lì veramente l'economia che si può realizzare, tutto il resto è pura fantasia.

L'ultimo argomento che voglio trattare è il seguente: tutti hanno detto di essere favorevoli ad eliminare i *tickets*, i 4.000 miliardi devono essere ripristinati, a nostro avviso perchè vanno a pesare su fasce troppo larghe di poveri. Tutti stiamo dicendo le stesse cose in forma diversa, con un diverso impeto, con diversa convinzione, ma la realtà è che siamo tutti d'accordo sul problema dei *tickets*.

Tuttavia la vera riforma è quella che è stata già presentata e cioè quella di ridurre il numero delle USL. Nella mia provincia vi è un grosso ospedale di carattere provinciale nel capoluogo e, a distanza di 8 chilometri, vi è un altro ospedale. Questo avviene nel «civile» Piemonte; nel piccolo ospedale non va nessuno e vengono tutti a Novara. Vi è l'ospedale di Arona che sta crescendo e si trova a 16 chilometri da Borgo Manero e quindi anche in quel caso si verifica un doppione che diventa inevitabilmente un doppione di spesa. È sicuramente meglio affrontare delle difficoltà piuttosto che continuare con questi mezzucci ai quali tutti facciamo riferimento andando a polemizzare e suggerendo ipotesi di lavoro per riequilibrare la situazione: occorrerebbero piuttosto metodi di carattere radicale.

SIRTORI. Signor Presidente, vorrei esprimere la mia solidarietà al Ministro perchè è stato trattato male dal Governo in carica, a mio avviso, perchè non mi sembra che si meritasse un taglio di questa portata sulla sanità.

Non condivido comunque la politica del Ministro e la sua impostazione politica ed intervengo sempre in Aula in modo anche cattivo, al limite dell'ostruzionismo, perchè questa legge non è tollerabile neanche sul piano morale. Penso tuttavia che sia una cattiveria da parte del Governo, una impostazione sbagliata, infierire su una situazione di questo genere. Si tratta di una sottile strategia messa in atto dalla maggioranza, forse, per eliminare una forza politica. Lo stesso è accaduto in altre circostanze, negli enti locali, per evitare che entrassero dei movimenti che avessero la possibilità di operare diversamente rimuovendo le politiche tradizionali che stanno ottenendo dei cattivi risultati.

Non ritengo che sia questa la strada giusta, mi riferisco ai *tickets*, perchè tutta questa manovra sulla sanità va ad incentrarsi su una cosa squallida, chiacchierata, una cosa rispetto alla quale siamo arrivati alla ripetizione sistematica ogni 4 o 5 anni: una volta si abbassano i *tickets* e una volta si alzano con enormi spese per la questione dei controlli. Per

questo motivo non si sa bene ora se modificando i *tickets* vengono fuori dei ricavi o dei costi. Poichè questa è una presa in giro sarebbe molto meglio che il Governo facesse pagare le tasse a chi non le paga e attuasse una politica molto più severa nei confronti delle case farmaceutiche che guadagnano molto anzichè andare a togliere alla povera gente.

Esistono altre cose che devono essere tagliate; il senatore Condorelli faceva l'esempio di questa cattiva gestione generalizzata: si riferiva alle aziende municipalizzate, ai trasporti, agli enti locali. Noi siamo una classe politica che non ha il coraggio di aumentare l'indennità ai sindaci e agli assessori e pretendiamo che questi vivano a tempo pieno con 1.200.000 lire al mese in città come Roma e Milano dicendo loro che rubano. Ma non si può che rubare in queste condizioni, perchè altrimenti con 1.200.000 al mese non si vive.

Questi argomenti li ha citati il senatore Condorelli ed io li condiveo perchè altrimenti non si spiegherebbero 29 comunicazioni giudiziarie al Comune di Milano e 5 a Mestre per l'edilizia privata.

Queste sono le cose più importanti, non i *tickets* che è una questione da miserabili, da mentecatti; non si risolvono così i problemi della società.

Vi è poi il problema della centralità dell'uomo. Noi non ci siamo resi conto che in questi ultimi 50 anni la vita media è aumentata di 18 anni e stiamo facendo nelle nostre programmazioni un piano sanitario *sui generis* perchè così come non si è fatto riferimento all'aumento della vita media con una necessità di investimenti totalmente diversa rispetto a quella effettuata fino ad ora, non si è neanche fatto cenno ad una modificazione delle patologie e delle patomorfosi che sono del tutto ignorate come se le cose non fossero iniziate e andate avanti da tanti anni ad oggi e come se il problema dell'uomo e della sua salute fosse da considerarsi ancora alla vecchia maniera come uno dei punti della lista della spesa dei programmi del Governo. Si tratta invece di un punto fondamentale, di una questione centrale che dovrebbe essere presa in considerazione da parte di chi governa in questo paese, specialmente da parte dei cattolici impegnati nella politica.

Ci sono quindi alcune cose che teoricamente possono essere considerate positive, come ad esempio quella di essere intervenuti decisamente sui comitati di controllo, divenuti troppo spesso un punto di riferimento per attività di corruzione.

Ci sono alcune cose buone, come ad esempio la previsione del 75 per cento dell'occupazione degli indici dei posti letto, ma vi sono poi terapie sbagliate per questa diagnosi. Prima si parlava addirittura della possibilità di eliminare i posti letto. Un ospedale però non sarà mai chiuso fino a quando non lo deciderà la regione. Noi riusciamo ad intervenire attraverso indicazioni che però non possono essere regionali, ma ministeriali, perchè altrimenti non riusciremo mai a fare la programmazione sanitaria sulle cose importanti.

È vero invece che le cose piccole, particolari, devono essere affrontate dalle regioni. Dopo quanto detto dal senatore Alberti, ritengo che sia possibile andare a ritoccare la questione delle percentuali per quanto riguarda i *tickets*.

Il problema degli *standards* cui si fa riferimento nell'articolato richiama anche la legge n. 595, approvata tanti anni fa e sistematicamente disattesa dalle regioni. È dall'inizio di questa legislatura che io sostengo che l'articolo 117 della Costituzione va riformulato a tal proposito, perchè altrimenti si lasceranno legiferare le regioni in una determinata maniera, senza decisioni unitarie e programmatiche e procedendo in una logica perdente in base alla quale si vorrebbe realizzare un piano sanitario nazionale ed una programmazione sulla carta, mentre poi nella realtà ciò non è possibile. Quando poi vengono presentati degli emendamenti in base ai quali occorrerebbe che vi fossero delle indicazioni a livello nazionale questi vengono respinti; poi invece se ne sente l'esigenza e vengono successivamente inseriti in una legge finanziaria, per poi essere disattesi perchè, attraverso il meccanismo regionale, non sarà mai possibile rispettare gli *standards* decisi a livello nazionale.

Con il disegno di legge finanziaria predisposto in questo momento politico, in cui si interferisce pesantemente con la riforma sanitaria, tagliare 4.5000 miliardi alla sanità è una cosa inutile, perchè sarebbe stato molto meglio prendere una decisione - e lo si farà tra poco - all'interno di una legislazione nazionale che io personalmente non condivido ma che ha una logica diversa da quella seguita finora in osservanza della legge n. 833.

Interferendo in questo modo si complicano soltanto le cose, si crea una confusione che decisamente i cittadini di questa Repubblica non meritano.

PRESIDENTE. Propongo alla Commissione che gli emendamenti alle tabelle 19 e 19-bis siano presentati non oltre le ore 12 di martedì 15 ottobre, per consentirne la stampa e la distribuzione prima della seduta pomeridiana.

FERRAGUTI. Signor Presidente, credo che in tal modo i senatori non avranno assolutamente il tempo sufficiente per la predisposizione degli emendamenti che ritengono di presentare.

PRESIDENTE. Il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 18,55.

MARTEDÌ 15 OTTOBRE 1991

Presidenza del Presidente ZITO

I lavori hanno inizio alle ore 17,15.

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni (2944 e 2944-bis)

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (Tabelle 19 e 19-bis)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)» (3003)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 (tabelle 19 e 19-bis) e relativa Nota di variazioni - e «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)».

FERRAGUTI. Signor Presidente, vorrei parlare del problema in esame in termini generali per fare un unico intervento. È difficile tenere separati i vari elementi in quanto ancora una volta nella legge finanziaria poco viene detto in materia sanitaria, mentre nel provvedimento collegato si entra nel merito e ancora una volta, con un provvedimento del genere, si mettono in discussione le leggi precedentemente approvate: in sostanza, con il meccanismo della legge finanziaria si modificano le leggi del Parlamento.

Vorrei poi sottoporre all'attenzione dei colleghi una questione che ci riguarda indirettamente e che ha grande incidenza sulla politica di tutela del cittadino nella sua attività fisica: mi riferisco al meccanismo con cui questa finanziaria si muove non solo nel campo della sanità, ma anche in quello delle scelte economiche verso gli enti locali, maggiormente penalizzati. Questa situazione farà ricadere le conseguenze sui cittadini più deboli, sui cittadini malati. Nel disegno di legge finanziaria si mantiene inalterata la scelta contenuta nella finanziaria del 1991, cioè si concede agli enti locali lo stesso finanziamento previsto per il 1991, maggiorato del 4, 5 per cento, non coprendo così neppure l'inflazione, oggi valutata intorno al 6,5 per cento. Ciò significa che ai comuni, con la finanziaria in esame, come già accaduto l'anno scorso,

verrà chiesto di farsi carico, soprattutto per alcuni servizi riferiti all'infanzia come gli asili nido (una delle voci oggi prevista nel capitolo della sanità, non essendo stata approvata la legge proposta dal PDS e tendente a spostare questo comparto nel capitolo della scuola) di ciò che attiene al servizio sanitario nazionale nei confronti degli indigenti. Una scelta del genere, viste le condizioni in cui versa la finanza locale, può far correre il rischio di costringere i cittadini più deboli a pagare un prezzo altissimo. Infatti, nel caso in cui i comuni non abbiano (a noi risulta che molti piccoli comuni non sono in grado di far fronte alle spese) i fondi necessari, i cittadini indigenti non sapranno a chi rivolgersi, perchè il servizio sanitario nazionale, che prima dell'approvazione della finanziaria 1991 copriva questa spesa, non è più competente. Vengono dunque tolte queste voci dal servizio sanitario nazionale e poste a carico della spesa locale: per molti cittadini ciò significherà l'impossibilità di un sostegno. Voglio anche far presente che vi sono spese obbligatorie per gli enti locali incidenti su chiunque, in modo particolare penso alle spese per il gas metano, una voce vincolata al prezzo della benzina. Rispetto alle tariffe del gas metano non possono essere effettuati sconti per i cittadini indigenti, possono essere previsti contributi per chi non è in grado di pagare il gas, ma se i comuni non hanno i soldi per i contributi, i cittadini in difficoltà potrebbero non essere in grado di pagare il riscaldamento. Si tratta dunque di una legge finanziaria che in molti casi si muove contro i cittadini più deboli, una finanziaria che penalizza fortemente i conti più bisognosi.

Per quanto riguarda in particolare la sanità, questa situazione si aggrava, oltre che per quanto riguarda i *tickets*, soprattutto per ciò che attiene al meccanismo dell'intervento sanitario. Si voglia o meno ammetterlo, si passa da un sistema di sanità pubblica ad un sistema di sanità privata. È questa la novità più rilevante, non soltanto di fronte al passaggio del *ticket* dal 40 al 50 o 60 per cento, come si legge su qualche quotidiano, ma soprattutto di fronte alla decisione di togliere la previsione di intervento per le analisi dei ai cittadini malati. Stiamo parlando di un intervento in favore di cittadini in stato di necessità e quindi ci troviamo di fronte ad una vera e propria tassa sulla malattia. Possiamo dunque affermare che vi è una modificazione dell'impianto sanitario che si trasforma da pubblico a privato, come del resto ha sempre chiesto il ministro De Lorenzo. Credo che questa operazione, che si tenta di far passare come una razionalizzazione del sistema, sia in realtà molto pericolosa sul piano procedurale e noi vogliamo denunciarla.

