

# SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

## 12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

### RESOCONTO STENOGRAFICO

DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE  
E PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE FINANZIARIA 1989) (n. 1442)

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO  
PER L'ANNO FINANZIARIO 1989  
E BILANCIO PLURIENNALE PER IL TRIENNIO 1989-1991 (n. 1443)

**Stato di previsione del Ministero della sanità  
per l'anno finanziario 1989 (Tab. 19)**

*IN SEDE CONSULTIVA*



## INDICE

GIOVEDÌ 1° DICEMBRE 1988  
(Antimeridiana)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1989)» (1442), approvato dalla Camera dei deputati

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1989 e bilancio pluriennale per il triennio 1989-1991» (1443), approvato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1989 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5<sup>a</sup> Commissione) (Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE (ZITO-PSI) .....	Pag. 5, 6, 13 e <i>passim</i>
AZZARETTI (Sin. Ind.) .....	12
IMBRIACO (PCI) .....	5, 12, 15
MARINUCCI MARIANI, sottosegretario di Stato per la sanità .....	6, 13, 14 e <i>passim</i>
MELOTTO (DC), estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442 ...	6, 12, 13 e <i>passim</i>
NATALI (PSI) .....	5
RANALLI (PCI) .....	13

GIOVEDÌ 1° DICEMBRE 1988  
(Pomeridiana)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1989)» (1442), approvato dalla Camera dei deputati

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1989 e bilancio pluriennale per il triennio 1989-1991» (1443), approvato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1989 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5<sup>a</sup> Commissione) (Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE:	
- MELOTTO (DC) .....	48
- ZITO (PSI) .....	16, 23

ALBERTI (Sin. Ind.) .....	Pag. 29
AZZARETTI (DC) .....	33
CONDORELLI (DC) .....	17
CORLEONE (Fed. Eur. Ecol.) .....	42
DIONISI (PCI) .....	37
GUALTIERI (PRI) .....	21
MERIGGI (PCI) .....	48
SIGNORELLI (MSI-DN) .....	23
SIRTORI (Misto-Lista Verde) .....	45
ZUFFA (PCI) .....	26

## MARTEDÌ 6 DICEMBRE 1988

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1989)» (1442), approvato dalla Camera dei deputati

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1989 e bilancio pluriennale per il triennio 1989-1991» (1443), approvato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1989 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5<sup>a</sup> Commissione) (Seguito dell'esame congiunto e conclusione)

PRESIDENTE (ZITO-PSI) .....	49, 57, 70 e <i>passim</i>
ALBERTI (Sin. Ind.) .....	56
CONDORELLI (DC) .....	52, 72
DIONISI (PCI) .....	60
DONAT-CATTIN, ministro della sanità .....	61, 69, 75 e <i>passim</i>
IMBRIACO (PCI) .....	53, 60, 70 e <i>passim</i>
LAURIA (DC) .....	76
MELOTTO (DC), estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442 ..	57, 60, 69 e <i>passim</i>
MERIGGI (PCI) .....	53
NATALI (PSI) .....	49, 61, 72
ZUFFA (PCI) .....	55



**GIOVEDÌ 1° DICEMBRE 1988**  
(Antimeridiana)

**Presidenza**  
**del Presidente ZITO**

*I lavori hanno inizio alle ore 9,55.*

**«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1989)» (1442)**, approvato dalla Camera dei deputati

**«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1989 e bilancio pluriennale per il triennio 1989-1991 (1443)**, approvato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1989  
(Tab. 19)

(Rapporto alla 5<sup>a</sup> Commissione) (Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5<sup>a</sup> Commissione, l'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1989)» e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1989 e bilancio pluriennale per il triennio 1989-1991 - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1989 (tabella 19)», già approvati dalla Camera dei deputati.

NATALI. Signor Presidente, vorrei sottoporre all'attenzione dei colleghi una questione preliminare. A mio avviso, dopo la relazione del senatore Melotto è necessario una pausa dei lavori, perchè abbiamo ricevuto soltanto ieri i documenti sul bilancio e non ci è ancora pervenuto il disegno di legge recante disposizioni per il contenimento della spesa sanitaria, approvato nella serata di ieri dalla Camera dei deputati.

Pertanto, io non sono in grado di esprimere un parere sino a quando non avrò esaminato l'insieme di tali documenti; quindi chiedo che, dopo lo svolgimento della relazione da parte del senatore Melotto, i lavori della Commissione vengano aggiornati a martedì. In tal modo avremo il tempo sufficiente per esaminare a fondo i documenti e saremo in grado di valutare seriamente le complesse questioni che stanno dinanzi a noi; in caso contrario rischiamo di iniziare una discussione che potrebbe indurci a prendere decisioni non seriamente meditate.

IMBRÌACO. Il Gruppo comunista ritiene ineccepibile l'argomentazione con cui il senatore Natali propone il rinvio a martedì dei nostri lavori, dopo

aver ascoltato la relazione del senatore Melotto. Possiamo semplicemente aggiungere che la richiesta è fondata non solo perchè i documenti sono stati consegnati ieri pomeriggio, e quindi nessuno ha avuto la possibilità di leggerli, ma anche per una ragione politica. Noi riteniamo cioè che l'atto che ci accingiamo a compiere non possa essere considerato rituale o liturgico, nel senso che si va semplicemente a ratificare un provvedimento preso dall'altro ramo del Parlamento. Occorre lavorare in profondità nel merito delle questioni che il disegno di legge finanziaria solleva, anche perchè, dall'approvazione dell'altro ramo del Parlamento ad oggi, sono accaduti alcuni fatti politicamente importanti, direi di assoluto rilievo e mi riferisco alle dichiarazioni del Ministro della sanità che noi consideriamo una sorta di resa del Ministro stesso, una sorta di auto-dimissioni che egli ha inteso rappresentare, stante il suo fallimento, all'interno del Governo, nel portare avanti una politica di riforme e di risanamento del Servizio sanitario. Io ho inteso così le dichiarazioni che hanno sollevato in questi giorni un vespaio di polemiche. In questo quadro, va altresì valutata l'assenza del Ministro stesso dalla seduta di questa mattina.

Noi, dunque, non possiamo prescindere da queste questioni politiche e, quindi, ci allineiamo e concordiamo con la richiesta del senatore Natali di rinviare la discussione a martedì, dopo aver ascoltato la relazione del senatore Melotto.

**PRESIDENTE.** Onorevoli colleghi, questa mattina si tiene la Conferenza dei Presidenti dei Gruppi parlamentari, proprio al fine di decidere i tempi di esame dei documenti di bilancio da parte delle Commissioni di merito, della Commissione bilancio e dell'Assemblea. Pertanto, se il senatore Natali ha espresso questa opinione e se il senatore Imbriaco ne ha espresso una analoga, suppongo che i Presidenti dei Gruppi cui ciascuno di essi appartiene rappresenteranno questa esigenza all'interno della Conferenza.

La mia proposta allora è di ascoltare intanto la relazione del senatore Melotto e poi sospendere i lavori della Commissione in attesa di sapere quali decisioni verranno prese in sede di Conferenza dei Presidenti dei gruppi, per decidere sulla base di esse il da farsi.

**MARINUCCI MARIANI**, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Non entro nel merito della questione sollevata dal senatore Natali, anche perchè mi pare sia sostenuta da argomentazioni molto ragionevoli. Vorrei solo dire che il Ministro questa mattina è assente in quanto impegnato per la giornata mondiale per la lotta all'AIDS, ma nei prossimi giorni sarà sicuramente presente.

**PRESIDENTE.** Ringrazio il Sottosegretario per questa precisazione e prego il senatore Melotto di riferire alla Commissione sulla tabella 19 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge n. 1442.

**MELOTTO**, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. Signor Presidente riferisco anzitutto sul disegno di legge n. 1442, a proposito del quale debbo rilevare che le disposizioni in esso contenute, riferentesi al settore sanitario rientrano nel quadro di contenimento della spesa, operato con la manovra economica predisposta dal Governo che vuole attestare a 117.500 miliardi il disavanzo pubblico.

Pertanto, rispetto alla previsione effettuata nel giugno scorso per il 1989 si prevede un decremento di circa 5.000 miliardi nella determinazione della cifra destinata al Fondo sanitario nazionale.

Ricordo ai colleghi che siamo in seconda lettura e che essa quindi, realisticamente, pur senza voler rinunciare a nulla, ha spazi diversi dalla prima.

E vengo al merito delle questioni. Nell'articolato della finanziaria vi è oggi, dopo l'approvazione della nuova normativa sulla contabilità pubblica, un solo riferimento che riguarda la nostra stretta competenza ed è al comma 10 dell'articolo 2, concernente il rinnovo dei contratti del pubblico impiego, di cui fanno parte anche i contratti della Sanità. A tal fine, la spesa è stata integrata di 2.742 miliardi per il 1989 e di 4.570 miliardi a decorre dal 1990, e pertanto nello stanziamento per il 1989 tornano a rifluire 730 miliardi scorporati dai 1.000 miliardi che, in un primo tempo, erano stati destinati al Fondo sanitario nazionale per il rinnovo dei contratti e delle convenzioni.

Scorporati oggi i 730 miliardi, restano 270 miliardi, sempre sotto la voce relativa al fondo sanitario nazionale, destinati al rinnovo delle convenzioni. Questo per quanto riguarda l'articolato; infatti, al di là di questo, non abbiamo altri riscontri.

Troviamo invece riscontri nelle tabelle che accompagnano la «finanziaria». Nella tabella A, relativa agli importi da iscrivere in bilancio in relazione alle autorizzazioni di spesa recate da leggi pluriennali, con possibilità di una proroga oltre il triennio, troviamo esclusivamente il riferimento ad uno stanziamento di 4 miliardi, per ciascun anno 1989, 1990 e 1991, relativo al programma cooperativo italo-americano sulla terapia dei tumori.

Nella tabella B, relativa alle voci da includere nel Fondo speciale di parte corrente, che andranno a finanziare i provvedimenti di spesa corrente che si prevede di approvare in corso d'anno, vengono indicati, alle voci riguardanti il Ministero del tesoro, gli oneri connessi al ripiano dei disavanzi delle unità sanitarie locali per il 1987. Inizialmente la quota era stata fissata in 435 miliardi, a partire dal 1990; tutto questo si realizza attraverso l'assunzione di mutui dalla Cassa depositi e prestiti da parte delle Regioni. Tale stanziamento è stato elevato di 145 miliardi, portandolo quindi a 580 miliardi per ciascun anno 1990 e 1991. Si aggiungono poi accantonamenti per altri 860 miliardi, sempre negli anni 1990 e 1991, per sanare i disavanzi delle USL relativi all'anno in corso, cioè al 1988. Quindi, già si prevede, attraverso il preconsuntivo, lo sfondamento di quanto assegnato nel 1988, e già si prevede nella «finanziaria» di quest'anno, a cominciare dalla rata che maturerà nel 1990, la possibilità di chiudere il disavanzo stesso.

Alle voci riguardanti il Ministero di grazia e giustizia, sono previsti interventi, per i detenuti tossicodipendenti e per la prevenzione e cura dell'AIDS nelle carceri, di 15 miliardi per il 1989 e di 20 miliardi per ciascuno dei successivi due anni.

In riferimento al Ministero dell'interno troviamo la voce: «Integrazione delle autorizzazioni di spesa di cui al decreto-legge n. 103 del 1988 convertito, con modificazioni dalla legge n. 176 del 1988 in materia di prevenzione delle tossicodipendenze». Lo stanziamento già previsto per gli enti e le comunità terapeutiche per il recupero dei tossicodipendenti è stato sostanzialmente elevato a 30 miliardi per ciascuno degli anni 1989, 1990 e 1991.

Per quanto riguarda poi i settori direttamente afferenti alla competenza del Ministero della sanità, alcuni accantonamenti sono stati introdotti nel

corso del dibattito alla Camera, come quello relativo al censimento, al controllo e alla regolamentazione del campo delle nuove tecnologie riproduttive e nel campo della manipolazione genetica, per un ammontare di 2 miliardi per ciascuno degli anni dal 1989 al 1991. Nuovi accantonamenti sono anche quelli riguardanti le iniziative per favorire metodiche di sperimentazione senza impiego di animali e le norme per il riconoscimento dell'assistenza per le prestazioni omeopatiche e la disciplina dell'erboristeria; quest'ultimo è stato introdotto prefissando un finanziamento al fine di regolamentare, attraverso un provvedimento di legge *in itinere*, il settore.

Un altro accantonamento concerne l'avvio di forme di assistenza sanitaria indiretta, per la quale è previsto un ammontare di 4,5 10 e 10 miliardi per ciascuno degli anni 1989, 1990 e 1991, a titolo di sperimentazione. Anche in questo caso dovrà essere presentato un provvedimento legislativo.

Viene riconfermato lo stanziamento già previsto nella «finanziaria» 1988 relativo a norme per la raccolta, la preparazione e la distribuzione del sangue e degli emoderivati, quantificato, nella finanziaria 1989, in 20 miliardi per il 1989 e in 30 miliardi per l'anno 1990 e per l'anno 1991. Viene inoltre riconfermata l'indennità di rischio per i tecnici radiologici. Occorre rilevare che la relativa legge è stata approvata in data successiva alla presentazione del disegno di legge finanziaria, mi riferisco alla legge n. 460 del 27 ottobre 1988; la voce corrispondente non dovrebbe, pertanto, stare in questa rubrica, ma essendo, appunto, la legge successiva alla presentazione della «finanziaria», trova ancora qui un'indicazione, che sarà poi trasferita nel bilancio ordinario.

Quanto all'accantonamento per gli interventi per la lotta contro le sostanze stupefacenti e psicotrope (sotto «Amministrazioni diverse»), è da notare che l'iniziale quantificazione in 12, 13 e 20 miliardi per ciascun anno del triennio è stata aumentata nel corso del dibattito alla Camera dei deputati a 102, 113 e 120 miliardi per ciascuno degli anni dal 1989 al 1991. Questo è lo stanziamento preannunciato in sede di Consiglio dei Ministri ma che ancora non vede la luce.

Sempre al capitolo «Amministrazioni diverse», per quanto riguarda i provvedimenti in favore di portatori di *handicaps*, la Camera dovrebbe ormai essere alla vigilia dell'approvazione del provvedimento: «Norme quadro per l'integrazione sociale e per la tutela dei diritti dei cittadini handicappati», su cui vi è un largo consenso. Quindi si è già voluto prevedere un primo finanziamento di 20 miliardi per ciascun anno 1989, 1990 e 1991, a sostegno di questa legge.

Viene inoltre riconfermato lo stanziamento per la legge quadro sui trapianti e quantificato in 20, 30 e 30 miliardi per ciascuno degli anni 1989, 1990 e 1991. Pertanto, anche per questa legge non vi dovrebbero essere difficoltà.

Passando alla tabella D, relativa agli stanziamenti la cui quantificazione, per ogni anno, è demandata alla legge finanziaria, possiamo affrontare il discorso del Fondo sanitario nazionale che, al di là delle considerazioni svolte fin qui, è quello che più ci interessa. In relazione all'*iter* che ha portato all'attuale quantificazione, va rilevato che a giugno 1988 vi è stato un preconsuntivo; dopo l'approvazione del decreto-legge concernente disposizioni per il contenimento della spesa sanitaria, e dopo la revisione delle Regioni, tolti i trascinamenti che gravano sul bilancio 1988, è stato possibile



definire la stima per il 1989. Pertanto, si è partiti dal preconsuntivo che avrebbe dovuto attestarsi sulla cifra di 61.155 per arrivare ad una previsione di 64.485 miliardi. Dopo il ricalcolo, effettuato successivamente a quei provvedimenti, il preconsuntivo scendeva a 59.138 miliardi, con l'aggiunta di 1.442 miliardi relativi alle cosiddette «code» gravanti sul 1988 (per il personale, per la convenzionata, eccetera), relative però ad anni precedenti, per attestarsi su un totale di 60.580 miliardi.

La stima quindi, basata su questa revisione, per il 1989 era di 62.030 miliardi e su di essa si è fatta la proiezione fino al 1990. Pertanto, sottraendo ai 62.030 miliardi di stima i 2.530 miliardi di economie previste, su cui mi soffermerò in seguito, si ha un totale di 59.500 miliardi cui vanno detratti gli stanziamenti occorrenti per i contratti ed aggiunti 200 miliardi per l'avvio del Piano sanitario nazionale, il che fa attestare la previsione per il Fondo sanitario nazionale di parte corrente sui 58.870 miliardi per il 1989, che salgono a 60.950 per il 1990 e a 63.450 per il 1991.

Nel dettaglio, per quanto riguarda la spesa prevista per il personale, che superava i 21.000 miliardi già nel consuntivo per il 1988, è previsto un aumento di circa 1.000 miliardi dovuto all'assunzione di 7.500 nuovi dipendenti (necessario per rispettare i nuovi *standards* di assistenza ospedaliera), al previsto maggior ricorso allo straordinario causato dalla riduzione dell'orario di lavoro settimanale, alla contingenza e alla progressione in carriera di tutto il personale.

La spesa per beni e servizi invece dovrebbe realizzare risparmi per 312 miliardi, il che farebbe attestare l'incremento al 4 per cento, obiettivo raggiungibile - si dice da parte del Ministero - con l'istituzione, di cui al relativo provvedimento dell'Ispettorato amministrativo.

Per quanto riguarda la medicina generale si prevede una riduzione di spesa di 20 miliardi; infatti, essendo ancora valida l'abolizione delle prestazioni *extra*, va considerato soltanto l'aumento dovuto alla contingenza. Anche per quanto riguarda la spesa farmaceutica si prevede un decremento di 1.500 miliardi, il che farebbe attestare la spesa complessiva per il 1989 a 9.900 miliardi. A questo riguardo la manovra dovrebbe essere impostata nel seguente modo: riduzione di spesa di 400 miliardi per minori consumi, dovuti agli effetti del decreto-legge n. 307, di cui ci siamo occupati un mese fa; di 300 miliardi per la revisione del prontuario a seguito della fuoriuscita di ulteriori medicinali; di 250 miliardi per l'introduzione della lettura ottica delle ricette che inizierà nel secondo semestre del 1989 e che dovrebbe, attraverso un maggior controllo, portare ad una riduzione della spesa del 5 per cento; di 125 miliardi per la manovra di revisione delle esenzioni; di 200 miliardi per la riduzione del numero delle confezioni farmaceutiche e di 1.910 miliardi per introiti derivanti dall'introduzione dei *tickets*; il tutto per un totale - come dicevo prima - di 9.900 miliardi di spesa farmaceutica complessiva.

Per la medicina ospedaliera convenzionata la spesa complessiva dovrebbe attestarsi a 6.125 miliardi, mentre per quella specialistica a 4.835 miliardi, con una riduzione di 595 miliardi rispetto alle previsioni del luglio scorso da realizzarsi interamente sulla voce del convenzionamento esterno, per il quale è prevista una specifica manovra consistente nel finanziare la relativa voce con una somma pari al corrispondente importo stabilito nel 1986, con l'aggiunta degli aumenti delle tariffe convenzionali e con un ulteriore aumento del 10 per cento.

È prevista poi l'ulteriore riduzione, che merita di essere sottolineata, per quanto riguarda le attività vincolate; è stato ripetuto più volte dal Ministro l'ammontare dei residui su questa voce, per cui dagli 890 miliardi previsti in luglio si passa, per il 1989, a 800 miliardi. Pertanto, come ho già rilevato, sulla stima iniziale, che era di 62.030 miliardi, in tutto il settore si realizza un risparmio complessivo di 2.530 miliardi, per un ammontare globale del Fondo di 59.500 miliardi.

Si dice che la spesa per gli investimenti delle USL sia ancora caratterizzata, secondo la relazione generale sulla situazione economica del Paese nel 1987, da un elevato grado di vischiosità.

A fine 1987, i residui hanno raggiunto i 2.637 miliardi (solo nel 1985 erano di 686 miliardi) così distribuiti: negli anni 1985 e precedenti 191 miliardi circa, nel 1986 795 miliardi, nel 1987 1.650 miliardi circa, per un totale, quindi, di 2.637 miliardi. La cifra pertanto evidenzia il permanere di un notevole grado di vischiosità per quanto riguarda i pochi stanziamenti in conto capitale.

Anche l'attività del Comitato interministeriale di verifica porta ad un fisiologico prolungamento dei tempi; con tutti i vari progetti, che si aggiungono e si sovrappongono, la vischiosità aumenta e quindi tutti gli stanziamenti, prima di essere tradotti in opere di innovazione o di ristrutturazione, subiscono notevoli ritardi.

Secondo la ripartizione effettuata dal CIPE dello stanziamento per spese in conto capitale per il 1987, sono stati destinati 604 miliardi circa alle manutenzioni, 606 miliardi circa alle innovazioni, 420 alle trasformazioni, 33 agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, da un totale di 1.680 miliardi. Questa, a grandi linee, è la distribuzione effettuata tra varie voci.

La spesa per il 1988 è rimasta pari alla previsione iniziale di 1.800 miliardi, anche dopo l'assestamento del bilancio, sempre fermo restando il discorso dei 30.000 miliardi, che esula da questo, proseguendo ormai come piano di investimenti che, non trovando liquidità immediata, fa ricorso al mutuo della Cassa depositi e prestiti, per cui in bilancio già troviamo la rata di 330 miliardi per il triennio.

Secondo la previsione per il 1989, il Fondo viene quantificato in 1.917 miliardi, dai 1.800 prima previsti; quindi, lo stanziamento per le spese in conto capitale segue una progressione di aumento che procede all'incirca con il tasso di inflazione previsto.

Sarebbe determinante individuare il momento giusto per mettere un freno a tale progressione di spesa per innovazioni, per ristrutturazioni, che riteniamo urgenti, ma che poi invece non vediamo realizzate e, tutto sommato, vediamo che l'accumulo del residuo è sempre più accentuato.

Prima di avviarmi alla conclusione, vorrei svolgere alcune considerazioni sulle tante cose dette in questi giorni. Dal 1980, che possiamo definire l'anno di entrata in funzione del Servizio sanitario nazionale, il complesso delle contribuzioni è passato da 13.402 miliardi a 39.256 nel 1988, con un aumento, quindi, in termini reali del 38,37 per cento.

La spesa sanitaria complessiva, nello stesso periodo, passa dai 39.021 miliardi del 1980 a 60.588 del 1988; però con un aumento in termini reali del 55,27 per cento.

Un altro aspetto da considerare, di cui si è discusso a lungo in questi giorni, riguarda il confronto tra i dati relativi alla sanità pubblica e quelli relativi alla sanità privata. Anzitutto vi è da rilevare la «rozzezza» - se mi è

consentito l'uso di questo termine - di tale confronto poichè un confronto è possibile quando i dati sono omogenei non quando sono disomogenei o in contraddizione. Infatti è difficile fare un confronto tra un ospedale polispecialistico, da una parte, che ha il pronto soccorso, il reparto di cardiocirurgia, il reparto di neurochirurgia, il reparto per i trapianti, e via dicendo, e un ospedaletto o la casa di cura di base, che ha a malapena le quattro divisioni di base. Per poter effettuare un confronto bisognerebbe avere dati omogenei - lo ribadisco -, scorporando le varie voci.

Comunque, il quadro della situazione è il seguente: nel 1987 si sono avuti 78.827.464 giorni di degenza negli ospedali a gestione diretta delle USL, con 7.743.739 ricoveri; la degenza media è stata, quindi, di 10,2 giorni (e questo mi sembra un dato estremamente importante), con un costo medio giornaliero di 291.912 lire e un costo per ricovero di 2.997.502 lire.

Per quanto riguarda le cliniche e i policlinici bisogna rilevare che sono considerati soltanto alcune regioni, cioè l'Emilia-Romagna, il Lazio, la Campania, la Sicilia e la Sardegna; ad esempio, nella mia regione, per quanto riguarda le province di Padova e Verona, le cliniche e i policlinici sono inglobati nella voce relativa agli ospedali gestiti direttamente dalle USL. Riferisco, comunque, i dati relativi: sotto questa voce nel 1987 si registrano 413.000 ricoveri circa, 4.189.940 giorni di degenza, 10,1 giorni di degenza medica e un costo medio per giornata di degenza di 301.837 lire, quindi praticamente si è vicini alla media che si registra per gli ospedali pubblici.

Quanto agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati, si registrano 292.266 ricoveri, 2.960.634 giorni di degenza, una degenza media di 10,1 giorni, un costo giornaliero per degenza di 311.802 lire e un costo per ricovero di 3.149.000 lire circa.

Per gli ospedali di proprietà ecclesiastica si registrano 268.000 ricoveri circa, 3.379.869 giorni di degenza, una degenza media di 12,6 giorni, con un costo giornaliero per degenza di 276.334 lire e per ricovero di 3.481.000 lire circa.

Per quanto riguarda le case di cura private ed altri istituti, i ricoveri sono 1.070.000, la degenza media è di 19,2 giorni ed il costo giornaliero di 121.000 lire. Va detto che a questo riguardo influiscono molto le case di cura psichiatriche che hanno degenze lunghe. In ogni caso, il costo giornaliero della degenza negli ospedali pubblici è un dato parzialmente significativo perchè, all'interno delle 291.000 lire di media, si passa dalle 405.000 lire giornaliere della Campania alle 233.000 della Toscana ed alle 243.000 del Veneto. Una tale flessibilità meriterebbe di essere considerata con maggiore attenzione. Lo stesso discorso vale anche per i policlinici, se pensiamo che, all'interno del costo medio giornaliero di 301.000 lire, si passa dalle 349.000 lire in Emilia Romagna alle 105.000 lire in Sardegna; il che mi sembra evidenzia disomogeneità difficilmente giustificabili. Gli stessi istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se in questa definizione ve ne sono alcuni che appartengono al settore ospedaliero ed altri che rientrerebbero meglio nel settore assistenziale, presentano notevoli disomogeneità. Anche qui infatti, all'interno delle 311.000 lire di media si passa dalle 570.000 lire alle 169.000 lire e quindi anche in questo caso il discorso andrebbe approfondito.

Infine, vi è il dato relativo alle case di cura private in merito alle quali il costo medio giornaliero della degenza risulta essere di 121.000 lire, come ho

già detto, ma anche qui si va dalle 213.000 lire al giorno del Molise alle 75.000 lire della Basilicata.

Dunque gli scarti sono enormi, per cui il dato relativo alla media non è significativo e per poter fare un vero confronto occorrerebbe scorporare da esso le singole voci e procedere ad un raffronto solo fra situazioni omogenee.

Io ritengo di concludere a questo punto la relazione sul disegno di legge finanziaria, per consentire un momento di riflessione prima di prendere le relative decisioni, per le quali, però ricordo ancora ai colleghi che siamo in seconda lettura e che quindi non ci sono concessi grandi spazi. Siamo tutti al corrente dello sforzo che si sta facendo oggi per imbrigliare la spesa, sforzo al quale è legata strettamente la legge di contenimento approvata ieri sera dalla Camera come parte integrante della manovra del Governo. Se nel 1989 riusciremo a pervenire alla riforma del sistema sanitario, forse potremmo avere dal nostro lavoro qualche soddisfazione.

AZZARETTI. Vorrei chiedere, per capire meglio, una precisazione al senatore Melotto. In sostanza, qual è la spesa complessiva per il Fondo sanitario nazionale sostenuta quest'anno?

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. La previsione di spesa relativa al fondo sanitario nazionale per l'anno in corso è attualmente di 58.178 miliardi, su cui gravano però 1.442 miliardi derivanti da spese relative ad anni precedenti, a fronte di una previsione iniziale di 52.650 miliardi nella «finanziaria» per il 1988.

AZZARETTI. Vorrei far rilevare, perchè rimanga come memoria storica, che la previsione per il 1988 è stata voluta dal Governo - ognuno deve assumersi le proprie responsabilità - in 52.650 miliardi, pur avendo noi sostenuto che era assolutamente sottostimata e che come conseguenza avrebbe portato ad un aumento di oneri per l'Erario, in quanto per ripianare i *deficit* maturati puntualmente, è necessario ogni anno contrarre mutui, il cui interesse si aggira intorno al 9 per cento. Ora da 52.650 miliardi siamo passati presumibilmente a 58.870 miliardi per il 1989. Non ci vuole molta fantasia - peraltro sono assolutamente incompetente a fare i conti - per capire che anche questo stanziamento è del tutto insufficiente.

Non vorrei che ci trovassimo di fronte anche al ripiano del debito dell'anno prossimo. Si continua a non voler capire che, riducendo la previsione di spesa effettiva, si finisce poi per spendere di più, e ne spiegherò le ragioni.

IMBRÌACO. Vorrei che si precisasse la previsione effettiva del Governo per il 1989. non in dato attestato dopo i danni, per così dire. Ci servono più di 62.000 miliardi, però mi pare che si arrivi a circa 59.000.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. La previsione certa della «finanziaria» è di 59.600 miliardi, di cui 730 previsti all'articolo 2, comma 10, per il rinnovo contrattuale. Ma, ripeto, la previsione complessiva è di 59.600 miliardi.

IMBRÌACO. Allora vorrei sapere quale è l'onere complessivo che noi scarichiamo sui cittadini per finanziare, attraverso i *tickets* sui medicinali, il

Servizio sanitario nazionale per le voci che superano la previsione complessiva. Quanto pagherà di tasca propria il cittadino rispetto ad un fabbisogno presunto per colmare il divario esistente tra i 59.000 miliardi e quello che il Governo stesso prevede occorra?