A tutto ciò si aggiunge che alcuni articoli del provvedimento collegato incidono pesantemente sulla condizione di cittadini colpiti da una serie di malattie che vanno sotto il comune nome di invalidità civile, ma che presentano problematiche distinte e precise. Al riguardo, voglio leggere una lettera che mi è pervenuta due giorni fa, inviata da un cittadino di Imperia, in particolare di Pieve di Teco, un dipendente pubblico che ha avuto la sfortuna di essere operato al colon e di avere bisogno di regolatori, che usualmente vengono chiamati sacchetti. Questo signore mi scrive dicendo di avere bisogno di almeno quattro sacchetti al giorno per poter svolgere il proprio lavoro ed avere una vita civile. Il Ministro della sanità, oltre alla legge finanziaria, il 30 luglio

1991 ha emanato il nuovo nomenclatore tariffario e questo signore mi fa presente che la ditta da lui scelta, in quanto rispondente alle specifiche esigenze, ha dei prezzi tali per cui il nuovo nomenclatore lo porterebbe a spendere 1.410.000 lire al mese, cioè - continua la lettera - la cifra guadagnata con il proprio lavoro. Sarebbe dunque costretto ad utilizzare prodotti diversi, non conosciuti e forse non in grado di fornire le stesse caratteristiche, comunque sempre spendendo una integrazione di 600.000 lire al mese. Questo signore ha anche la famiglia a carico. A dimostrazione di quanto dicevo prima si tratta di interventi che puntano solo alla privatizzazione, venendo meno all'esigenza di tutela del cittadino malato. Sarà mia cura farvi avere copia di questa lettera, perchè credo sia interessante leggerla. In pratica una operazione che fino ad un anno fa era consentita, quella di scegliere in prima persona i materiali più rispondenti alle proprie esigenze sociali e lavorative, oggi non è più consentita e il nuovo nomenclatore condiziona l'utilizzo dello stesso materiale al pagamento di una quota, pari però a 1.410.000 lire al mese, in quanto, sempre secondo il nomenclatore, dovrebbero essere sufficienti quattro sacchetti al mese e non quattro al giorno!

Ma la problematica relativa agli invalidi civili è molto più complessa. Vorrei ricordare ai colleghi che nei documenti al nostro esame abbiamo una operazione che considero di una gravità assoluta in quanto contravviene a quanto decidemmo in occasione dell'esame della legge finanziaria per il 1991: con l'impegno di tutti si stabilì allora di non rendere incompatibili le pensioni degli invalidi civili. In questa finanziaria invece si sancisce l'incompatibilità tra le pensioni erogate dall'INPS e l'assegno di invalidità civile, salvo che per i non vedenti. In tal modo separiamo la sorte dei non vedenti da quella di tutti gli altri invalidi. Operiamo una separazione all'interno della categoria dei soggetti disabili, per di più andando contro quanto stabilito in occasione della finanziaria precedente anche in considerazione del livello bassissimo delle pensioni.

MELOTTO, *relatore alla Commissione*. È un argomento di cui si dovrebbe parlare alla Commissione lavoro.

FERRAGUTI. Non possiamo separare i problemi sanitari da quelli sociali, quando essi vanno di pari passo: del resto alla Camera dei deputati esiste, proprio per tale ragione, la Commissione affari sociali che si occupa di tutti questi aspetti. Il mio intervento intende rimarcare l'assurdità di una proposta che riduce ai 4.300.000 di reddito annuo da pensione il limite superato il quale non si può più usufruire dell'assegno di invalidità civile, mentre nella finanziaria dell'anno scorso tale limite era posto a 16.000.000 di reddito annuo.

Siamo di fronte ad un disegno di legge finanziaria che tende a colpire i diritti del cittadino in genere ed in particolar modo di quello malato. Se poi questi ha anche la sfortuna di essere povero, debole o di avere problemi come l'invalidità o l'*handicap*, la penalizzazione è ulteriormente accentuata. Deve essere ripensata tutta la manovra relativa alla sanità, quella sui *tickets* sui farmaci e sulle analisi; si deve ovviare al mancato trasferimento alle regioni da parte di questa finanziaria; devono essere risolte le incoerenze relative alla preven-

zione. Infatti, mentre nel disegno di legge finanziaria si dice che occorre ridurre la spesa sanitaria e tutta una serie di interventi in tale settore, non è previsto con uguale intensità un impegno per quanto attiene alla prevenzione, che è a mio avviso prioritaria se vogliamo risparmiare nella spesa sanitaria e avere domani cittadini maggiormente in grado di far rispettare i propri diritti.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Ho ascoltato con molta attenzione i problemi sollevati nella lettera di quel signore invalido che si ritiene danneggiato dalla nuova versione del nomenclatore. Vorrei ricordare che questo nomenclatore protesico è stato varato con grande ritardo rispetto al disegno di legge finanziaria dell'anno scorso proprio per cercare di arrivare ad una versione che fosse la più accettabile possibile da parte dei soggetti interessati. Per questo abbiamo costituito una commissione delle varie rappresentanze, con esponenti di associazioni di invalidi civili e si è ragionato per tre, quattro mesi, ascoltando tutti e cercando di avere il parere dei tecnici. L'obiettivo era quello di eliminare una serie di sprechi e di abusi. Naturalmente, poichè si tratta di un decreto e non di una legge, se si dovessero creare macroscopiche ingiustizie, dato che nulla è mai certo e garantito, il Governo è disponibile a rivedere quanto stabilito. Alcune associazioni mi hanno già scritto e il direttore generale della medicina sociale ha preso contatti per verificare se esistono condizioni tecniche per apportare modifiche al decreto. Per quanto riguarda i 6 sacchetti in questione, mi risulta che la previsione è di 3 al giorno, quindi di 90 al mese: tale previsione ha cercato di tener conto delle esigenze reali di ogni tipo di patologia. L'impostazione seguita è stata senz'altro questa, anche se può darsi che esista qualche particolare patologia che richieda un numero maggiore di sacchetti. Credo però che, senza ricorrere a modifiche legislative o altro, il Ministro si possa impegnare in Commissione a tener conto delle difficoltà denunciate e di altre che dovessero eventualmente essere sottolineate per prendere contatto con il direttore generale della medicina sociale e venire incontro alle esigenze di chi si trovi di fronte a gravi disagi. I rilievi mossi saranno oggetto di un esame approfondito da parte del Ministero.

FERRAGUTI. Per quanto riguarda l'articolo 5, vorrei avere chiarimenti sul comma 4, dove si dice che dal gennaio 1992 certe prestazioni sono rese ai cittadini con partecipazione alla spesa, a seconda del reddito. Io ho presente la situazione dei ragazzi portatori di *handicap* e dei disabili gravi che non sono esentati a causa del reddito della famiglia. La norma stabilisce che questi soggetti non sono più a carico del servizio sanitario? Ritengo che la dizione utilizzata in questo articolo sia in contrasto con la legge sugli *handicap*.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, dichiaro chiusa la discussione.

Comunico che sono stati presentati i seguenti ordini del giorno:

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

considerando che negli ultimi anni si è assistito ad una ripresa della malattia tubercolare correlata alla diffusione dell'infezione da HIV, soprattutto nella popolazione carceraria,

impegna il Governo:

a sviluppare, in accordo con la Federazione nazionale per la lotta alla tubercolosi, politiche idonee per la prevenzione ed il trattamento dell'AIDS e della tubercolosi anche eventualmente attraverso forme alternative di detenzione».

(0/3003/1/12)

DIONISI, MERIGGI, SALVATO, LIBERTINI, CROCETTA

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

valutato che l'alcoolismo rappresenta nel nostro paese ancora un gravissimo fenomeno sociale che riguarda ogni ceto e si va diffondendo anche nelle fasce giovanili con drammatiche implicazioni sia per i costi economici che per le sofferenze umane e soprattutto per l'alto numero di decessi (circa 30.000 ogni anno) causati dai comportamenti e dalle patologie ad esso correlate,

impegna il Governo:

a sviluppare politiche, non proibizioniste, idonee a diffondere nel paese i servizi di prevenzione e di recupero anche mediante un'adeguata normativa».

(0/3003/2/12)

DIONISI, MERIGGI, LIBERTINI, SALVATO

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

valutata l'alta incidentalità di infortuni anche mortali sui luoghi di lavoro che, come risulta dalla relazione dell'inchiesta parlamentare sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, è andata incrementandosi negli ultimi anni a causa dello scarso impegno dello Stato e delle Unità sanitarie locali in favore dell'igiene e della prevenzione, di un mercato del lavoro e di una politica padronale che permettono l'abbandono da parte delle imprese delle abituali protezioni sui luoghi di lavoro;

constatato che l'ISPESL non ha sviluppato appieno le sue competenze istituzionali,

impegna il Governo:

a favorire lo sviluppo ed il potenziamento delle strutture e dei servizi di prevenzione».

(0/3003/3/12)

DIONISI, MERIGGI, LIBERTINI SALVATO

MELOTTO, *relatore alla Commissione*. Signor Presidente, vorrei ringraziare tutti i colleghi intervenuti nell'ampio dibattito. Credo che i provvedimenti al nostro esame abbiano posto, pur nel solco delle tematiche di quest'anno, aspetti diversi e per certi versi anche evolutivi. Credo che tutti vogliamo sottolineare la necessità di uscire dalla precarietà in cui a volte pare si trovi la sanità per poter dare una risposta efficace e concreta per costituire in modo stabile il servizio sanitario nazionale nei prossimi anni.

Sono emersi alcuni temi fondamentali, sottolineati da tutti i colleghi, temi che si integrano l'uno con l'altro. Nella brevità di una replica, vorrei riprenderli, sperando di non dimenticarne nessuno.

Innanzitutto è stato sollevato il problema del fondo sanitario. Il salto di qualità che abbiamo fatto con la legge finanziaria 1991 è molto importante. Sono stati azzerati tutti i debiti fino al 31 dicembre 1990 e si è aperta la strada della corresponsabilizzazione delle regioni. Non è senza significato che la Corte costituzionale per la prima volta non abbia assunto, sulla scia delle precedenti decisioni, la stessa posizione per quanto riguarda la legge finanziaria in corso. Ha detto infatti con estrema chiarezza che le regioni devono farsi carico ed essere corresponsabili della gestione del servizio sanitario nazionale. Precedentemente era costante prassi della Corte scindere le responsabilità fra Stato e regioni sul piano delle entrate e della copertura della spesa per il Servizio sanitario nazionale. Nel 1991 è intervenuta questa nuova sentenza che, dopo analisi seria e approfondita, chiama a corresponsabilità le regioni per questo complesso servizio, indicando come attori lo Stato, le regioni e le realtà locali.

Con una punta di amarezza mi auguro finisca anche la liturgia del passato. Non si può cominciare a dire a febbraio che il fondo è sottostimato, che le farmacie applicheranno l'assistenza indiretta, che tutto è come prima come se nulla fosse successo. Voglio ricordare la posizione assunta dalla nostra Commissione, anche in contrasto con molti altri ambienti di questo ramo del Parlamento: nella legge di riordino prevedemmo che entro il 31 luglio fossero presentati i conti. Non è possibile continuare ad accettare a scatola chiusa ipotesi di sottostima, nella certezza che poi qualcuno pagherà. Ritengo che il barile sia stato raschiato, anzi credo non abbia più neppure il fondo. La nostra offerta, contenuta nell'articolo 1 della legge di riordino, tendeva a far pervenire entro il 31 luglio di ogni anno i conti per un serio confronto fra Stato, regioni e Parlamento, affinché, in seguito a questo confronto serrato, si indicasse nella legge finanziaria dell'anno successivo il saldo del fondo, all'interno di precise corresponsabilità. Ciò non è avvenuto, ho anche l'impressione che disertare i tavoli istituzionali come la Conferenza Stato-regioni non implichi posizioni molto favorevoli, perchè non credo che le istituzioni siano chiamate ad operare, a concorrere con precise responsabilità. Si può contestare tutto, si possono portare analisi diverse, ma l'importante è assicurare il confronto tra le parti. So che taluni emendamenti verranno presentati direttamente alla Commissione bilancio, ma spero e mi auguro che questo dialogo tra Parlamento e regioni venga recuperato, altrimenti sarà assai difficile gestire un settore particolarmente delicato come quello sanitario.

Credo che tutti abbiamo riscontrato la disomogeneità della spesa della sanità. Abbiamo realtà diverse, accentuazioni di spese che indubbiamente non sono conformi. È necessario superare tale situazione e abbiamo cercato di muoverci in questa direzione con un provvedimento che ci siamo impegnati ad approvare. Ovviamente i problemi non si risolvono con la bacchetta magica, ma col tempo credo che gli obiettivi fissati potranno essere raggiunti. La legge n. 595 del 1985 torna di attualità: tale provvedimento ha vissuto un momento particolare,

anche per il periodo nel quale è stato approvato. Poi però è rimasta inattuata, anche da parte degli organi periferici: non sono stati approfonditi i temi sollevati; non è stato colto il momento della riorganizzazione ospedaliera per incidere notevolmente sulla spesa storica. Spero e mi auguro che tale provvedimento torni a prendere vigore, perchè in tal caso indubbiamente il processo di ristrutturazione e di riorganizzazione del servizio sanitario nazionale potrà essere reso maggiormente omogeneo.

Non si tratta allora, collega Ferraguti, di privilegiare il privato rispetto al pubblico, dato che a mio avviso il settore privato esce ulteriormente ridimensionato dal disegno di legge collegato alla finanziaria. Infatti si dà facoltà alle regioni di azzerare tutte le convenzioni, di rivederle tutte dopo aver messo al massimo regime di prestazioni il settore pubblico; inoltre viene eliminata la clausola di elasticità contenuta nella legge n. 595 in base alla quale i costi nelle case di cura convenzionate giocavano sul 50 per cento dei 6,5 posti letto per mille abitanti. Credo che una applicazione attenta e corretta di questa norma porterà ad un notevole risanamento del settore. Ho l'impressione che, almeno da parte della maggioranza, si voglia ancora privilegiare la struttura pubblica in grado di dare determinate risposte, piuttosto che sostenere una difesa acritica del settore pubblico, che credo ormai più nessuno sia disposto a fare. Il servizio pubblico ha senso se è in grado di fornire prestazioni efficienti ed efficaci.