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. Complessivamente il risparmio preventivo è di 2.538 miliardi, di cui 312 riguardano le spese per beni e servizi (con un aumento del 4 per cento rispetto all'anno scorso), circa 1.500 la spesa farmaceutica (una parte è relativa ai *tickets*, ma una parte è relativa alla riduzione del prontuario farmaceutico, al blocco dei prezzi, e via dicendo, non sono quindi scaricati tutti sul cittadino) e, infine, 595 miliardi riguardano la medicina specialistica, secondo un limite che non può essere superato.

In conclusione, 2.538 miliardi rappresentano il risparmio complessivo derivante dalla manovra di politica sanitaria operata dalla «finanziaria».

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Melotto per quanto sin qui esposto e lo invito a svolgere la sua esposizione sullo stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno 1989, tabella 19.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. Non ritengo necessario dilungarmi molto sulla tabella 19, per la quale sarebbe comunque opportuno fare in premessa una considerazione che di solito viene svolta alla fine.

Discutiamo di troppe questioni da troppi anni, ma in particolare ve ne sono due che ritualmente ripetiamo alla chiusura di ogni dibattito: anzitutto, mi riferisco alla riforma ormai urgentissima del Ministero della sanità, senza la quale dubito molto dell'efficacia dei provvedimenti che ci accingiamo ad approvare. Questo, a mio avviso, è il primo punto da tenere presente. Infatti, per avviare un servizio efficiente, in presenza di zone disomogenee, è necessario un volano centrale. Non si possono scaricare ogni volta le proprie responsabilità dicendo che non è possibile forzare le competenze delle Regioni o delle USL. Siffatte dichiarazioni rischiano di diventare pietose finzioni.

La seconda questione riguarda la necessità di arrivare ad una ridefinizione normativa della situazione della Croce rossa italiana, attraverso la sollecita approvazione di un nuovo statuto.

Riguardo a questo secondo punto ricordo anche la nostra recente visita a Ginevra, presente il sottosegretario Marinucci Mariani. È necessario porre mano a tale ridefinizione, anche perchè ormai sono passati nove anni da quanto si è iniziato a parlarne.

RANALLI. Il sottosegretario Garavaglia aveva assunto un impegno in tal senso.

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Parlamento aveva assunto l'impegno di presentare una soluzione legislativa.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. Volete che la riforma della Croce rossa italiana sia di iniziativa parlamentare?

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Ripeto, che era stata preannunciata dal Parlamento la presentazione di una iniziativa al riguardo.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. A questo punto, mi sembra di capire che il problema viene rimandato al Parlamento. Torneremo sulla questione.

Per quanto specificatamente attiene alla tabella 19, le previsioni approvate lo scorso anno per il 1988 ammontavano a circa 849 miliardi, di cui 830 per spese correnti e 19 per spese in conto capitale; in sede di assestamento, si è arrivati a 950 miliardi circa, di cui 926 per spese correnti e 24 per spese in conto capitale.

Per il 1989 si prevede una riduzione complessiva, rispetto alle previsioni assestate per il 1988, di 26 miliardi circa, di cui 21 per le spese correnti e 4,97 per spese in conto capitale. Quindi, nella manovra di contenimento della spesa pubblica, il Ministero, almeno nella voce previsionale, non prevede un aumento ma una diminuzione. Mi limito alla previsione perchè poi nel corso dell'anno vi sono sempre assestamenti che indubbiamente comportano aggiornamenti.

Tralasciando le voci minori, i 905 miliardi riguardanti le spese correnti sono così distribuiti: 198 miliardi circa riguardano la spesa per il personale, 235 miliardi circa riguardano i trasferimenti e 469 miliardi circa la spesa per beni e servizi. Queste sono le tre voci che costituiscono sostanzialmente il bilancio del Ministero della sanità.

A proposito del personale faccio rilevare che la consistenza numerica del personale del Ministero della sanità di ben 5.064 dipendenti, configura un'azienda certamente notevole.

Citando altre voci importanti, risulta uno stanziamento di 3 miliardi e 350 milioni per le spese per informazione sanitaria. Per le spese di educazione e di formazione sanitaria collegata alle iniziative anti-doping sono indicati altri 3 miliardi. Inoltre per l'attuazione dei programmi e degli interventi contro l'AIDS lo stanziamento di 100 miliardi è trasferito dall'Istituto superiore della sanità alla gestione diretta del Ministero, nei capitoli riguardanti la medicina sociale. Le spese per la realizzazione del tirocinio dei medici, di cui al decreto relativo, ammontano a 7 miliardi e 700 milioni. Per l'organizzazione ed il funzionamento del servizio per l'emergenza sanitaria si prevedono 5 miliardi; su questa nuova voce vorrei chiedere spiegazioni al sottosegretario.

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Si tratta di un servizio che deve essere ancora istituito.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. Sono previsti 204 miliardi per il rimborso di spese di assistenza degli italiani all'estero e degli stranieri in Italia e del personale navigante, che costituiscono le tre voci attraverso le quali la direzione generale per l'attuazione dei servizi sanitari del Ministero provvede a corrispondere le somme necessarie. Abbiamo poi una spesa per il potenziamento del sistema informativo sanitario prevista in 65 miliardi, oggi ridotta nella legge finanziaria a 50 miliardi per anno nel triennio.

IMBRIACO. Quale è l'importo dei residui passivi afferenti allo stesso capitolo?

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. In pratica nella tabella 19, al capitolo 4201, risultano circa 63 miliardi di residui passivi.

Si prevedono per la ricerca scientifica e tecnologica 17 miliardi per il funzionamento dell'Istituto superiore di sanità e 7 miliardi e mezzo per l'ISPESL.

Per i trasferimenti sono previsti 34 miliardi per la Croce rossa, 15 miliardi per l'Organizzazione mondiale della sanità, 175 miliardi per gli asili nido. In conto capitale 19,5 miliardi, 10 miliardi e mezzo riservati per la ricerca scientifica e tecnologica e 5 per la radioattività.

La consistenza dei residui passivi presunti al 1° gennaio 1989 è valutata in 146,872 milioni per la parte corrente e 29,932 in conto capitale. Guardando la tabella interessata, si può considerare che vi è un *trend* che diminuisce da qualche anno nei residui passivi. Ad esempio, dal 1° gennaio 1988 al 1° gennaio 1989 si passa nella parte corrente da 223 a 116 miliardi e nella parte in conto capitale da 44 a 29 miliardi. Dunque, è lento il processo dell'attestazione della spesa in conto capitale. Come ho già detto, ben 63 miliardi del totale dei residui passivi corrispondono al residuo del sistema informativo.

Le variazioni maggiori tra il 1988 e il 1989 riguardano il discorso della medicina sociale relativamente a 100 miliardi. Però, questo è solo un passaggio dall'Istituto superiore della sanità al Ministero. La Croce Rossa passa da 32 miliardi a 33 nel 1989, mentre il Fondo integrativo per gli asili nido (capitolo 2600) passa da 197 miliardi nel 1988 a 175 nel 1989, con una diminuzione di circa 22 miliardi.

Un'altra modesta variazione riguarda l'Istituto superiore della sanità che da 52 miliardi scende a circa 40 e l'ISPESL da 63 a 59 miliardi, pur trattandosi di un processo che riguarda il personale. I concorsi sono in *itinere* e vi è, dunque, personale mancante. Anzichè tener fermo il discorso della competenza, si è cercato di operare diminuzioni per attestare la corrispondenza della competenza al consuntivo presunto che si porta al nostro esame.

Queste le poste di maggior entità da osservare nella tabella. Rispetto a quanto ho detto in premessa, credo che oggi sia urgente concludere le riforme lasciate nell'incertezza, come quella della Croce rossa, e portare a termine il lungo *iter* iniziato per ridare funzionalità e garanzie al Servizio che residuerà dopo le riforme.

PRESIDENTE. Ringrazio il relatore per la sua relazione e propongo di sospendere brevemente i lavori per poter decidere sul loro svolgimento nei prossimi giorni.

*I lavori vengono sospesi alle ore 11,15 e sono ripresi alle ore 11,50.*

PRESIDENTE. Poichè la Conferenza dei Capigruppo ha stabilito che le Commissioni di merito dovranno concludere l'esame dei documenti di bilancio entro martedì 6 dicembre alle ore 13, dobbiamo organizzare i nostri lavori in modo serrato. Pertanto, avendo ascoltato stamane la relazione del

senatore Melotto, rinviando a questo pomeriggio, alle ore 16, la discussione generale e la presentazione di eventuali ordini del giorno ed emendamenti. Concluderemo, poi, i nostri lavori il prossimo martedì mattina, dopo aver ascoltato l'intervento del senatore Natali, il quale ha chiesto qualche giorno per maggiori approfondimenti, e dopo le repliche del relatore e del Ministro.

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Prima del rinvio dei lavori, vorrei precisare che la cifra di 5.064 unità fornita dal relatore Melotto in merito ai dipendenti del Ministero della sanità è comprensiva dei dipendenti dell'ISPESL e dell'Istituto superiore di sanità. I dipendenti del Ministero della sanità in senso stretto sono 2.247.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare e non facendosi osservazioni rinvio il seguito dell'esame alla seduta pomeridiana.

*I lavori terminano alle ore 12,05.*

---

**GIOVEDÌ 1° DICEMBRE 1988**  
**(Pomeridiana)**

**Presidenza**  
**del Presidente ZITO**  
**indi**  
**del Vice Presidente MELOTTO**

*I lavori hanno inizio alle ore 16,15.*

**Presidenza**  
**del Presidente ZITO**

«**Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1989)**» (1442), approvato dalla Camera dei deputati

«**Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1989 e bilancio pluriennale per il triennio 1989-1991 (1443)**», approvato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1989 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5<sup>a</sup> Commissione) (Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5<sup>a</sup> Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1989)» e «Bilancio di previsione



dello Stato per l'anno finanziario 1989 e bilancio pluriennale per il triennio 1989-1991 - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1989 (tabella 19)», già approvati dalla Camera dei deputati.

Riprendiamo l'esame della tabella 19 sospeso nella seduta antimeridiana.

Comunico alla Commissione che il nuovo Regolamento del Senato è già entrato in vigore. Questo significa che la durata degli interventi dei senatori nella discussione generale dei provvedimenti non può eccedere i 20 minuti. Ovviamente tale disposizione riguarda i membri della Commissione, il relatore ed il rappresentante del Governo. Il Presidente della Commissione, apprezzate le circostanze, può concedere un tempo più ampio per gli interventi.

Fatta questa precisazione, dichiaro aperta la discussione generale.

CONDORELLI. Debbo fare anzitutto alcune considerazioni di carattere generale per quanto riguarda l'esame dei documenti finanziari. Infatti i documenti che contengono la manovra economica del Governo vengono esaminati alternativamente di anno in anno in prima lettura da uno dei due rami del Parlamento. Indubbiamente il ramo del Parlamento che li esamina in seconda lettura è penalizzato poichè i tempi a sua disposizione sono estremamente ristretti. Quest'anno tale destino è toccato al Senato.

Perciò noi non abbiamo la possibilità di affrontare fino in fondo i problemi. Stamattina molti colleghi hanno avanzato rimostranze giustificate a tale proposito. Soprattutto debbo lamentare che, esaminando tali documenti in seconda lettura, non abbiamo concretamente la possibilità di apportare modifiche sostanziali al loro testo. Tutto ciò è veramente frustrante, in particolare - mi consentano i colleghi dell'opposizione di fare questa precisazione - per i membri della maggioranza. Infatti, proprio perchè apparteniamo alla maggioranza, noi ci troviamo nell'impossibilità di proporre emendamenti.

Voglio ripetere una proposta già avanzata in altre occasioni: a mio parere i documenti contenenti la manovra economica del Governo dovrebbero essere esaminati in primavera da uno dei due rami del Parlamento, che dovrebbe provvedere alla loro approvazione entro l'esate. In questo modo l'altro ramo del Parlamento potrebbe svolgere con calma il suo lavoro, poichè non dovrebbe affrontare il pericolo di ricorrere all'esercizio provvisorio. Ho fatto tutte queste precisazioni proprio perchè sono un convinto sostenitore del bicameralismo e perchè ritengo che nei confronti dell'esame del bilancio il bicameralismo non si esprima nel modo migliore.

Debbo comunque ringraziare il senatore Melotto per la sua relazione lucida e precisa e - come per ogni suo intervento - estremamente competente. Egli ha reso possibile, in questo brevissimo lasso di tempo a nostra disposizione, la comprensione dei meccanismi che sono alla base della manovra finanziaria per il comparto della Sanità. Debbo inoltre ringraziare il Presidente per l'organizzazione data ai nostri lavori.

Entrando nel merito della questione, debbo fare alcune considerazioni. Anzitutto per quanto riguarda il Fondo sanitario nazionale gli stanziamenti previsti si allontanano sempre meno dal suo reale fabbisogno. Al contrario di quanto accadeva negli scorsi anni, ultimamente lo sfondamento dei tetti previsti è stato estremamente limitato. Ovviamente ciò deve considerarsi un

dato positivo, forse attribuibile al miglioramento del funzionamento del Ministero della sanità, in particolare dell'ufficio di programmazione del Servizio. Comunque sussistono ancora alcune discrepanze.

In linea generale debbo ricordare che anche il comparto sanitario rientra nella manovra complessiva di risparmio adottata dal Governo. A mio parere tale manovra è dolorosissima poichè ha conseguenze pesanti per il Mezzogiorno, e più in generale per i malati, cioè per i soggetti più deboli. Infatti dei circa 25.000 miliardi che si prevede di risparmiare, ben 16.500 riguardano direttamente il Mezzogiorno poichè tali stanziamenti vengono ridotti proprio per la legge n. 64 del 1986. Purtroppo, proprio a causa dell'incapacità degli enti locali a spendere, abbiamo alcune migliaia di miliardi di residui passivi. Tali residui sono stati recuperati, forse senza tenere nel dovuto conto che tali stanziamenti erano destinati alla ricostruzione delle zone terremotate della Campania.

Inoltre, come ho già detto, la manovra sulla spesa sanitaria ha purtroppo interessato anche la categoria dei malati, cioè quella che dovrebbe essere maggiormente protetta. Debbo fare subito alcune considerazioni sul problema dei *tickets*. Il principio ispiratore di questa manovra considera l'assistito come un partecipante alle spese sanitarie, escludendo la categoria dei meno abbienti. Su questo punto mi dichiaro d'accordo, ma non posso accettare la tesi di coloro che sostengono che in tale modo il cittadino è indotto a consumare meno farmaci. Ritengo anzi che questa idea sia semplicemente perversa: il medico di fiducia prescrive all'assistito alcuni farmaci e niente deve ostacolare l'assunzione di questi. In ipotesi, perciò, è il medico che sbaglia nel prescrivere determinati farmaci. Debbo però subito precisare che anche quest'ultima ipotesi mi sembra poco credibile.

È necessario quindi individuare meccanismi diversi per incidere sulla spesa farmaceutica. Tali meccanismi devono in primo luogo tendere a realizzare una politica della cultura del farmaco, interessando sia il medico che l'assistito. Seguendo questa strada sarà possibile fare qualcosa.

Bisogna, comunque, evitare le situazioni non trasparenti. Ad esempio, è indispensabile evitare che lo stesso prodotto farmaceutico possa essere venduto da industrie diverse. Tale ipotesi, infatti, instaurerebbe un regime di concorrenza che potrebbe far degenerare la propaganda farmaceutica, creando oltretutto incentivi non limpidi per i medici che devono prescrivere il farmaco.

Allo stesso modo è necessario tutelare adeguatamente la brevettabilità dei prodotti, in modo che l'industria che scopre un nuovo farmaco usufruisca di tutti i benefici derivanti dalla scoperta. Non possiamo permettere che il brevetto sia copiato ed il prodotto sia conseguentemente immesso sul mercato. In sintesi, dobbiamo trasformare l'industria farmaceutica italiana da industria di *marketing* ad industria di ricerca. Certamente non è possibile compiere questa trasformazione in tempi brevi, anche perchè l'industria farmaceutica occupa circa 60.000 persone. È dunque necessario procedere gradatamente alla trasformazione indispensabile per lo sviluppo delle ricerche biomediche, dei centri di ricerca e delle università. Solo in questo modo il nostro Paese potrà finalmente diventare un interlocutore valido a livello internazionale ed abbandonare il ruolo di semplice importatore di farmaci.

Il problema è molto grave; a mio parere è necessario cambiare indirizzo poichè, in vista del 1992, dovremo fare i conti con le multinazionali

farmaceutiche che sono particolarmente agguerrite. L'Italia deve recitare la sua parte nei programmi futuri. I ricercatori italiani devono svolgere il loro ruolo; il nostro Paese non deve essere, tra tutti, la «Cenerentola», l'ultimo anello che acquista il prodotto e lo vende ai suoi cittadini.

Per quanto riguarda i medici, vorrei insistere ancora una volta sul seguente concetto: il rapporto tra il medico e l'assistito è particolare, e porta ad un incremento della spesa perchè, con il sistema della quota capitaria, il medico è succube, per così dire, del suo assistito. Infatti, se il medico non prescrive tutto quello che l'assistito richiede, corre il rischio di perderlo e di perdere la quota capitaria. Occorre, pertanto trovare un sistema diverso ed organizzare i medici da un punto di vista gerarchico: creando la figura del «Capo medico» ogni 100-200 medici, una figura con compiti di organizzazione. Il medico, infatti, deve svolgere opera di prevenzione e di informazione oltre che di terapia. Tutto ciò è necessario affinché la medicina venga applicata in modo ottimale sul territorio, anche al fine di ottenere, inoltre, una riduzione dei ricoveri. La gente pensa e sa che negli ospedali trova maggiore professionalità; per tale ragione, quindi, è indotta a ricorrere al ricovero ospedaliero. Pertanto, un miglioramento dell'organizzazione periferica generale sarebbe importante per cambiare impressioni tanto radicate.

Inoltre, non possiamo abbandonare i medici a loro stessi, in assenza di strutture che provvedano all'aggiornamento della loro formazione. Tutti sappiamo che le nozioni scientifiche cambiano rapidamente (prima si diceva ogni cinque anni, ora ogni due anni). È necessario quindi un aggiornamento professionale continuo, prevedendo anche meccanismi che vincolino il medico a tale aggiornamento. Per ottenere ciò non dobbiamo inventare sistemi nuovi; basta copiare quelli già previsti in altri Paesi.

Ritengo che da tutto questo potrà venire qualcosa di importante e soprattutto potremo costituire un limpido rapporto etico tra medico e assistito, che non solo esalterà e renderà più nobile la professione, ma si trasformerà anche in un risparmio economico.

Vorrei fare alcune osservazioni sulla tabella B del disegno di legge finanziaria. In particolare, mi riferisco alla voce relativa ad iniziative volte a favorire metodiche di sperimentazione senza impiego di animali. Questo è forse un campo che va lasciato all'iniziativa personale. Certamente è necessaria una legge per la sperimentazione sugli animali; ma è prematuro fare stanziamenti quando i disegni di legge presentati alla Camera non sono stati ancora esaminati. Il problema da risolvere è del resto, delicato. Siamo attenti, onorevoli colleghi, perchè piano piano la sperimentazione finirà per essere fatta sull'uomo; la mia non è una battuta. Attualmente un fenomeno simile potrebbe avvenire senza possibilità di controlli da parte di medici o magistrati. Comunque, dobbiamo rivolgere a noi stessi alcune domande e, di conseguenza operare una scelta. Se non vogliamo stare bene allora rifiutiamo la sperimentazione sugli animali. Siamo di fronte ad una necessità che, è vero, deve essere disciplinata, ma non dobbiamo dimenticare che il problema va affrontato in termini realistici.

Un altro punto su cui devo dichiarare la mia forte perplessità riguarda lo stanziamento di 14 miliardi pervisto per la normativa concernente il riconoscimento per le prestazioni omeopatiche e le discipline dell'erboristeria. Confesso, la mia assoluta mancanza di conoscenze in questo campo, ma ricordo che quando siamo andati a cercare stanziamenti per i trapianti tutti ci chiudevano le porte in faccia. Ieri, ad esempio, ho avuto il dispiacere di

constatare che sono stati espunti gli stanziamenti per la stazione geologica di Napoli nonostante che la «finanziaria» del 1988 avesse già provveduto a mettere in bilancio 13 miliardi. Troviamo quindi i soldi per la medicina omeopatica, mentre risparmiamo per l'unico centro di ricerca geologica che abbiamo nel Sud, una delle poche strutture che veramente onora l'Italia nel mondo? Ripeto, sono perplesso.

Mi fa piacere leggere i dati riguardanti i trapianti, però vorrei osservare che abbiamo previsto una somma forse eccessiva, 80 miliardi, per il triennio 1989-1991 per i centri di riferimento. Mi sono infatti informato e il direttore del centro del Nord Italia mi ha detto che il centro spende solo un miliardo all'anno. L'impianto di un nuovo centro - ne è stato previsto uno al Sud - può costare al massimo 4-5 miliardi. Dobbiamo quindi prevedere un meccanismo per indirizzare meglio gli stanziamenti sui trapianti, sollecitando anche l'adozione di altre iniziative, come ad esempio quella per borse di studio.

Certo, il problema fondamentale rimane quello di vedere poi come verranno spesi gli stanziamenti destinati al Fondo sanitario; sarà importante verificare come sarà attuato il Piano sanitario nazionale, dal quale dipende la vera politica del Ministero della sanità.

Le critiche che facciamo al Ministero sono tante, ma dobbiamo anche riconoscere, senza voler trovare giustificazioni, che con il meccanismo attuale il potere del Ministero è molto limitato. Il Piano sanitario nazionale sarà, pertanto, uno strumento assai importante per verificare la capacità di intervento del Ministero della sanità.

Oggi abbiamo soltanto uno schema di struttura del Piano sanitario nazionale, un elenco delle varie voci introdotte, molto interessanti peraltro. Speriamo quindi che l'attuazione di tale Piano possa essere piena. Noi certamente abbiamo lavorato molto per questo. Comunque, l'augurio più importante che formulo è che il Piano sanitario nazionale sia orientato in senso meridionalista, dal momento che attualmente il divario tra il Nord e il Sud è enorme. La situazione è drammatica soprattutto negli ospedali del Mezzogiorno, dove più gravemente si avverte il problema della qualità della vita, anche se i medici fanno quello che possono. Dobbiamo, infatti, riconoscere che anche negli ospedali del Mezzogiorno, soprattutto nei grandi ospedali, i medici sono bravi e si dedicano con passione, facendo sacrifici, alla loro professione.

La medicina, però, non può essere considerata soltanto dal punto di vista tecnico dei farmaci e degli interventi. Esiste una componente psicologica fondamentale nella medicina che dipende dalle condizioni igieniche, dalle condizioni di vita e dai rapporti esistenti con il personale degli ospedali. Troppo spesso questo personale è estremamente privo di pietà umana; voglio cogliere l'occasione per precisare che è brutto non avere pietà umana, ma è criminale non averla nei confronti di un malato.

Esiste inoltre il problema della emigrazione dei malati dal Sud al Nord per cure specialistiche ad alto livello. Infatti nel Sud non esistono centri attrezzati, ma indubbiamente esistono medici e sanitari di grande valore, per individuare e valorizzare i quali, però, non si fa nulla ed anzi essi si trovano nella impossibilità di creare fiducia e condizioni di sicurezza per il malato. Voglio ricordare che la fiducia non è un sentimento che può essere imposto; deve sorgere spontaneamente nel malato.

Il Ministero deve intervenire per quanto riguarda i policlinici universitari, costringendoli a stipulare le convenzioni che essi, attualmente, rifiutano. Troppo spesso ci è stato detto che su tale questione non è possibile agire poichè la legge ormai non è in grado di intervenire. Invece è indispensabile creare il meccanismo vincolante che li obblighi ad accettare.

Infine, debbo sottolineare che è indispensabile potenziare la ricerca biomedica. Purtroppo però i fondi destinati a questo settore sono stati decurtati non solo dal bilancio della Sanità ma anche da quello della Pubblica istruzione. Questo è gravissimo, poichè ancora una volta si agisce a danno del Mezzogiorno, operando sugli stanziamenti fatti dal CNR a favore della ricerca scientifica nel Sud.

Debbo poi richiamare alla vostra attenzione il fatto che vi è un continuo proliferare di centri e di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. A mio parere tali istituti dovrebbero essere ristrutturati per razionalizzare la ricerca biomedica. Non è possibile mantenere in vita alcune assurde discriminazioni: chi ha un «patrono» riesce a lavorare in un istituto di ricovero, chi non lo ha lavora necessariamente al di fuori, anche se è un professionista molto qualificato.

Spero che il rappresentante del Governo prenda atto di questa mia amarezza. Comunque avremo altre occasioni per parlare di tali argomenti; anzi preannuncio altri interventi incalzanti da parte mia, per risolvere tali problemi.

GUALTIERI. Signor Presidente, signor rappresentante del Governo, ogni anno in sede di esame dei documenti finanziari ci troviamo ad affrontare alcuni problemi che non attengono tanto alla manovra finanziaria quanto al funzionamento del sistema sanitario esistente e del suo mancato governo. Se il nostro esame si limitasse allo spostamento delle poste di bilancio dovremmo soltanto risolvere i problemi legati alla contingenza finanziaria. Invece, purtroppo, ogni anno dobbiamo constatare che il sistema sanitario non funziona.

Abbiamo creato il Servizio sanitario nazionale, su cui il Governo deve esercitare un controllo di vigilanza. Tale Servizio, però, dovrebbe essere in grado di autogovernarsi, cioè di funzionare indipendentemente dalla vigilanza governativa. Infatti, il Governo ha il dovere di assicurare al Servizio i mezzi finanziari in base a determinate procedure, ma il Servizio dovrebbe essere in grado di funzionare da solo.

A differenza del sistema inglese, che prevedeva l'esistenza di un organo centralizzato, il nostro sistema sanitario dovrebbe autogestirsi attraverso le decisioni multiple di più di 600 organismi. Per coordinare queste decisioni multiple la legge aveva previsto un sistema di programmazione sanitaria; perciò se viene meno la programmazione il sistema non è più governabile. Anzi, bisogna precisare che non esiste un meccanismo sostitutivo poichè il Governo centrale non ha la possibilità di intervenire direttamente nel settore. In sintesi se manca la programmazione, il sistema è assolutamente ingovernabile.

Negli ultimi anni si è tentato in ogni modo di rafforzare gli organi di autogoverno del sistema, prevedendo maggiori forme di coordinamento. Si è voluto, pertanto, attuare il passaggio da una programmazione approvata con legge ad una programmazione approvata con atto non legislativo dal Parlamento. Dopo lunghissime discussioni si è finalmente modificato in tal

senso *l'iter* dello strumento di programmazione: la programmazione poteva essere approvata dal Parlamento con atto non legislativo, previa predisposizione da parte del Governo del Piano sanitario nazionale.

Il Governo però non ha ancora predisposto tale piano, nonostante gli sforzi compiuti. Si continua perciò a procedere nel modo più illogico, dispersivo e costoso poichè il Ministero della sanità mantiene tutti i suoi poteri attraverso l'erogazione dei contributi. Tale sistema non può assolutamente funzionare.

Signor Presidente, il Parlamento deve ottenere che il Governo presenti il Piano sanitario nazionale. In caso contrario dobbiamo individuare altri strumenti di coordinamento poichè la Sanità risulta totalmente non amministrata.

Debbo, infine, precisare che gli stanziamenti per il Mezzogiorno non sono inferiori a quelli per il Nord, in questo comparto; il problema è una gestione non efficiente dei fondi. In questi giorni la Commissione antimafia, di cui faccio parte, ha ascoltato più volte gli amministratori della Sicilia e della Calabria. Questi rappresentanti ci hanno confermato che i problemi più grandi della società meridionale derivano proprio dall'inefficienza delle USL. Oltretutto le stesse USL si pongono al di fuori di un controllo democratico, generando le maggiori perversioni del sistema.

Non sto esagerando, onorevole Sottosegretario; vi invito a leggere il verbale della seduta di Commissione in cui è riportato quanto ci ha riferito il rappresentante della Giunta regionale della Calabria. Oltre le USL, ora anche i TAR si inseriscono nello stesso sistema.

Quindi, se non funziona il governo centrale perchè manca la programmazione, se la situazione è tale per cui nelle Unità sanitarie locali si annidano anche forme di penetrazione di un certo tipo, come può funzionare il sistema sanitario nel Meridione? Il problema non è l'insufficienza di fondi ma la loro dispersione. Un amministratore regionale ci ha addirittura invitato a non erogare altri fondi per sanare la situazione. Ma il vero problema è fare in modo di trovare meccanismi tali per cui i fondi erogati vengano spesi legittimamente.

Ripeto, a mio avviso, il problema attuale non è la mancanza di finanziamenti, perchè le Regioni del Mezzogiorno, alla fine, ricevono più fondi delle altre attraverso le varie leggi speciali.

Pertanto, signor Presidente, dobbiamo fare qualcosa in relazione al controllo delle USL, e, se non ci fidiamo degli amministratori locali, possiamo anche svolgere un'indagine a campione sul funzionamento delle USL. Comunque, qualcosa dobbiamo fare.

Quindi, eventualmente con un ordine del giorno, dobbiamo sollecitare il Governo ad emanare il Piano sanitario nazionale, e se il Governo, entro il tempo necessario (2, 3 o 4 mesi) non ottempererà all'impegno, il Parlamento dovrà intervenire direttamente con un proprio atto legislativo. Così, infatti, non possiamo andare avanti. In questa situazione, pertanto, è pressochè inutile, signor Presidente, discutere sullo spostamento degli stanziamenti, e via dicendo, anche se vi sarebbe molto da dire, perchè in questo momento il problema di fondo è di ben altra portata. La responsabilità che dobbiamo assumerci è quella di assicurare il governo centrale e periferico della sanità. Vi sono infatti alcune periferie, e non tutte coincidono con le aree meridionali, su cui proprio dalle rappresentanze democratiche locali abbiamo avuto le denunce più gravi; non si tratta, quindi, solo di denunce nostre. La questione, pertanto, non è soltanto quella per cui il Sud avrebbe i

medici ma non i soldi. Vi è una classe politica che da tempo perde l'occasione di controllare lo sviluppo, la crescita democratica. Quando arriva l'Alto Commissario per la lotta alla mafia e dichiara che in tre Regioni lo Stato ha perso totalmente il controllo, ma nonostante ciò le Giunte regionali vengono confermate, mi chiedo cosa significhi perdere totalmente il controllo. Se la classe democratica non controlla le Regioni, le province, i comuni, non controlla neanche le USL, non controlla nulla. Quindi, la ripresa di un certo funzionamento della Sanità sarebbe il segno di ripresa della democrazia, dei meccanismi democratici in quelle Regioni e dico questo con molta franchezza e con la coscienza tranquilla. Se non si interviene in questo senso perdiamo occasioni che non riguardano piccole o grandi poste di bilancio ma il governo della Sanità.

**PRESIDENTE.** Colgo l'occasione dell'intervento del senatore Gualtieri per svolgere a mia volta alcune considerazioni.

Anzitutto, dal momento che, giustamente a mio giudizio, è stata sottolineato l'assoluta necessità della presentazione del Piano sanitario nazionale, vorrei ricordare che diversi mesi fa - precisamente il 22 ottobre 1987 - abbiamo presentato un ordine del giorno con il quale si invitava il Ministro a presentare il piano suddetto. Il Ministro ebbe poi occasione di dichiarare che ciò sarebbe avvenuto entro aprile del 1988. Invece non è stato presentato nulla, ad eccezione di uno schema di Piano sanitario nazionale in sei cartelle, distribuito ai Capigruppo.

Ritengo che la discussione di oggi possa servire a riprendere l'argomento che, anch'io, considero di fondamentale importanza.

Vorrei aggiungere un'osservazione riguardo al Sud. Si è parlato di TAR e di ordine pubblico. Nessuno vuole mettere la sordina sulle responsabilità della classe politica meridionale, ma lo Stato, è responsabile dell'ordine pubblico: anche nel Mezzogiorno i prefetti sono rappresentanti dello Stato!

**SIGNORELLI.** Signor Presidente, onorevoli colleghi, non mi piace come parlamentare, come cittadino e come medico dire certe cose, ma devo raccogliere il grido di dolore che da troppe parti arriva fino a noi. Lo stesso ministro della sanità Donat-Cattin, che ha trascorso un periodo di cura in ospedale ha denunciato la gravità della situazione ospedaliera. Come oppositore appartenente ad una parte politica che ha sempre avuto nella sua ideologia un elevato concetto dello Stato, e che, in tempi in cui si faceva politica amministrativa e non politica di asservimento ad un regime, ha dato un notevole contributo alla soluzione di problemi sociali, assistenziali e sanitari, ritengo di avere qualche titolo per potere intervenire in modo critico, sia pure molto brevemente.

Piuttosto che entrare nel merito delle tabelle e dei capitoli di bilancio della Sanità, essendo completamente inutile intervenire da questo punto di vista, mi atterrò ad osservazioni critiche sui documenti di bilancio che, in quanto tali, per me rappresentano l'atto conclusivo della decomposizione che la Sanità ha raggiunto in Italia.

La manovra di contenimento della spesa sanitaria, collegata al disegno di legge finanziaria 1989, si propone di ridurre la spesa preventiva per il Fondo sanitario nazionale entro i limiti dei 59.600 miliardi. Ciò vuol dire che di fronte alle previsioni, che pure avevano avuto un loro consolidamento durante il passare dei mesi dell'anno in corso, all'improvviso ci si è accorti

che era possibile ridurre la spesa sanitaria ad una cifra inferiore di oltre 5.000 miliardi. Questi documenti ci danno quindi con puntualità inoppugnabile – la dimostrazione che è possibile attestare ad una cifra inferiore la spesa sanitaria. Allora il fatto che all'improvviso si possa addirittura risparmiare in partenza per la Sanità è frutto di una miracolosa intuizione oppure frutto di qualche delirio. Così come frutto di delirio è la condizione in cui sono messi i parlamentari ai quali si dice, a poche ore dalla discussione del bilancio: «Andate a cercare i documenti, leggetevi e proponete emendamenti ed ordini del giorno per la discussione delle leggi finanziarie». Anche questo può apparire un delirio lucido come quello che fa apparire come sia possibile risparmiare nella Sanità. Io ho sempre detto in questi anni – perchè ne ero convinto – che ciò era possibile, mantenendo il mio equilibrio psichico, non solo, ma richiamandomi a ben altri provvedimenti. Ripeto, non soltanto sarebbe stato possibile risparmiare ma sarebbe stato anche possibile aiutare veramente – come si fa quest'anno – le altre voci del nostro povero bilancio dello Stato portando foraggio fresco, dal Servizio sanitario nazionale. Devo, infatti, dire che il Fondo sanitario nazionale non è stato sottostimato, esso è stato semplicemente sprecato e ne ho le prove (ma non voglio entrare nei particolari) poichè sono le prove fornite a tutti dalla Corte dei conti.

Comunque, da anni noi abbiamo puntualmente indicato le strade da percorrere per poter dare attuazione alla legge di riforma, che ha ormai una anzianità di dieci anni ma sembra ancor più decrepita, e abbiamo indicato la possibilità di disegnare attraverso il Piano sanitario (che era arrivato a noi nell'ottobre del 1985), quella condizione attuativa della legge di programma che potesse dare una risposta pratica alle esigenze sanitarie e assistenziali italiane; soprattutto perchè avremmo avuto, dopo il triennio dalla sua applicazione, le indicazioni della periferia sulle quali indirizzare un secondo Piano sanitario nazionale.

Il senatore Melotto ha fatto una relazione che mi ha richiamato i tempi della giovinezza (ormai da vari anni si richiamano i tempi della giovinezza), tempi nostalgici di cose ripetute e perdute, quali sono appunto le discussioni e i documenti che si rifanno alle leggi finanziarie che ormai sono una specie di *standard* «mummificato». Ad un certo punto ho avuto perfino un senso di estremo e patetico fervore verso il senatore Melotto.

Comunque, senza un Piano sanitario nazionale (di cui ce ne è stata data una breve sintesi anticipativa) non potremo mai assicurare l'attuazione di quei progetti obiettivo e di quelle azioni programmate, che pur venivano indicati dalla legge di riforma del 1978 e che abbiamo visto ripetere e riportare nelle varie leggi finanziarie dal 1981 fino all'anno scorso, addirittura indicando la spesa corrente nei relativi anni e soprattutto le somme vincolate (riportate in maniera notarile nell'articolo 17 della legge finanziaria del 1984).

Abbiamo l'impressione che i fondi con i quali si è dotata la periferia per interventi vincolati siano stati spesi per altre voci, quindi distratti dalla loro finalizzazione, mentre altri – pochi – sono rimasti a dimostrare come la periferia delle USL non sappia spendere le somme erogate.

Signor Presidente tralascio molti altri aspetti, in quanto ho presentato due ordini del giorno che commenterò. Il primo ordine del giorno procede ad una disamina critica della condizione attuale in cui versa il sistema sanitario nazionale, inutilmente vessato dalla riduzione di spesa, che in definitiva ci dimostra che era abbastanza facile risparmiare negli anni



precedenti e che quest'anno ci indirizza verso un impoverimento dei servizi e delle strutture, con un personale sanitario che rimane inadeguato alla cultura assistenziale. Il secondo ordine del giorno, invece, invita il Governo a predisporre un disegno di legge che metta ordine nel Ministero della sanità, per poi portare ordine nel sistema sanitario nazionale.

I documenti di accompagnamento del disegno di legge finanziaria 1989 riguardanti la Sanità dimostrano invece la consolidata prassi del coinvolgimento di questo delicato settore della vita della comunità nazionale nelle annuali manovre di rientro del debito pubblico. Sono norme che comprimono l'erogazione dei fondi di recupero mediante la partecipazione del cittadino, nel momento in cui si ammala ed è quindi costretto a ricorrere alle cure del sistema sanitario nazionale, pagando *tickets* e pedaggi di ogni genere. Questo è ingiusto ed immorale, in quanto nel frattempo l'utenza autofinanzia quasi interamente il proprio diritto costituzionale alla salute, pagando i contributi di malattia e la stessa tassa sulla salute, e soprattutto sopportando il peso della redistribuzione su tutti i contribuenti del *deficit* che annualmente le USL consolidano fuori bilancio e che negli ultimi tre anni si è assommato in circa 21.000 miliardi; su questa cifra più volte è stata richiamata l'attenzione, anche della Magistratura. Lo Stato da parte sua aggiunge assai poco, per concedere una assistenza a rischio, con servizi e strutture che non sono andati sviluppandosi di pari passo con l'aumento globale della spesa sanitaria e con l'aumentata richiesta di salute. La «sindrome USL» si va aggravando con costi umani pagati in termini di eventi patologici anche irreversibili. Nella manovra di rientro del debito pubblico non viene mai coinvolto il fronte dello sperpero individuabile nella lottizzata periferia delle USL, calcolabili nel 25 per cento della spesa sanitaria. I partiti di potere dimostrano di non voler colpire le agenzie di affari che agiscono per loro conto in periferia ed io a tale proposito voglio ricordare che sono il primo firmatario di una proposta di legge intesa a commissariare le USL e i profitti illegittimi che si siano avuti nella gestione della Sanità.

Presento, pertanto, con riferimento alla tabella D del disegno di legge finanziaria, il seguente ordine del giorno:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

constatato che il marasma ormai raggiunto dalla assistenza sanitaria in Italia è infrenabile e non oltre tollerabile; che la gestione di essa affidata al sistema lottizzato dei partiti nelle USL sperpera il 25 per cento della spesa sanitaria e che all'aumento progressivo di essa non ha corrisposto in eguale misura lo sviluppo qualitativo e quantitativo dei beni e dei servizi e della loro organizzazione sul territorio; che malattie gravi emergenti, e le tossicodipendenze sono affrontate inadeguatamente; che vasti settori di intervento quali la prevenzione, la riabilitazione, il materno-infantile, la condizione dell'anziano e del disabile non auto-sufficiente, la condizione dei malati di mente cronici rimangono praticamente abbandonati;

considerato che il servizio sanitario nazionale è quasi completamente autofinanziato dal cittadino-lavoratore mediante i contributi di malattia, dal cittadino-utente mediante il pagamento dei *tickets* e partecipazioni varie alla spesa sanitaria; dal cittadino-contribuente per la redistribuzione ed il ricarico su di lui dei debiti che annualmente fuori bilancio contraggono le USL e che sono ammontati negli ultimi anni a circa 21.000 miliardi che si aggiungono alle somme erogate attraverso le dotazioni del Fondo sanitario nazionale;

ritenuto che il cittadino è costretto sempre più frequentemente a rivolgersi al settore privato tanto che per l'anno 1987 risulta una spesa che si aggira intorno agli 8.000 miliardi;

rilevato che nelle manovre di recupero per riequilibrare il dissesto finanziario dello Stato non si affronta mai il problema dello sperpero, dimostrando i partiti di potere la loro riluttanza a colpire le agenzie di affari quali sono le USL, che in definitiva agiscono per loro conto,

impegna il Governo:

a predisporre un provvedimento legislativo per attribuire le funzioni gestionali delle USL ad un organo unico con connotazioni manageriali».

(0/1442/1/12)

SIGNORELLI

Il secondo ordine del giorno, riguardante la tabella 19 del bilancio, invita il Governo a presentare un disegno di legge che metta ordine nel Ministero della sanità e, quindi nel sistema sanitario nazionale. Ne do lettura:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

rilevato che a dieci anni dall'approvazione della legge di riforma sanitaria, non si è ancora proceduto alla riforma del Ministero della sanità, considerata come necessaria premessa per risolvere le difficoltà in cui si dibatte tutto il sistema sanitario nazionale, a causa della mancanza di un punto di riferimento valido a livello centrale,

impegna il Governo

a presentare entro il 31 dicembre 1988 il disegno di legge di riforma del Ministero della sanità».

(0/1443-Tab. 19/1/12)

SIGNORELLI

ZUFFA. Signor Presidente, debbo innanzitutto dire che dovendo fare un intervento di opposizione mi trovo in difficoltà ad intervenire dopo il senatore Gualtieri, in quanto onestamente non riesco a pensare a quale affermazione di opposizione possa essere più radicale di quella che non vi è governo della sanità.

Devo anche dire che provo un certo imbarazzo per il clima che c'è in questa Aula, confermato dalla stessa organizzazione dei lavori, che anche se dovuto al fatto che siamo in seconda lettura è indice di una difficoltà politica di fondo che deriva dalla ripetitività dell'impostazione della manovra finanziaria, dei termini politici di fondo, a monte del governo della sanità. Tutto ciò dà l'impressione di un rito ed è proprio da tale elemento che deriva il mio imbarazzo.

A tali sensazioni si unisce anche lo sconcerto a causa delle recenti dichiarazioni del Ministro - come hanno sottolineato tutti - sullo stato della sanità pubblica, in particolar modo degli ospedali, dichiarazioni che lasciano profondamente perplessi. Sarebbe stata una ottima denuncia se a farla fosse stato il Tribunale per i diritti del malato (il cui compito è proprio questo), ma è assolutamente impropria da parte del Ministro della sanità, il quale così facendo, rinuncia ad assumere un ruolo di guida ed ad assumere quella responsabilità politica che ritengo fondamentale per il suo compito.

Naturalmente una simile affermazione che viene da quella fonte, può essere disincentivante rispetto a quella politica di supporto della sanità pubblica, che invece dovrebbe essere tutelata dal Ministro. Inoltre tutto ciò può dare spazio a speculazioni incontrallabili.

Come ha detto il senatore Melotto, da questo punto di vista è interessante confrontare l'azione pubblica con quella privata. Comunque in questo caso è difficile parlare di confronto poichè i termini di paragone sono estremamente disomogenei anche in campo economico. Se si esamina a fondo il problema emerge chiaramente che il privato non offre poi tanti vantaggi. Infatti per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, non è possibile fare valutazioni esclusivamente economiche. L'assistenza ospedaliera è un servizio che lo Stato deve offrire ai cittadini; non possono perciò essere adottati parametri esclusivamente economici.

Alla fine della sua valutazione il senatore Melotto ci ha fornito alcuni dati circa l'aumento della forbice tra contribuzione e spesa sanitaria. Questi dati mi sembrano estremamente interessanti poichè dimostrano che l'obiettivo del contenimento della spesa non è stato raggiunto. Politicamente non condivido questo obiettivo in un settore così importante; oltretutto le dichiarazioni del senatore Melotto dimostrano che non è stato possibile conseguirlo.

Il buon senso perciò ci dimostra che questo non è l'obiettivo principale da perseguire nell'ambito di una seria politica sanitaria. Ovviamente, se l'obiettivo è il non governo della sanità, tutti i mezzi sono buoni.

Nella legge finanziaria per il 1988 si prevedevano 52.650 miliardi a favore del Fondo sanitario nazionale per lo stesso anno, ma la manovra di politica sanitaria delineata dalla legge finanziaria di quell'anno si è rilevata totalmente errata. Questi dati ci sono stati forniti dal relatore e quindi li ritengo estremamente attendibili. Tutto ciò induce ad affermare che il Gruppo comunista aveva ragione nel denunciare la sottostima del fabbisogno. Inoltre questo ci convince sempre di più a sostenere che la manovra attualmente al nostro esame è nuovamente mal impostata e conseguentemente destinata a fallire. Ovviamente - lo ripeto - se si vuole rendere totalmente ingovernabile il sistema, limitandosi a ripianare le spese delle USL, si può adottare anche questa politica, ma è assurdo poi parlare di difficoltà di funzionamento.

Voglio inoltre precisare che stasera ci troviamo incredibilmente ad esaminare i documenti di bilancio senza poter esaminare il disegno di legge sul contenimento della spesa sanitaria, che rientra tra i cosiddetti provvedimenti di accompagnamento ed è stato approvato solo ieri sera dalla Camera. Cominciamo perciò ad attuare molto male la riforma della legge finanziaria, che tutti avevano auspicato per rendere più snelle le procedure parlamentari. Infatti, in tal modo si rende soltanto più incerto il lavoro parlamentare, poichè abbiamo ancora più difficoltà ad entrare nel merito della manovra economica del Governo e inoltre, si rende ancora più arduo il calcolo dei supposti risparmi, ammesso e non concesso che tale strumento sia idoneo a risparmiare.

Lo sfasamento dei tempi per la discussione dei provvedimenti collegati rende a mio parere più autoritaria la manovra adottata dal Governo. Infatti in tal modo noi abbiamo pochi elementi per decidere ed inoltre le nostre conclusioni non potranno che essere incerte. Tutte queste obiezioni possono essere confutate se si ritiene che nel Parlamento si debbano svolgere soltanto

discussioni formali e che i provvedimenti presentati dal Governo devono semplicemente essere ratificati in questa sede. Io però sono di avviso totalmente diverso.

Una politica di questo genere dimostra una evidente incapacità di programmazione e le cifre ci confermano tale incapacità: infatti gli stanziamenti previsti sono assolutamente insufficienti. Ovviamente una simile incapacità di programmazione non nasce dal nulla, ma deriva dal fatto che non esiste il Piano sanitario nazionale, più volte sollecitato.

Il documento trasmessoci dal Ministro è soltanto un elenco di titoli e non ci dà informazioni sufficienti. Ad esempio, non riusciamo a comprendere se il Piano sia finalmente pronto. Francamente ci troviamo di fronte a problemi estremamente gravi che pongono serie ipoteche sulla produttività del Ministero. Si possono fare alcuni esempi per dimostrare che gli stanziamenti previsti - su cui posso concordare almeno parzialmente - si scontrano violentemente con l'impossibilità di attuare la programmazione.

La Camera dei deputati, dopo vivaci discussioni, ha introdotto un accantonamento alla tabella B del disegno di legge finanziaria relativo al censimento, al controllo e alla regolamentazione delle nuove tecnologie riproduttive, cioè sulle attività di manipolazione genetica. Concordo con questo accantonamento, ma ritengo che esso sia estremamente teorico poichè non si inquadra in una politica di prevenzione e cura della sterilità, che invece deve essere alla base delle nuove tecnologie riproduttive. Inoltre, attualmente sia la prevenzione della sterilità che le nuove tecnologie riproduttive sono gestite dalla sanità privata poichè hanno costi estremamente elevati.

Quando si fa riferimento al contenimento della spesa bisogna verificare la programmazione in relazione ai risultati che si intendono ottenere. Preannunciando fin da ora la presentazione di un emendamento al riguardo, voglio precisare che è necessario introdurre un ulteriore accantonamento destinato alla ricerca sulla contraccezione, in un'ottica globale di tutela della maternità e, più in generale, della donna.

Per quanto riguarda infine la lotta alle tossicodipendenze sono stati previsti alcuni stanziamenti sia a favore del Ministero dell'interno, sia a favore delle comunità terapeutiche, sia infine a favore della nuova legge per combattere il fenomeno della droga. Debbo però osservare che tali finanziamenti sparpagliati negli stati di previsione di diversi Ministeri, non sono assolutamente coordinati. Manca perciò totalmente un piano di programmazione sanitaria in questo settore.

Voglio anzi precisare che, per quanto riguarda la legge per combattere il fenomeno della droga, sarebbe opportuno abbandonare le piccole diatribe per ottenere risultati efficaci. Inoltre è stato evidenziato che il sistema informativo ha ingenti residui passivi; preannuncio pertanto la presentazione di un ordine del giorno tendente a stornare i fondi da questo sistema ad altri settori che ci sembrano più produttivi.

In conclusione, preannuncio la presentazione da parte del Gruppo comunista di ordini del giorno riguardanti il Piano sanitario nazionale, il Servizio informativo sanitario e, più in generale, la riforma del Ministero della sanità. Proprio stamattina è stato rilevato ancora una volta che questo Ministero ha una struttura elefantica e quindi assolutamente inefficiente.

In questa sede il mio Gruppo intende presentare il seguente ordine del giorno:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

constatato che a dieci anni di distanza dall'approvazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, non si è ancora provveduto alla riforma del Ministero della sanità;

considerato che oggi si richiede una unificazione delle competenze relative ai settori sociale e sanitario in un unico Ministero, per superare la frammentarietà dei finanziamenti, delle competenze stesse e quindi degli interventi, che colpisce particolarmente i settori prioritari dei progetti-obiettivo,

impegna il Governo:

a presentare, entro il 31 dicembre 1988, il disegno di legge di riforma del Ministero della sanità che comprenda l'unificazione delle competenze sanitarie e sociali».

(0/1443/2/12-Tab.19)

IMBRIACO, ONGARO BASAGLIA, ALBERTI, ZUFFA

ALBERTI. Signor Presidente, via via che passano gli anni la discussione sul settore sanitario in occasione dell'esame dei documenti finanziari e di bilancio assume margini sempre più ristretti.

Ringrazio il senatore Melotto per la precisione delle cifre riportate nella sua relazione, che comunque ha assunto toni ragionieristici e che può quindi essere attribuita all'uno o all'altro dei vari settori. Il problema è che non discutiamo più di politica sanitaria, come invece facevamo negli anni passati. Ricordo che il dibattito anni fa si svolgeva anche nei termini di un vivace confronto. Oggi, invece, siamo ridotti a discutere sulle cifre di un bilancio «striminzito» e comunque non sempre chiaro.

A mio avviso, il senatore Melotto ha centrato il problema quando ha dichiarato che la prima cosa da fare è riformare il Ministero della sanità: senza tale riforma infatti non è possibile andare avanti. A ciò, nel corso di questa discussione, si è aggiunto un richiamo al Piano sanitario nazionale. Alcuni mesi fa avevamo presentato al riguardo un ordine del giorno che è stato approvato all'unanimità dalla Commissione, ma ignorato dal Ministro. Infatti, soltanto questa mattina, dopo dieci anni da quando si è iniziato a parlarne, abbiamo ricevuto una specie di indice del Piano sanitario nazionale: troppo poco, direi, dopo tanti anni di attesa.

Vorrei proprio partire dalla responsabilità del Ministero. Anche la stessa maggioranza - non soltanto noi, quindi, che ancora oggi continuiamo a prevedere cose che puntualmente poi si verificano alla fine dell'anno, come la sottostima del Fondo - comincia a manifestare, nei limiti in cui può farlo ovviamente, perplessità sul modo in cui viene governata la sanità in Italia.

Il senatore Condorelli è stato molto chiaro nel suo intervento, ma il senatore Gualtieri, intervenuto successivamente, è stato addirittura più chiaro e ha fatto un discorso duro.

È inutile elencare tutto quello che il Ministero non ha fatto in questi anni, oltre a non essere mai stato nelle condizioni di presentare un Piano sanitario credibile. Preferisco entrare subito nel merito di una polemica in atto sulle dichiarazioni che il Ministro ha reso alla Camera, per dire che mi sembra del tutto pretestuoso denunciare davanti al Parlamento della Repubblica la mancanza del personale sanitario senza indicare la responsabilità di tale mancanza. Allora, vi sono da considerare due ordini di

responsabilità. Anzitutto, vi è il blocco delle assunzioni posto all'inizio degli anni '80, protrattosi fino al 1983; si è trattato di un blocco assoluto nel settore sanitario, per cui neanche la copertura del *turnover* degli infermieri è stata assicurata. Questo ha penalizzato fortemente le strutture sanitarie delle Regioni meridionali, dove la sanità cominciava appena ad organizzarsi. A mio avviso, questo è stato il primo danno grave.

Vi è poi un altro aspetto da considerare riguardante il secondo danno grave che si è determinato e di cui non mi pare che il Ministero si stia facendo carico neanche oggi: è un discorso di questi giorni. Credo che tutti noi abbiamo ricevuto una lettera della CGIL in cui si rileva la gravissima crisi in atto nella formazione professionale degli infermieri, tale da rendere addirittura problematico il reperimento del personale. È cosa nota a tutti e si conosce, comunque, anche il perchè della demotivazione ad accettare la professione di infermiere. In primo luogo, si tratta di una questione di carattere economico, poichè ancora oggi gli infermieri sono pagati male. In secondo luogo, vi è la questione della mancanza di una legge adeguata per la riforma dell'assistenza infermieristica; tutti sappiamo che l'attività dell'infermiere professionale continua ad essere considerata del tutto subalterna a quella dei medici, mentre gli infermieri dovrebbero svolgere un'attività collaterale a quella medica. In tal senso è mancato e continua a mancare un progetto. Non mi sembra che il Ministero della sanità abbia fatto nulla in proposito.

Si registrano gravissime carenze nelle scuole per infermieri professionali, sia al Sud che al Nord. Pensate che nel Meridione, dove vi è un tasso di disoccupazione che in alcune Regioni, come la Calabria, tocca punte del 22 per cento, vi sono scuole di infermieri professionali che sono rimaste addirittura chiuse per quattro anni e che una volta riaperte non trovano frequenze adeguate alla disponibilità dei posti e alle esigenze delle Regioni. Bisogna pertanto chiedersi il perchè di tutto questo.

Mi sembra quindi fin troppo facile che, arrivati a questo punto, il Ministro non abbia fatto nulla, neanche un minimo di analisi in questi anni e che invece vada a dire tranquillamente al Parlamento che negli ospedali italiani si può anche morire senza assistenza perchè manca il personale. Adesso che finalmente si è fatta questa scoperta e si vorrebbe assumere personale - e dopo mi soffermerò su questo -, il personale da assumere non lo troviamo più. Infatti, signor Presidente, anche volendo, non sarebbe possibile coprire tutti i posti vacanti che, ad esempio, in Calabria oggi superano le 4.000 unità.

Il Ministro della sanità non sembra aver fatto un calcolo assai elementare: in alcune Regioni le strutture possono diplomare solo 400 infermieri all'anno; ciò significa che per avere 4.000 infermieri sono necessari dieci anni. Inoltre, se si tiene conto delle unità che escono dalla Sanità ogni anno, che raggiungono l'8-10 per cento circa all'anno, si avrà il quadro completo del disastro in cui si trovano attualmente gli ospedali in Italia e particolarmente nelle Regioni che in passato erano già all'ultimo posto quanto a strutture ospedaliere. Questo è il primo aspetto da prendere in considerazione, ma non mi sembra che nel bilancio attuale sia prevista una voce riguardante la formazione professionale degli infermieri. La questione è talmente urgente da richiedere addirittura, a mio avviso, la presentazione immediata da parte del Governo di un provvedimento, che dovrebbe avere la corsia preferenziale, poichè la situazione sta diventando

veramente drammatica. Gli ospedali verranno chiusi tra breve, e non per il decreto del Ministro, ma perchè manca il personale sanitario. Tutti avrete sentito le dichiarazioni del direttore sanitario dell'Ospedale maggiore S. Giovanni Battista e della città di Torino, che ha sede a «Le Molinette» egli ha dichiarato di essere costretto ad accorpare reparti, riducendo i posti letto, perchè non ha personale sanitario.

Una cosa è ridurre i posti e accorpare i reparti secondo un progetto di razionalizzazione, un'altra cosa è chiudere i reparti per mancanza di personale.

Desidero prendere spunto dalle parole del senatore Gualtieri per dire che bisogna ristabilire le regole e per ristabilire le regole bisogna che il Ministero formuli al più presto il Piano sanitario nazionale, Piano che non è tanto utile alle regioni del Nord (che dovrebbero adeguare la propria struttura riducendola) quanto alle regioni del Sud, cioè a quelle regioni che devono sviluppare il sistema sanitario. La mancanza del Piano ha determinato di per sé un degrado ulteriore della situazione della sanità nell'Italia meridionale.

Sulla base dell'attuale conformazione del sistema sanitario nazionale, ha ragione il senatore Gualtieri, quando avverte che bisogna stare attenti perchè anche attraverso la sanità devono essere difese le regole della democrazia. Se si tiene presente che la spesa sanitaria nelle regioni raggiunge il 50-60 per cento dei finanziamenti che stanziava lo Stato per le regioni, allora ci si rende conto che il fenomeno mafioso, che attinge continuamente dalle erogazioni che arrivano dallo Stato, cresce più facilmente proprio nell'ambito delle strutture sanitarie e delle unità sanitarie locali. D'altra parte in Calabria (se è vero, ma è vero, signor Presidente, come tutti sappiamo) già tre o quattro unità sanitarie locali sono state chiuse proprio a seguito di possibili inquinamenti mafiosi.

Il Piano sanitario nazionale rappresenta un elemento fondamentale, essenziale ed importante e, al di là di un discorso puramente di opposizione, la sua efficacia mi sembra indiscutibile. In questo senso l'opera del Ministero in tutti questi anni è stata non soltanto inutile ma addirittura dannosa. Il Ministero, non operando come avrebbe dovuto fare, ha finito per bloccare, di fatto, quanto le regioni avrebbero potuto realizzare. Non soltanto il Ministero non ha proceduto alla realizzazione del Piano sanitario nazionale, ma ha addirittura centralizzato tutta una serie di competenze (e quando prenderemo in esame la riforma della legge n. 833 dovremo anche prendere in considerazione questo punto di vista).