A breve si renderà poi necessario affrontare un altro grande tema che completa questo discorso: mi riferisco alla auspicata autonomia impositiva a livello locale, senza la quale le regioni perdono molta della loro capacità di confrontarsi con le popolazioni. Sempre su questa scia direi che non mi convince una ripetizione che più o meno costantemente viene fatta: quest'anno non c'è chiusura di ospedali al di sotto dei 120 posti letto, mentre nella precedente finanziaria era prevista la chiusura degli ospedali utilizzati al di sotto del 75 per cento. Tale norma resta sulla carta, anche perchè in alcune situazioni trovo tutto sommato giusto che il venerdì pomeriggio si mandi a casa un paziente che può farlo e lo si faccia rientrare il lunedì mattina: è inutile che rimanga per alzare la quota di posti letto occupati, quando sappiamo che in certe giornate le prestazioni sanitarie sono ridotte ed in pratica si risolvono in una guardia medica. La quota del 75 per cento, introdotta dalla legge n. 595, deve essere considerata come un criterio per spingere le regioni a confrontarsi sulle strutture da rimodernare, da cambiare, da trasformare in modo da rimanere nel parametro del 6, 5 posti letto per mille abitanti.

Credo che ognuno di noi sia sceso in piazza a sostegno di un ospedale ogni volta che se ne è ipotizzata la chiusura, perchè oltre all'istituto c'è la tradizione, ci sono i posti di lavoro da salvaguardare e così via. Preoccupazioni del genere hanno tagliato orizzontalmente tutte le forze politiche, e credo che la risposta oggi possa essere data più in positivo che in negativo. Le strutture che non servono più poichè non danno più risposte efficienti sul piano sanitario devono essere trasformate, proprio nel quadro dell'integrazione tra i problemi di ordine sociale e quelli di ordine sanitario.

Il senatore Azzaretti ha sostenuto la necessità di superare la spesa storica: ma la spesa storica non si estrinseca nella medicina di base, bensì nel settore ospedaliero. Allora si stabilisca che alla fine di un triennio, di un quadriennio il parametro del 6,5 posti letto non venga più superato. Se le regioni vorranno avere più posti letto, dovranno assumere l'onere di tali spese con le proprie risorse. Altrimenti si creano grosse sperequazioni tra regioni che hanno più posti letto e regioni che ne hanno di meno. Dobbiamo fissare come parametro della distribuzione quella quota media prefissata per legge: se riteniamo errata tale quota, correggiamola, ma fino a quel momento essa va rispettata. Concedere quote superiori ai 6,5 posti letto per mille abitanti porterà domani a perpetuare i problemi attuali.

Credo che sia poi da sottolineare un'altra indicazione fornita dalla legge n. 595, quella relativa alle aree funzionali omogenee. Certi ospedali di periferia hanno 150-200 posti letto e credo che sia assolutamente necessario superare la rigida separazione tra le varie divisioni. Ogni divisione deve avere il primario, quattro aiuti, quattro assistenti e quarantadue infermieri. Oggi dobbiamo fornire risposte a domande precise.

Vi è un altro problema che mi preoccupa molto. Siamo riusciti a salvaguardare e a far scivolare a mutuo le spese in conto capitale. Temo molto che, una volta aperta questa strada, dai 1.600 miliardi a mutuo sui futuri esercizi, nel giro di un lustro ci troveremo rispetto a questa voce in una situazione di scopertura. Non si tratta di grandi investimenti, ci si riferisce essenzialmente a manutenzioni straordinarie, al rinnovo di una modesta parte delle tecnologie che credo debbano trovare rispondenza nel bilancio perchè, altrimenti, la situazione si aggraverà. Qualcuno si meraviglia del discorso che beni e servizi siano sproporzionati rispetto all'insieme, però, se analizziamo la rubrica, possiamo chiaramente notare quanti interessi bancari sulle anticipazioni di cassa gravino su tale rubrica. In realtà manca il liquido, quindi indubbiamente bisogna tener conto che non si può pagare tutto a sei, otto o dodici mesi.

Vi è un altro tipo di assistenza che è stato ridimensionato. Credo che il Ministro abbia risposto alla collega Ferraguti, ma ritengo anche che la rubrica vada pulita da tanti aspetti impropri.

Il problema dei farmaci è oggetto di una discussione che facciamo da sempre, una discussione che ogni anno si ripete con posizioni favorevoli o contrarie. Credo che la partecipazione al *ticket*, rispetto alla voce considerata, si estenda a tutti i paesi sviluppati e da parte di chi aveva previsto una quota fissa, si sta passando ad una quota percentuale in quanto la quota fissa non risulta sufficiente. Ciò che conta è che tale partecipazione sia equamente distribuita. In Germania di discute di questo problema. Ciò che soprattutto mi meraviglia - mi rivolgo al Ministro - è che la Commissione unica del farmaco non abbia prodotto in questo anno la pulizia che ci auguravamo. Io ero convinto del lavoro di questa Commissione, abbiamo molto discusso su questi aspetti, il Partito comunista in Senato aveva una posizione convinta su questa scelta e, però, attendevamo risultati diversi. Invece, dobbiamo dire che la Commissione ha proceduto con estrema lentezza, dobbiamo rilevare che ha espulso farmaci che costavano poco e che oggi si dice

essere obsoleti. Se la Commissione unica del farmaco, visto che abbiamo unificato il momento della registrazione con il momento dell'emissione del prontuario, avesse prodotto quella revisione che tutti ci aspettavamo, discuteremmo forse in maniera diversa oggi sui provvedimenti da prendere, perchè saremmo stati in grado di governare al meglio la spesa farmaceutica.

Ho l'impressione che sia necessario introdurre qualche elemento di mercato. Il prezzo del farmaco deve sempre necessariamente salire? Vi è la concorrenzialità? Ritengo sia necessario - così come avviene in Germania - fissare dei tetti di rimborso per i farmaci che devono essere classificati per categoria: per ogni categoria bisogna stabilire la quantità di rimborso. In quel momento le ditte possono confrontarsi, perchè un farmaco in una determinata categoria con un prezzo sbalorditivo avrebbe poco consumo. Anche in questo settore bisogna certo lavorare molto. Così come bisogna lavorare sul problema delle esenzioni. Per rispondere alla senatrice Ferraguti, voglio dire che il problema non riguarda solamente il reddito, ma le patologie. Il decreto riguardante le patologie prevede una fascia notevolmente larga che tutti gli anni viene dilatata con l'ingresso di altre patologie che possono usufruire delle esenzioni. Tutto ciò inevitabilmente comporta un aumento della spesa. Non so se vi sia più povertà o meno rispetto alle esenzioni.

Per quanto riguarda il problema delle prestazioni di laboratorio e di radiologia, chiedo che sia introdotto un tetto, lo chiedo con forza. Gli esami sono sempre più complicati e integrati. Se togliamo ogni riferimento ad un tetto, incentiveremo i ricoveri ospedalieri, perchè non si possono subire quattro o cinquecentomila lire di partecipazione impunemente. Qualsiasi ospedale esegue gli esami a carico al 100 per cento. La politica del *ticket* deve essere perseguita, ma con equilibrio: quando l'equilibrio si rompe, diventa controproducente, se eccessiva diventa estremamente controproducente. La partecipazione può limitare gli sprechi e gli sperperi che in tutta questa attività ci possono anche essere, ma che devono essere limitati con un equilibrio di saggezza da riscontrare di anno in anno.

Non comprendo perchè le cure termali siano completamente esenti dall'aumento del *ticket*. Io le considero molto integrative e non capisco perchè non abbiano avuto alcuna attenzione.

Signor Presidente, sono questi i punti secondo me più importanti; ho cercato di sottolineare gli aspetti della discussione che, indipendentemente dalle posizioni della maggioranza e della minoranza, ci accomunano. Anche per quanto riguarda il parere della Commissione, bisognerà esprimere alla Commissione bilancio alcuni aspetti con molta chiarezza. Credo sia urgente, per uscire dall'incertezza sulla sanità, terminare il dibattito relativo alla riforma del settore per approvare la legge conseguente, anche perchè non credo che quello al nostro esame sia un cattivo testo, ho anzi l'impressione che il provvedimento, limato in alcuni aspetti e integrato con alcune opportune scelte distingua nettamente il ruolo della politica e della tecnica amministrativa, il momento delle scelte e quello della gestione delle scelte, facendo uscire dal precariato la soluzione provvisoria che non può durare: chi può usufruire di un amministratore straordinario è fortunato, mentre chi non ce l'ha vede degradare di giorno in giorno le

funzioni. Ho l'impressione quindi che ogni momento commissariale debba essere limitato nel tempo, altrimenti non fa altro che aggiungersi ai tanti mali.

Credo sia ora di finirla con un certo lassismo e disimpegno che taglia orizzontalmente l'ente pubblico. Certi disimpegni nell'ente pubblico, certe disquisizioni ossessivamente proiettate sui diritti, indipendentemente dai doveri, hanno fatto dell'ente pubblico solamente una casa per gli addetti ai lavori, senza preoccuparsi dei problemi dell'utenza. Non voglio fare moralismi, nè pansindacalismi, voglio dire che la crisi è di fronte agli occhi di tutti, non contano gli stipendi di fine mese, indipendentemente dal reddito, dalle garanzie e dai garantismi, si riscontra che la produttività è sempre minore e la qualità del servizio prestato sempre più bassa.

Ho sentito con piacere il senatore Berlinguer chiedersi: «È possibile che non riusciamo a spostare un inserviente?» è colpa di tutti noi che abbiamo concorso all'affermazione di questo tipo di garantismi. Le garanzie vanno senz'altro concesse, ma esse devono consentire l'esercizio delle proprie funzioni e ciascuno deve assumersi le proprie responsabilità. I regimi dell'Est hanno perso la propria battaglia anche e forse soprattutto a causa del burocratismo dei loro servizi pubblici.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno sull'alcolismo, che è estremamente articolato, mi rimetto al Governo, pur dichiarandomi nella sostanza favorevole. Gli altri due ordini del giorno sottolineano aspetti estremamente importanti in questo momento e forse potrebbero essere accolti dal Governo come raccomandazione.

PRESIDENTE. Sospendo brevemente la seduta.

I lavori, sospesi alle ore 18,35, vengono ripresi alle ore 19.

PRESIDENTE. La replica del Ministro sui provvedimenti in titolo avverrà domattina.

Rinvio, pertanto, il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge al'altra seduta.

I lavori terminano alle ore 19,05.

MERCOLEDÌ 16 OTTOBRE 1991

Presidenza del Presidente ZITO

I lavori hanno inizio alle ore 11,15.

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni (2944 e 2944-bis)

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (Tabelle 19 e 19-bis)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)» (3003)

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Rapporto favorevole, ai sensi dell'articolo 126 del Regolamento)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (tabelle 19 e 19-bis) - e «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)».

Proseguiamo l'esame dei provvedimenti in titolo, sospeso nella seduta di ieri. Ricordo che il relatore, senatore Melotto, ha già svolto la sua replica.

Do quindi la parola per la replica al ministro De Lorenzo.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Signor Presidente, sono rammaricato che per la mia assenza di ieri non si sia già potuto chiudere il dibattito in questa Commissione.

Vorrei fornire qualche chiarimento sulle questioni che sono state sollevate dal relatore e dagli altri senatori intervenuti nella discussione.

Il punto centrale di questo disegno di legge finanziaria è il cambiamento di metodologia per la valutazione della spesa sanitaria, cambiamento che interviene attraverso l'anticipazione di quanto previsto già dai disegni di legge che introducono il nuovo Piano sanitario nazionale in corso di approvazione. Come è ben noto, tale Piano ha riscosso larghi consensi perchè è stato votato anche dall'opposizione e pienamente condiviso dalla maggioranza, nonchè positivamente recepito dal Governo.

PRESIDENTE. Quando potremo avere visione del testo del Piano sanitario nazionale?

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Formalmente è stato inviato al Parlamento venerdì scorso con una lettera indirizzata al presidente del Senato. È pertanto già completo, mancano solo gli indici che stiamo cercando di definire anche alla luce della manovra finanziaria; cercheremo di trasmetterli non appena alla Commissione bilancio sarà stata definita l'eventuale modifica di quanto previsto dal disegno di legge finanziaria.

PRESIDENTE. Poichè credo che tutti i membri della Commissione sanità siano sommamente interessati alla lettura di questo Piano, approfittando della circostanza che i mezzi del Ministero sono enormemente superiori a quelli della Commissione, chiedo al Ministro di poter avere un numero di copie sufficiente per tutti i componenti della Commissione.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Accetto senz'altro la sua richiesta.

La grande novità della manovra sanitaria per il contenimento della spesa è riferita finalmente alla presentazione del Piano sanitario nazionale che, come giustamente ha ricordato anche il relatore, ha rappresentato oggetto di critica continua per i ritardi che ha subito negli anni passati. La ragione per la quale oggi il Governo ha ritenuto di presentare questo Piano è che c'è un'interpretazione diversa e molto più valida del Piano sanitario nazionale rispetto al passato, perchè oggi l'articolo 1 del disegno di legge in discussione n. 2375 prevede che il Piano sanitario nazionale sia vincolante per le regioni. Quindi non è più un documento soltanto di indirizzo, di linee guida senza vincoli per le regioni, come sarebbe rimasto comunque anche se fosse stato presentato prima, viste le condizioni precedenti. Si sarebbe trattato di un atto privo di conseguenze. Invece ora esso è stato formalmente presentato al Senato e, tra l'altro, in attesa dell'approvazione della legge di riforma (con la possibilità di approvare il Piano sanitario nazionale, come previsto dallo stesso articolo 1, entro tre mesi con eventuali prevedibili interventi di modifica che la Commissione potrà fare) si è considerato per il 1992 in via eccezionale di inserire i parametri che possono consentire di assicurare prestazioni obbligatorie uniformi nel paese con un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

Ritengo che lo strumento che noi abbiamo individuato sia tale da consentire non soltanto l'arricchimento del Piano sanitario nazionale da parte delle Commissioni parlamentari competenti, ma anche di poter discutere dei parametri con le regioni e con i sindacati in modo da individuare nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri - che verrà preparato nel corso dell'*iter* del disegno di legge finanziaria appena questo si sarà meglio delineato - il futuro di quanto è stato presentato dal Governo. In questa sede mi impegno a fornire alcuni dati ulteriori non appena sapremo esattamente dalla Commissione bilancio l'orientamento relativo al fondo sanitario nazionale.

Vi è un grande cambiamento: non dovrebbe più verificarsi una sottostima del fondo perchè, tenendo conto delle esigenze riportate anche dal Piano sanitario nazionale (che cosa è importante fare in termini di prevenzione pubblica, di assistenza ospedaliera, di assistenza farmaceutica, prevedendo una ripartizione basata sul calcolo della spesa capitaria), dovremmo eliminare quella confusione che è ormai una costante di questi anni e che ha causato un contenzioso tra regioni e Governo centrale per il riconoscimento della spesa.

Si tratta di un cambiamento sostanziale di metodologia che spero possa essere utilizzato anche dalle regioni che collaboreranno con il Ministero della sanità e che avranno anche occasione di far sentire le loro idee al Parlamento.

Sulla base di tutte le osservazioni che verranno fatte in sede parlamentare presenteremo un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri relativo alla definizione dei parametri di erogazione delle prestazioni. Siamo di fronte ad un cambiamento che dovrebbe eliminare il ricorso continuo alla sottostima, anche perchè ormai è stata affidata alle regioni la responsabilità del richiamo. Dobbiamo infatti essere coerenti nel sostenere la necessità di dare alle regioni quanto serve per assicurare gli stessi parametri di erogazione delle prestazioni.

Per quanto riguarda invece le altre questioni che sono state sollevate, abbiamo ritenuto di intervenire con una proposta concernente la riduzione della spesa ospedaliera che può essere anche migliorata, ma che deve tener conto di alcuni fattori. Noi sappiamo che in molte regioni, anche in quelle in cui il tasso del 6,5 posti letto per mille abitanti non è raggiunto (come le regioni meridionali), rimane comunque un problema gravissimo, e lo abbiamo dimostrato nel Piano sanitario nazionale modificando l'indice di utilizzazione dei posti letto negli ospedali. I dati provengono dalle regioni e dalle USL e non da verifiche o controlli del Ministero della sanità. In molte regioni ci sono ospedali che hanno bassissimi tassi di utilizzazione di posti letto. Allora, se vogliamo modificare i meccanismi di formazione della spesa sanitaria, lo possiamo fare con la legge di riforma (che speriamo sia varata al più presto); se però vogliamo anticipare qualche disposizione, dobbiamo intervenire con un meccanismo che consenta da subito di disattivare i posti letto non utilizzabili, magari per carenza del personale costretto ad effettuare turni di lavoro straordinario di fatto inutili per l'utilizzazione degli stessi posti letto.

Se questa decisione governativa di obbligare gli amministratori straordinari ad accorpamenti per aree funzionali per arrivare entro il 1° aprile a ridurre il numero dei posti letto sottoutilizzati e ad una migliore utilizzazione del personale verrà resa effettiva, realizzeremo un grande risparmio. Pertanto non dobbiamo guardare con preoccupazione questo parametro; certamente viene suggerito dalla stessa Commissione di prendere in considerazione un altro meccanismo, cioè di trasferire alle regioni finanziamenti adeguati alla copertura di un numero di posti letto già corrispondenti al 6,5 per mille. Personalmente però non credo che questo sia sufficiente, perchè ci potremmo trovare in alcuni regioni a non essere in grado di risolvere i problemi, cioè a mantenere egualmente posti letto inutilizzati e avere una copertura della spesa con

la quota di trasferimento del 6,5 per mille, che in ogni caso serve a mantenere le cose come stanno senza penalizzare le regioni.

Credo allora che sia il caso di proporre un doppio meccanismo, per il quale le regioni che hanno posti letto in eccesso sarà facile arrivare al 6,5 per mille, mentre per le regioni che hanno posti letto in percentuale inferiore al 6,5 per mille dobbiamo comunque obbligare gli amministratori straordinari ad intervenire per riaggregare le aree funzionali altrimenti non faremo una manovra utile agli interessi dei cittadini. Da questo punto di vista sono pienamente disponibile a far tesoro dei suggerimenti della Commissione e se nella relazione viene inserito questo suggerimento il Governo è pienamente disposto a sostenerlo.

Per quanto riguarda la preoccupazione espressa dal relatore e da altri commissari relativamente alle spese in conto capitale, ribadisco che questa manovra è stata fatta esclusivamente per recuperare quella spesa corrente di 1.500 miliardi in più. Voglio però tranquillizzare il senatore Melotto assicurando che il sistema di finanziamento in conto capitale, pur se modificato, non produce effetti negativi ai fini della utilizzazione di queste risorse. Siccome da più parti si è fatto riferimento a questo problema, voglio precisare che dal 1° gennaio procederemo alla ripartizione al CIPE di quanto corrisponde alle quote da assegnare ad ogni regione: baseremo cioè la ripartizione delle spese in conto capitale sulla base di circa 1.500 miliardi cosicchè - avendo in questo modo le regioni la certezza di poter disporre di quote corrispondenti a quelle ripartite dal CIPE - potranno immediatamente contrarre dei mutui ed ottenerli. Cambia il meccanismo di finanziamento, ma non viene ridotta l'aliquota di risorse disponibili per la manutenzione delle apparecchiature e per il conto capitale; da questo punto di vista quindi le modalità di contrazione del mutuo non sono tali da ritardare la disponibilità delle risorse per un settore così delicato.

Onorevoli colleghi, vorrei soffermarmi sulla questione della spesa farmaceutica, che ricorre annualmente e sulla quale lascerò agli atti della Commissione una relazione. In primo luogo voglio dire che l'anno scorso abbiamo fatto una manovra che ha consentito di contenere la spesa farmaceutica nei livelli previsti: infatti nel 1991 rispetto al 1990 c'è stato un aumento della spesa farmaceutica tra il 2 e il 3 per cento, mentre negli altri paesi della Comunità europea la spesa farmaceutica è aumentata dal 15 al 20 per cento; pertanto possiamo dire che quanto è stato deciso con la legge finanziaria dell'anno scorso ha avuto un certo effetto.

Vorrei tra l'altro cercare di fornire qualche indicazione numerica sulle specialità registrate in Italia e sui costi per specialità senza fermarci soltanto alla situazione del nostro paese, ma confrontandola con quella degli altri paesi della Comunità europea. Ciò nella convinzione che oggi ormai la politica farmaceutica non viene fatta in ogni singolo paese, ma viene fatta a livello di Comunità europea, in quanto c'è la commissione per le specialità farmaceutiche che concede l'autorizzazione alla registrazione di determinate specialità. Pertanto non possiamo non tener conto di determinati elementi vincolanti per la politica farmaceutica.

Vorrei dire ai colleghi che questo è un settore sul quale è più facile intervenire per contrarre la spesa, ma che ha una rilevante importanza

perchè ci sono farmaci che hanno ridotto i ricoveri ospedalieri, che hanno consentito di affrontare terapie prima indisponibili come quelle dei trapianti; ricordo che i farmaci anti ulcera hanno consentito di diminuire i ricoveri e quindi non possiamo considerare il farmaco un bene di lusso, perchè altrimenti eliminiamo strumenti terapeutici che hanno inciso con autorevole efficacia sull'allungamento della vita media.

A questo riguardo non possiamo fare confronti tra la lista dell'Organizzazione mondiale della sanità e i farmaci che si vendono nei paesi più sviluppati, perchè ad esempio il problema dell'invecchiamento non esiste nei paesi del terzo mondo; tutti gli ipotensivi non sono considerati perchè nel terzo mondo non ne hanno bisogno. I problemi che derivano dal processo di invecchiamento non sono considerati dalla Organizzazione mondiale della sanità e quindi credo che questo sia un problema di cultura medica che vieta di confrontare la lista dei farmaci dell'Organizzazione mondiale della sanità con i farmaci venduti nei paesi più sviluppati.

ALBERTI. Ha letto l'articolo de «la Repubblica» di oggi?

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Non contano i giornali, contano le cifre, se volete date pure retta ai giornali. Io smentirò quella notizia quando avrò la risposta dalla Organizzazione mondiale della sanità, ma non sono in grado di smentirla ora.

Posso dire a questo proposito, per chiarire la questione, che non smentisco i giornali, perchè sul quel giornale non c'è l'indicazione di una comunicazione che l'OMS ha mandato all'Italia, non viene riportato il contenuto ma soltanto una generica considerazione. Ho già telefonato al Ministero della sanità per avere questo documento; ricordo comunque che il direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità è stato ieri in Italia e abbiamo insieme inaugurato un centro «Ambiente salute», che rappresenta un motivo di orgoglio del nostro paese, che ha chiuso con l'Organizzazione mondiale della sanità un importante accordo. Ieri il direttore generale non ha assolutamente fatto riferimento al documento di cui si parla oggi.

Non so neanche se questo documento è dell'OMS, perchè ci sono una serie di centri che dicono di lavorare per l'Organizzazione mondiale della sanità, ma dei quali l'Organizzazione non sa nulla; quindi bisogna fare anche un po' di pulizia su tutti quelli che parlano a nome dell'OMS. In ogni caso ho chiesto all'Ufficio relazioni internazionali del Ministero della sanità di farmi avere questo documento; a quel punto lo commenterò e, se necessario, lo confermerò o lo smentirò; ma oggi non intendo rispondere ad un giornale che in termini di credibilità scientifica non vale assolutamente niente.

Dobbiamo considerare che il problema dei farmaci è stato trattato da lungo tempo e, per una serie di atti legislativi, siamo partiti dal 1976 quando avevamo nel prontuario 13.204 confezioni, che con una iniziativa legislativa sono scese a 10.156. Negli anni successivi una serie di aggiornamenti e di revisioni ha ulteriormente ridotto il numero delle confezioni a 6.702, che è il numero di confezioni oggi contenuto nel

prontuario, come risulta da un allegato che consegnerò alla Commissione, nel quale sono riportati i provvedimenti adottati negli ultimi anni.

Se si confronta il numero delle confezioni inserite in prontuario con quello di alcuni paesi europei, si può constatare che tale numero è inferiore a quello degli altri Stati. Dobbiamo riferirci agli altri paesi perchè, altrimenti, creiamo solo confusione. L'Italia ha inserito nel prontuario 6.700 confezioni, la Francia 8.000, il Regno Unito 11.000, la Germania 21.000. Sono cifre che possono essere una testimonianza; se volete, comunque, formate pure una Commissione di indagine che compia le sue verifiche presso il Ministero. Infatti i dati che sto formalmente riportando e di cui mi assumo la responsabilità possono essere difficilmente contestabili.

Anche il prezzo medio delle specialità incluse nel prontuario terapeutico è inferiore a quello dei principali paesi europei: l'Italia ha un prezzo medio per confezione di 11.406 lire, il Belgio di 11.872 lire, il Regno Unito di 14.124 lire, la Germania di 16.834 lire, l'Olanda di 20.166 lire.

La spesa *pro capite* riferita all'anno 1990 è stata in Italia di 224.460 lire, in Francia di 224.527 lire, in Germania di 260.588 lire e nel Regno Unito di 110.997 lire. Rilevo che l'anno di riferimento è il 1990, quando ancora non era stata approvata la manovra finanziaria che poi ha prodotto notevoli risparmi perchè ha contenuto il consumo in un incremento del 2 o 3 per cento rispetto all'anno precedente; questo mentre gli altri paesi hanno aumentato tale incremento fino al 15 per cento. È vero pure che il Regno Unito ha una spesa *pro capite* di gran lunga inferiore. Questo sono comunque valori desunti dalla relazione generale sulla situazione economica del paese.