Con questa opera di centralizzazione il Ministero ha tenuto in mano e continua a tenere in mano, con diversi artifici, il controllo sulla spesa, una specie di controllo ispettivo nei confronti delle unità sanitarie locali. Allora, l'opera del Ministero nei confronti della regione è stata indirizzata, per quanto possibile, a mantenere una funzione centralizzata, per cui la situazione è tale - come ha detto bene il senatore Gualtieri - che ci troviamo di fronte a due regimi: quello del Ministero che tiene in piedi una struttura centralizzata e contemporaneamente quello delle regioni, che praticamente sono diventate dei passacarta e dei passasoldi, senza alcuna capacità programmatica perchè i fondi sono quelli che sono. È stata eliminata ogni capacità programmatica delle regioni.

A questo punto bisogna domandarsi come dovrebbe essere organizzato il nuovo Ministero. Personalmente ritengo, onorevole Sottosegretario, che dal

1970, data in cui sono sorte le regioni, il Ministero della sanità non abbia più ragione di esistere. In questa situazione noi avremmo dovuto avere un solo Ministero, quello degli affari sociali e un direttore generale della sanità in veste di *manager*. Non abbiamo bisogno di *managers* da distribuire in tutte le unità sanitarie locali della Repubblica, bensì abbiamo bisogno soprattutto di un *manager* a livello del Ministero della sanità, il quale dovrebbe organizzare il sistema sanitario (infatti si tratta di amministrare circa 60.000 miliardi e non una lira).

Ogni volta che mi trovo a parlare di questa materia ho notevoli perplessità. Infatti, ritengo che il Fondo sanitario nazionale sia sicuramente sottostimato dagli attuali meccanismi ed è sottostimato di circa 6.000-7.000 miliardi l'anno. Non è vero che stiamo andando verso una chiusura del *plafond*, ma verso una riapertura. C'è stato un momento in cui sembrava che la forbice, tra previsioni e spese, stesse per chiudersi, mentre adesso si sta riaprendo in modo clamoroso.

Personalmente sono dell'avviso che la riorganizzazione del settore, prima ancora che coinvolgere le unità sanitarie locali, dovrebbe essere affidata ad una gestione manageriale da parte del Ministero. Non è possibile continuare a discutere in questa Commissione, nel Parlamento, delle «battute» del Ministro della sanità e non della politica sanitaria! Stiamo prendendo in considerazione soltanto le battute e questo - a mio avviso - indica lo svuotamento e l'inutilità del Ministero della sanità e della figura del Ministro, figura che contemporaneamente e contestualmente deve scendere a patti con il Ministro del tesoro per vedere come poter fare quadrare il bilancio. Che significa a questo punto entrare nella manovra finanziaria? Prima dobbiamo sapere quali sono i reali bisogni della Sanità e poi vedremo se abbiamo la possibilità di pagare determinate prestazioni. Che si sappia una volta per tutte quali sono i reali bisogni della Sanità!

Come ha affermato giustamente la senatrice Zuffa, siamo in presenza di una dispersione. Mi sono preso la briga di andare a vedere come vengono ripartite le somme per la tossicodipendenza, problema attualissimo. È previsto uno stanziamento di 611 milioni per il Centro studi e rilevamenti del Ministero della sanità; al Ministero di grazia e giustizia vengono dati 15, 20 e 20 miliardi nel triennio per i tossicodipendenti detenuti (non capisco perchè il detenuto tossicodipendente non è considerato un malato come gli altri e quindi non capisco per quale motivo queste somme non vengano direttamente attribuite alla sanità); al Ministero dell'interno vengono dati 30 miliardi rispettivamente per il triennio e infine vengono stanziati 102 miliardi per amministrazioni diverse. Che cosa vuol dire amministrazioni diverse? Non sappiamo come verrà ripartita questa somma e a chi verrà attribuita. In presenza di un problema così importante, difficile da risolvere ed intricato, tanto che neanche gli specialisti oggi sono in condizioni di poterci fornire indicazioni, si pensa veramente di creare con la manovra finanziaria alcuni punti fermi che coinvolgono tre o quattro Ministeri? Perchè non raggruppare le diverse somme e non attribuirle ad un unico Ministero - come dovrebbe essere - e precisamente a quello della sanità? A questo punto, allora, ci si deve anche domandare come si fa a presentare un bilancio dal quale risulta una fila di finanziamenti ripartiti a pioggia e senza significato. Cosa può fare con 30 miliardi il Ministero dell'interno e con 611 milioni il Centro studi e rilevamenti del Ministero della sanità?



Signor Presidente, vi è tutta un'altra serie di considerazioni da svolgere. Per esempio si dovrebbe prendere in considerazione la promessa del Ministro della sanità di rivedere, con la discussione del nuovo contratto, la situazione delle prestazioni mediche extra, sospese nel 1988 ma ripristinate nel 1989. Adesso tali prestazioni vengono addirittura abolite e non se ne parla più. Ritengo, inoltre, che debba essere presentata una proposta di modifica in ordine alla formazione professionale degli infermieri; tale questione a mio parere è urgentissima. Il Ministero della sanità deve fornire precise indicazioni per la riforma delle professioni infermieristiche. È necessario perciò impegnare il Ministro della sanità a presentare, nel più breve tempo possibile, un provvedimento per la riorganizzazione degli infermieri professionali. Pertanto, preannuncio la presentazione di un ordine del giorno in tal senso.

In questa sede, nel corso dell'esame del disegno di legge finanziaria, intendo sottoporre all'attenzione del Governo il seguente ordine del giorno:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

vivamente preoccupata per le dichiarazioni del Ministro della sanità sulla situazione sanitaria del Paese, in particolare, sulla precarietà dell'assistenza erogata dalle strutture ospedaliere per carenza di personale, a fronte dell'assenza di governo del settore che continua a protrarsi in costante mancanza della programmazione prevista,

impegna il Governo:

a presentare immediatamente il piano sanitario nazionale, in ottemperanza al dettato della legge 23 ottobre 1985, n. 595, ed in attuazione dell'ordine del giorno 9.555-1 accolto dal Governo il 22 ottobre 1987, in sede di approvazione del disegno di legge n. 551 concernente il ripiano dei disavanzi delle USL per gli anni 1985 e 1986».

(0/1442/2/12)

ALBERTI, ONGARO BASAGLIA, ZUFFA, IMBRIACO

AZZARETTI. Signor Presidente, intendo esprimere con molta onestà la mia opinione sui provvedimenti al nostro esame, pur essendo consapevole che quanto detto in questa sede ha soltanto un valore storico. Infatti, l'ordine del giorno approvato lo scorso anno in Aula dalla quasi unanimità dei senatori è rimasto lettera morta.

Può anche darsi che sia vero che *repetita iuvant*, ma a mio parere non sempre ripetere è proficuo. Comunque, preannuncio la presentazione di un ordine del giorno anche in questa circostanza. Probabilmente tale ordine del giorno farà la solita fine, ma se non altro ci permetterà di affermare con soddisfazione che noi avevamo previsto il modo in cui si sarebbero svolti i fatti. Consentiteci di avere simili soddisfazioni, nel momento in cui svolgiamo il nostro lavoro.

Ribadisco che la dotazione del Fondo sanitario nazionale è del tutto inadeguata. Certamente è migliorata rispetto allo scorso anno, ma è comunque insufficiente. Tale insufficienza comporta due conseguenze negative: in primo luogo, le unità sanitarie locali non saranno in grado di svolgere compiutamente le loro funzioni; in secondo luogo, ancora una volta, nella presunzione di risparmiare, si spenderà di più. Infatti, i nuovi mutui che lo Stato dovrà contrarre per ripianare i *deficit* graveranno

inevitabilmente sul bilancio pubblico. Quindi, da una parte permarranno le disfunzioni, dall'altra lo spreco di risorse pubbliche.

### Presidenza del Vice Presidente MELOTTO

(Segue AZZARETTI). Questa è la mia personale convinzione, che comunque avremo modo di verificare nei prossimi mesi. Non ritengo che i risparmi previsti sui beni al consumo e sulla medicina generale siano praticabili, anzi credo che si verificherà un aumento delle spese in tali settori. È assurdo pensare che con il passare degli anni diminuiscano le spese.

Il senatore Melotto ha svolto una relazione estremamente puntuale e ci ha fornito alcuni dati che sarebbe stato difficile reperire altrove. Perciò, prima di entrare nel merito, voglio cogliere l'occasione per affermare che non condivido assolutamente questa inutile e dannosa polemica che il Governo ha sviluppato per quanto concerne gli ospedali pubblici. Anzitutto voglio precisare che se il Sud piange, certamente il Nord non ride. Ho ripetuto spesso che vi è carenza di personale. Nell'ospedale dove svolgo la mia opera sono stati eliminati ben 300 posti letto a causa della mancanza di personale poichè, in omaggio ad una direttiva comunitaria, giustamente recepita dall'Italia, dal 1980 è stata soppressa la figura professionale dell'infermiere generico.

Voglio subito precisare che è giustissimo allinearsi con la normativa europea, ma era ovvio che, sopprimendo una figura professionale che aveva sempre svolto un ruolo importante, si sarebbe creata una notevole carenza di personale. Tra l'altro non è stato tenuto nella dovuta considerazione il fatto che la formazione di un infermiere generico richiedeva soltanto 9 mesi, mentre quella dell'infermiere professionale richiede ben 3 anni. Questo problema è di un'attualità preoccupante.

Tra gli operatori sanitari di prima categoria rientrano gli infermieri professionali; tra gli operatori sanitari di seconda categoria rientrano gli infermieri generici. Quasi tutti gli ospedali prevedono nelle loro piante organiche gli operatori sanitari di seconda categoria, ma non si tiene conto del fatto che le scuole di formazione di questi operatori non sono mai state istituite.

L'organizzazione delle scuole per gli infermieri professionali compete alle Regioni, che conseguentemente sono responsabili delle eventuali inadempienze. Non vi è dubbio, però, che per quanto riguarda le altre figure professionali la competenza spetta al Ministero della sanità, cioè al Governo. Fino a quando non verranno predisposti i programmi attuativi dei corsi la responsabilità sarà esclusivamente governativa. Se non si farà niente in questo campo, nel futuro saremo costretti a chiudere gli ospedali.

Voglio, inoltre, sottolineare che la figura dell'operatore sanitario di seconda categoria è ancora ricompresa tra i profili professionali del personale paramedico. Nell'ospedale in cui svolgo la mia opera, ad esempio, sono previsti circa 300 posti in organico per operatori sanitari di seconda categoria, ma - lo ripeto - è impossibile reperirli sul mercato del lavoro, poichè non esistono i programmi delle relative scuole di formazione.

Voglio ribadire che tali programmi devono essere predisposti dal Ministero, non dalla Regione. Il mio ospedale ha tenuto in un'occasione un corso di formazione, ma deve essere chiaro che in realtà si è trattato di una azione quasi illegittima. Infatti tale corso non poteva assolutamente essere riconosciuto da altri ospedali, poichè non è mai stata istituita una scuola di formazione.

Si è parlato molto di riconvertire i 159.000 posti letto per lungodegenti per istituire più celermente nuovi reparti ospedalieri per malattie infettive. Quando questi nuovi reparti saranno istituiti, chi li farà funzionare? Si parla di assumere personale sanitario nel corso del 1989, ma mi permetto di precisare che si corre addirittura il rischio di peggiorare la situazione a livello periferico. Infatti, se è vero, come è vero, che vi è una grave carenza di personale infermieristico, non si capisce come si potranno far funzionare quei reparti. In tutte le strutture, soprattutto in quelle ospedaliere, si registra un'abbondanza di medici e una carenza spaventosa di personale infermieristico qualificato. Anzi corriamo un rischio ulteriore: il personale riterrà che con un simile provvedimento si è voluto privilegiare una categoria a danno di un'altra, mentre in realtà le cose non stanno così. La sostanza è che i medici ci sono, mentre il personale infermieristico manca e manca non solo in Calabria ma anche in Lombardia, ad esempio, ed anzi in quest'ultima regione il personale è particolarmente carente. Quindi, se fossi responsabile del Ministero della sanità, porrei un freno ai provvedimenti estemporanei, stabilendo che si possono assumere medici solo se vi è personale infermieristico sufficiente, altrimenti, accanto ad un numero esorbitante di medici, avremo un numero del tutto insufficiente di infermieri qualificati; il che porterà alla paralisi. Infatti, il malcontento si diffonderà, e giustamente, tra il personale infermieristico, che magari si metterà in malattia avendo tutto il diritto di dire che è stressato dal lavoro, poichè sappiamo benissimo come si svolge il lavoro in queste strutture.

Vorrei svolgere un'altra considerazione per controllare alcune affermazioni che si leggono in questi giorni sui giornali. In questo Paese la Sanità, quella qualificata, quella che salva la vita alla gente, non è quella delle cliniche private, contro le quali comunque - sia ben chiaro - non ho nulla; sono dell'avviso che il privato debba esistere e che, se avessimo un minimo di coraggio, dovremmo anche stabilire quali sono gli ambiti del privato rispetto al pubblico.

La vera Sanità è quella pubblica. Infatti, la mia esperienza personale mi porta a dire che quando un intervento particolare non viene eseguito in un ospedale pubblico, ma in una struttura privata, è possibile che il paziente venga portato poi in ospedale durante la notte perchè per qualsiasi complicanza la clinica privata non ha organici previsti dalla legge; diciamo la verità nelle strutture private i medici svolgono la loro attività da liberi professionisti, e questo mi pare giusto, dal momento che, con l'attuale situazione nel settore pubblico, il chirurgo che esegue 2.000 interventi all'anno, magari anche ad elevato rischio, alla fine del mese prende lo stesso stipendio del chirurgo che ne esegue solo tre. Se non cambiamo questo sistema, non possiamo poi lamentarci della dequalificazione e dell'appiattimento. Bisogna adottare il sistema che vige in tutti gli altri Paesi, per cui chi lavoro di più ha diritto ad un maggior guadagno.

Ho voluto sottolineare questi aspetti perchè altrimenti sembrerebbe che il servizio sanitario pubblico sia solo «mangiasoldi» senza dare nulla in

cambio, mentre il servizio sanitario privato dia il meglio spendendo poco. Ma il privato non ha i vincoli tipici del pubblico; certo, teoricamente ne ha, ma non ha l'obbligo di avere tanti medici, tanti tecnici di laboratorio, tanti caposala, tanti infermieri professionali, e via dicendo. Il pubblico, invece, deve rispettare queste regole. Comunque, nel nostro Paese, la qualificazione del pubblico è di altissimo livello, e chi ha bisogno di cure ed interventi particolari per salvare la propria vita o quella di suoi cari, si rivolge alla struttura privata dove però opera il primario dell'ospedale pubblico. Questa è la verità.

Quindi, non si può continuare a lanciare *slogans* con cui si denigra il pubblico e si deprime la professionalità dell'operatore sanitario pubblico, creando soltanto una grande confusione tra i cittadini. Di fronte a simili aggressioni, infatti, chi fa il proprio dovere nel pubblico è tentato, alla fine, di fare il meno possibile.

Concludo, quindi, questo mio breve intervento, illustrando un ordine del giorno riferito al disegno di legge finanziaria, su cui chiedo anche la cortese attenzione dei colleghi dell'opposizione, dal momento che non dice assolutamente nulla di nuovo, ma recupera, sintetizzandoli, i due ordini del giorno che abbiamo approvato il 22 ottobre dell'anno scorso, impegnando per l'ennesima volta il Governo a presentare il Piano sanitario nazionale. Purtroppo, secondo me, anche questa volta l'ordine del giorno resterà una «voce clamante nel deserto», ma vorrei almeno prendermi la soddisfazione di gridare nel deserto ed anche se sono molto rispettoso della maggioranza alla quale appartengo, ritengo che il diritto di critica sia un diritto di libertà.

Do pertanto lettura dell'ordine del giorno in questione:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

considerato che il Governo ha ripetutamente disatteso gli ordini del giorno da esso stessi accolti il 22 ottobre 1987, secondo i quali il Governo era impegnato a presentare al Parlamento il Piano sanitario nazionale nei tempi più rapidi possibili, in ottemperanza, seppure tardiva, al dettato della legge 23 ottobre 1985, n. 595 ed a superare, dopo aver adeguato il fondo sanitario, il sistema della spesa storica, nell'attribuire alle Regioni quote del fondo sanitario nazionale sufficienti per il reale fabbisogno, introducendo, altresì, l'istituto della compensazione per la mobilità sanitaria a livello di USL, prevedendo, inoltre, il coinvolgimento delle Regioni nell'eventuale ripiano dei debiti accumulati impropriamente, e istituendo le correlative autonomie decisionali e impositive;

constatato che anche nel disegno di legge finanziaria per il 1989 il fondo sanitario viene sottostimato, con inevitabili e tardive integrazioni che comporteranno, in maniera ripetitiva e degradante, disfunzioni operative da parte delle USL, nonché dispersione di risorse per l'ammortamento dei mutui necessari per il ripiano dei debiti che verranno accumulati, ritenendo che non esiste traccia concreta circa il superamento della spesa storica e la corretta definizione delle responsabilità sulla mobilità sanitaria,

impegna il Governo:

a presentare, entro la fine del prossimo mese di febbraio, il Piano sanitario nazionale e ad avviare immediatamente le procedure per il superamento della spesa storica e per l'introduzione, a livello di USL,

dell'istituto della compensazione, attribuendo alle stesse USL ed alle Regioni la completa responsabilità della gestione del bilancio di rispettiva competenza».

(0/1442/3/12)

AZZARETTI, DIONISI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA, SIRTORI, TORLONTANO

Quello che si vuole puntualizzare è che non si può continuare a dire che le USL e le Regioni sono irresponsabili fonti di spesa. Vorrei soltanto far rilevare che le USL, rispetto alla spesa, non possono assolutamente influire contrattualmente nè a livello di medicina generale, nè di medicina specialistica e neppure a livello di farmaceutica, per il fatto che la spesa dei farmaci per la medicina generale e la specialistica non viene fatta dalle USL; l'elaborazione delle rispettive competenze dei farmacisti, dei medici di base e per la specialistica viene fatta in sede regionale e poi, senza poter influire in alcun modo, le USL intervengono come «ufficiale pagatore».

Viceversa, a mio parere, si dovrebbe conferire responsabilità di spesa a livello periferico, per cui le USL, avendo un determinato bilancio, risparmiando possono investire, altrimenti, eccedendo, dovranno cercare integrazioni. In questo modo potremmo responsabilizzare la periferia.

Cosa può fare un *manager* in periferia se non ha i soldi da spendere?

Concludendo, quando ci si convincerà che soltanto responsabilizzando la periferia si potrà ottenere qualche risultato positivo anche sul versante del contenimento della spesa sanitaria e del miglioramento dei livelli assistenziali, avremo compiuto un concreto passo avanti.

Signor Presidente preannuncio che il Gruppo democristiano oltre quest'ordine del giorno (che mi auguro sia condiviso da tutti) intende presentarne un altro di cui il primo firmatario è il senatore Condorelli sulla qualificazione della spesa per la ricerca biomedica. In seguito il senatore Melotto presentatà un terzo ordine del giorno che si riferisce alle attività infermieristiche.

DIONISI. Signor Presidente, per quanto ci riguarda, noi condividiamo l'ordine del giorno presentato dal senatore Azzaretti. Devo, altresì, annunciare la presentazione da parte del mio Gruppo parlamentare di tre ordini del giorno (come ha già sottolineato la senatrice Zuffa) che riguardano rispettivamente il Piano sanitario, la riforma del Ministero e una indagine sul sistema informativo.

Signor Presidente, desidero svolgere molto brevemente alcune considerazioni. Ritengo che il clima in cui si sta svolgendo la nostra discussione sia di rassegnazione e di impotenza; tuttavia, esso è in contrasto con il clima di scarsa sarenità che regna nell'ambiente sanitario determinato dall'ennesima turbativa introdotta dal ministro Donat-Cattin. Il sottosegretario Marinucci Mariani sorride ed a me fa piacere. Ormai sembra che sia uno sport di moda criticare in questa sede il Ministro della sanità. Se siamo tutti d'accordo, però, sulle osservazioni che si fanno in questa sede, al di là dello schieramento dei partiti, evidentemente ciò ha un significato. Ritengo che il Ministro debba prendere atto di ciò, anche perchè nessuno di noi ha riserve nei confronti della persona del ministro Donat-Cattin. Ognuno di noi, in buona fede, cerca di sviluppare argomentazioni e se su queste si realizza una

convergenza è perchè evidentemente sussistono dei motivi sostanziali: ripeto, non esiste, ovviamente, un pregiudizio nè una ostilità personale.

Come ho già detto, il ministro Donat-Cattin ha introdotto l'ennesima turbativa nell'ambiente della sanità e ciò non è corretto da parte di un Ministro, il quale dovrebbe invece preoccuparsi di creare condizioni ambientali e di lavoro ottimali e serene in un servizio molto delicato per i cittadini e per gli operatori. Ho fatto tale premessa perchè il ministro Donat-Cattin non può continuare a recitare un doppio ruolo: da una parte è il massimo responsabile della Sanità in Italia (e non può scordarselo) e dall'altra parte si comporta come un uomo qualunque della strada, fa opposizione al Governo e a se stesso, esprime giudizi morali, si meraviglia e denuncia inefficienze che lui - in quanto Ministro e con la collaborazione dei suoi funzionari - dovrebbe conoscere e correggere. Questo è il compito di un Ministro. Potremmo anche accettare che un nuovo Ministro, appena subentrato nella gestione di un Ministero così delicato denunci, nella fase iniziale, i malanni del servizio, come per fare il punto della situazione. Non è invece accettabile che ciò venga fatto dal ministro Donat-Cattin che ormai sta sulla scena politica da circa 40 anni e gestisce questo Ministero (tra l'altro in continuità con i suoi colleghi di partito) da qualche anno. Allora noi ci sentiamo in diritto e in dovere di chiedere spiegazioni circa la sua attività ed egli si dovrebbe sentire in dovere di darci conto dei risultati della sua opera.

Non è esagerato allora affermare addirittura che ormai la permanenza del ministro Donat-Cattin in questo Dicastero sia un pericolo per la salute della gente (certamente in maniera indiretta). Infatti, non risanando e non restituendo efficienza e non consolidando il Servizio sanitario, si compromette la tutela della salute dei cittadini e si mina il rapporto di fiducia tra utenti e servizio pubblico.

Allora, quali considerazioni dobbiamo fare? Analizzando la situazione da un punto di vista generale, devo dire che il Ministro sta demolendo, e non con il bisturi (tanto per rimanere nel tema) ma con il piccone, il servizio pubblico sanitario. È davvero indecoroso lo spettacolo al quale non soltanto gli addetti ai lavori, ma anche i cittadini, sono costretti ad assistere: Ministri che invece di governare fanno opposizione a se stessi e al Governo. E ciò non riguarda soltanto il ministro Donat-Cattin ma anche altri. Questa scena alla quale assistiamo rappresenta il problema morale della politica italiana. Il Ministro del tesoro, per esempio, non può sviluppare considerazioni critiche sulla legge n. 194, come un semplice cittadino.

Nella pratica politica di ogni giorno qualunque amministratore di circoscrizione, di piccolo ente, di comune, nel momento in cui non condivide l'impostazione prevalente si dimette e lascia il proprio incarico. Non si può rimanere nel proprio posto e distribuire giudizi a destra e a manca. A mio avviso questo è un problema morale. Gli umorali atteggiamenti di ministri autorevoli e le picconate date al sistema pubblico si ripercuotono sulla coscienza democratica dei cittadini. In nazioni più civili della nostra non si assiste a questi spettacoli. In Francia a seguito del recente incidente ferroviario sono state richieste e reclamate le dimissioni del Ministro dei trasporti.

Il ministro Donat-Cattin, che ci riferisce gravi episodi verificatisi nell'Ospedale maggiore di Torino che ha sede a «Le Molinette», senza sentirsi in obbligo di darcene conto e senza dimettersi, non soltanto si comporta con

leggerezza ma viene meno - a mio avviso - ai doveri di un buon amministratore. Come ho già detto, in altre nazioni, per molto meno, i Ministri si dimettono.

Inoltre, sarebbe lecito chiedere al Ministro, dopo che ha fatto le sue denunce, se siano stati assunti provvedimenti amministrativi o giudiziari verso i responsabili dei fatti denunciati in Parlamento. Ancora oggi ciò non ci risulta. Non si possono soltanto fare denunce, ma si debbono assumere provvedimenti: questo è il ruolo di un Ministro.

Devo ricordare che recentemente ho presentato una interrogazione che riguarda alcuni gravi fatti che si sarebbero verificati nel reparto di cardiocirurgia dell'ospedale «San Camillo» di Roma. Ancora non mi è stata data alcuna risposta e mi risulta che non sia stato adottato nessun provvedimento. Considerata questa situazione, è lecito chiedersi a che cosa mira questa campagna. Personalmente non credo alla sprovvedutezza di autorevoli personaggi quali sono i Ministri della nostra Repubblica. A che cosa mira questa campagna denigratorie che attacca, indistintamente, tutto il sistema sanitario nazionale, gli operatori, le istituzioni locali, le unità sanitarie locali, eccetera?

Si insiste sull'inefficienza delle unità sanitarie locali, ma non si propongono provvedimenti risolutivi. È noto che tutti concordiamo nel riconoscere la necessità di riformare l'organizzazione gestionale della Sanità e tutti concordiamo sull'opportunità di ridurre il ruolo dei partiti nella gestione della Sanità.

Se tutto questo è vero, se veramente esiste questa volontà di escludere i partiti dal settore, è necessario provvedere concretamente. Ritengo, però, che alla base dell'attuale situazione vi sia un preciso disegno politico. Infatti, non posso credere che si tratti semplicemente di un problema caratteriale del Ministro, molto spesso simpaticamente presente e vivacemente aggressivo. Lo stile del Ministro non ci turba, ma ci preoccupano gli effetti delle sue parole e delle sue azioni.

Sottosegretario Marinucci Mariani, queste osservazioni interessano anche lei, poichè in questo momento è lei che rappresenta il Ministero della sanità. Le ipotesi sono due: o tutti voi condividete la linea politica lucidamente portata avanti dal Ministro della sanità, oppure dovete chiamarvi fuori dal gioco, altrimenti perdete tutti di credibilità e, purtroppo, debbo dire che già non siete credibili. La verità è che si intende demolire lo Stato sociale; tutta la manovra del Governo tende a questo. Gli esempi sono sotto gli occhi di tutti; si tratta di una realtà innegabile.

Le denunce demagogiche fatte dal Ministro sono funzionali alla volontà di creare un consenso al processo di privatizzazione dei servizi. È proprio questo l'aspetto politico più importante della sua politica. Ritengo che questo sia l'unico modo di interpretare le improvvisate uscite di personaggi autorevoli, quali il segretario del Partito socialista Craxi che dagli Stati Uniti si preoccupa di farci conoscere la gravità del fenomeno della droga.

Inseguire in maniera irresponsabile gli orientamenti spontanei della popolazione è un atto di abdicazione alla propria funzione di governo. La politica deve essere in grado di governare anche i processi culturali e la formazione degli orientamenti della gente. Una simile abdicazione, dal mio punto di vista, rappresenta un inseguimento acritico, irresponsabile e demagogico dei peggiori sentimenti ed orientamenti istintivi della popolazione.

Tutto questo certamente non significa che non esistono problemi reali della società che devono essere analizzati e a cui si deve rispondere coerentemente con i propri orientamenti culturali. Ci meraviglia il fatto che forze progressiste di sinistra (è una definizione che loro stesse usano) facciano appello e strumentalizzino i sentimenti della gente. Ritengo ad esempio, che, sotto l'emozione di un grave fatto delittuoso, la maggior parte della popolazione esprimerebbe il suo consenso sulla reintroduzione della pena di morte, ma ciò non giustificerebbe chi avanzasse demagogicamente proposte in tal senso. Ho fatto questa precisazione poichè ritengo naturale che la gente reagisca in maniera istintiva a gravi fatti delittuosi, ma è meno naturale e comprensibile che governanti inseguano l'opinione pubblica su questo terreno. Quanto meno ciò non sarebbe coerente con i loro orientamenti culturali.

Si tende, allora, a far leva sul giusto malcontento della gente, in particolare degli operatori interessati, per snaturare i servizi pubblici e restituirli alla sfera privata. D'altro canto, però, non si agisce per diffondere l'educazione sanitaria, e la coscienza dei diritti degli utenti e i conseguenti comportamenti razionali. Solo diffondendo tale coscienza si potranno valutare le scelte politiche che interessano l'esercizio dei diritti degli utenti stessi.

In altri tempi si è giocato con la coscienza democratica delle masse popolari; il risultato di questo gioco è stato pagato dai cittadini e dal Paese. La storia, quindi, ci dimostra che non è possibile giocare con la coscienza democratica e con i sentimenti della gente. Se fossimo convinti che il Ministro della sanità è costretto a subire le scelte compiute dal Ministro del tesoro sosterremmo la sua battaglia politica in difesa della sanità pubblica, pur restando fermamente contrari alla manovra economica complessiva del Governo. Invece, siamo convinti che i vari Ministeri agiscano in sintonia, cioè che vi sia una coerente politica del Governo, nel suo insieme, che tende sempre più ad adottare politiche conservatrici ed antipopolari, con buona pace di chi ha predicato la fine delle classi sociali, il superamento delle differenze e l'omologazione degli interessi.

Tra l'altro voi tutti siete consapevoli che tramite i *tickets* si compie una operazione semplicissima: si tolgono soldi dalle tasche di milioni di famiglie medie italiane per metterli nelle casse della Farindustria, degli operatori privati del settore sanitario e, più in generale, di tutti gli speculatori.