Secondo i dati forniti dalle regioni la spesa globale *pro capite* del 1990 in Italia è stata di 274.059 lire al lordo del *ticket* e di 244.375 lire al netto del *ticket*, in quanto in una ricetta, oltre alle specialità medicinali, possono essere prescritti anche materiali di medicazione e prodotti galenici magistrali.

Ciò significa che una parte della spesa farmaceutica (il 10 per cento) è in realtà assorbita da altri tipo di assistenza erogata dalle regioni. Si potrebbe quindi eludere questo tipo di assistenza che in ogni caso è importante. Questa percentuale del 10 per cento, inoltre, non va all'industria farmaceutica ma a prodotti diversi da quelli inseriti nel prontuario.

I recenti provvedimenti relativi al prontuario terapeutico (decreto ministeriale 30 ottobre 1989 e decreto ministeriale 1° agosto 1990) hanno conseguito una riduzione del consumo farmaceutico nel primo semestre 1991 anche con un andamento della spesa corrispondente abbastanza contenuto, come è evidenziabile dai seguenti dati:

PRODOTTI MUTUABILI						
	Spesa lorda (in miliardi di lire)		Tasso variazione	Consumi (in miliardi di lire)		Tasso variazione
	1991	1990		1991	1990	
Gennaio	1.474	1.426	+ 0,8%	99,9	115,2	- 13,3%
Febbraio	1.363	1.268	+ 7,5%	93,5	98,1	- 4,7%
Marzo	1.520	1.462	+ 3,9%	102,1	110,9	- 7,8%
Aprile	1.491	1.314	+ 13,4%	94,8	98,1	- 3,4%
Maggio	1.576	1.434	+ 9,9%	99,2	105,5	- 6 %
Giugno	1.482	1.418	+ 4,5%	93,2	103,2	- 9,7%

PRODOTTI MUTUABILI				
	Consumi (in miliardi di lire)	Tasso variazione	Spesa lorda (in miliardi di lire)	Tasso variazione
1° semestre 91	582	- 7,6%	8.906	+ 7%
1° semestre 90	630		8.323	

Ci troviamo ad un livello medio che, per quanto riguarda la spesa, è comunque contenuto in un quota che è la più bassa in Europa. Se andiamo a verificare i consumi, essi sono diminuiti dal 1990 al 1991.

Questo sta a significare che c'è stata una contrazione delle ricette mediche, ma c'è stato un aumento del prezzo dei farmaci che abbiamo introdotto per richiesta esplicita del Parlamento, il quale l'anno scorso chiese al Governo di intervenire con un aumento dei prezzi che - voglio ricordare - è stato apportato in due *tranches*, la prima relativa ai farmaci il cui costo arrivava fino a 7.500 lire e la seconda a quelli fino a 15.000 lire; tutti gli altri farmaci non hanno subito aumenti di prezzo da dieci anni. Quindi, se sulla base dei parametri di allora certi medicinali avevano un prezzo alto, adesso dopo tanti anni (con l'aumento del costo della ricerca, con l'aumento dell'inflazione) si è avuta una decurtazione sul prezzo e così quei farmaci che erano prima i più costosi hanno ora un costo non esagerato.

Voglio pure ricordare che oggi il Ministero dell'industria sta utilizzando un nuovo metodo dei prezzi rispetto al quale si dovrebbe tener conto di quanto è stato fatto e che, quindi, ha una sua validità.

Vi sono ancora altri dati sull'andamento della spesa farmaceutica lorda dal mese di gennaio a quello di luglio del 1991. La spesa globale per prodotti mutuabili ammonta a 9.850 miliardi con 676.281 pezzi venduti; di questi la spesa per farmaci esenti ammonta a 836 miliardi

con 38.978 pezzi venduti, mentre la spesa per farmaci con *ticket* ammonta a 9.014 miliardi con 637.303 pezzi venduti.

Se andiamo a vedere il tasso di variazione del primo semestre del 1991 rispetto al tasso di variazione dell'anno precedente, abbiamo aumenti di alcuni farmaci che effettivamente ci devono far riflettere. Al riguardo vorrei riportare la seguente tabella:

CONSUMI E SPESA GLOBALE DI ALCUNE CATEGORIE DI FARMACI RELATIVI AL
1° SEMESTRE 1991

	Consumi (in milioni di lire)	Tasso di variazione su 1° sem. 1990	Spesa lorda (in miliardi di lire)	Tasso di variazione su 1° sem. 1990
Antidislipidemiche	7,7	+ 17%	231	+ 31%
Calcio antagonisti	14	+ 10%	291	+ 27%
Antispastici	9,9	+ 1%	104	+ 37%
Interferoni	1,9	+ 62%	180	+ 73%
Citostatici	1,6	+ 4%	125	+ 41%
Ormoni della crescita	0,6	+ 30%	65	+ 32%
Nootropi	5,4	+ 19%	178	+ 30%

Non credo che possano sorgere dubbi sull'utilizzazione anomala di questi farmaci perchè, soprattutto alcuni, non possono avere che un'utilizzazione specifica e mirata.

Tutti questi dati rappresentano un'indicazione che può sostituire un valido aiuto e un sostegno per eventuali manovre legate alla spesa sanitaria.

Noi abbiamo perseguito una politica di contenimento del consumo, una linea che possiamo ancora seguire perchè - lo voglio specificare - la Commissione unica del farmaco (che il senatore Melotto ha tirato in ballo con qualche riserva sulla sua capacità di intervento) ha già trasferito al Consiglio superiore della sanità una serie di categorie di farmaci sui quali tale organo sta esprimendo il suo parere. Si tratta di farmaci che la CUF ritiene di poter eliminare ma, poichè sulla proposta di tale Commissione deve pronunciarsi il Consiglio superiore della sanità, ho chiesto alla Direzione generale del servizio farmaceutico di accelerare tale procedura e di provvedere al più presto alla eliminazione dal prontuario di alcuni farmaci.

Occorre pure considerare che ogni paese europeo ha determinati farmaci che rappresentano il risultato di una ricerca specifica e propria. Naturalmente il mercato si sta allargando in maniera graduale e alcuni prodotti cominciano ad essere accettati anche dagli altri paesi della Comunità europea. Non voglio fare esempi specifici, ma avrò piacere di sottoporvi il lavoro pubblicato su riviste internazionali in base al quale risulta che, contrariamente a quanto viene affermato da parte di alcuni, taluni farmaci nati grazie alla ricerca italiana vengono considerati molto positivamente nella letteratura internazionale. Dobbiamo essere

cauti in questo settore perchè, senza voler difendere o privilegiare la nostra ricerca farmaceutica, dobbiamo far sì che perlomeno là dove (come nei farmaci di natura biologica) c'è stata la capacità di emergere nel settore, questa venga riconosciuta anche in campo nazionale così come si sta facendo all'estero. In alcuni casi i nostri prodotti sono stati addirittura acquistati all'estero. Si tratta di farmaci che registrano un consumo maggiore in Italia e minore altrove, ma che stanno acquistando uno spazio enorme di mercato. Va sempre tenuto presente che ogni prontuario ha i suoi farmaci prodotti dalla ricerca nazionale che si cerca in tutti i casi di difendere. Se poi vogliamo buttare allo sbaraglio farmaci che cominciano ad avere una loro dignità anche dal punto di vista della sperimentazione di base e cominciano ad avere una reale efficacia, dobbiamo esserne coscienti.

Comunque vi lascerò questi dati che forniscono delle indicazioni puntuali, per far sì che ci sia una conoscenza più dettagliata e che l'informazione delle istituzioni parlamentari non avvenga attraverso riferimenti ad articoli di giornali che non contengono indicazioni valide per una discussione. Comunicherò quello che l'Organizzazione mondiale della sanità ha detto in proposito e valuteremo insieme in che misura è affidabile la lista dell'OMS, che si rivolge ai paesi del Terzo mondo e non credo possa essere applicata all'Italia che ha una percentuale molto alta di anziani.

Per i controlli sulle esenzioni abbiamo cercato di intervenire, ma purtroppo le regioni non ci seguono: abbiamo esercitato i poteri sostitutivi per alcune regioni, nella regione Campania abbiamo introdotto i lettori ottici che entreranno in funzione dal 1° novembre, ma lo abbiamo fatto con un nostro impulso alle singole USL chiedendo di mandarci il materiale perchè la regione non collabora. E questo è un problema complessivamente di tutte le regioni che, nonostante siano tenute per legge a fare tali controlli, non li fanno e dimostrano di non avere sensibilità rispetto alla prospettiva di dover intervenire con un ripiano dei debiti, anche quando sanno che tale ripiano non verrà da parte dello Stato. Dobbiamo quindi tener conto che queste tensioni si scaricano a livello nazionale.

Apprezzo pienamente le proposte venute da alcuni componenti della Commissione, soprattutto dal relatore, di intervenire ancor più dettagliatamente per il controllo delle esenzioni con ricette di colore diverso per gli esenti e i non esenti, in maniera tale che il falso esente dovrebbe avere un po' più di ritegno ad approfittarne. Il Governo è pienamente disponibile a collaborare sugli interventi di controllo per evitare che ci siano trasferimenti di prescrizioni dagli esenti ai non esenti.

Onorevoli colleghi, voglio concludere questa breve replica per dire che tutte le manovre che noi approntiamo hanno purtroppo la caratteristica dell'improvvisazione e dell'emergenza. Se non arriviamo presto a modificare i meccanismi della spesa, temo che la legge finanziaria di anno in anno avrà dei margini sempre più stretti tenendo conto delle difficoltà molto serie che devono affrontare i Ministri economici, alle quali ognuno di noi deve adeguarsi. In tal modo finiamo con l'abbattere lo stato sociale a causa dell'improvvisazione di queste manovre, che non modificano i meccanismi di formazione della spesa.

Sono però convinto che possiamo lavorare per attuare al più presto forme di intervento per la correzione di questi meccanismi e voglio concludere dicendo che siamo in contatto con gli amministratori straordinari, li stiamo controllando e siamo già in grado di proporre alcune sostituzioni per quegli amministratori che non hanno rispettato le norme e i regolamenti, per i quali inviteremo le regioni a revocare il mandato. Quindi, non siamo insensibili a questo problema e, anzi, se dal Parlamento verranno delle indicazioni per realizzare dei nostri controlli diretti, lo faremo anche indipendentemente dalle regioni, suggerendo poi alle regioni di intervenire per la revoca.

Sono però convinto che gli amministratori straordinari stanno lavorando in maniera tale da operare un contenimento della spesa e approntare strumenti operativi in grado di eseguire e sviluppare le indicazioni della legge finanziaria.

Vengo ora agli ordini del giorno. Il primo riguarda il problema della tubercolosi, su cui il Ministero è particolarmente attento; quindi possiamo sicuramente trovare modi e forme per articolare collaborazioni con l'Associazione nazionale per la lotta contro la tubercolosi, perchè è un rischio che si sta realizzando soprattutto a causa della presenza di immigrazioni che possono riattivare questo processo. Accolgo l'ordine del giorno come raccomandazione.

Il secondo ordine del giorno riguarda il problema dell'alcolismo; a questo proposito voglio dire che siccome attraverso la legge sulla tossicodipendenza il Ministero della sanità ha avuto dei compiti nuovi, abbiamo costituito una commissione che sta lavorando per proporre iniziative idonee a modificare determinate norme. Quindi accolgo anche quest'ordine del giorno come raccomandazione.

Il terzo ordine del giorno verte sulla situazione dell'ISPESL. Al riguardo voglio dire che sono stati approvati i nuovi organici e quindi sono state accolte una serie di richieste del consiglio direttivo dell'ISPESL; anche per questo ordine del giorno sento di poter dare delle risposte positive e pertanto lo accolgo come raccomandazione.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame degli emendamenti presentati alla tabella 19:

Al capitolo 1004 (Compensi per lavoro straordinario al personale...), ridurre le previsioni di competenza da lire 871.000.000 a lire 371.000.000 (- 500.000.000) e le previsioni di cassa da lire 871.000.000 a lire 371.000.000 (- 500.000.000).

20.Tab.19.1

DIONISI, CROCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 1104 (Spese per l'informazione sanitaria ai fini della promozione della salute...), ridurre le previsioni di competenza da lire 3.230.000.000 a lire 2.730.000.000 (- 500.000.000) e le previsioni di cassa da lire 3.500.000.000 a lire 3.000.000.000 (- 500.000.000).

20.Tab.19.2

DIONISI, MERIGGI, CROCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 1125 (Spese per il funzionamento delle commissioni mediche provinciali in materia di patenti di guida...), ridurre le previsioni di competenza da lire 4.500.000.000 a lire 4.000.000.000 (- 500.000.000) e le previsioni di cassa da lire 4.500.000.000 a lire 4.000.000.000 (- 500.000.000).

20.Tab.19.3

DIONISI, MERIGGI, CROCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 2031 (Acquisto... di materiale profilattico... ed altri interventi di prevenzione e cura contro le malattie infettive...), ridurre le previsioni di competenza da lire 2.500.000.000 a lire 1.900.000.000 (- 600.000.000) e le previsioni di cassa da lire 5.000.000.000 a lire 4.400.000.000 (- 600.000.000).

20.Tab.19.4

DIONISI, MERIGGI, CROCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 2031 (Acquisto... di materiale profilattico... ed altri interventi di prevenzione e cura contro le malattie infettive...), ridurre le previsioni di competenza da lire 2.500.000.000 a lire 2.000.000.000 (- 500.000.000) e le previsioni di cassa da lire 5.000.000.000 a lire 4.500.000.000 (- 500.000.000).

Conseguentemente, al capitolo 2033 (Spese per... accertamenti diagnostici e di laboratorio per i servizi di profilassi internazionale...), aumentare le previsioni di competenza da lire 300.000.000 a lire 800.000.000 (+ 500.000.000) e le previsioni di cassa da lire 340.000.000 a lire 840.000.000 (+ 500.000.000).

20.Tab.19.5

DIONISI, MERIGGI, CROCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 2031 (Acquisto... di materiale profilattico... ed altri interventi di prevenzione e cura contro le malattie infettive...), ridurre le previsioni di competenza da lire 2.500.000.000 a lire 2.405.000.000 (- 95.000.000) e le previsioni di cassa da lire 5.000.000.000 a lire 4.905.000.000 (- 95.000.000).

Conseguentemente, al capitolo 2040 (Spese per il funzionamento di apposita Commissione... in materia di eutrofizzazione delle acque), aumentare le previsioni di competenza da lire 5.000.000 a lire 100.000.000 (+ 95.000.000) e le previsioni di cassa da lire 5.000.000 a lire 100.000.000 (+ 95.000.000).

20.Tab.19.6

DIONISI, CROCETTA, LIBERTINI

Ai capitoli sottoelencati apportare le seguenti variazioni:

CAPITOLO		PREVISIONI	DA SOSTITUIRE CON	VARIAZIONI
N.	Denominazione			
2074	Concorso nelle spese... per il controllo della radioattività ambientale in ambito regionale	CP 4.700.000.000	CP 5.700.000.000	CP + 1.000.000.000
		CS 4.700.000.000	CS 5.700.000.000	CS + 1.000.000.000
6537	Spese per l'attuazione di corsi di preparazione... del personale dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro... ..	CP 200.000.000	CP 400.000.000	CP + 200.000.000
		CS 200.000.000	CS 400.000.000	CS + 200.000.000

Conseguentemente, al capitolo 4201 (Spese per il sistema informativo sanitario), ridurre le previsioni di competenza da lire 80.000.000.000 a lire 78.800.000.000 (- 1.200.000.000) e le previsioni di cassa da lire 89.000.000.000 a lire 87.800.000.000 (- 1.200.000.000).

20.Tab.19.7

FERRAGUTI, IMBRIACO, ALBERTI

Al capitolo 2542 (Spese per studi... relativi alla disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope), aumentare le previsioni di competenza da lire 0 a lire 400.000.000 (+ 400.000.000) e le previsioni di cassa da lire 400.000.000 a lire 800.000.000 (+ 400.000.000).

Conseguentemente, al capitolo 2585 (Somma da corrispondere alla Croce rossa italiana...), ridurre le previsioni di competenza da lire 33.130.000.000 a lire 32.730.000.000 (- 400.000.000) e le previsioni di cassa da lire 33.130.000.000 a lire 32.730.000.000 (- 400.000.000).

20.Tab.19.8

DIONISI, CROCCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 2547 (Spese per... la lotta e la prevenzione delle infezioni da HIV...), aumentare le previsioni di competenza da lire 16.000.000.000 a lire 17.000.000.000 (+ 1.000.000.000) e le previsioni di cassa da lire 26.000.000.000 a lire 27.000.000.000 (+ 1.000.000.000).

Conseguentemente, al capitolo 2585 (Somma da corrispondere alla Croce rossa italiana...), ridurre le previsioni di competenza da lire 33.130.000.000 a lire 32.130.000.000 (- 1.000.000.000) e le previsioni di cassa da lire 33.130.000.000 a lire 32.130.000.000 (- 1.000.000.000).

20.Tab.19.9

DIONISI, MERIGGI, CROCCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 2585 (Somma da corrispondere alla Croce rossa italiana...), ridurre le previsioni di competenza da lire 33.130.000.000 a lire 30.000.000.000 (- 3.130.000.000) e le previsioni di cassa da lire 33.130.000.000 a lire 30.000.000.000 (- 3.130.000.000).

20.Tab.19.10

DIONISI, MERIGGI, CROCCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 2585 (Somma da corrispondere alla Croce rossa italiana...), ridurre le previsioni di competenza da lire 33.130.000.000 a lire 32.130.000.000 (- 1.000.000.000) e le previsioni di cassa da lire 33.130.000.000 a lire 32.130.000.000 (- 1.000.000.000).

Conseguentemente, al capitolo 3035 (Spese connesse alle attività di controllo nel settore dell'igiene degli alimenti e nutrizione), aumentare le previsioni di competenza da per memoria a lire 1.000.000.000 (+ 1.000.000.000) e le previsioni di cassa da per memoria a lire 1.000.000.000 (+ 1.000.000.000).

20.Tab.19.11

DIONISI, MERIGGI, CROCCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 3535 (Spese per l'attività di informazione scientifica agli operatori sanitari e di informazione al pubblico sui farmaci), ridurre le previsioni di competenza da lire 700.000.000 a lire 0 (- 700.000.000) e le previsioni di cassa da lire 800.000.000 a lire 0 (- 800.000.000).

Conseguentemente, al capitolo 3538 (Spese per le attività di controllo e per la farmacovigilanza nel settore umano), aumentare le previsioni di competenza da per memoria a lire 700.000.000 (+ 700.000.000) e le previsioni di cassa da per memoria a lire 800.000.000 (+ 800.000.000).

20.Tab.19.12

FERRAGUTI, IMBRIACO, ALBERTI

Al capitolo 2585 (Somma da corrispondere alla Croce rossa italiana...), ridurre le previsioni di competenza da lire 33.130.000.000 a lire 32.660.000.000 (-470.000.000) e le previsioni di cassa da lire 33.130.000.000 a lire 32.660.000.000 (-470.000.000).

Conseguentemente, al capitolo 4036 (Spese per l'attività di informazione scientifica sui farmaci di uso veterinario), aumentare le previsioni di competenza da lire 30.000.000 a lire 500.000.000 (+470.000.000) e le previsioni di cassa da lire 30.000.000 a lire 500.000.000 (+470.000.000).

20.Tab.19.13

FERRAGUTI, IMBRIACO, ALBERTI

Al capitolo 4036 (Spese per l'attività di informazione scientifica sui farmaci di uso veterinario), ridurre le previsioni di competenza da lire 30.000.000 a lire 0 (-30.000.000) e le previsioni di cassa da lire 30.000.000 a lire 0 (-30.000.000).

Conseguentemente, al capitolo 4037 (Spese per le attività di controllo ... nel settore veterinario), aumentare le previsioni di competenza

da per memoria a lire 30.000.000 (+30.000.000) e le previsioni di cassa da per memoria a lire 30.000.000 (+30.000.000).

20.Tab.19.14

FERRAGUTI, IMBRIACO, ALBERTI

Al capitolo 2585 (Somma da corrispondere alla Croce rossa italiana...), ridurre le previsioni di competenza da lire 33.130.000.000 a lire 32.930.000.000 (-200.000.000) e le previsioni di cassa da lire 33.130.000.000 a lire 33.030.000.000 (-100.000.000).

Conseguentemente, al capitolo 4042 (Spese per studi... eseguiti dagli istituti zooprofilattici sperimentali...), aumentare le previsioni di competenza da lire 300.000.000 a lire 500.000.000 (+200.000.000) e le previsioni di cassa da lire 400.000.000 a lire 500.000.000 (+100.000.000).

20.Tab.19.15

FERRAGUTI, IMBRIACO, ALBERTI

Al capitolo 4200 (Spese per il funzionamento del servizio centrale della programmazione sanitaria...), ridurre le previsioni di competenza da lire 1.200.000.000 a lire 700.000.000 (-500.000.000) e le previsioni di cassa da lire 2.000.000.000 a lire 1.500.000.000 (-500.000.000).

20.Tab.19.16

DIONISI, MERIGGI, CROCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 4201 (Spese per il sistema informativo sanitario), ridurre le previsioni di competenza da lire 80.000.000.000 a lire 76.000.000.000 (-4.000.000.000) e le previsioni di cassa da lire 89.000.000.000 a lire 85.000.000.000 (-4.000.000.000).

20.Tab.19.17

DIONISI, MERIGGI, CROCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 4205 (Spese per ispezioni amministrative, relative alla vigilanza sulla gestione delle unità sanitarie locali...), ridurre le previsioni di competenza da lire 2.200.000.000 a lire 1.700.000.000 (-500.000.000) e le previsioni di cassa da lire 3.000.000.000 a lire 2.500.000.000 (-500.000.000).

20.Tab.19.18

DIONISI, MERIGGI, CROCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 4207 (Spese per studi... inerenti alla organizzazione e alla programmazione sanitaria...), ridurre le previsioni di competenza da lire 4.637.000.000 a lire 2.637.000.000 (-2.000.000.000) e le previsioni di cassa da lire 9.000.000.000 a lire 7.000.000.000 (-2.000.000.000).

20.Tab.19.19

DIONISI, MERIGGI, CROCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 4538 (Spese per il funzionamento e per le manutenzioni dell'Istituto superiore di sanità), ridurre le previsioni di competenza da

lire 28.000.000.000 a lire 20.000.000.000 (- 8.000.000.000) e le previsioni di cassa da lire 36.000.000.000 a lire 28.000.000.000 (- 8.000.000.000).

20.Tab.19.20

DIONISI, MERIGGI, CROCCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 4540 (Spese per l'acquisto e la rilegatura di libri e riviste per la biblioteca...), ridurre le previsioni di competenza da lire 1.230.000.000 a lire 730.000.000 (- 500.000.000) e le previsioni di cassa da lire 1.330.000.000 a lire 830.000.000 (- 500.000.000).

20.Tab.19.21

DIONISI, MERIGGI, CROCCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 2585 (Somma da corrispondere alla Croce rossa italiana...), ridurre le previsioni di competenza da lire 33.130.000.000 a lire 30.130.000.000 (- 3.000.000.000) e le previsioni di cassa da lire 33.130.000.000 a lire 30.130.000.000 (- 3.000.000.000).

Conseguentemente, al capitolo 4550 (Spese per l'attuazione di programmi... per la lotta e la prevenzione delle infezioni da HIV...), aumentare le previsioni di competenza da lire 84.000.000.000 a lire 87.000.000.000 (+ 3.000.000.000) e le previsioni di cassa da lire 84.000.000.000 a lire 87.000.000.000 (+ 3.000.000.000).

20.Tab.19.22

DIONISI, MERIGGI, CROCCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 4201 (Spese per il sistema informativo sanitario...), ridurre le previsioni di competenza da lire 80.000.000.000 a lire 79.350.000.000 (- 650.000.000) e le previsioni di cassa da lire 89.000.000.000 a lire 88.350.000.000 (- 650.000.000).

Conseguentemente, al capitolo 6537 (Spese per l'attuazione di corsi di preparazione... del personale dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro...), aumentare le previsioni di competenza da lire 200.000.000 a lire 850.000.000 (+ 650.000.000) e le previsioni di cassa da lire 200.000.000 a lire 850.000.000 (+ 650.000.000).

20.Tab.19.23

RANALLI, FERRAGUTI, IMBRIACO, ALBERTI

Al capitolo 2585 (Somma da corrispondere alla Croce rossa italiana...), ridurre le previsioni di competenza da lire 33.130.000.000 a lire 32.130.000.000 (- 1.000.000.000) e le previsioni di cassa da lire 33.130.000.000 a lire 32.130.000.000 (- 1.000.000.000).

Conseguentemente, al capitolo 6547 (Spese per incarichi di ricerca ad istituti di riconosciuto valore scientifico...), aumentare le previsioni di competenza da lire 1.578.000.000 a lire 2.578.000.000 (+ 1.000.000.000) e le previsioni di cassa da lire 2.000.000.000 a lire 3.000.000.000 (+ 1.000.000.000).

20.Tab.19.24

DIONISI, MERIGGI, CROCCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 7001 (Somma da erogare per... strutture preposte alle attività trasfusionali), ridurre le previsioni di competenza da lire 29.000.000.000 a lire 19.000.000.000 (- 10.000.000.000) e le previsioni di cassa da lire 57.000.000.000 a lire 47.000.000.000 (- 10.000.000.000).