La discussione di oggi ci sembra un «già vissuto», ed è anche strano che riesca ad appassionarci ancora perchè è l'esatta ripetizione di quella svoltasi lo scorso anno. Nei documenti finanziari relativi al 1988 ci siamo trovati di fronte ad una sottostima delle risorse, ad un attacco alle autonomie locali, alle regioni, alle USL ed agli utenti. Si è parlato insistentemente di assistenza indiretta per i lavoratori autonomi; si continua a parlare di *tickets*, poichè sembra che il Governo sappia immaginare soltanto questa politica.

Secondo l'orientamento prevalente nelle forze di Governo, gli operatori sarebbero solo degli incoscienti, dissipatori delle risorse nazionali; gli utenti sarebbero colpevoli consumatori; gli amministratori delle USL incapaci o corrotti.

Siamo invece di fronte alla manifesta incapacità del Governo e del Ministro della sanità di avviare una qualunque politica di risanamento e di razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e di contenimento della spesa sanitaria, attraverso una seria politica di programmazione da tutti reclamata.



Le scelte che ci vengono proposte sono contraddittorie e perciò poco credibili.

Con soddisfazione prendiamo atto che si afferma una nuova politica del farmaco, tuttavia quanto è stato inserito nel decreto non è sufficiente. Si pensa di risparmiare in questo settore 1.500 miliardi circa; ma non possiamo considerarci soddisfatti, poichè siamo ancora lontani dall'affrontare i fatti strutturali della spesa farmaceutica. Infatti, non si è affrontato il nodo del controllo della prescrizione ed i modi per affermare la logica dei protocolli diagnostici e terapeutici (il che comporterebbe una grande operazione culturale e un vero recupero del medico di base, quale figura centrale della medicina territoriale) per incentivare la ricerca di nuovi principi attivi e, in definitiva, per porsi all'altezza dei nuovi tempi e delle possibilità offerte dalle biotecnologie, che dovrebbero diventare fattore di benessere sociale anzichè di dominio.

Non si affrontano i problemi della pubblicità, della informazione e della formazione dei medici - come è già stato detto da altri colleghi - ma soprattutto non si affronta il problema strutturale della politica del personale e della sua gestione nel sistema sanitario. Si continua ancora ad insistere - anche se è già stato rilevato, voglio ribadirlo - sulla centralità della figura del medico. Siamo tutti d'accordo ormai sul fatto che la figura centrale dell'assistenza negli ospedali deve essere quella dell'infermiere professionale. L'onorevole Marinucci Mariani è intervenuta spesso su questo tema, e non perde occasione - dobbiamo dargliene atto - di ribadire ogni volta questo orientamento. Però poi, dal momento che siamo tutti d'accordo, bisogna passare dalle parole ai fatti. Nessuno può accusare l'opposizione di impedire la soluzione concreta di questi problemi, perchè su questo - ripeto - siamo tutti d'accordo.

Anche il volere perseguire le finalità di razionalizzazione degli ospedali attraverso gli *standards* è un'operazione che, per come è stata svolta, risulta contraddittoria. Infatti, da una parte, si sostiene che bisogna applicare gli *standards*, mentre dall'altra non si prevedono le risorse per pagare il personale e, nello stesso tempo, il Governo impedisce l'assunzione di quelle figure professionali di cui si lamenta la mancanza. Quindi, le misure da voi indicate sono contraddittorie e non vanno nella giusta direzione.

È per questi motivi che noi non possiamo essere d'accordo sulla manovra complessiva che si vuole effettuare nel settore della sanità.

Si è parlato del risparmio, delle spese e di questioni su cui, dato il tempo a mia disposizione, non posso ora dilungarmi. Comunque, vi saranno altre occasioni per poter affrontare globalmente questi temi. Nessuno ha però affrontato in questa sede la questione delle entrate, che è importante. Non possiamo infatti lamentarci dell'insufficienza del Fondo sanitario nazionale, se non analizziamo come questo si forma. Si continua a prelevare la maggior parte delle risorse necessarie ad alimentare il Fondo dai lavoratori dipendenti e nessuno parla ancora della fiscalizzazione del Fondo sanitario nazionale. Voi coerentemente, anche con questo disegno di legge portate avanti una strategia, che emerge anche dalle proposte che spesso vengono messe in campo estemporaneamente, tendente alla privatizzazione del sistema sanitario ed alla eliminazione dall'assistenza sanitaria diretta di circa 7 milioni di cittadini, lavoratori autonomi. Questo è inammissibile poichè si cerca in questo modo di mettere in discussione l'universalità del diritto alla salute.

Si potrebbero aggiungere molte altre considerazioni, ma concludo qui il mio intervento essendo ormai esaurito il tempo a mia disposizione.

CORLEONE. Signor Presidente, vorrei esprimere la mia perplessità per la situazione in cui ci troviamo, cioè stranamente si è costituita in Commissione una grande unità sull'onda delle critiche al Ministro. Dal mio punto di vista comunque, se colpa vi è da parte del Ministro è quella di costituire un'unità indifferenziata in seno al Parlamento su un problema come quello della sanità che avrebbe bisogno di maggiore chiarezza e magari anche di divisioni per capire come si debba intervenire sulla grande malata del nostro Paese qual è, appunto, la sanità pubblica.

Ci troviamo inoltre in una situazione di particolare disagio perchè, quanto alla «finanziaria», ci troviamo di fronte ad una riforma del nostro Regolamento che ancora non possiamo padroneggiare. Dobbiamo esaminare prima il bilancio e poi il disegno di legge finanziaria, ma in realtà per questo non siamo preparati poichè non abbiamo avuto neppure il tempo per esaminare un bilancio in cui manca la parte di bilancio programmatico; abbiamo spese che sono discrezionali e quindi dovremmo essere preparati adeguatamente per leggere questi bilanci. Mi auguro che nei prossimi anni ciò sia possibile. Un po' per il fatto che siamo in seconda lettura, un po' per i tempi assai ridotti a disposizione, rischiamo di «buttare in politica», come si dice, l'esame del bilancio, non essendo in condizioni di affrontare le questioni in maniera adeguata.

Signor Presidente, noi abbiamo ascoltato da parte dei componenti della Commissione appartenenti alla maggioranza alcune critiche di fondo che, sostanzialmente, riguardano alcuni problemi che conosciamo molto bene per averne parlato più volte, come il problema della mancanza del Piano sanitario, la riforma del Ministero della sanità, e una serie di altre considerazioni su cui voglio aggiungere alcune brevi mie osservazioni. Se è vero che occorre una politica di indirizzo sanitario nel nostro Paese e anche di controllo, noi allora dobbiamo stabilire dove incidere sul sistema sanitario. Infatti, non credo che possiamo accusare il Ministro (che probabilmente se lo merita), condannarlo e contemporaneamente assolvere le Regioni e le unità sanitarie locali. Questo è un errore che - a mio avviso - non ci porta molto lontano. È vero che la mancanza del Piano sanitario per molti ha costituito un alibi, ma in realtà in alcune regioni il Piano sanitario regionale era stato redatto, ma non è stato approvato dagli stessi assessori alla sanità che rappresentano la parte politica di cui fa parte il ministro Donat-Cattin. I piani sanitari regionali non sono stati approvati proprio perchè prevedevano alcuni *standards*, ospedali e reparti da chiudere. Ci sono, e non nel Sud ma in Lombardia, alcuni reparti di maternità dove ancora oggi si muore di parto o dove muoiono i bambini appena nati (mi riferisco alla zona della Brianza, vicino a Milano, e non a chissà dove). Dobbiamo assolutamente tener presenti questi aspetti, perchè altrimenti faremmo un'opera di condanna dell'onnipotente - apparentemente - Donat-Cattin e, al tempo stesso, di assoluzione nei confronti di chi ha un certo potere e lo avrebbe potuto esercitare.

Oggi la Sanità è una fonte, tra le tante, da cui la classe politica attinge il denaro pubblico per fare affarismo deterioro. Senza risolvere questo aspetto non credo che potremmo riuscire a migliorare la situazione. È vero che il Fondo sanitario nazionale è sottostimato, ma anche se con la bacchetta

magica, si riuscisse ad avere 6.000 miliardi in più, penso che ugualmente non riusciremmo a risolvere i problemi nell'ambito della sanità del nostro Paese. Anche se avessimo in questo momento la possibilità di fare una magia, credo che la situazione non cambierebbe: ormai siamo in presenza di un decennio di ritardi di interventi su una serie di problemi che si sono accavallati. La questione della sanità oggi è un problema anche culturale; coinvolge la cultura degli operatori, di chi lavora nel settore. È vero che da una parte ci sono problemi di numero, di quantità, ma dall'altra ve ne sono altri di qualità. Ormai la situazione è tale per cui probabilmente abbiamo tutti ragione; nel nostro Paese vi sono ormai, a pelle di leopardo, numeri mancanti, e dove non vi sono numeri mancanti abbiamo una carenza di qualità, a causa della demotivazione e dell'impossibilità di lavorare secondo alcune caratteristiche essenziali. Chiunque sa come funziona un assessorato del comune, delle regioni, e come funzionano gli ospedali, sa che tutti questi operano come centri di potere (anche se certamente non sono i soli responsabili).

Fatta questa premessa, e considerato il bilancio così com'è, noi dovremmo essere messi in grado di analizzarlo. Per quanto riguarda il disegno di legge finanziaria vi sono voci nuove che probabilmente sono anche significative, tuttavia mancano gli elementi di indirizzo necessari, mancanza che noi dobbiamo segnalare e lo facciamo in questa sede. Se affrontiamo il problema della psichiatria vediamo che non c'è una voce di copertura dei fondi necessari a tale settore. Proprio in questi giorni si sta svolgendo a Roma un convegno (che mi sembra duri tre giorni) sul tema «Dieci anni dopo la legge n. 194». Dobbiamo prendere atto del grave problema di una obiezione di coscienza strumentale. Siamo in presenza di una totale assenza di qualunque garanzia di applicazione di una legge. Cosa ne dicono i direttori sanitari, gli assessori regionali? Tale situazione riguarda soprattutto il Nord, perchè, come sappiamo tutti, la legge nel Sud non è stata mai applicata. Che cosa si fa per questa situazione? È necessario che vengano dati principi di indirizzo, e mi rivolgo in particolare al sottosegretario Marinucci Mariani: come avete intenzione di affrontare il problema, che indirizzi avete intenzione di dare, e quali modifiche di legge proponete?

Signor Presidente, voglio concludere il mio intervento su una nota particolare. In questa sede, giustamente, è stato fatto riferimento ai provvedimenti di accompagnamento e mi sembra che ve ne sia uno particolarmente preoccupante. Certamente lo esamineremo quando verrà trasmesso al Senato, però già sappiamo che in questo provvedimento di accompagnamento proprio in mancanza degli indirizzi e dell'orientamento di politica sanitaria generale, viene previsto il paracommissariamento; vale a dire che, con l'applicazione dell'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 47, viene prevista una gradazione di provvedimenti che rischia di essere molto grave. Infatti, non soltanto si dovrà pagare l'assistenza farmaceutica e diagnostica se le unità sanitarie locali supereranno le previsioni di spesa, ma addirittura si aumenteranno i *tickets* e verranno eliminate alcune prestazioni.

Questo deteminerà una particolare situazione: in alcune regioni esisteranno garanzie sanitarie limitate ad un semestre, mentre per il semestre successivo la salute non sarà garantita.

In realtà vi sarà una violazione dei diritti dei cittadini che, a seconda della località in cui vivono e della USL a cui sono costretti a fare riferimento,

avranno o meno la possibilità di esercitare il loro diritto alla salute. Tutto ciò mi sembra particolarmente grave e non possiamo permettere l'esistenza di un simile paradosso. È inconcepibile che un cittadino sia assistito in base al luogo di residenza o - fatto ancora più ridicolo - in base al semestre in cui gli capita di ammalarsi. Oltretutto si rischia di creare una inaccettabile disapplicazione della Costituzione.

È necessario intervenire in questo settore. Dalle dichiarazioni del ministro Donat-Cattin si evince che egli adotta una ideologia di stravolgimento dello stato sociale; in concreto, però, i documenti al nostro esame realizzano soltanto una violazione dei diritti fondamentali dei cittadini. Senza altro è necessario fare qualcosa per contenere la spesa sanitaria e per evitare gli sprechi, ma ciò non può essere fatto a scapito dell'uguaglianza dei cittadini.

Consentitemi in questa occasione di parlare di alcune emergenze, anche se normalmente non mi piace usare questo termine. È innegabile, però, che si sono verificati eventi straordinari che richiedono indirizzi a livello nazionale. Il primo problema da affrontare è certamente quello dell'AIDS.

Non possiamo pensare di affrontare questo problema in maniera diversa da regione a regione. Anche qui debbo ribadire la preoccupazione che si rischia di considerare l'intervento sanitario come un affare. Infatti, quando si pensa di creare nuovi posti letto negli ospedali per i malati di AIDS si rischia di ripetere quelle condizioni che ha già richiamato il senatore Azzaretti: in sintesi, si rischia di registrare un esubero di medici ed una carenza spaventosa di infermieri. Tra l'altro attualmente gli infermieri tendono a non prestare assistenza ai malati di AIDS; credo che questo sia il primo problema da risolvere.

Si tratta di far riacquistare alla sanità pubblica il suo ruolo e il suo significato culturale; si tratta, inoltre, di far riacquistare consapevolezza a chi lavora in questo settore. Il Ministero della sanità per aver titolo alla sua stessa esistenza deve essere in grado di dare un significato preciso ad un sistema che interessa un diritto fondamentale dei cittadini. Inoltre, il Ministero deve garantire che non vi siano differenze tra i cittadini, anche perchè in questo caso si tratta di soggetti estremamente deboli e sensibili. Voglio infatti ricordare che il malato si trova sempre in una condizione di estremo bisogno. È indispensabile eliminare le sovrapposizioni esistenti; soprattutto è indispensabile dare il buon esempio, affinché chi lavora nel comparto della sanità elimini ogni forma di egoismo.

Probabilmente è vero che se il vertice fornisce un cattivo esempio la base lo imita senza scrupoli. Proprio per questo è necessario fare qualcosa sul piano delle responsabilità, senza dare troppa importanza ad una battaglia tra sistema pubblico e sistema privato che, in realtà, ha compenetrazioni maggiori di quelle apparenti sul piano degli interessi.

Infatti, i due sistemi sono strettamente legati: se il sistema privato funziona male rischia di trasformarsi in settore alberghiero, causando danni forse maggiori di un malfunzionamento del sistema pubblico.

Rivolgo, infine, un ultimo richiamo alla dovuta considerazione del problema dell'obiezione di coscienza strumentale, che impedisce la reale applicazione della legge per l'interruzione volontaria della gravidanza. Anche in questo settore deve essere garantita l'uguaglianza di trattamento dei cittadini.

SIRTORI. Vorrei evidenziare alcuni elementi che coloro che hanno vissuto - come ho fatto io - la vita professionale in prima persona conoscono benissimo: i disservizi esistenti nel settore sanitario comportano conseguenze gravissime, in alcuni casi addirittura il decesso degli assistiti. Nella produzione industriale i disservizi possono causare un rallentamento della produzione stessa; nel sistema sanitario i disservizi portano a conseguenze ben più gravi.

Il problema è estremamente grave anche perchè recentemente questi disservizi sono stati denunciati sulla stampa dallo stesso Ministro della sanità. Un anno fa, parlando della discussione sui documenti finanziari, affermai che certamente le cose non andavano bene, ma anche questo non giustificava la soluzione di addebitare tutto ad un capro espiatorio. In quella occasione ho sostenuto che era necessario riesaminare l'organizzazione della sanità.

I colleghi che mi hanno preceduto nella discussione di questa sera hanno sostanzialmente ripetuto queste affermazioni. A questo punto vi sono soltanto due ipotesi: o il Ministro è incapace, ed allora la maggioranza ha il dovere di chiedere le sue dimissioni, congiuntamente all'opposizione, o la maggioranza non aiuta il Ministro a svolgere il suo lavoro, ed allora la maggioranza stessa deve tirare determinate conclusioni. A mio parere, però, entrambe queste ipotesi non sono veritiere: il Ministro è capace, la maggioranza lo aiuta a svolgere il suo lavoro, ma, nonostante questo, la sanità non funziona.

È necessario perciò trovare le cause di questo mancato funzionamento. Tali cause sono attribuibili al sistema centrale o invece sono attribuibili a quello periferico? Non funziona la struttura organizzativa oppure non funziona quella istituzionale? È necessario chiarire questi punti abbandonando la logica seguita negli ultimi decreti-legge, che tra l'altro non fa onore al Ministro della sanità della Repubblica italiana.

Nel nostro Paese da tempo non esiste una linea di politica sanitaria. A mio parere è indispensabile affrontare il problema a livello istituzionale ed organizzatorio; se non facciamo questo, la situazione resterà immutata.

Dobbiamo partire da un presupposto che ritengo fondamentale: la sanità è un servizio sociale.

La sanità è un servizio sociale e per definizione in un servizio di questo genere ciò che incide maggiormente (all'80 per cento circa) è il personale. Analizziamo quale è il personale più importante che lavora nel settore sanitario: da una parte, i medici e, dall'altra, il personale non medico. Ebbene, cosa ha fatto fino ad ora la maggioranza per quanto riguarda il personale medico? Non ha fatto ciò che tutti i Paesi civili hanno fatto, per cui si è arrivati ad un numero di medici ormai incalcolabile che sta avendo ripercussioni assai negative sulla situazione nel suo complesso.

Proprio un anno fa avevo sollevato questo problema parlando del numero chiuso o programmato per la facoltà di medicina. In quell'occasione, interrompendomi, il Presidente di questa Commissione intervenne, con mia grande soddisfazione, per ricordare che quando era Sottosegretario alla pubblica istruzione aveva sostenuto il numero chiuso generalizzato nelle università italiane e che nonostante le reazioni che si erano avute e che si possono immaginare, rimaneva della stessa opinione. Il Presidente di questa Commissione appartiene al Gruppo socialista, cioè una parte politica che, se non erro, fa parte di una maggioranza governativa. Tutti sono d'accordo a parole sul numero chiuso - e, ripeto, queste dichiarazioni sono di un anno

fa -; tutti sono d'accordo sul fatto che vi è una pleora di medici. A questo punto, quindi, si deve trovare il modo di limitarne il numero perchè ogni medico che esce dall'università è come se avesse una «pistola carica» e «la licenza di uccidere» nelle mani, dal momento che interviene ed opera non solo sui malati ma anche sui sani e deve trovare una motivazione per poter esercitare la sua professione anche se non ci sono molti malati.

Il problema dei medici non è quindi stato affrontato da nessuno, anche se qualcuno ne parla. Si sta aspettando che si risolva da solo o, meglio, che coloro che vogliono iscriversi alla facoltà di medicina vengano dissuasi dalla consapevolezza del fatto che con la professione non si arricchisce più come una volta. Quindi, ciò significa che il Governo ha lasciato ad altri la soluzione del problema e pertanto, si deve ammettere che in questo caso il Governo non è stato capace di dare un'indicazione precisa in tal senso al Paese. Questo è molto grave.

Vorrei fare poi un'osservazione sul personale non medico, che peraltro avevo già fatto proprio un anno fa, e al riguardo il sottosegretario Marinucci Mariani mi fece presente che il personale non medico non era affatto soddisfatto della situazione in cui si trovava, specificando che avevo ragione su tale problema.

A questo punto, chiedo alla maggioranza cosa è stato fatto in un anno sul piano legislativo, organizzativo a livello del Ministero della sanità nei confronti di questo tipo di personale. L'unica cosa sono state le allucinanti dichiarazioni di qualche giorno fa di un Ministro che afferma che la gente muore perchè manca il personale. Dove siamo andati a finire? Vi rendete conto di cosa sta succedendo?

Passando a parlare, poi, delle altre figure professionali, vi è il problema della dirigenza. Riguardo a tale problema, proprio l'altro ieri, ascoltando Radio radicale che trasmetteva la discussione in corso alla Camera, ho sentito la lunga disquisizione di un parlamentare radicale sulla utilizzazione di *managers* decentrati per risolvere il problema della sanità nel nostro Paese. Questa potrebbe anche essere una soluzione, tuttavia vorrei far notare al Presidente e ai membri di questa Commissione, nonché al rappresentante del Governo che non è possibile improvvisare i *managers* nella sanità, così come non si possono improvvisare i ministri.

Infatti, per poter introdurre la figura del *manager* nella sanità avremmo dovuto avere almeno il buon senso di prevedere una scuola di sanità pubblica, sull'esempio di altri Paesi, come la Francia, per assicurare la formazione necessaria per dirigere la Sanità.

Non voglio dilungarmi sull'attribuzione di certe responsabilità, che sono anche accademiche. Infatti, se invece di indirizzare certe risorse, ad esempio, verso la ricerca delle acque minerali, che indubbiamente fanno più notizia e procurano più denaro, ci si fosse impegnati nella formazione di *managers* in grado di organizzare la Sanità e di gestire i 60.000 miliardi assegnati a questo settore, sarebbe stato assai meglio.

Ma in questo caso vi sono anche responsabilità politiche. Se si pensa infatti di inserire i *managers* a livello periferico, senza preoccuparsi prima della loro formazione, si andrà veramente incontro a grossi problemi. E questo non solo perchè non si è pensato alla loro formazione ma anche perchè tutti parlano di questa figura un po' pirandelliana, in quanto è ancora in cerca di autore, senza tener conto che tutti i *managers* di questo mondo (tipo De Benedetti, Agnelli, e via dicendo) non possono servire a molto se

non modifichiamo una legislazione vecchia, fatta di troppi controlli, che porta allo sfascio del sistema. Come diceva prima il senatore Gualtieri a proposito del fenomeno mafioso (anche io faccio parte della Commissione antimafia e quindi certe cose le ho sentite), si sono determinate connivenze con le unità sanitarie locali e i tribunali amministrativi regionali. Possiamo quindi immaginare tutte le figure manageriali che vogliamo, ma restiamo nella pura demagogia se non vi è la coscienza di potere fare sul piano organizzativo un approfondimento logico che ci consenta di giungere a conclusioni serie.

Ho voluto toccare la questione del personale perchè è fondamentale. Il problema del personale peraltro è venuto fuori sulla stampa e ormai è in pasto all'opinione pubblica.

Vorrei poi affrontare un altro problema, quello istituzionale. Mi rivolgo alla maggioranza: provate a pensare seriamente a quanto è successo in questo Paese. Nel 1970 furono istituite le Regioni, tramite le quali si pensò di poter risolvere i problemi della sanità. Ma a conti fatti - e qualcuno lo ha già detto prima di me - così non è stato ed è inutile andare a cercare capri espiatori quando vi sono problemi che non sono stati risolti a livello periferico. Dobbiamo constatare che certe regioni non funzionano, così come non funzionano certe unità sanitarie locali. Per fare un esempio molto semplice, vorrei far presente che al Nord dove risiedo, nel triangolo di pochi chilometri tra Milano, Piacenza e Novara, vi sono tre legislazioni sanitarie diverse: tra non molto sarà necessario il passaporto per andare da una unità sanitaria locale all'altra! Infatti, è già necessario il consulente di diritto costituzionale per il povero cittadino che fa fatica a capire cosa sta avvenendo nel settore sanitario del nostro Paese.

Allora, se non si vuole arrivare a modifiche che siano troppo rivoluzionarie, a modifiche istituzionali, di cui sembra che si abbia paura, almeno il Ministero della sanità cerchi di rafforzarsi e abbia il buon gusto di non abbandonare il Paese alla confusione decentrata, come purtroppo si sta verificando. Il Ministero della sanità deve avere almeno la forza di imporre o di indicare modelli organizzativi nazionali che siano omogenei per tutto il territorio, in modo tale da eliminare l'attuale stato di confusione presente nel settore sanitario. Il Ministro della sanità, interpellato da me tempo fa su questa vicenda, mi disse che è molto difficile, parlando di modelli organizzativi nazionali, per esempio, convincere i medici ad attenersi a protocolli terapeutici omologati sul territorio nazionale. Questo lo posso capire anche se dovremmo creare una certa barriera a questo individualismo esasperato, almeno in determinate circostanze. Tuttavia, non mi è sembrato che fosse molto orientato a dare questi modelli organizzativi nazionali perchè probabilmente gli manca la forza politica o forse perchè non ha preso in considerazione l'ipotesi. Allora io individuo in tale problema una delle questioni centrali. Infatti, continuando a procedere in questo modo, perifericamente e in maniera confusa, non penso che molti problemi possano essere risolti.

Dal senatore Alberti è stata prospettata una soluzione diametralmente opposta: l'ipotesi addirittura di un *manager* unico che si sostituisca al Ministro della sanità. Non condivido tale soluzione: forse si potrebbe ipotizzare un coordinamento con il Ministero degli affari sociali, ma non ricorriamo a figure la cui introduzione nello Stato mi preoccuperebbe non poco. A mio avviso uno dei problemi fondamentali è proprio quello

organizzativo, problema che il senatore Melotto ha saputo risolvere egregiamente quando è stato Coordinatore degli Assessori regionali alla Sanità; se tutti avessero fatto come lui probabilmente non staremmo in questa situazione, ma purtroppo la realtà è quella che è e ne dobbiamo prendere atto.

Vorrei esortare la Commissione - se mi è consentito - ad un'approfondita meditazione sugli argomenti da me sottolineati.

MERIGGI. Signor Presidente, intervengo brevemente per presentare un ordine del giorno che si riferisce all'annoso problema della Croce rossa. Desidero ricordare che già lo scorso anno, in occasione dell'esame della legge finanziaria, avevamo presentato un simile ordine del giorno. Oggi vi è forse un elemento favorevole in più che ci permetterà probabilmente di risolvere la questione: l'incontro a Ginevra con il presidente della Croce rossa internazionale. In quella occasione è stata prospettata la possibilità di trovare una soluzione per lo Statuto (questo è il punto fondamentale) all'interno del decreto del Presidente della Repubblica n. 613 del 31 luglio 1980.

L'ordine del giorno è molto preciso, e quindi credo che possa trovare il consenso di tutta la Commissione. Ne do lettura:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

constatato il grave stato di disagio e di disordine in cui versa la Croce rossa italiana per la mancata emanazione dello Statuto;  
considerate le ripetute sollecitazioni in tal senso rivolte all'Esecutivo,

impegna il Governo:

ad adottare urgentemente i provvedimenti necessari per l'approvazione dello Statuto, in attuazione di quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 613».

(0/1443/3/12-Tab.19)

MERIGGI, AZZARETTI, MELOTTO, RANALLI, IMBRIACO

PRESIDENTE. Onorevoli senatori, poichè non si fanno osservazioni il seguito dell'esame dei disegni di legge nn. 1442 e 1443-tab.19 è rinviato ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 19,20.*

---



MARTEDÌ 6 DICEMBRE 1988

**Presidenza  
del Presidente ZITO**

*I lavori hanno inizio alle ore 9,40.*

**«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1989)» (1442)**, approvato dalla Camera dei deputati

**«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1989 e bilancio pluriennale per il triennio 1989-1991 (1443)**, approvato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1989  
**(Tab. 19)**

(Rapporto alla 5<sup>a</sup> Commissione) (Seguito e conclusione dell'esame congiunto)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5<sup>a</sup> Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1989)» e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1989 e bilancio pluriennale per il triennio 1989-1991 - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1989 (tabella 19)», già approvati dalla Camera dei deputati.

NATALI. Signor Presidente, ho ascoltato gli interventi dei colleghi che mi hanno preceduto, i quali mi hanno confortato su ciò che pensavo e quindi non caricherò la dose, anche perchè la stima che noi abbiamo per il Ministro non è in discussione. È invece in discussione il legame tra il Ministero della sanità, il Parlamento, gli operatori sanitari e gli utenti, che non è tra i più cordiali. D'altra parte, anche l'immagine del Ministero ha la sua importanza, immagine che viceversa noi dobbiamo valutare come un elemento negativo rispetto ai problemi della sanità. Probabilmente, gli strumenti del Ministero sono insufficienti per star dietro a questo mondo così complesso e noi dobbiamo far di tutto affinché essi funzionino, perchè se ne creino dei nuovi, perchè si faccia il possibile affinché la macchina riprenda a camminare.

È stato detto che, tutto sommato, non è che le cose siano peggiorate in questi anni e probabilmente ciò è vero, però sono cresciute le esigenze, è aumentata la voglia di capire da parte degli utenti. La gente oggi vive in un mondo tecnologicamente avanzato, diciamo anche più opulento e pertanto ha pretese maggiori e noi dobbiamo fare in modo che tali pretese, che potremmo anche chiamare bisogni, siano fatte proprie, come aspirazioni, dal nostro Parlamento e quindi dal Governo.

Io ho esaminato la proposta del Governo relativa al settore sanitario, già approvata dalla Camera dei deputati, e devo dire che è una cosa già sentita e ciò è stato sottolineato anche da altri colleghi presenti al dibattito dello scorso anno. In sostanza, non è cambiato nulla, non ci sono nuove direttive, sono previsti stanziamenti, nel merito dei quali poi entrerò brevemente, ma viene a mancare un sia pur piccolo elemento di novità, di superamento di una stasi di direzione politico-amministrativa del settore sanitario.

Dirò cose già dette anche da altri perchè ho preso appunti del dibattito che si è svolto in questa aula, ma vorrei sottolineare che il taglio proposto alla spesa sanitaria è di gran lunga superiore a quelli operati negli altri capitoli di bilancio. Si è partiti da una stima, che io considero già in difetto, di 63.805 miliardi e si è arrivati ad uno stanziamento di 58.870 miliardi, obiettivo che dovrebbe essere raggiunto con misure che - a mio giudizio - appaiono scoordinate, mentre occorrerebbe una strategia con la quale, attraverso la presentazione definitiva del Piano sanitario nazionale, coordinare e qualificare il Servizio sanitario nazionale.