20.Tab.19.25

DIONISI, MERIGGI, CROCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 2585 (Somma da corrispondere alla Croce rossa italiana...), ridurre le previsioni di competenza da lire 33.130.000.000 a lire 32.130.000.000 (- 1.000.000.000) e le previsioni di cassa da lire 33.130.000.000 a lire 32.130.000.000 (- 1.000.000.000).

Conseguentemente, al capitolo 7010 (Acquisti di apparecchiature e strumenti... per il controllo della radioattività ambientale...), aumentare le previsioni di competenza da lire 2.000.000.000 a lire 3.000.000.000 (+ 1.000.000.000) e le previsioni di cassa da lire 6.000.000.000 a lire 7.000.000.000 (+ 1.000.000.000).

20.Tab.19.26

DIONISI, MERIGGI, CROCETTA, LIBERTINI

Al capitolo 8221 (Spese per la ricerca scientifica), ridurre le previsioni di competenza da lire 11.000.000.000 a lire 7.000.000.000 (- 4.000.000.000) e le previsioni di cassa da lire 14.000.000.000 a lire 10.000.000.000 (- 4.000.000.000).

Conseguentemente, ripristinare il capitolo 8222 (Spese per l'attuazione... di un programma... sulla terapia dei tumori), soppresso, iscrivendo nelle previsioni di competenza lire 4.000.000.000 e nelle previsioni di cassa lire 4.000.000.000.

20.Tab.19.27

CONDORELLI

Al capitolo 4207 (Spese per studi... inerenti alla organizzazione e alla programmazione sanitaria...), ridurre le previsioni di competenza da lire 4.637.000.000 a lire 637.000.000 (- 4.000.000.000) e le previsioni di cassa da lire 9.000.000.000 a lire 5.000.000.000 (- 4.000.000.000).

Conseguentemente, ripristinare il capitolo 8222 (Spese per l'attuazione... di un programma... sulla terapia dei tumori), soppresso, iscrivendo nelle previsioni di competenza lire 4.000.000.000 e nelle previsioni di cassa lire 4.000.000.000.

20.Tab.19.28

DIONISI, CROCETTA, MERIGGI, LIBERTINI

Al capitolo 2585 (Somme da corrispondere alla Croce rossa italiana...), ridurre le previsioni di competenza da lire 33.130.000.000 a lire 33.030.000.000 (- 100.000.000) e le previsioni di cassa da lire 33.130.000.000 a lire 33.030.000.000 (- 100.000.000).

Conseguentemente, istituire un capitolo con la seguente denominazione: «Spese per la riforma del Ministero della sanità», iscrivendo nelle previsioni di competenza lire 100.000.000 e nelle previsioni di cassa lire 100.000.000.

20.Tab.19.29

BERLINGUER, TORLONTANO, ZUFFA, ALBERTI

L'emendamento 20.Tab.19.3, presentato dal senatore Dionisi e da altri senatori è improponibile perchè tende a ridurre il capitolo di spesa 1125 che riguarda spese obbligatorie.

Inoltre non è proponibile l'emendamento del senatore Condorelli 20.Tab.19.27, che tende a ripristinare il capitolo 8222 riguardante le spese per l'attuazione di un programma sulla terapia dei tumori. L'emendamento non è proponibile perchè il decreto-legge 30 ottobre 1987, n. 443, recante disposizioni urgenti in materia sanitaria, aveva stanziato una certa cifra per la collaborazione tra Italia e Stati Uniti sulla lotta ai tumori. Pertanto, in tabella viene proposta la soppressione di questo capitolo e contemporaneamente viene incrementato della stessa cifra di quattro miliardi il precedente capitolo 8221; quindi queste somme da destinare alla ricerca sui tumori sono già previste. Qual è la differenza? La differenza è che gli stanziamenti potevano essere gestiti fuori bilancio ai sensi del decreto-legge che ho citato, mentre adesso non possono essere gestiti fuori bilancio, perchè gli effetti di quel decreto terminano nel 1991. Quindi, i soldi ci sono ma non possono essere diminuiti o incrementati col bilancio, essendo necessaria una legge specifica.

Allo stesso modo l'emendamento 20.Tab.19.28 del senatore Dionisi e di altri senatori, anch'esso riguardante il capitolo 8222, non è proponibile.

CROCETTA. Signor Presidente, do per illustrati gli emendamenti in quanto si tratta di proposte di modifica in riduzione. Qualcuno va a coprire spese relative straordinarie, altri spese di normale gestione. Comunque - lo ribadisco - si tratta di emendamenti tutti in riduzione.

IMBRIACO. Signor Presidente, sulla tabella 19 bisognerà spendere qualche parola per alcune valutazioni d'insieme e io, se me lo permette, vorrei approfittare dell'occasione al momento di illustrare degli emendamenti. Penso infatti che questo dibattito, per quanto sfilacciato e piuttosto povero (a parte alcune impennate positive altamente qualificanti, come l'intervento di ieri sera del relatore) abbia risentito un po' dal clima di quasi fine legislatura (e ciò per usare un eufemismo). Nonostante tutto occorrerà comunque redigere un rapporto di maggioranza e uno di minoranza.

Il mio intervento, accanto alla verifica di alcuni capitoli e di alcune voci di spesa della tabella 19, vuole raccogliere le indicazioni politiche che sono state espresse pro o contro questa manovra finanziaria che il Governo ha approvato e che noi nella sostanza respingiamo.

Per quanto riguarda la tabella del Ministero della sanità, non vi è dubbio che siamo di fronte ad una ripartizione stantia; paradossalmente contrastante con le dichiarazioni di innovazione e di progresso che, a

cominciare dal Ministro, tutte le parti politiche portano avanti. Mentre ci si illude che il disegno di riordino possa rilanciare il servizio sanitario nazionale e quindi azzerare una situazione pregressa fatta di insuccessi, di sprechi e di lassismo, di converso poi questa valutazione si accompagna ad una tabella che non è se non una stanca, rituale ripetizione di capitoli e di voci all'interno delle quali neanche con un minimo di fantasia si riesce a cogliere gli elementi di novità.

Non voglio entrare nel merito di tutte le questioni. Prendiamo, per esempio, i farmaci. Se non vado errato, c'è un capitolo sui farmaci che parla di informazione scientifica. Colgo questo elemento per rispondere in parte alle argomentazioni del Ministro sul tema più generale sul quale poi dovremo pur confrontarci.

Innanzitutto l'elemento ambiguo di questo discorso fatto di stime e di confronti con gli altri paesi dell'OCSE è formato da una serie di valutazioni che non reggono.

In effetti, al di là di quello che accade negli altri paesi, dovremmo essere d'accordo su un dato: in nessun paese del mondo, a cominciare dal Regno Unito (che è il paese con un sistema simile al nostro, apparentemente o formalmente), esiste una doppia contraddizione come da noi. In base ad essa al di sopra dello Stato italiano e al di sotto dello stesso ci sono la produzione e il consumo del farmaco. Questi due momenti vedono lo Stato assolutamente assente; tra questi due momenti lo Stato (e quindi il Governo e il Parlamento) subisce le decisioni della produzione che imposta i suoi piani in nome delle multinazionali. Questo discorso è piuttosto ambiguo e pericoloso perché, ad esempio, quel vaccino antipolio che fece stragi proveniva da una multinazionale e quindi la provenienza da un'industria multinazionale non attesta assolutamente la bontà del farmaco. Al di sopra dello Stato i produttori corrompono innanzi tutto le varie fasce della gerarchia sociale ed impongono quanto fabbricano; lo Stato subisce acriticamente e poi il consumatore (ma anche qui c'è un'intermediazione) sulla base di quanto gli viene ordinato, ingoia pillole e spende. Questa, signor Ministro, è la realtà. Essa vale per il farmaco ma anche per un'altra serie di beni e di servizi.

Se un appunto va fatto ai Governi che si sono succeduti in questi anni è quello di non aver programmato la spesa, di non aver detto di che cosa avevano bisogno per tutelare la salute dei cittadini anche alla luce delle esperienze internazionali. Non posso accettare l'idea che l'industria farmaceutica faccia spendere per dieci anni miliardi e miliardi per un epatoprotettore che a un certo punto si scopre altamente dannoso per la salute, tanto che viene ritirato dal commercio.

Abbiamo così un servizio farmaceutico del Ministero della sanità che spende - e abbiamo proposto la soppressione del capitolo 4036 - una cinquantina di milioni all'anno, una bazzecola se volete, per fare informazione scientifica. Si tratta della spedizione di un paio di paginette ogni anno per dare notizie simili a quella concernente l'omoprazolo che, propagandato a lungo tempo dalle multinazionali come un toccasana e sul quale sono stati investiti miliardi, risulta oggi utilizzabile solo per certe patologie, senza essere quella panacea che era stata tanto decantata. Sono pubblicate qualcosa come centomila copie e

l'informazione scientifica si ferma lì. Ebbene, che cosa ci sta a fare questo servizio farmaceutico?

Ieri l'Ordine dei medici, per il tramite del suo organo ufficiale nazionale, sempre sull'omoprazolo pubblicava due pagine non certo per declamarne le virtù impossibili, ma in questo modo faceva dell'informazione scientifica.

Dovremo intenderci sulla programmazione sanitaria e farmaceutica dello Stato, che dovrebbe dire di che cosa ha bisogno e dovrebbe rivolgersi agli ordinatori di spesa cercando di indirizzarne l'azione. Questa sollecitazione era contenuta in un emendamento che ripresenteremo anche dinanzi alla Commissione bilancio, pure alla luce di quello che scrivono i giornali stamattina.

Il Ministro prenda tutto il tempo necessario per verificare la fondatezza di quanto è stato affermato dall'Organizzazione mondiale della sanità; non c'è dubbio, però, che da due anni a questa parte uno dei due farmaci più trattati in Italia non esiste nella farmacopea americana ed è prodotto da una multinazionale. Resta il fatto che, se l'Organizzazione mondiale della sanità dice che tra i venti farmaci più venduti in Italia nove sono inutili, questo ci deve fare riflettere. Verifichiamo questa notizia, ma essa è stata pubblicata da un giornale che, tra l'altro, fino a qualche tempo fa vedeva nel suo comitato editoriale il presidente della Farindustria; questo dato dovrebbe fornire un minimo di attendibilità.

Noi auspichiamo una moralizzazione, una razionalizzazione e un contenimento della spesa. Occorre pianificare il fabbisogno e ordinare all'industria quello di cui lo Stato necessita. In secondo luogo occorre imporre il controllo agli ordinatori di spesa. Quanto è stato detto dal Ministro è raccolto dalla nostra parte come un segnale positivo molto debole; penso infatti che non ci sarebbe stato bisogno nemmeno di una legge che dicesse alle USL come organizzare il loro servizio farmaceutico periferico per controllare la qualità della prestazione medica e farmaceutica. Comunque ben venga questo debole segnale per le ricerche il cui costo supera le 200.000 lire. Lo stesso valga per i farmaci.

Tuttavia c'è un'altra questione che vorremmo recuperare, poichè ha delle valenze politiche, cioè la programmazione del bilancio, cui faremo cenno nel rapporto di minoranza: ho riletto i capitoli 4022, 4033 e 4034 del bilancio del Ministero della sanità, nei quali ogni anno vengono riproposti stanziamenti per decine di miliardi, e molte volte non si riesce a capire se non servano a pagare quattro volte la stessa funzione agli stessi operatori. Per fare cosa? Il piano sanitario? Ma sono dieci anni che parliamo del piano sanitario!

Non se ne può far colpa al Ministro, ma non c'è dubbio che gli uffici ministeriali non sono stati in grado da un anno a questa parte di fornirci dei dati attendibili, per cui il piano sanitario è un assemblaggio di lavori già fatti, molto generico e molto superficiale. Non si possono spendere decine di miliardi l'anno per mantenere in piedi un'impalcatura burocratica di questo genere.

Penso che su questa materia ci sarebbe addirittura bisogno di un'indagine conoscitiva - lo scriveremo nel rapporto di minoranza -

per capire in che modo questi sprechi e questa inefficienza servano a produrre il nulla.

Credo invece sia interesse anzitutto del Ministro riuscire a mettere in piedi un apparato snello, capace di intervenire e in grado di fornire dei dati attendibili.

Ecco quali sono le nostre osservazioni generali; per quel che riguarda la tabella 19, siamo di fronte ad una ripetizione stantia delle voci dell'anno precedente e non si riesce neanche lontanamente a capire come questo Ministero potrà organizzarsi per governare il futuro del servizio sanitario nazionale. Ritroviamo pari pari le voci per l'Istituto superiore per la sanità, che ogni anno diventa sempre più asfittico per cui gli operatori devono ricorrere all'esterno per trovare mezzi e finanziamenti; per l'ISPESL abbiamo sentito poco fa che finalmente è stato approvato il nuovo organico, ma fino a questo momento non c'erano notizie.