Nel merito della manovra, operata dal Governo, che oserei definire di ingegneria contabile, debbo dire che quanto è stato previsto non può essere totalmente condiviso, in quanto si basa su dati certamente non consolidati, su stime che hanno il difetto di essere molto aleatorie. Non a caso anche lo stesso Ministero della sanità, tramite il Servizio centrale della programmazione sanitaria, ammette la poca attendibilità dei dati.

Per il personale si ripropone la stessa manovra che da anni non ha dato risultati positivi, in particolare per il blocco delle assunzioni e del *turnover* del 25 per cento del personale non sanitario, che non darà a nostro parere i risultati sperati, in quanto la mancanza di controlli dei comportamenti applicativi delle USL e le interpretazioni a volte restrittive, ma spesso ampie e clientelari, hanno portato in questi anni di applicazione del contratto ad aumenti non previsti del contratto stesso.

Si deve inoltre rilevare che siamo in una fase di rinnovo contrattuale e, anche se è stata prevista una voce specifica per il rinnovo dei contratti del pubblico impiego (730 miliardi), non appare per niente coerente l'analisi di risparmio qui prospettata. Mi rendo anche conto che dovrà essere previsto - come è previsto, e da noi è condivisa tale previsione - un consistente aumento, nel prossimo contratto, di figure paramediche altamente qualificate (caposala, infermiere professionale) che operano in strutture molto importanti (cardiochirurgia, neurochirurgia, eccetera).

Esiste anche qui un'obiettivo sottostima del fenomeno causata anche da una mancata predisposizione di strumenti di analisi finanziaria che possano garantire un preciso intervento in questo settore; l'avvio del servizio ispettivo centrale non potrà certo dare i suoi frutti se non in tempi medio-lunghi, cosicchè continueremo a leggere sui giornali casi di spreco di denaro pubblico e macroscopiche situazioni di sottoutilizzo di strutture sanitarie, ai quali si è tentato di porre rimedio; ma anche questo resterà lettera morta se non verranno collegate politiche di intervento e di contenimento della spesa legate alla istituzione di *standards* qualitativi e quantitativi, nonchè alla rigorosa analisi di costi e benefici per evitare, come accade oggi, di rilevare che il costo di una siringa monouso varia da USL a USL, con differenze di costo che a volte superano anche il 100 per cento.

Si occulta il fatto che in merito alla abolizione delle prestazioni extra vi è stata una vera «rivolta» dei medici di base (Congresso SUMAI di

Saint-Vincent) ed è dimostrato che, soprattutto per questa voce, è illusorio prevedere interventi e manovre di risparmio consistenti, in quanto i medici di base sono parte determinante della spesa sanitaria. Il taglio effettuato su questa voce, anche se condivisibile sotto l'aspetto meramente contabile, potrebbe portare a conseguenze ben più disastrose per la spesa sanitaria, se non si recupera, in sede di rinnovo di convenzione, un rapporto più coerente e corretto con gli stessi medici di base.

Poichè la spesa farmaceutica è tra le voci che maggiormente si collocano al centro della manovra, è necessario in questo settore prestare molta attenzione, in particolare coinvolgendo tutte le categorie interessate e affrontando il tema della spesa farmaceutica con minore disorganicità, e rimuovere alcuni inconvenienti attuali che stanno agendo da veri e propri meccanismi perversi; in particolare mi riferisco al sistema dei ripiani *a posteriori* che ha assunto, in questi anni, dimensioni sempre più allarmanti, per non parlare poi del nuovo prontuario farmaceutico che ancora una volta è stato rinviato, sia pure di qualche mese, e che inciderà fortemente sulla spesa sanitaria, se non si operano i tagli previsti sui medicinali che non sono considerati utili.

Risulta ancora da definire il ripiano dei debiti delle USL, relativi agli anni 1985-1986; solo recentemente il Senato ha introdotto nel decreto-legge sul *ticket* misure dirette al ripianamento dell'esercizio finanziario del 1987. È di questi giorni il dibattito tra le forze politiche parlamentari sulla necessità di provvedere alla rideterminazione dei fabbisogni di spesa 1988.

Tutto ciò è imputabile al meccanismo scelto dallo Stato per il ripianamento del *deficit*, registrato negli esercizi pregressi; il ricorso a mutui concessi dalla Cassa depositi e prestiti per chiudere le partite debitorie delle USL non permetterà alle stesse di programmare in tempi utili, ed esattamente per i prossimi esercizi finanziari, il loro fabbisogno di spesa sanitaria e farmaceutica in particolare.

Il Governo ha anche fatto proposte interessanti. Il Ministro ha lanciato l'idea dei *managers* per fare delle USL delle aziende, un'idea che considero brillante; l'andamento delle aziende è naturalmente legato alla gestione, e quindi è importante la scelta di chi deve dirigerle. Pertanto, superate le ovvie difficoltà di trovare le persone adatte, che comunque ci sono nella vita operativa del nostro Paese, ritengo che questa riforma non sarebbe solo utile ma addirittura indispensabile. Però, bisogna sempre far seguire alle parole i fatti, e questo non è avvenuto. Si sono dette molte cose; si prefigurano orientamenti nuovi, ma tutto rimane come prima.

Avrei voluto svolgere anche altre considerazioni, ma il tempo a disposizione è limitato. Avviandomi a concludere vorrei precisare che se fossi un irresponsabile non darei il mio voto favorevole a questo capitolo della «finanziaria», ma il privilegio di votare contro spetta all'opposizione; quindi, non solo perchè il voto è palese ma perchè faccio parte di una maggioranza organica di pentapartito, voterò a favore di questa parte dei disegni di legge finanziaria e di bilancio, però con un profondo senso di frustrazione devo dichiarare che come membro della Commissione sanità mi sento completamente tagliato fuori da ogni decisione.

Vorrei pertanto pregare il ministro Donat-Cattin di essere più presente nella nostra Commissione, di discutere con noi, di non venire qui avendo già assunto decisioni definitive e di utilizzare la Commissione sanità come uno strumento del suo Ministero, uno strumento parlamentare libero ed

autonomo, certamente, ma nello stesso tempo di collaborazione che può dire la sua in un campo difficile, assai complesso ma che come nessuno altro interessa tutti gli italiani. Questa è la caratteristica della sanità e non c'è un italiano disinteressato ai suoi problemi. Ciò che noi facciamo viene considerato criticamente e le responsabilità che sono del Ministro sono anche della Commissione sanità, ricadono anche su di noi e forse più su di noi che su altri. Si tratta di responsabilità pesanti che dobbiamo assumerci avendo almeno la consapevolezza ed un minimo di certezza che saremo messi in grado di rispondere a chi soffre e vuole una Sanità efficiente, a chi chiede il minimo indispensabile in un'Italia dei tempi nostri e non di trenta, quaranta o cinquanta anni fa. L'Italia degli anni '90 deve essere un'Italia diversa, che si appresta ad entrare nell'Europa, e si appresta ad un confronto europeo. Nel 1992 dovremo, pertanto, essere in grado anche nel settore sanitario di non sfigurare.

CONDORELLI. Intervengo molto rapidamente, signor Presidente, signor Ministro, per illustrare il seguente ordine del giorno con riferimento alla tabella D del disegno di legge finanziaria:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

premesso che la ricerca biomedica nelle strutture del Servizio sanitario nazionale rappresenta una condizione indispensabile per la loro qualificazione, con ricadute importanti sul progresso della scienza medica e quindi sulla salute e sulla qualità della vita dei cittadini;

considerato che il sovvenzionamento della ricerca biomedica ai soli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico costituisce una ingiusta discriminazione verso altre strutture ospedaliere dove, per la competenza dei sanitari ed il livello delle attrezzature, la ricerca può essere ugualmente svolta,

impegna il Governo:

a rivedere, anche attraverso modifiche di carattere legislativo, i criteri di ripartizione dei sovvenzionamenti in materia di ricerca biomedica, nel quadro di un'azione di coordinamento degli interventi, correggendo in particolare l'attuale anomalia di gestione della ricerca sanitaria che vede pressochè del tutto esclusi gli ospedali».

(0/1442/4/12)

CONDORELLI, AZZARETTI, NATALI, SIRTORI, TORLONTANO, DIONISI

Già l'anno scorso ho presentato un ordine del giorno simile. Attualmente i finanziamenti sono distribuiti da vari centri di imputazione. Tutto ciò comporta sperperi e assegnazioni talvolta ingiuste, nonché mancato controllo dell'attività svolta. Oltre tutto esiste nel nostro Paese una situazione piuttosto particolare: il sovvenzionamento da parte del Ministero della sanità per la ricerca biomedica viene erogato pressochè esclusivamente agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, trascurando gli ospedali presso i quali spesso ci sono ottimi professionisti che potrebbero svolgere altrettanto bene l'attività di ricerca. Fra l'altro far fare la ricerca negli ospedali significherebbe migliorare la qualità degli ospedali stessi. Proprio per spingere in questa direzione abbiamo presentato l'ordine del giorno che speriamo sia accolto dal Governo, il quale deve intervenire con strumenti

soprattutto di ordine legislativo. Fin d'ora anticipo che vi saranno iniziative in tal senso anche da parte nostra.

MERIGGI. Signor Presidente, intervengo per illustrare il seguente ordine del giorno al disegno di legge finanziaria, con riferimenti alla tabella D:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

considerata l'esigenza di una profonda modifica del sistema fiscale per superare l'attuale situazione di iniquità, di elusione e di evasione, sollecitata peraltro dalle organizzazioni sindacali e dai cittadini;

considerata altresì la esigenza di una ripartizione del peso dell'assistenza sanitaria nell'ambito del sistema economico nel suo complesso, anziché esclusivamente nell'ambito del costo del lavoro dipendente ed autonomo,

impegna il Governo:

a predisporre, entro tre mesi, dall'entrata in vigore della legge finanziaria per il 1989 un disegno di legge, sulla base dell'articolo 76 della legge n. 833 del 1978, avente come fine la riconduzione del prelievo contributivo sanitario all'interno del sistema fiscale ed alla assoluta indilazionabile azione tendente al recupero dell'evasione fiscale, recupero che se attuato, non renderebbe necessarie, per la spesa sanitaria, modifiche di aliquote d'imposte esistenti, nè l'istituzione di nuove imposte».

(0/1442/5/12)

MERIGGI, IMBRIACO, TORLONTANO

Credo sia nota a tutti la situazione di confusione e di ingiustizia relativa al versamento dei contributi sanitari. Noi riteniamo che per superare questa difficile situazione la strada da seguire sia quella di dare attuazione alla norma della legge n. 833 del 1978 che prevede la fiscalizzazione per il finanziamento del Fondo sanitario nazionale e quindi del Servizio sanitario nazionale. È la strada maestra indicata dalla legge e secondo noi deve essere seguita.

IMBRIACO. Signor Presidente, intervengo per illustrare il seguente ordine del giorno, con riferimento alla tabella 19 del bilancio:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

constatato che ad un decennio dall'approvazione della legge n. 833 del 1978, manca lo strumento fondamentale per governare il Servizio sanitario, cioè il piano sanitario nazionale;

rilevato che sono trascorsi ormai tre anni dall'approvazione della legge n. 595 del 1985, che prescrive tra l'altro una legge di finanziamento del settore sanitario;

preso atto che mentre questi obblighi legislativi venivano disattesi, si attivavano i servizi e gli uffici centrali della programmazione sanitario nazionale, profondendovi risorse di non lieve entità;

preso atto in particolare che lo stanziamento del capitolo 4201 della tabella 19 del disegno di legge 1443 è assorbito, per la quasi totalità, dalle spese per la convenzione stipulata con l'Italsiel in data 24 aprile 1986, per l'affidamento alla società medesima dell'incarico di svolgere le attività di sviluppo e manutenzione del sistema informativo sanitario;

constatato altresì che in materia di automazione dei servizi sanitari ogni regione procede in modo autonomo investendo non poche risorse finanziarie sicchè l'acquisizione da parte del Ministero della sanità di prodotti *software* ingegnerizzati da destinare a strutture locali del Servizio sanitario nazionale ed utilizzabili da una pluralità di utenti quali le USL e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico potrebbe risolversi in inutili dop-pioni;

impegna il Governo:

a presentare alle Camere entro il 31 gennaio 1989 una relazione che documenti l'attività svolta dai seguenti servizi:

a) Servizio farmaceutico per le funzioni sue proprie (farmaco-vigilanza, informazione, eccetera);

b) Servizio centrale della programmazione sanitaria, con particolare riguardo all'entità dei componenti dei consigli, dei comitati e delle commissioni istituite nell'interesse della programmazione sanitaria ed al lavoro svolto in tutti questi anni nell'interesse della programmazione d'intesa con l'altro organismo, cioè il Consiglio tecnico superiore, che per suo conto assorbe altre risorse;

a riferire per la stessa data sullo stato di attuazione della convenzione stipulata con l'Italsiel in data 24 aprile 1986 e sull'atto aggiuntivo alla convenzione medesima stipulata in data 30 dicembre 1987, che dovrebbero andare a regime nel 1989, fornendo precisazioni su:

a) i programmi di aggiornamento delle attrezzature, i progetti di trattamento dei dati ai fini della conoscenza del sistema e i costi sinora sostenuti e futuri;

b) i tempi per la disponibilità di credibili indicatori di efficacia del servizio, di efficienza produttiva del sistema di *performance*;

c) l'ammontare complessivo delle risorse che si reputa saranno impiegate per la completa realizzazione del sistema in grado di fornire il quadro sopra richiamato, l'entità dei fondi effettivamente spesi e le ragioni per cui figurano in bilancio ingenti residui».

(0/1443/4/12-Tab.19)

IMBRIACO, RANALLI, MERIGGI, TORLONTANO,  
ZUFFA, DIONISI

Questo ordine del giorno, come del resto il rapporto di minoranza che ci riserviamo di presentare alla Commissione, vuole tentare, dopo anni di liturgie sterili e senza risultato, di mettere il dito sulle piaghe di una amministrazione burocratica-centralistica la quale, per di più, non essendo stata dotata in questi anni, per chiara e manifesta volontà del Governo, di strumenti fondamentali, quali il piano e le leggi di finanziamento è alla base del mancato funzionamento del sistema organico.

Con questo ordine del giorno mettiamo il dito su due piaghe. La prima è costituita dalla vicenda, a tutt'oggi nebulosa e misteriosa, del sistema informativo sanitario. Non vi è dubbio che nel 2000 l'automazione e l'informatizzazione dei servizi diventeranno fondamentali per poter governare la società nel suo complesso. Nella fattispecie, però, non riusciamo a capire cosa è avvenuto in questi anni e quali risultati sono stati raggiunti. Riteniamo che in questo settore siano state investite

somme non indifferenti, perchè ogni regione si sta organizzando in proprio. Nell'atto aggiuntivo nel dicembre 1987 alla convenzione iniziale firmata con l'Italsiel dal Ministero del 1986 si parla di distribuire a tutte le unità sanitarie locali, agli istituti a carattere scientifico ed ai vari organismi del Servizio sanitario nazionale una serie di prodotti *software* che potrebbero rilevarsi doppioni rispetto a prodotti simili che le regioni hanno già acquisito per proprio conto.

Vogliamo insomma capire (e lo ribadiamo nella relazione di minoranza) se questo apparato centralistico non è diventato esso stesso, per difendere la propria sopravvivenza, una remora allo sviluppo del Servizio sanitario nazionale, al suo potenziamento e soprattutto alla sua razionalizzazione attraverso gli strumenti del Piano e delle leggi di finanziamento.

Per ottenere queste informazioni per il momento noi chiediamo al Governo di rispondere entro il gennaio 1989, parlandoci anche del servizio farmaceutico. In sostanza, noi vorremmo sapere cosa faranno i tanti organismi che si chiamano comitati di studio, enti per la ricerca, comitato tecnico-scientifico, centro studi per la programmazione, eccetera e che, secondo quanto è scritto nella tabella 19, in questi anni hanno lavorato - sono parole testuali - nell'interesse della programmazione sanitaria. Dal momento che non abbiamo avuto un solo atto di programmazione, io ritengo che sia legittimo porre un interrogativo sulla attività svolta da questi organismi in tutti questi anni, anche perchè hanno ingoiato decine e decine di miliardi. Chiediamo quindi di capire qualcosa di quello che accade all'interno di questo meccanismo, per sopprimere eventualmente strutture sclerosate che, di per sè, costituiscono una remora allo sviluppo e al potenziamento del Servizio sanitario.

ZUFFA. Signor Presidente, intervengo brevemente per illustrare il seguente ordine del giorno attinente alla tabella 19:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

considerata l'esigenza di compiere un'attenta analisi dello stato dei servizi nei campi dell'igiene pubblica, dell'igiene e prevenzione nei luoghi di lavoro e della tutela ambientale, nonchè delle condizioni di funzionamento del massimo istituto per la prevenzione, l'ISPESL, rilevata la necessità di adeguati programmi di ricerca per la prevenzione dei danni derivanti dall'utilizzo di sostanze nocive ai lavoratori ed alle popolazioni,

impegna il Governo:

a presentare insieme ai disegni di legge di accompagnamento alla legge finanziaria, per il settore sanitario, un provvedimento per il potenziamento del personale e delle attrezzature dei servizi di prevenzione e controllo ambientale, con la destinazione di adeguate risorse;

a riferire sullo stato di funzionamento dell'ISPESL, ed in particolare sull'utilizzo delle risorse umane e delle strutture in relazione ai programmi da attuare».

(0/1443/5/12-Tab. 19)

IMBRIACO, ZUFFA, MERIGGI

Tale ordine del giorno richiama l'attenzione sui servizi di igiene e prevenzione nei luoghi di lavoro e pone sostanzialmente due questioni. In

primo luogo, noi ora possiamo disporre di una mappa abbastanza precisa delle aziende a rischio e contemporaneamente constatiamo che vi è un notevole aumento degli infortuni in alcuni settori, primo fra tutti quello dell'edilizia.

Tutti questi dati li abbiamo in parte per il funzionamento in alcune regioni dei nuovi servizi di igiene e prevenzione nei luoghi di lavoro, nati dalla riforma. Ebbene, è possibile constatare che là dove questi servizi sono operanti è opinione comune che essi lo siano anche dal punto di vista del mutamento della cultura in questo settore. Vi sono però profonde differenze tra regione e regione e, nell'insieme, non credo che siano stati fatti tutti gli investimenti che si dovevano fare al riguardo.

Pertanto, nel nostro ordine del giorno si chiede di riportare l'attenzione sul settore attraverso un intervento concreto, vale a dire attraverso il potenziamento degli organici dei servizi, tenendo presente che - come voi sapete - il nucleo fondamentale dell'organico non è costituito tanto dal personale medico quanto da quello tecnico.

Si chiede inoltre di riferire in modo specifico sull'ISPESL e sul suo funzionamento.

ALBERTI. Signor Presidente, vorrei illustrare il seguente ordine del giorno riferito al disegno di legge finanziaria:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

vivamente preoccupata per la precarietà dell'assistenza ospedaliera per carenza di personale infermieristico, denunciata dalla stampa e dalle organizzazioni sindacali, confermata dalle recenti dichiarazioni del Ministro della sanità alla Camera dei deputati;

preso atto delle osservazioni emerse nell'altro ramo del Parlamento durante la discussione del disegno di legge finanziaria sulle drammatiche difficoltà di reclutamento del personale di assistenza, in mancanza di una legge di riordino delle professioni sanitarie infermieristiche, del personale addetto alla riabilitazione, nonché delle nuove figure professionali tecniche indispensabili all'erogazione di una assistenza umana e qualificata,

invita il Governo:

a presentare con urgenza al Parlamento la legge del settore delle professioni infermieristiche, nella quale tra l'altro siano definiti adeguati percorsi di carriera al fine di incentivare il reclutamento del personale unanimemente ritenuto necessario per il settore».

(0/1442/6/12)

ALBERTI, ONGARO BASAGLIA, MELOTTO, SIRTORI,  
ZUFFA, DIONISI, AZZARETTI, TORLONTANO

Noi siamo vivamente preoccupati, come lo è tutta la Commissione, dei problemi del personale sanitario, in modo particolare di quello infermieristico. In tutte le regioni la situazione è estremamente drammatica, in quanto vi sono numerose carenze negli organici ed in alcune regioni non si riesce più a reperire personale da avviare alla professione. Noi crediamo che ciò sia dovuto alla mancanza di prospettive offerte dalla carriera e da anni aspettiamo una legge di riordino della professione.

Pertanto, con il nostro ordine del giorno proponiamo che, in sede di discussione del disegno di legge finanziaria, si affronti il problema e



invitiamo il Governo a presentare un disegno di legge di riassetto del settore, da esaminare con le procedure privilegiate recentemente introdotte nel nostro Regolamento. A nostro parere, si potrebbe addirittura pensare di destinare una somma sul Fondo sanitario nazionale alle regioni per l'avviamento professionale.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. Presento il seguente ordine del giorno al disegno di legge finanziaria, che ritengo si illustri da sè:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

ricordato che, gli ordini del giorno presentati in Senato il 22 ottobre 1987, e dallo stesso Governo accolti, impegnavano l'esecutivo a presentare al Parlamento il Piano sanitario nazionale nei tempi più rapidi possibili, in ottemperanza, anche se tardiva, al dettato della legge 23 ottobre 1985, n. 595, nonchè ad adottare, nella ripartizione del Fondo sanitario nazionale, criteri che consentissero di superare definitivamente il sistema di ripartizione basato sulla spesa storica, introducendo, in pari tempo, l'istituto della compensazione per la mobilità sanitaria a livello di USL, coinvolgendo inoltre le Regioni nell'eventuale ripiano dei debiti accumulati istituendo per le stesse le correlative autonomie decisionali e impositive,

impegna il Governo:

a presentare, entro il 31 gennaio 1989, il Piano sanitario nazionale e ad avviare sollecitamente le procedure per il superamento del sistema di ripartizione basato sulla spesa storica e per l'introduzione, a livello di USL, dell'istituto della compensazione, attribuendo alle stesse USL ed alle Regioni la completa responsabilità della gestione del bilancio di rispettiva competenza».

(0/1442/7/12)

MELOTTO

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

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. Signor Presidente, signor Ministro, colleghi, la discussione del disegno di legge finanziaria e della tabella riguardante il Ministero della sanità è certamente l'occasione per avviare il discorso sui pregi e sui difetti del settore sanitario, ma debbo dire che dal dibattito svoltosi sono emersi, date anche le recenti polemiche, soltanto questi ultimi.

Visto anche il tempo limitato a disposizione, non farò una replica puntuale a tutti i rilievi avanzati dai colleghi, ma affronterò soltanto alcuni problemi. Il primo è quello relativo al Fondo sanitario nazionale. Ebbene, per quanto riguarda il Fondo - a mio parere - è necessaria un'attenta riflessione, in quanto di anno in anno si è fatto uso di strumenti diversi che, però, non si sono dimostrati idonei a far sì che le previsioni di spesa fossero rispettate. Si parla per il 1988, almeno dalle stime del pre-consuntivo, di circa 6.000 miliardi mancanti per pareggiare il conto.

Questo è, quindi, un problema che ci deve trovare particolarmente attenti perchè sono convinto che, una volta introdotto di fatto il sistema del

«piè di lista», esso non appaga nessuno. Fintanto cioè che vi saranno ripiani automatici sugli sfondamenti di spesa, nessuno avrà realmente interesse a far quadrare i conti perchè sa che, in ogni caso, a fine anno o l'anno successivo qualcuno pagherà al posto suo.

A questo proposito credo che occorrerà, attraverso una riforma del sistema, trovare il modo di coinvolgere la periferia e quindi le regioni e le USL, le quali dovranno assumersi precise responsabilità. Non credo che per una materia come questa i provvedimenti che predeterminano la spesa, siano sufficienti se non viene coinvolta la responsabilità degli amministratori locali e l'«autonomia impositiva», ai fini di eventuali integrazioni.

E vengo alla seconda questione. Da tutti è stata invocata a gran voce la presentazione del Piano sanitario nazionale. Ormai, a dieci anni di distanza dalla prima bozza del Piano sanitario nazionale, ritengo che si possa concretizzarlo anche perchè il discorso risulta facilitato dagli *standards* che quest'anno sono stati stabiliti.

Quindi, procedendo alla revisione dell'intero sistema ospedaliero, credo che oggi occorra indicare la concreta possibilità di riduzione della rete ospedaliera e quali sono le azioni ad essa alternative o integrative. Queste troveranno spazio, considerato lo schema della struttura, nei progetti-obiettivo, nelle azioni programmate a trasferire parte dell'attività dall'ospedale al territorio, affinché, attraverso la tutela della salute prima ancora che attraverso la cura della malattia, si riesca ad invertire il processo per cui tutto è esclusivamente finalizzato e accentrato presso l'ospedale.

Giustamente il senatore Condorelli ha sollevato il problema della convenzione, che soltanto pochi policlinici universitari hanno a livello di atto formale; si continua ad andare avanti così, con azioni, pressioni, spinte e contropinte che non trovano chiarezza in atto normativo necessario a coinvolgere nel processo comune anche i policlinici universitari che, altrimenti, restano *a latere*, con tutto ciò che questo fatto comporta.

Occorrerebbe pertanto, pur rispettando le reciproche autonomie, entro un determinato tempo trovare il modo, di costringere ad adottare quelle forme che risultano essere utili al Servizio. Viceversa, se vogliamo che i policlinici siano estranei al Servizio sanitario, riservando a questi solo la didattica e la ricerca, per cui solo casualmente essi possono svolgere attività di assistenza, significa che si vuole perseguire un disegno diverso, che non mi sembra quello della legge n. 833.

La terza questione riguarda il Meridione, che richiede una attenzione particolare, una politica precisa, un progetto specifico. Se vogliamo far decollare la sanità nel Meridione, non basta - come è stato fatto in questi anni - trasferire risorse: queste non sono affatto sufficienti; occorre anche un preciso progetto supportato da una volontà politica precisa. Solo in questo modo, infatti, riusciremo a trarre, con la necessaria gradualità, molte strutture del Meridione dallo stato di degrado in cui complessivamente si trovano per inserirle in un processo di qualificazione, in linea con la sanità che desideriamo adottare per l'intero Paese. Per fare questo abbiamo soprattutto bisogno di intelligenze che supportino le scelte che una programmazione concordata dovrebbe realizzare.

Da alcuni colleghi, in particolare dai senatori Azzaretti e Alberti, è stato sollevato il problema della crisi del personale infermieristico. Già in altra occasione abbiamo chiesto al Ministro di stralciare dal progetto di riforma delle USL l'articolo che riguarda la formazione del personale paramedico per

farne un disegno di legge *ad hoc* da presentare al Senato, considerato l'«intasamento» di provvedimenti attualmente in esame alla Camera. Anche in questo caso, non credo sia più possibile nasconderci dietro un dito. Non basta aumentare le scuole; infatti, anche dove queste sono state aumentate, si registra la mancanza di allievi. Occorre pertanto rivedere se la scelta di abolire la figura dell'infermiere generico e di preparare esclusivamente infermieri professionali, con specifico *iter* formativo, sia ancora opportuna e sufficiente o se invece, accanto alla riconferma di questa scelta, non occorra anche, se non ripristinare la figura dell'infermiere generico, prevedere una figura che con funzioni comunque integrative. Altrimenti, ritengo che i reparti, alla fine, dovranno essere ridimensionati perchè senza il personale infermieristico diventano difficili, se non addirittura impossibili da governare.

Quindi, è urgente un esame della materia per studiare l'aggiornamento dei titoli di studio e vedere concretamente quali possono essere le figure più adatte alla gestione della Sanità nelle varie strutture.

Anch'io condivido quanto dichiarato dal senatore Corleone nel suo intervento, cioè che le responsabilità non sono solo a livello centrale ma anche a livello regionale e locale. Come accennavo nella prima parte di questa mia replica, è urgente, attraverso la riforma, ridisegnare le responsabilità perchè forse oggi ce ne sono troppe che si annullano reciprocamente: non si sa mai chi è il responsabile! Quindi, ridisegnando le responsabilità, saranno più chiare anche alcune certezze sulla conduzione complessiva della sanità in Italia. Non sempre due più due fa quattro; molte sono le variabili da considerare in questo settore, per cui non sempre è possibile fare preventivi precisi al centesimo. Ma soprattutto, pur valutando una certa percentuale di variabili, non si può discutere solo della parte economica senza considerare quello che dovrebbe premerci di più, cioè la qualità del servizio che si offre al cittadino.

Per quanto riguarda la serie di elementi critici portati dal senatore Natali sul problema delle prestazioni del medico di famiglia, del contratto e della convenzione in genere, devo dire che comunque occorre «annacquare» molto - a mio avviso - l'aspetto supergarantista della professionalità e soprattutto, più che di questa, del perimetro di attività che ogni medico si è ritagliato, per cui si chiede allo Stato che ogni rischio venga coperto.

L'aspetto troppo garantista del sistema, infatti, comporta che anche se il servizio viene svolto in maniera insufficiente e con evidenti carenze, non esiste responsabilità e le aree di attività professionale non vengono mai messe in discussione. Credo che il dibattito e le polemiche alle quali abbiamo assistito qualche mese fa siano un esempio illuminante. Anche qui ritengo che si dovrà operare con una certa gradualità, ma sarebbe certamente positivo rimettere in discussione qualche garanzia di troppo che si è prodotta negli anni e ricreare quel tanto di rischio necessario affinché la professione, dando quanto basta per vivere, sia svolta nel miglior modo possibile. Con una flessibilità più ampia il servizio stesso si porrebbe in maggior sintonia con le esigenze di qualità e di tempestività che la gente chiede.

Questi sono gli argomenti sui quali ho ritenuto opportuno, in sede di replica, di poter svolgere alcune precisazioni ai colleghi. Tanti altri ce ne sarebbero, ma credo che non mancheranno occasioni per occuparcene, ad esempio nel corso dell'esame dei provvedimenti di accompagnamento. Si valuteranno allora svariati aspetti che, data la brevità del tempo a disposizione, oggi ho dovuto trascurare.

Passo ora ad esprimere il parere sugli ordini del giorno, cominciando da quelli che sono stati presentati al disegno di legge finanziaria.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno 0/1442/1/12, di cui è primo firmatario il senatore Signorelli, mentre non mi convincono le premesse potrebbe convincermi il dispositivo che impegna il Governo ad una iniziativa legislativa che attribuisca le funzioni gestionali delle USL ad un organo unico con connotazioni manageriali; tuttavia, siccome il provvedimento in questione è già della Camera (ed è stata svolta la relazione), credo che l'ordine del giorno sia inutile. Pertanto il mio parere è negativo.

Passo ora all'ordine del giorno 0/1224/5/12, presentato dai senatori Meriggi, Imbriaco e Torlontano. Credo che esuli dalla competenza di questa Commissione la parte relativa alla fiscalizzazione, stante il provvedimento di cui anche questa mattina riferiscono i giornali. Pertanto esprimo parere negativo su tale ordine del giorno.

Sono invece favorevole all'ordine del giorno 0/1442/4/12 sulla ricerca biomedica, presentato dai senatori Condorelli ed altri.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno 0/1442/3/12, di cui è primo firmatario il senatore Azzaretti, pregherei di proponenti di ritirarlo, dal momento che io stesso ho presentato in materia un ordine del giorno il n. 0/1442/7/12 più sintetico, nel quale ritengo peraltro sia assorbito anche l'ordine del giorno 0/1442/2/12, di cui primo firmatario è il senatore Alberti.

Sono infine favorevole all'ordine del giorno 0/1442/6/12 relativo al problema della formazione del personale paramedico, presentato dal senatore Alberti e da altri senatori.

DIONISI. Signor Presidente, in assenza del senatore Azzaretti, primo firmatario, accolgo l'invito del relatore e dichiaro di ritirare l'ordine del giorno 0/1442/3/12.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. Passando agli ordini del giorno relativi alla tabella 19, ritengo l'ordine dell'ordine del giorno n. 0/1443-Tab.19/1/12 del senatore Signorelli ed altri assorbibile in quello di analogo contenuto n. 0/1443-Tab.19/2/12, presentato dal senatore Imbriaco e da altri senatori. Sono favorevole a quest'ultimo a condizione che la data sia spostata al 31 marzo 1989 poichè non credo che prima di allora il Ministro possa presentare alcunchè.

IMBRIACO. Accetto di modificare l'ordine del giorno in tal senso.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. Sono contrario a quanto concerne il ruolo del Servizio informativo sanitario, così come sostento nella prima parte dell'ordine del giorno (0/1423-Tab.19/4/12).

IMBRIACO. Sono state distribuite decine di miliardi per programmi che si sarebbero dovuti svolgere già da molti anni. Peraltro, credo che il Ministro sia favorevole all'ordine del giorno.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. Già in passato mi sono dichiarato favorevole ad una

discussione sul ruolo e sulla situazione del Servizio informativo sanitario e ritengo che solo a seguito di tale discussione potranno essere presentati ordini del giorno. Per ora non mi sento di dichiararmi ad essi favorevole.

Viceversa, mi dichiaro favorevole all'ordine del giorno n. 0/1443-Tab.19/3/12, di cui è primo firmatario il senatore Meriggi e mi rimetto al Governo per quanto riguarda l'ordine del giorno n. 0/1443-Tab.19/5/12, di cui è primo firmatario il senatore Imbriaco.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Mentre ringrazio il relatore e coloro che sono intervenuti, non posso non sottolineare il tono leggermente funereo che ho sentito in questo avvio di mattinata. L'elegia del senatore Natali credo sia l'espressione di uno stato d'animo che non ha alcuna corrispondenza con la realtà, ma nasce da dibattiti giornalistici che sono intervenuti recentemente a deformare certe dichiarazioni da me rese alla Camera dei deputati.

NATALI. Penso di essere stato uno dei più moderati: lei non ha assistito alle sedute precedenti.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Però, da una lettura attenta dei verbali risulta che i motivi adottati non comportano che il Servizio sanitario nazionale sia in imminente pericolo di «morte» in conseguenza della conduzione del Ministero.

Ho già fatto dichiarazioni che ripeterò qui brevissimamente. Siamo senza dubbio in ritardo nella presentazione del Piano sanitario nazionale e man mano che ci avviciniamo alla sua definizione la richiesta è sempre più pressante. Il ritardo è dovuto in primo luogo al fatto che non dispongo di una struttura ministeriale molto guarnita: rispetto ai 3.000 dipendenti che dovrei avere, ne ho poco più di 1.000.

In secondo luogo, sono intervenute negli ultimi due mesi alcune difficoltà per la definizione delle parti del piano relative alla tossicodipendenza, per le note vicende che hanno caratterizzato il settore, con discussioni varie dalle quali dipende l'impostazione del problema in un modo in un altro e lo stabilire una spesa oppure un'altra.

Un ulteriore motivo è rappresentato dal fatto che nel corso dell'anno l'AIDS ha assunto, secondo i rilievi epidemiologici, una dimensione assolutamente diversa da quella prevista dalla Commissione operante presso l'Istituto superiore di sanità alla data del dicembre 1987.

Per quanto riguarda invece il programma per gli anziani, è stato già illustrato e definito; il direttore generale è incaricato della stesura finale e prima di Natale contiamo di presentarlo al Consiglio sanitario nazionale.

Devo però rilevare che si ignorano totalmente gli atti preliminari alla programmazione. Mi riferisco al decreto sugli *standards* dell'assistenza ospedaliera, che è un atto incidente e pregiudiziale rispetto alla programmazione; alla definizione di un fondo per investimenti nel settore sanitario; al disegno di legge sulla riforma del Servizio sanitario nazionale. Siamo di fronte ad una sistematica sottovalutazione della spesa, ma questo non dipende dal Ministro della sanità, il quale desidererebbe una valutazione che gli consentisse di usufruire di strumenti che attualmente gli mancano. Per sopperire a tale carenza ho predisposto intanto un provvedimento di settore e l'ho presentato alla Camera dei deputati; è questa una novità che mi

permetto di rilevare. La polemica si può fare comunque ma non si può ignorare che c'è una legge di settore, un riordinamento degli *standards*, un fondo per investimenti sanitari, vale a dire che vi sono alcune premesse consistenti sotto l'aspetto programmatico.

La programmazione comunque non può essere quella richiamata dagli ordini del giorno, cioè l'applicazione della legge n. 595 del 1985, perchè tale legge riguarda gli anni dal 1986 al 1988. Ora evidentemente la programmazione si riferisce agli anni 1989, 1990 e 1991, quindi implica concenzioni in parte diverse da quelle previste dalla citata legge.

Alla Camera si è detto, infatti, che abbiamo una previsione di aumento del personale attraverso il decreto sugli *standards*. La «finanziaria» prevede il blocco delle assunzioni, ma credo che andrà incontro ad alcune deroghe; del resto ne abbiamo già - e il relatore lo ha sottolineato - nella tabella relativa al Fondo sanitario, perchè è prevista per l'ultimo trimestre dell'anno un'assunzione di 6.000 unità, che rappresenta l'avvio dell'aumento degli organici, fino al completamento degli *standards* in quattro anni circa. C'è stato solo un elemento che ha fatto scalpore. Si è chiesto: come si può prevedere un incremento di personale quando si parla di riduzione della spesa? La risposta è: perchè vorremmo tentare di eliminare le prenotazioni di ricovero e le lunghe attese che danno luogo a parecchi disagi per l'utenza e ad una deviazione dell'utenza stessa verso il settore privato, e inoltre perchè vorremmo assicurare un'assistenza piena lungo tutto l'arco della giornata. Come è noto (è un dato secolare), gli ospedali funzionano a pieno regime esclusivamente nelle ore del mattino.

Ciò dà luogo ad una serie di inconvenienti non soltanto in centri periferici, ma addirittura nel maggiore ospedale di Torino. Io ho citato fatti che sono stati riportati dai giornali nei primi mesi del 1988, casi di persone che sono state lasciate sole nella notte e che sono morte senza assistenza. Si tratta di episodi che sono stati segnalati su quattro-cinque colonne da quegli stessi giornali che ora raccolgono le proteste e le dichiarazioni di tutta una categoria politica che ritiene necessario di dover dichiarare sempre e comunque qualche cosa.

Le mie dichiarazioni, in sostanza, miravano a porre l'accento sulla necessità di rispettare il decreto sugli *standards* affinché il personale sia messo in grado di far fronte alle necessità e perchè si possa intensificare il funzionamento delle sale operatorie, non più condizionate ad un solo turno di servizio, così come avviene nel privato. Ho potuto visitare un complesso ospedaliero, non lontano dalla frontiera italiana, che ha sale operatorie dislocate su due piani per assicurare una continuità di funzionamento. Ciò vuol dire che sia pure in una piccola località come Montecarlo, è stata fatta una scelta, cioè si è preferito destinare due piani alle sale operatorie, affinché fossero continuamente in funzione, piuttosto che occuparli con posti-letto. Questo sarà un eccesso di produttivismo, ma è certo che si possono ottenere anche da noi risultati migliori di quelli che non si ottengono con gli attuali orari delle sale operatorie. Sono tutte cose queste che si possono fare se raddoppiamo le divisioni, nonchè il numero degli operatori e l'utilizzabilità dei mezzi, senza necessariamente raddoppiare le strutture.

Pertanto, sentir parlare di immobilismo del Ministero è una cosa che non mi turba perchè i dati dimostrano il contrario. Dovrei dire che in senso contrario parla anche la spesa sanitaria. Quando io sono arrivato al Ministero nell'agosto del 1986, il bilancio per il 1987 stanziava per il settore 46.500

miliardi, ora la stanziamento per il Fondo sanitario nazionale di parte corrente per il 1989 è di 58.870 miliardi, quindi in due anni si è avuto un aumento di circa 12.000 miliardi che corrisponde al 25 per cento in più. A questi sono poi da aggiungere altri 5.417 miliardi per investimenti, con un aumento del 300 e rotti per cento. La spesa sanitaria dunque corre con una velocità che non ha alcun rapporto con l'inflazione.

Vi sono senza dubbio sprechi in questa direzione, che noi non riusciremo mai a controllare se non ci vengono dati gli strumenti per farlo. Il Parlamento infatti non è all'oscuro del disegno di legge presentato dal Ministro della sanità e dal Governo nel suo complesso per una modifica del sistema, provvedimento che prevede tra l'altro, in risposta all'esigenza sollevata con insistenza anche dal senatore Melotto, la responsabilizzazione delle USL e delle Regioni in materia di spesa. Al riguardo, credo che siano maturi i tempi - al di là della prevista istituzione della figura di un direttore tecnico che rappresenta la soluzione di un problema specifico, vale a dire l'estromissione dei partiti dalla gestione delle USL - per il passaggio ad un rapporto di lavoro di tipo privatistico per tutto il personale sanitario.

Il senatore Melotto ha ricordato di aver chiesto lo stralcio delle norme riguardanti il personale per poter risolvere subito il problema; devo far presente, però, che la Commissione quando ha voluto ha esaminato e approvato con urgenza, senza incontrare ostacoli da parte del Governo, tutti i provvedimenti che riteneva opportuni. Il fatto è che la questione non è risolvibile in un articolato di legge. La soluzione del problema infermieristico è senz'altro ostacolata dall'ottemperanza alla direttiva comunitaria che ha prescritto l'abolizione della figura dell'infermiere generico, direttiva di cui ho chiesto la revisione in quanto non capisco perchè in tutti i Paesi della Comunità esiste, oltre all'infermiere professionale, un'altra figura, diversa da Paese a Paese, che svolge mansioni meno qualificate e in Italia ciò non è possibile. Il problema ormai si pone in termini diversi e non è risolvibile con i passaggi di livello retributivi previsti nella Pubblica amministrazione. Gli infermieri professionali francesi, ad esempio, secondo l'ordinamento concordato dal Presidente del Consiglio e dal Ministro della sanità, sanno che la loro carriera, dopo una certa anzianità di servizio, si ricongiungerà a quella dei medici. L'infermiere caposala francese è come un laureato a pieno titolo. Da noi, invece, il collocamento al settimo livello dal punto di vista economico, a cui si dovrebbe arrivare con il nuovo contratto, non risolverebbe il problema, visto che gli aumenti retributivi sarebbero solo di 70-80 mila lire.

È inoltre difficile creare tra i sindacati una mentalità che faccia loro accettare che l'addetto alla sala operatoria abbia un incentivo di un certo tipo, mentre quello assegnato alla USL non ne abbia alcuno. Il livellamento, però, fa sì che tutto il personale con una certa anzianità finisce con il rifugiarsi nelle USL, creando di conseguenza carenze di professionalità negli altri settori.

Devo far presente poi che molti infermieri ottengono un diploma al Sud, dove ci sarebbero allievi, ma le scuole sono poche e non qualificate, tanto che spesso accade che quando questi diplomati vengono al Nord non vengono accettati come tali e devono rifare il corso. Quindi, siamo in presenza di situazioni contrastanti, vale a dire che al Sud dove i problemi occupazionali sono ancora forti, anche nelle condizioni attuali, si troverebbero allievi ma non vi sono scuole, mentre al Nord, dove minore è la disoccupazione, vi sono

scuole, ma non vi sono allievi. Anche al Nord, ad essere precisi, nelle zone di vallata (ad esempio, Fossano, Cuneo e qualche zona della Lombardia) gli allievi ci sono; il fatto è che nelle zone in cui i problemi occupazionali sono meno sentiti nessuno va a fare questo mestiere.

Vi è poi un altro dato da considerare: come è emerso nel corso di una riunione e con una celerità che è particolarmente accentuata in alcune Regioni, nel 1989-1990 il 45 per cento del personale andrà in quiescenza; mi chiedo come si farà a sostituire questo personale in assenza di qualsiasi previsione. Devo dire che l'accelerazione del fenomeno poteva essere prevista; non sappiamo come ciò sia successo, comunque ci troviamo di fronte ad una situazione di estremo disagio. Credo che dovremo prevedere in qualche caso una proroga del servizio. Comunque, è certo che la questione principale da affrontare per avere un reclutamento consistente a tutti i livelli, è quella economica. Questo è uno dei motivi principali per cui è urgente nella legge di settore affrontare il problema del tipo di contratto.

Aggiungo che dovremo tirare le conclusioni su ciò che occorre alla struttura infermieristica in generale, perchè oltre alle necessità ospedaliere nettamente prevalenti nel quadro attuale del Servizio sanitario nazionale (dove però vi sono infermieri che potrebbero essere recuperati in quanto svolgono attività certamente non prettamente infermieristiche, presso le USL, presso poliambulatori per certi servizi di base nell'ambito delle tossicodipendenze, della medicina scolastica o dell'igiene pubblica, e via dicendo), ci troveremo di fronte alla necessità di reperire personale infermieristico in relazione al problema degli anziani e a quello degli handicappati; in un breve arco di tempo, saranno necessarie circa 80-100 mila unità in più e sarà certamente difficile far fronte a tale esigenza.

Si potrebbero aggiungere altre considerazioni circa il modo in cui viene prestato il servizio. Forse è bene, comunque, che lo illustri chi ha lavorato alla predisposizione del piano per l'anziano, ad esempio, per dire come in questo ambito la prestazione professionale tende a degradare. La piaga da decubito esiste soprattutto in Italia, in altri Paesi è un'eccezione, e questo dipende dalla qualità della prestazione delle cure da parte dell'infermiere. È ovvio che la carenza di disciplina, dei livelli retributivi e la conseguente disgregazione intervenuta in un determinato periodo, provochino, anche conseguenze di questo tipo.

Non ho molto da dire sui dettagli dal momento che la tabella del Ministero della sanità è quella che è, cioè assai modesta, sulla quale comunque sono state fatte osservazioni, per il fatto che il Ministero si è dotato di una struttura tecnica che gli dovrebbe consentire di avere un rapporto continuato e sistematico con tutte le diramazioni periferiche.

Non vedo contraddizione tra questo e la programmazione, anzi ritengo che questo sia un elemento di premessa alla programmazione stessa. Quindi, ritengo che sia positivo che il Ministero abbia proceduto in questa direzione. Probabilmente, se non lo avesse fatto, sarebbero stati presentati ordini del giorno di richiesta, anzichè di critica.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno presentato dal senatore Imbriaco, non sono d'accordo sui punti di premessa; concordo invece su quanto è in esso richiesto.

Quanto agli altri punti riguardanti il Servizio sanitario nazionale, mi soffermerò successivamente. Il relatore ha comunque approfondito e spiegato le novità intervenute alla Camera.



Quanto al Fondo sanitario nazionale, non potevamo che accompagnare lo sforzo del Governo per il rientro dal passivo della spesa corrente. Credo che nessun Ministro facendo parte di un Governo, possa esimersi dal condividere uno sforzo quando è deciso collettivamente dal Governo. Abbiamo anche fatto tutti i tentativi che era possibile fare: abbiamo lamentato l'inserimento nel Fondo sanitario nazionale della voce «contratti»; tale voce è stata depennata ed è rimasta soltanto la competenza per le convenzioni. Non volevamo la voce «contratti» perchè non è da noi governabile, bensì fa capo alla Funzione pubblica. L'ammontare dei contratti è per 770 miliardi, oppure per 1.400 miliardi? Io sono piuttosto dell'opinione che sia per 1.400 miliardi. Se la voce fosse rimasta nel quadro del Fondo sanitario nazionale ci sarebbero stati addebitati altri passivi, e vi sarebbe stato il tentativo di tagliare ancora altre voci.

Viceversa la manovra di contenimento che è stata posta in essere preme sulle due parti consumistiche - o che hanno possibilità di essere tali - della spesa della Sanità. Esse sono la farmaceutica e la medicina convenzionata esterna. La farmaceutica ha la caratteristica consumistica per motivi che possono essere facilmente individuati: presso ogni famiglia italiana si trovano in abbondanza avanzi di medicine di ogni genere, che denotano un certo consumismo e spreco. La convenzionata esterna ha avuto un grande sviluppo dopo l'abolizione dei *tickets* esistenti fino al 1986 e dopo la stipula della nuova convenzione. Dal 1987 al 1988 abbiamo avuto un aumento di quasi 900 miliardi, ma non su 10.000 o 20.000 miliardi, bensì solo su 2.000 miliardi, cioè abbiamo assunto un incremento del 43 per cento; un vero e proprio «sfondamento». La nostra richiesta come Ministero era quella di *tickets* moderatori tanto per la farmaceutica quanto per la specialistica, compresa quella ospedaliera: *tickets* lievi, non pesanti, che arrivavano ad un massimo di 30.000 lire, ma tali da rendere l'utente in qualche modo responsabilizzato finanziariamente. Non è stato possibile stabilire i *tickets* sulla diagnostica per un accordo politico intervenuto *in illo tempore* tra il Governo ed i sindacati che i sindacati non si sono dimostrati disposti a sciogliere neanche in ragione di contropartite. Quindi ci siamo trovati in difficoltà già a giugno, quando si sono dovuti assumere provvedimenti straordinari con una previsione galoppante della spesa farmaceutica. Tutto ciò ha portato, con mio dispiacere, a ripristinare la percentuale sulla farmaceutica. La mia tendenza, appena possibile, è quella di ripristinare la cifra fissa, perchè il *ticket* in percentuale certamente danneggia chi si trova in peggiori condizioni di reddito, mentre la cifra fissa per definizione è tale qualunque sia il tipo di medicinale.

Abbiamo così un *ticket* sui farmaci - per chi lo paga - che ammonta circa al 32 per cento (perchè al 20 per cento del prezzo di vendita occorre aggiungere la somma fissa di lire 2.000 per ogni ricetta, più gli arrotondamenti) e riguarda il 55 per cento del consumo, visto che il 45 per cento oggi è esente. Con la ristrutturazione delle esenzioni, che riguardano soprattutto i pensionati, si potrà avere un piccolo rientro del 4-5 per cento. Forse è un dato che successivamente potrà essere corretto, poichè bisognerà tener conto anche delle famiglie monoreddito e dei carichi di famiglia. L'intervento sulle esenzioni è necessario per il fatto che, basandosi sulle fasce di reddito ne consegue che vengono esentati coloro i quali hanno un reddito altissimo, per la disparità e l'iniquinà di un sistema fiscale in cui, accanto alle denunce dei redditi dei lavoratori autonomi non rispondenti a verità vi sono quelle dei

lavoratori dipendenti, che corrispondono di più anche se non perfettamente, alla verità. A parte tale intervento, siamo stati indotti, ripeto, per recuperare qualcosa, ad accettare di portare il *ticket* farmaceutico alla percentuale; ciò consentirà un introito di circa 1.700-1.800 miliardi di lire.

Invece il settore della medicina convenzionata esterna è libero. Questa libertà, però, è diventata vigilata, nel senso che dopo aver già tentato di controllarla nella scorsa «finanziaria», sia pure con un sistema facilmente eludibile, oggi si prevede un sistema che non dovrebbero essere tale: i versamenti del Tesoro sono fatti in corrispondenza della spesa relativa al 1986, che è presa come base, più gli incrementi contrattuali, più il 10 per cento. Al di là di tale soglia le regioni e le USL sono tenute a provvedere con mezzi propri e devono rinunciare ad ulteriori spese in altri campi se non sono sanitarie. I versamenti indistinti alle regioni infatti consentono di aggirare l'impedimento che vi era prima ad applicare la norma della copertura dei passivi. C'è da osservare che mentre con l'applicazione di un *ticket* leggero, moderatore a tutto il settore della specialistica, si sarebbe avuto, secondo le previsioni, un gettito di circa 1.100 miliardi (preciso che si tratta di cifre fornite dagli uffici del Ministero, che non sono in grado di controllare e sulle quali non potrei giurare), questo sistema ci darà solo un beneficio di 595 miliardi. Di qui la necessità di un recupero per il quale ci si è rivolti alla farmaceutica con il passaggio alla percentuale del 20 per cento.

Tutto ciò spiega la strada un po' tormentosa attraverso la quale siamo pervenuti a queste operazioni di contenimento, che sono soprattutto in direzione della farmaceutica. In base alle previsioni, a mio avviso un po' fantasiose, di metà anno, per cui saremmo rientrati di 3.500 miliardi con questo sistema, rispetto alle previsioni più attendibili, siamo rientrati di circa 1.700-1.800 miliardi ed inoltre - ripeto - avremo un recupero di quasi 600 miliardi con la convenzionata esterna.

Ricordo poi che la Camera ha apportato alcuni emendamenti al testo governativo che prevedeva l'assunzione di 250 ispettori, preferibilmente fra i quei dipendenti del Servizio sanitario nazionale che avendo scelto il posto di lavoro presso l'INAM, sono un po' «disattivati» rispetto al Servizio sanitario stesso. Ora, avendo maggiore libertà di scelta, provvediamo che un corso ispettivo, anche se non di 250 unità, possa essere messo in piedi entro il mese di febbraio, addestrato e reso funzionante, sia pure non a pieno regime, nella seconda metà dell'anno; ciò comporterà un recupero notevole.

Si parla con molta facilità di *standards*, ma non è facile definirli, come appare evidente quando presso la Commissione per il farmaco si parla di confezione o di ricetta *standard*. Le differenze di opinione tra i medici sono notevolissime. Io non credo che sia facile risolvere il problema, ma poiché assistiamo in questo settore ad episodi macroscopici di deviazione, qualcosa dovrebbe essere fatta immediatamente perchè sia riconosciuto un potere ispettivo. Sappiamo che si tratta di una materia delicata che riguarda l'autonomia stessa delle regioni, tanto che proprio in fatto di *standards* due enti locali hanno fatto ricorso alla Corte costituzionale. Vi sono resistenze che le cose vadano nella direzione voluta, che è poi quella di rendere possibile un maggior controllo della spesa.

Questo è quanto volevo dire per quanto riguarda l'impostazione della Tabella, che - lo riconosco - non introduce grosse novità, le quali piuttosto rientrano nella legge di accompagnamento che esamineremo successivamente, la quale stabilisce non solo le misure di contenimento della spesa, ma

prevede anche alcuni rilevanti aumenti della stessa, su cui il Parlamento è chiamato a fare la sua scelta politica.

Vi è un elemento di crescita della spesa che non risulta nella Tabella del Ministero perchè in essa lo stanziamento per l'AIDS, ad esempio, è fissato in 100 miliardi mentre la commissione anti-AIDS ha ritenuto necessari oltre 200 miliardi. In occasione della preparazione dei documenti di bilancio, noi abbiamo chiesto al Tesoro che in sede di assestamento si tenga conto di questa esigenza, se vogliamo essere in grado di fronteggiare quelle che sono le reali necessità.

Inoltre, sempre con riferimento all'AIDS, noi abbiamo due problemi da affrontare, la cui soluzione comporta inevitabilmente nuove spese. Il primo è quello dei ricoveri ospedalieri, ossia se ricorrere o meno, come si fa negli Stati Uniti, al ricovero sparso. Le notizie che mi dava ieri sera il responsabile del settore della medicina sociale, professor Vetere, è che cominciano a registrarsi alcuni rifiuti da parte di chirurghi ad intervenire su sieropositivi. Questo rifiuto è quanto mai illegittimo, ma il problema esiste. Inoltre, si sono avuti problemi di ordine pubblico, allorquando sono stati ricoverati malati di AIDS in forma conclamata nei reparti ospedalieri comuni. Al riguardo, il parere unanime della Commissione per l'emergenza AIDS è stato quello del ricorso ad appositi reparti di infettivologia. Mi pare che questo sia in linea con la tradizione medica del nostro paese e quindi ci siamo mossi in questa direzione.

Le previsioni che si fanno a questo proposito sono di 27.000 casi di AIDS conclamati alla fine del 1990, il che significa 10.000 posti-letto in più da approntare nei reparti di infettivologia. Noi supponiamo di approntarne almeno 5.000; le previsioni relative al 1991 e 1992 sono spaventose, quindi 5.000 posti in più non saranno neanche sufficienti. La creazione dei nuovi posti-letto comporterà una spesa di 2.500-3.000 miliardi, tenendo conto anche di tutte le strutture collaterali necessarie, quali laboratori, sale operatorie, eccetera.

Per quanto riguarda poi la questione dei chirurghi, naturalmente non possiamo affrontarla in termini puramente disciplinari. Se ci trovassimo di fronte ad atti di rifiuto immotivati potremmo prendere contatto con l'Ordine dei medici, ma il modo per ovviare al problema è quello di creare sale operatorie apposite per tutti gli interventi da effettuarsi sui malati di AIDS conclamati, dotate di eccezionali misure di sicurezza. In ogni caso, la scelta della commissione è di costruirne di nuove, tenuto conto della relativa obsolescenza del sistema ospedaliero italiano. Per il finanziamento mi è stato suggerito di ricorrere al fondo ordinario per la manutenzione, io ho rifiutato ed ho chiesto un finanziamento aggiuntivo, anche perchè in ogni caso il fondo non è un pozzo senza fine. È un fondo abbastanza limitato: se teniamo conto che nel giro di 10 anni il valore scende di circa il 20 per cento in media, arriviamo a 24 mila miliardi; considerando poi che vi è una riserva di circa 8.500 miliardi per gli anziani, abbiamo 15.500 miliardi di valore reale; se inoltre teniamo conto della sistemazione delle strutture antincendio, delle barriere architettoniche, degli inceneritori, e via dicendo, il cui conto complessivo è di circa 5 mila miliardi, siamo su cifre modeste che semmai dovrebbero essere incrementate almeno di 7-8 mila miliardi nei vari anni.

Quindi, gli stanziamenti da prevedere devono essere in aggiunta, considerando che si tratta di una calamità così com'è lo è un'alluvione. Non capisco infatti perchè si possono prevedere stanziamenti per un'alluvione ma

non per l'AIDS. Questo è un argomento di spesa che già sappiamo di dover affrontare ed è quindi inutile dire di non metterlo in bilancio; comunque, possiamo anche prevederlo fuori bilancio, bisogna però affrontare il problema perchè esiste.

L'altro argomento è il Piano sanitario nazionale. Ho preso per buono quello che mi è stato detto inizialmente dagli uffici, cioè che per il 1989 abbiamo 1.175 miliardi circa di spesa di avviamento del Fondo sanitario nazionale. Tuttavia, avendo esaminato con molta attenzione il piano per gli anziani, ho aggiunto un 35-40 per cento poichè non voglio incorrere nello stesso errore dei 140.000 posti-letto. Quindi, se il piano per gli anziani segue il regime contrattuale passato e non del periodo prossimo venturo e se non vi sono altre questioni aggiuntive da considerare, può darsi che il costo sia quello previsto. Però, dal momento che dobbiamo affrontare quelli che saranno i costi reali, a mio avviso è necessario un aumento e arriviamo a quella cifra per il primo anno, di cui la copertura vi sarebbe se si considerano alcune soluzioni: una è quella di togliere alle USL la possibilità di investire; un'altra è quella di intervenire sui piani vincolati per predisporre altri piani. Comunque, mancano 500-600 miliardi e questo dovete saperlo perchè si corre il rischio, come già nel 1980, che, presentato il Piano, il Consiglio dei ministri lo metta da parte non essendovi i finanziamenti necessari. Infatti, il Piano senza finanziamenti adeguati non può essere valido.