Per tutti questi motivi riteniamo di non poter esprimere un giudizio favorevole alla manovra finanziaria del Governo, e meno che mai alla tabella 19 e pertanto ci riserviamo di esplicitare nel nostro rapporto di minoranza in maniera sintetica ma efficace queste scarse osservazioni che ho avuto l'onore di esprimere.

MELOTTO, *relatore alla Commissione*. Ho ascoltato l'illustrazione del collega Imbriaco e in parte la condivido, anche se non credo che nella nostra Commissione ci sia stato un clima di «fine legislatura». Sono però d'accordo con lui quando dice che la tabella è costruita ripetitivamente sulla tabella dell'anno precedente; ma se non si affronta il problema di una seria e strutturale riforma del Ministero, successiva alla riforma sanitaria, la tabella non ha più senso; si riproduce di anno in anno aggiornando modestamente le voci con l'inflazione programmata, in parte senza neanche l'inflazione. Allora su cosa stiamo a discutere, se spostare 100.000 lire da una parte all'altra?

L'emendamento 20.Tab.19.29 propone di istituire un capitolo di spesa per la riforma del Ministero della sanità attribuendovi uno stanziamento di 100 milioni; ma credo che dopo lo stralcio della riforma del Ministero sarà bene, invece, presentare un apposito disegno di legge di riforma, anche di iniziativa parlamentare. Credo che questo sia il problema più urgente ed è per questo motivo che esprimo parere negativo sugli emendamenti.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Il relatore Melotto ha anticipato quello che avrei detto anch'io, cioè che fin quando il Ministero della sanità non sarà in grado di programmare la propria attività in maniera diversa, la tabella 19 non potrà che rispecchiare l'attuale situazione.

Affronto ora alcune questioni proposte con gli emendamenti, quali ad esempio il servizio informativo; dobbiamo renderci conto che questo servizio sta facendo degli sforzi enormi per realizzare un collegamento diretto con le regioni e con le USL. A questo proposito, visto che già diverse volte la Commissione ha richiesto indicazioni e risposte alle critiche sul servizio informativo, vorrei ricordare che l'anno scorso ho trasmesso una voluminosa e dettagliata relazione su tutto quello che il

servizio informativo ha fatto e fa. Se volete sono pronto a riproporla, ma devo dire che oggi abbiamo la possibilità di stabilire dei collegamenti in tempo reale con i presidi multizonali, uno dei cui frutti, ad esempio, è il lavoro sulle acque di balneazione, che è proprio il risultato di questa rete diffusa per cui entro l'anno si realizzerà il collegamento in tempo reale con tutte le USL del nostro paese.

IMBRIACO. Però non riusciamo a sapere qual è la spesa effettiva sostenuta, fino ad oggi, nel 1991.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Ricordo di aver dato puntualmente risposta alla Commissione con una relazione dettagliata per gli anni fino al 1990. Se la Commissione lo desidera, non ho problemi di riproporre quella relazione per il 1991, anche se in questo momento ho delle difficoltà perchè non sono in grado tecnicamente di farlo. Comunque ritengo opportuno che la Commissione sia a conoscenza di quello che si sta facendo ed anzi, se il Presidente lo ritiene opportuno, credo utile che la Commissione verifichi direttamente quello che si sta facendo per organizzare il servizio informativo visitando la sede di Lungotevere a Ripa.

Intanto mi impegno a fornirvi nell'arco di un mese le informazioni necessarie a capire come procede l'andamento della spesa.

Vengo ora ad altri problemi sollevati con gli emendamenti. Senatore Imbriaco, il libretto informativo è poco e noi vogliamo svilupparlo, ma è già molto perchè così almeno i medici sanno direttamente dal Ministero della sanità quali sono i limiti della ricerca.

Voglio dire chiaramente che la registrazione dell'omoprazolo l'ho bloccata io per circa un anno alla Commissione, perchè c'era qualcuno che diceva che si stavano facendo degli studi aggiuntivi su possibili effetti cancerogeni; pertanto mi sono assunto io personalmente la responsabilità - se volete anche illecita - di fermare la registrazione dell'omoprazolo con il parere favorevole della Commissione unica. Ho preteso di avere i dati ed ho permesso di registrarlo solo quando è stato registrato in tutti gli altri paesi del mondo, perchè ci sono delle condizioni in cui l'omoprazolo è più indicato della nisidina.

Su tali questioni voglio quindi cercare di dare un segnale di tranquillità.

Devo soltanto approfondire la questione sollevata dal senatore Torlontano ieri pomeriggio. Poichè il senatore Torlontano è un collega ben informato, vorrei verificare la notizia. In Italia non si registrano mai prodotti farmaceutici che derivano dalla ricerca di altri paesi senza che siano stati precedentemente registrati nei paesi di origine e in altri Stati. Per quanto riguarda poi i grandi farmaci che nascono dalle conquiste della biotecnologia, la registrazione avviene direttamente a livello della Comunità europea poi è trasferita automaticamente nei singoli paesi.

Quel capitolo è poca cosa, ma è comunque importante e va implementato con suggerimenti ed iniziative che non vengano affidati soltanto all'industria farmaceutica ma soprattutto al Ministero. Vogliamo sviluppare questo tipo di attività, ma non toglierci quel minimo che consente il mantenimento di un servizio che dà comunque effetti positivi.

Sono pienamente d'accordo con il relatore per l'impostazione che ha dato suggerendo di non apportare modifiche alla tabella 19 e, di conseguenza, esprimendo parere contrario su tutti gli emendamenti.

BERLINGUER. Ritiro l'emendamento 20.Tab.19.29.

PRESIDENTE. Ricordo che gli emendamenti 20.Tab.19.3, 20.Tab.19.27 e 20.Tab.19.28 sono stati dichiarati improponibili e che il senatore Berlinguer ha ritirato l'emendamento 20.Tab.19.29.

Passiamo pertanto alla votazione degli altri emendamenti.

Posti separatamente ai voti - ad eccezione dell'emendamento 20.Tab.19.3 dichiarato improponibile - vengono respinti gli emendamenti da 20.Tab.19.1 a 20.Tab.19.26.

L'esame degli emendamenti è così esaurito.

Resta ora da conferire il mandato per il rapporto alla 5^a Commissione sulle tabelle 19 e 19-bis e sulle parti ad esse relative del disegno di legge n. 3003.

Propongo che tale incarico sia affidato al relatore alla Commissione.

IMBRIACO. Esprimo il voto contrario del Gruppo comunista-PDS e preannuncio la presentazione di un rapporto di minoranza.

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

ALBERTI. Anch'io, a nome del Gruppo della Sinistra indipendente, annuncio il voto contrario.

SIGNORELLI. Anche il Gruppo del Movimento sociale italiano-Destra nazionale dichiara che voterà contro.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro chiede di parlare per dichiarazione di voto, se non si fanno osservazioni, il mandato a redigere il rapporto favorevole resta conferito al senatore Melotto.

I lavori terminano alle ore 12,25.

VENERDÌ 27 DICEMBRE 1991

Presidenza del Vice Presidente MELOTTO

I lavori hanno inizio alle ore 17,15.

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni (2944-B), approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (**Tabella 19 e 19-quater**)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)» (3003-B), approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

(Esame congiunto. Rapporto favorevole, ai sensi dell'articolo 126 del Regolamento)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, l'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1992 e bilancio pluriennale per il triennio 1992-1994» e relativa Nota di variazioni - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1992 e relativa Nota di variazioni (tabelle 19 e 19-quater) - e «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1992)», già approvati dal Senato e modificati dalla Camera dei deputati.

Riferirò io stesso alla Commissione sulle modifiche apportate dalla Camera dei deputati.

Onorevoli colleghi, rispetto al voto dato dal Senato in prima lettura le variazioni apportate dalla Camera sono già contenute nelle leggi di accompagnamento che abbiamo approvato in via definitiva la settimana scorsa qui al Senato.

Praticamente il fondo sanitario nazionale di parte corrente con la nuova manovra si attesta alla cifra di 82.870 miliardi. Con 200 miliardi in più rispetto alla precedente cifra è stata ripristinata la fisiochinesiterapia; vi è poi la percentuale dello 0,50 in meno della partecipazione dei farmacisti per altri 70 miliardi.

La manovra complessiva del fondo quindi all'inizio era di 4.000 miliardi e ora si attesta su 3.530 miliardi. Questa è la modifica già approvata che riguarda la parte corrente.

Per la parte in conto capitale, come ricorderete, avevamo 1.500 miliardi a mutuo in conto capitale e 100 miliardi in contanti nel bilancio dello Stato. Anche questi 100 miliardi sono stati portati a mutuo e legati alle spese di investimento degli istituti di ricovero e cura

a carattere scientifico pubblici e degli istituti zooprofilattici. La cifra complessiva rimane quindi a 1.600 miliardi e con la trasformazione dei 100 miliardi a mutuo di cui parlavo prima restano legati a queste due branche di attività sopra menzionate.

Per quanto riguarda la legge finanziaria vi era un «buco» nella previsione per il 1994. Si trattava della proiezione degli anni 1992-1993 che non risultava sufficiente per il 1994. Adesso, almeno come previsione, sono stati aggiunti 6.344 miliardi per il 1994 e quindi la proiezione contabilmente trova piena rispondenza nella tabella. Nella tabella A sono stati inseriti 660 milioni per il 1992 e 260 milioni per il 1993 e 1994 per un accantonamento destinato ai servizi sociali a favore del personale del Ministero della sanità. Si tratta di una questione che va avanti da tempo e che doveva trovare nella legge di riordino un suo specifico assetto che non è stato trovato, ma comunque nella tabella A è stata prevista questa somma.

Un'unica modifica è stata fatta per quanto riguarda l'articolato della legge finanziaria all'articolo 6 del testo: è stato inserito il comma 4 che concede una riduzione del 50 per cento del contributo per il servizio sanitario nazionale ai coltivatori diretti, mezzadri e coloni per i livelli di reddito più alto, superiori a quelli previsti dalla legge di riforma delle pensioni per i lavoratori autonomi. La stessa riduzione è portata al 90 per cento del contributo per il servizio sanitario nazionale per i coltivatori diretti mezzadri e coloni operanti nei territori montani.

L'unica modifica apportata alla tabella 19 è che sono stati aumentati i fondi per la lotta contro l'AIDS di 20 miliardi.

Queste sono le modeste modifiche apportate nel nostro settore; alcune, ripeto, sono state già decise dalla legge di accompagnamento, altre invece sono state direttamente imputate alla tabella della legge di bilancio relativa al Ministero della sanità.

Con riferimento all'accantonamento introdotto nella tabella A di 660 milioni - come osservato d'altra parte la volta scorsa da alcuni senatori - gli altri anni tale somma costituiva liquidità effettiva, mentre ora sarà necessario ricorrere all'indebitamento, con conseguenti spostamenti negli anni della capacità di finanziamento ed appesantimento della manovra complessiva.

Invito pertanto la Commissione ad esprimere parere favorevole.

Se non vi sono osservazioni, sospendiamo la seduta per qualche minuto.

I lavori, sospesi alle ore 12,15, sono ripresi alle ore 12,25.

PRESIDENTE. Riprendiamo l'esame dei documenti di bilancio.

Poichè nessuno domanda di parlare, do la parola al rappresentante del Governo.

D'AMELIO, *sottosegretario di Stato per i lavori pubblici*. Il Governo, nel sottolineare che siamo già alla terza lettura dei documenti di bilancio, fa presente che le modifiche introdotte dalla Camera dei deputati non

intaccano, in alcun modo, la struttura portante del disegno di legge finanziaria così come è stato varato dal Senato in prima lettura, tanto meno il significato complessivo della manovra di politica sanitaria per il 1992.

Pertanto, in qualità di delegato del Ministro della sanità, esprimo il parere favorevole del Governo sul provvedimento al nostro esame.

PRESIDENTE. Resta ora da conferire il mandato per il rapporto alla 5^a Commissione sulle tabelle 19 e 19-*quater*, e sulle parti ad esse relative del disegno di legge n. 3003-B.

Propongo che tale incarico sia affidato al relatore alla Commissione.

CONDORELLI. Annuncio il voto favorevole del Gruppo della Democrazia cristiana, anche in considerazione dell'aumento dei fondi destinati alla lotta contro l'AIDS, che costituisce un fatto abbastanza soddisfacente ed apprezzabile.

BERLINGUER. Annuncio il voto contrario del Gruppo comunista-PDS, peraltro già motivato in sede di lettura precedente.

Le modificazioni che sono state apportate dall'altro ramo del Parlamento vengono da noi considerate minime, pertanto continuiamo a mantenere inalterato al riguardo il nostro orientamento negativo che esprimeremo, come voto contrario, anche in Aula.

SIRTORI. Signor Presidente, annuncio, per ragioni di coerenza il mio voto contrario.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro chiede di parlare per dichiarazione di voto, se non si fanno osservazioni, il mandato a redigere il rapporto favorevole resta conferito al senatore Melotto.

I lavori terminano alle ore 12,40.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare preposto all'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici
DOTT. GIOVANNI LENZI