Aggiungo che per il 1990-1991 (sono tutte annualità che non riguardano soltanto il Piano sanitario nazionale ma anche la spesa di bilancio) abbiamo alcune proiezioni per il Fondo sanitario nazionale senza variazioni. Bisogna superare un certo modo di considerare le questioni.

Infatti, per quanto riguarda le tossicodipendenze, è possibile prevedere una carenza degli stanziamenti rispetto ai prevedibili aumenti di spesa derivanti dal fatto che aumenterà il carico per le rette corrisposte dalle USL per il ricovero dei tossicodipendenti nelle comunità se, come è auspicabile e prevedibile, vi sarà un aumento nelle domande di ricovero.

Comunque, alla obiezione del Ministero dell'interno secondo il quale non sarebbe possibile assegnare i fondi come da noi indicato, per il rischio che le USL li adoperino per altri fini, abbiamo spiegato che si tratta di fondi vincolati. Occorre, quindi che la scelta del Governo venga fatta su un piano generale, vale a dire attuare la legge n. 833 con tutti i correttivi che il tempo ha indotto a considerare sotto il profilo della razionalizzazione, oppure andare in una direzione diversa, per cui nei prossimi esercizi vi saranno altri tagli per la Sanità. Occorrerà essere chiari su questo punto. Se rendiamo povera la Sanità, le compagnie di assicurazione e i produttori di medicinali, attraverso le cliniche private, l'avranno avuta vinta.

È questo il punto su cui si deve condurre battaglia anche in un tempo successivo al bilancio per il finanziamento del Piano sanitario nazionale. Una delle voci principali, ripeto, deve essere il piano per l'AIDS.

Comunque, in conclusione, questi, di cui ho detto, sono i settori principali per cui, al di là della manovra di contenimento della spesa, si dovrebbe avere un aumento della spesa oltre quella già prevista, secondo me non corrispondente a verità, anche perchè per quello che riguarda i contratti vi è stato uno spostamento di capitolo. Siamo in un passaggio contrattuale molto complicato. I medici di famiglia, ad esempio, si sono lamentati perchè è stato tolto loro quello che prima avevano avuto; ma ciò è avvenuto in conseguenza dei loro abusi. I nuovi contratti terranno conto di ciò, ad evitare

che si compiano atti gratuiti, tanto per arrotondare del 10 per cento lo stipendio.

Il contratto si muove nella direzione di ridurre a due i livelli dei medici. Teoricamente si determina un appiattimento generale sul piano del medico unico, per cui le specializzazioni hanno una loro autonomia e quindi il primario è ridotto ad una specie di presidente onorario, il burocrate amministrativo. Nello schema di contratto è previsto un riordino generale che, però, finisce con l'essere notevolmente costoso. Noi cerchiamo di introdurre il criterio del dipartimento per introdurre, appunto, un qualche criterio ordinatore che vada al di là della singolarità del medico. Questa volta, a mio avviso, poi, dovranno essere le Regioni, che hanno già accettato tale criterio e quindi tutti i costi relativi, a dover firmare per prime gli atti conseguenti, tanto più che si lamentano di dover firmare gli atti sempre dopo il Ministero.

Signor Presidente, passo ora ad esprimere il parere sugli ordini del giorno presentati con riferimento al disegno di legge finanziaria.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno 0/1442/1/12, di cui è firmatario il senatore Signorelli, concordo con il relatore e pertanto dichiaro di non accoglierlo.

Ugualmente il parere è contrario per quanto concerne l'ordine del giorno 0/1442/5/12, presentato dal senatore Meriggi e da altri senatori.

Per quanto riguarda invece l'ordine del giorno 0/1442/7/12 del relatore, dichiaro di accoglierlo a condizione che la data entro la quale dovrebbe essere approvato il Piano sanitario nazionale sia spostata al 31 dicembre 1988.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. Accolgo la proposta del Governo.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Per quanto riguarda l'ordine del giorno 0/1442/6/12, di cui è primo firmatario il senatore Alberti, posso accoglierlo solo come raccomandazione, in quanto ritengo che la presentazione di un disegno di legge sarebbe del tutto insufficiente per la risoluzione dei problemi della categoria.

In riferimento all'ordine del giorno 0/1442/4/12, presentato dal senatore Condorelli e da altri senatori, vorrei rilevare che il Ministero della sanità non ha competenza sulla ricerca biomedica, che invece fa capo al Consiglio nazionale delle ricerche. Il Ministero già stenta a provvedere agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. A tale proposito, peraltro, il disegno di legge sulla riforma del Servizio sanitario nazionale, presentato dalla Camera, prevede la soppressione di tutte le convenzioni con tali istituti, che rimarranno solo per un anno per essere poi sostituite con accordi fondati sulla finalità della programmazione. Andare molto al di là facendo una distribuzione a pioggia in modo che tutti abbiano le sedi, non mi sembra giusto e quindi il mio parere su questo ordine del giorno è negativo e dichiaro di non accoglierlo.

Ritengo, infine, l'ordine del giorno n. 0/1442/2/12 del senatore Alberti assorbibile in quello presentato dal relatore.

Per quanto riguarda gli ordini del giorno alla Tabella 19, dichiaro di accogliere gli ordini del giorno 0/1443-Tab. 19/2/12, di cui è primo firmatario il senatore Imbriaco e 0/1443-Tab. 19/3/12, presentato dal

senatore Meriggi e da altri senatori, relativo alla Croce rossa. Ritengo, inoltre, che l'ordine del giorno 0/1443-Tab. 19/1/12, presentato dal senatore Signorelli, in quanto di contenuto analogo, sia assorbibile in quello 0/1443-Tab. 19/2/12, a firma del senatore Imbriaco ed altri. Circa poi l'ordine del giorno 0/1443-Tab. 19/4/12, di cui è primo firmatario lo stesso senatore Imbriaco, sono contrario a quanto sostenuto nelle premesse; accoglierei la seconda parte, purchè la data entro cui riferire alla Commissione sul funzionamento del Servizio informativo sanitario sia spostata al 30 aprile 1989. Sono invece contrario e non accolgo l'ordine del giorno 0/1443-Tab. 19/5/12 del senatore Imbriaco ed altri, riguardante il funzionamento dell'ISPESL.

IMBRIACO. Signor Presidente, accetto la proposta del Ministro relativa allo spostamento di data per quanto riguarda l'ordine del giorno 0/1443-Tab. 19/4/12 e sono disponibile, seppure non condivido tale operazione, ad eliminare tutte le premesse lasciando solo l'impegno per il Governo a riferire alla Commissione.

Inoltre, vorrei ribadire al senatore Melotto, il quale ha espresso parere contrario al riguardo, che non si tratta soltanto di discutere dell'ITALSIEL o di capire se uno strumento come l'automazione sia necessario; mi pare financo scontato questo argomento. Il problema per noi è di capire come in tutti questi anni decine di consigli, di comitati, di commissioni, istituti «nell'interesse della programmazione sanitaria», abbiano funzionato e quali documenti abbiano prodotto. Questo è il punto fondamentale per cui si chiede al Governo di riferire alla Commissione sull'argomento, proposta che il Ministro, facendo il suo mestiere, ha sentito il bisogno di accettare. Pertanto, non capisco perchè, a nome della maggioranza, lei, senatore Melotto, si rifiuti di convenire su un argomento che, a nostro giudizio, sembra scontato e che consentirebbe al Parlamento di intervenire su questioni dove la burocrazia centralistica fa il bello e il cattivo tempo, dominando e governando sinanco i Ministri che si susseguono. Io ritengo che proprio questa burocrazia sclerosata sia una delle cause non ultime delle ragioni per le quali non siamo riusciti in questo decennio a mettere in piedi strumenti reali di programmazione sanitaria.

Per queste ragioni, invito i senatori della maggioranza a votare il nostro ordine del giorno.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. Signor Presidente, vorrei chiarire che sono favorevole all'ordine del giorno n. 1443-Tab. 19/4/12, così come modificato dal senatore Imbriaco. Anche noi infatti abbiamo sempre chiesto di avere una relazione riguardante il Servizio informativo, fermo restando che poi ognuno sarà libero di adottare le iniziative che ritiene più appropriate in merito.

PRESIDENTE. Passiamo, ora, alla votazione degli ordini del giorno al disegno di legge finanziaria, sui quali sia il relatore che il rappresentante del Governo hanno già espresso il parere. Ne do nuovamente lettura.

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

constatato che il marasma ormai raggiunto dalla assistenza sanitaria in Italia è infrenabile e non oltre tollerabile; che la gestione di essa affidata al

sistema lottizzato dei partiti nelle USL sperpera il 25 per cento della spesa sanitaria e che all'aumento progressivo di essa non ha corrisposto in eguale misura lo sviluppo qualitativo e quantitativo dei beni e dei servizi e della loro organizzazione sul territorio; che malattie gravi emergenti, e le tossicodipendenze sono affrontate inadeguatamente; che vasti settori di intervento quali la prevenzione, la riabilitazione, il materno-infantile, la condizione dell'anziano e del disabile non auto-sufficiente, la condizione dei malati di mente cronici rimangono praticamente abbandonati;

considerato che il servizio sanitario nazionale è quasi completamente autofinanziato dal cittadino-lavoratore mediante i contributi di malattia, dal cittadino-utente mediante il pagamento dei tickets e partecipazioni varie alla spesa sanitaria; dal cittadino-contribuente per la redistribuzione ed il ricarico su di lui dei debiti che annualmente fuori bilancio contraggono le USL e che sono ammontati negli ultimi anni a circa 21.000 miliardi che si aggiungono alle somme erogate attraverso le dotazioni del Fondo sanitario nazionale;

ritenuto che il cittadino è costretto sempre più frequentemente a rivolgersi al settore privato tanto che per l'anno 1987 risulta una spesa che si aggira intorno agli 8.000 miliardi;

rilevato che nelle manovre di recupero per riequilibrare il dissesto finanziario dello Stato non si affronta mai il problema dello sperpero, dimostrando i partiti di potere la loro riluttanza a colpire le agenzie di affari quali sono le USL, che in definitiva agiscono per loro conto,

impegna il Governo:

a predisporre un provvedimento legislativo per attribuire le funzioni gestionali delle USL ad un organo unico con connotazioni manageriali».

(0/1442/1/12)

SIGNORELLI

Il relatore si è dichiarato contrario e il Governo ha dichiarato di non accoglierlo. Lo metto ai voti.

**Non è approvato.**

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

considerata l'esigenza di una profonda modifica del sistema fiscale per superare l'attuale situazione di iniquità, di elusione e di evasione, sollecitata peraltro dalle organizzazioni sindacali e dai cittadini;

considerata altresì la esigenza di una ripartizione del peso dell'assistenza sanitaria nell'ambito del sistema economico nel suo complesso, anziché esclusivamente nell'ambito del costo del lavoro dipendente ed autonomo,

impegna il Governo:

a predisporre, entro tre mesi, dall'entrata in vigore della legge finanziaria per il 1989 un disegno di legge, sulla base dell'articolo 76 della legge n. 833 del 1978, avente come fine la riconduzione del prelievo contributivo sanitario all'interno del sistema fiscale ed alla assoluta indilazionabile azione tendente al recupero dell'evasione fiscale, recupero che se attuato, non renderebbe necessarie, per la spesa sanitaria, modifiche di aliquote d'imposte esistenti, nè l'istituzione di nuove imposte».

(0/1442/5/12)

MERIGGI, IMBRIACO, TORLONTANO

Il relatore si è dichiarato contrario e il Governo ha dichiarato di non accoglierlo. Lo metto ai voti.

**Non è approvato.**

Ricordo che l'ordine del giorno 0/1442/3/12 è stato ritirato dai proponenti a seguito della richiesta del relatore.

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

premesso che la ricerca biomedica nelle strutture del servizio sanitario nazionale rappresenta una condizione indispensabile per la loro qualificazione, con ricadute importanti sul progresso della scienza medica e quindi sulla salute e sulla qualità della vita dei cittadini;

considerato che il sovvenzionamento della ricerca biomedica ai soli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico costituisce una ingiusta discriminazione verso altre strutture ospedaliere dove, per la competenza dei sanitari ed il livello delle attrezzature, la ricerca può essere ugualmente svolta,

impegna il Governo:

a rivedere, anche attraverso modifiche di carattere legislativo, i criteri di ripartizione dei sovvenzionamenti in materia di ricerca biomedica, nel quadro di un'azione di coordinamento degli interventi, correggendo in particolare l'attuale anomalia di gestione della ricerca sanitaria che vede pressochè del tutto esclusi gli ospedali».

(0/1442/4/12)

CONDORELLI, AZZARETTI, NATALI, SIRTORI, TORLONTANO, DIONISI

Il relatore si è dichiarato favorevole, ma il Governo ha dichiarato di non accoglierlo.

CONDORELLI. Sono disposto a ritirare l'ordine del giorno 0/1442/4/12.

NATALI. Signor Presidente, insisto perchè nonostante le intenzioni del senatore Condorelli l'ordine del giorno venga votato.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'ordine del giorno 0/1442/4/12.

**È approvato.**

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

vivamente preoccupata per la precarietà dell'assistenza ospedaliera per carenza di personale infermieristico, denunciata dalla stampa e dalle organizzazioni sindacali, confermata dalle recenti dichiarazioni del Ministero della sanità alla Camera dei deputati;

preso atto delle osservazioni emerse nell'altro ramo del Parlamento durante la discussione del disegno di legge finanziaria sulle drammatiche difficoltà di reclutamento del personale di assistenza, in mancanza di una



legge di riordino delle professioni sanitarie infermieristiche, del personale addetto alla riabilitazione, nonché delle nuove figure professionali tecniche indispensabili all'erogazione di una assistenza umana e qualificata,

invita il Governo:

a presentare con urgenza al Parlamento la legge del settore delle professioni infermieristiche, nella quale tra l'altro siano definiti adeguati percorsi di carriera al fine di incentivare il reclutamento del personale unanimemente ritenuto necessario per il settore».

(0/1442/6/12)

ALBERTI, ONGARO BASAGLIA, MELOTTO, SIRTORI,  
ZUFFA, DIONISI, AZZARETTI, TORLONTANO

Il Governo ha dichiarato di accoglierlo come raccomandazione. Lo metto ai voti.

**È approvato.**

Do lettura degli ordini del giorno 0/1442/2/12 e 0/1442/7/12, quest'ultimo modificato con la data del 31 dicembre:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

vivamente preoccupata per le dichiarazioni del Ministro della sanità sulla situazione sanitaria del Paese, in particolare, sulla precarietà dell'assistenza erogata dalle strutture ospedaliere per carenza di personale, a fronte dell'assenza di governo del settore che continua a protrarsi in costante mancanza della programmazione prevista,

impegna il Governo:

a presentare immediatamente il piano sanitario nazionale, in ottemperanza al dettato della legge 23 ottobre 1985, n. 595, ed in attuazione dell'ordine del giorno 9.555-1 accolto dal Governo il 22 ottobre 1987, in sede di approvazione del disegno di legge n. 551 concernente il ripiano dei disavanzi delle USL per gli anni 1985 e 1986».

(0/1442/2/12)

ALBERTI, ONGARO BASAGLIA, ZUFFA, IMBRIACO

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

ricordato che, gli ordini del giorno presentati in Senato il 22 ottobre 1987, e dallo stesso Governo accolti, impegnavano l'esecutivo a presentare al Parlamento il Piano sanitario nazionale nei tempi più rapidi possibili, in ottemperanza, anche se tardiva, dal dettato della legge 23 ottobre 1985, n. 595, nonché ad adottare, nella ripartizione del Fondo sanitario nazionale, criteri che consentissero di superare definitivamente il sistema di ripartizione basato sulla spesa storica, introducendo, in pari tempo, l'istituto della compensazione per la mobilità sanitaria a livello di USL, coinvolgendo inoltre le Regioni nell'eventuale ripiano dei debiti accumulati istituendo per le stesse le correlative autonomie decisionali e impositive,

impegna il Governo:

a presentare, entro il 31 dicembre 1988, il Piano sanitario nazionale e ad avviare sollecitamente le procedure per il superamento del sistema di

ripartizione basato sulla spesa storica e per l'introduzione, a livello di USL, dell'istituto della compensazione, attribuendo alle stesse USL ed alle Regioni la completa responsabilità della gestione del bilancio di rispettiva competenza».

(0/1442/7/12)

MELOTTO

Poichè il contenuto dei due testi è analogo, se non si fanno osservazioni dichiaro il primo ordine del giorno assorbito nel secondo.

Passiamo alla votazione dell'ordine del giorno 0/1442/7/12, di cui è proponente il relatore. Il Governo, a seguito della modifica con la quale si è spostata la data per l'approvazione del Piano sanitario nazionale al 31 dicembre, ha dichiarato di accoglierlo. Lo metto ai voti.

**È approvato.**

Passiamo alla votazione degli ordini del giorno presentati alla tabella 19, sui quali il Governo e il relatore hanno già espresso il loro parere. Ne do nuovamente lettura:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

constatato il grave stato di disagio e di disordine in cui versa la Croce rossa italiana per la mancata emanazione dello Statuto;

considerate le ripetute sollecitazioni in tal senso rivolte all'Esecutivo,

impegna il Governo:

ad adottare urgentemente i provvedimenti necessari per l'approvazione dello Statuto, in attuazione di quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 613».

(0/1443/3/12-Tab.19)

MERIGGI, AZZARETTI, MELOTTO, RANALLI, IMBRIACO

Il relatore si è dichiarato favorevole e il Governo lo ha accolto. Lo metto ai voti.

**È approvato.**

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

considerata l'esigenza di compiere un'attenta analisi dello stato dei servizi nei campi dell'igiene pubblica, dell'igiene e prevenzione nei luoghi di lavoro e della tutela ambientale, nonchè delle condizioni di funzionamento del massimo istituto per la prevenzione, l'ISPESL, rilevata la necessità di adeguati programmi di ricerca per la prevenzione dei danni derivanti dall'utilizzo di sostanze nocive ai lavoratori ed alle popolazioni,

impegna il Governo:

a presentare insieme ai disegni di legge di accompagnamento alla legge finanziaria, per il settore sanitario, un provvedimento per il potenziamento del personale e delle attrezzature dei servizi di prevenzione e controllo ambientale, con la destinazione di adeguate risorse;

a riferire sullo stato di funzionamento dell'ISPESL, ed in particolare sull'utilizzo delle risorse umane e delle strutture in relazione ai programmi da attuare».

(0/1443/5/12-Tab. 19)

IMBRIACO, ZUFFA, MERIGGI

Il relatore si è rimesso al Governo, il quale non lo ha accolto. Lo metto ai voti.

**È approvato.**

Do lettura dell'ordine del giorno 0/1443-Tab.19/4/12, nella nuova formulazione predisposta dal presentatore, senatore Imbriaco, che ha accolto le modifiche proposte dal Ministro:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,  
impegna il Governo:

a presentare alle Camere entro il 30 aprile 1989 una relazione che documenti l'attività svolta dai seguenti servizi:

a) Servizio farmaceutico per le funzioni sue proprie (farmacovigilanza, informazione, eccetera);

b) Servizio centrale della programmazione sanitaria, con particolare riguardo all'entità dei componenti, dei consigli, dei comitati e delle commissioni istituite nell'interesse della programmazione sanitaria ed al lavoro svolto in tutti questi anni nell'interesse della programmazione d'intesa con l'altro organismo, cioè il Consiglio tecnico superiore, che per suo conto assorbe altre risorse;

a riferire per la stessa data sullo stato di attuazione della convenzione stipulata con l'Italsiel in data 24 aprile 1986 e sull'atto aggiuntivo alla convenzione medesima stipulata in data 30 dicembre 1987 e che dovrebbero andare a regime nel 1989, fornendo precisazioni su:

a) i programmi di aggiornamento delle attrezzature, di progetti di trattamento dei dati ai fini della conoscenza del sistema e i costi sinora sostenuti e futuri;

b) i tempi per la disponibilità di credibili indicatori di efficacia del servizio, di efficienza produttiva del sistema di *performance*;

c) l'ammontare complessivo delle risorse che si reputa saranno impiegate per la completa realizzazione del sistema in grado di fornire il quadro sopra richiamato, l'entità dei fondi effettivamente spesi e le ragioni per cui figurano in bilancio ingenti residui».

(0/1443/4/12-Tab.19)

IMBRIACO, RANALLI, MERIGGI, TORLONTANO,  
ZUFFA, DIONISI

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. Come ho già detto sono favorevole alla nuova formulazione.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Confermo di accogliere l'ordine del giorno nella nuova formulazione.

**PRESIDENTE.** Poichè nessun altro domanda di parlare metto ai voti l'ordine del giorno 0/1443/4/12-Tab.19.

**È approvato.**

Gli ordini del giorno 0/1443/2/12-Tab.19 dei senatori Imbriaco ed altri e l'ordine del giorno 0/1443/1/12-Tab.19 del senatore Signorelli sono di analogo contenuto. Ne do lettura:

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

constatato che a dieci anni di distanza dall'approvazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, non si è ancora provveduto alla riforma del Ministero della sanità;

considerato che oggi si richiede una unificazione delle competenze relative ai settori sociale e sanitario in un unico Ministero, per superare la frammentarietà dei finanziamenti, delle competenze stesse e quindi degli interventi, che colpisce particolarmente i settori prioritari dei progetti-obiettivo,

impegna il Governo:

a presentare, entro il 31 marzo 1989, il disegno di legge di riforma del Ministero della sanità che comprenda l'unificazione delle competenze sanitarie e sociali».

(0/1443/2/12-Tab.19)

IMBRIACO, ONGARO BASAGLIA, ALBERTI, ZUFFA

«La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

rilevato che a dieci anni dall'approvazione della legge di riforma sanitaria, non si è ancora proceduto alla riforma del Ministero della sanità, considerata come necessaria premessa per risolvere le difficoltà in cui si dibatte tutto il sistema sanitario nazionale, a causa della mancanza di un punto di riferimento valido a livello centrale,

impegna il Governo

a presentare entro il 31 dicembre 1988 il disegno di legge di riforma del Ministero della sanità».

(0/1443/1/12-Tab.19)

SIGNORELLI

Se non vi sono obiezioni, resta stabilito che il secondo ordine del giorno è assorbito nel primo. Passiamo alla votazione dell'ordine del giorno 0/1443/2/12-Tab.19.

**LAURIA.** In sede di dichiarazione di voto sull'ordine del giorno 0/1443/2/12-Tab.19, vorrei porre un quesito all'onorevole Ministro della sanità. La tabella della Sanità si riferisce anche alla Sicilia? Essendo io un senatore eletto in un collegio della Sicilia posso esprimere il mio voto in sede di approvazione di un provvedimento relativo alla finanza dell'intero territorio nazionale? Naturalmente il mio dilemma è in riferimento ad una recente dichiarazione del ministro Donat-Cattin secondo cui Agrigento è da considerarsi Africa e non Italia. Al riguardo ho presentato anche una interrogazione.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. La mia dichiarazione tendeva a limitare la trattazione dell'argomento alle aree più sviluppate. È del resto vero che Agrigento fa parte delle aree più depresse, ed è quello che intendevo dire.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'ordine del giorno 0/1443/2/12-Tab.19, che il Ministro ha dichiarato di accogliere.

**È approvato.**

L'esame e la votazione degli ordini del giorno è così esaurito.

Passiamo all'esame degli emendamenti presentati dal Gruppo comunista alla Tabella 19. Ne do lettura:

*«Istituire il capitolo: «Studi e ricerche nella contraccezione» con uno stanziamento di lire 3.000.000.000 per la competenza e di lire 3.000.000.000 per la cassa.*

*Correlativamente, ridurre lo stanziamento di cui al capitolo 4201 da lire 65.000.000.000 a lire 62.000.000.000 per la competenza e da lire 100.000.000.000 a lire 97.000.000.000 per la cassa.*

12<sup>a</sup>-20.Tab.19.1

ZUFFA, TORLONTANO, MERIGGI»

*«Istituire il capitolo: «Spese per la riforma del Ministero della sanità» con uno stanziamento di lire 100.000.000 per la competenza e di lire 100.000.000 per la cassa.*

*Correlativamente, ridurre lo stanziamento di cui al capitolo 2585 da lire 33.130.000.000 a lire 33.030.000.000 per la competenza e da lire 33.130.000.000 a lire 33.030.000.000 per la cassa.*

12<sup>a</sup>-20.Tab.19.2

RANALLI, IMBRIACO, TORLONTANO»

*«Al capitolo 3031, aumentare lo stanziamento da lire 500.000.000 a lire 1.000.000.000 per la competenza e da lire 500.000.000 a lire 1.000.000.000 per la cassa.*

*Correlativamente, ridurre lo stanziamento di cui al capitolo 4201 da lire 65.000.000.000 a lire 64.500.000.000 per la competenza e da lire 100.000.000.000 a lire 99.500.000.000 per la cassa.*

12<sup>a</sup>-20.Tab.19.6

MERIGGI, TORLONTANO, DIONISI»

*«Al capitolo 3033, aumentare lo stanziamento da lire 270.000.000 a lire 570.000.000 per la competenza e da lire 300.000.000 a lire 600.000.000 per la cassa.*

*Correlativamente, ridurre lo stanziamento di cui al capitolo 4201 da lire 65.000.000.000 a lire 64.700.000.000 per la competenza e da lire 100.000.000.000 a lire 99.700.000.000 per la cassa.*

12<sup>a</sup>-20.Tab.19.3

MERIGGI, DIONISI, IMBRIACO»

«Al capitolo 4036, aumentare lo stanziamento da lire 100.000.000 a lire 500.000.000 per la competenza e da lire 100.000.000 a lire 500.000.000 per la cassa.

Correlativamente, ridurre lo stanziamento di cui al capitolo 2585 da lire 33.130.000.000 a lire 32.730.000.000 per la competenza e da lire 33.130.000.000 a lire 32.730.000.000 per la cassa.

12<sup>a</sup>-20.Tab.19.4

TORLONTANO, RANALLI, DIONISI»

«Al capitolo 4042, aumentare lo stanziamento da lire 300.000.000 a lire 500.000.000 per la competenza e da lire 300.000.000 a lire 500.000.000 per la cassa.

Correlativamente, ridurre lo stanziamento di cui al capitolo 2585 da lire 33.130.000.000 a lire 32.930.000.000 per la competenza e da lire 33.130.000.000 a lire 32.930.000.000 per la cassa.

12<sup>a</sup>-20.Tab.19.5

IMBRIACO, ZUFFA, MERIGGI»

«Al capitolo 4550, è attribuito lo stanziamento di lire 300.000.000 per la competenza e di lire 300.000.000 per la cassa.

Correlativamente, lo stanziamento di cui al capitolo 4201 è ridotto da lire 65.000.000.000 a lire 64.700.000.000 per la competenza e da lire 100.000.000.000 a lire 99.700.000.000 per la cassa.

12<sup>a</sup>-20.Tab.19.8

ZUFFA, MERIGGI, TORLONTANO»

«Al capitolo 6537, aumentare lo stanziamento da lire 489.000.000 a lire 789.000.000 per la competenza e da lire 489.000.000 a lire 789.000.000 per la cassa.

Correlativamente, ridurre lo stanziamento di cui al capitolo 2585 da lire 33.130.000.000 a lire 32.830.000.000 per la competenza e da lire 33.130.000.000 a lire 32.830.000.000 per la cassa.

12<sup>a</sup>-20.Tab.19.7

DIONISI, TORLONTANO, IMBRIACO»

«Al capitolo 1117, è attribuito lo stanziamento di lire 2.000.000.000 per la competenza ed è aumentato da lire 8.000.000.000 a lire 10.000.000.000 lo stanziamento per la cassa.

Correlativamente lo stanziamento di cui al capitolo 4201 è ridotto da lire 65.000.000.000 a lire 63.000.000.000 per la competenza e da lire 100.000.000.000 a lire 98.000.000.000 per la cassa.

12<sup>a</sup>-20.Tab.19.9

RANALLI, TORLONTANO, DIONISI»

IMBRIACO. I primi due emendamenti proposti alla Tabella 19 propongono l'istituzione di due nuovi capitoli.

In particolare, il primo concerne l'istituzione del nuovo capitolo: «Studi e ricerche nella contraccezione». Si tratta di un problema di palpitante

attualità, sul quale è inutile aggiungere altre considerazioni. Proponiamo che per la competenza e la cassa vengano stanziati 3 miliardi, conseguentemente, al capitolo 4201 (riguardante il Servizio informativo sanitario), si riducono di 3 miliardi gli stanziamenti di competenza e di cassa ivi previsti.

Il secondo capitolo di cui proponiamo l'istituzione riguarda: «Spese per la riforma del Ministero della sanità». Facciamo questa proposta per favorire il Ministro della sanità, il quale si impegna ad approvare la riforma del Ministero. Occorre pertanto prevedere stanziamenti a tal fine, altrimenti non sarà possibile assolvere a tale impegno. Quindi, proponiamo uno stanziamento di 100 milioni per la competenza e per la Cassa per affrontare finalmente un problema veramente fondamentale (sono dieci anni che aspettiamo la riforma del Ministero); conseguentemente, al capitolo 2585 (concernente la Croce rossa), di 100 milioni si riducono gli stanziamenti ivi previsti per la competenza e la cassa.

Al capitolo 3033 (concernente spese per studi e indagini per la fissazione negli alimenti dei residui di prodotti tossici utilizzati in agricoltura) chiediamo, per la competenza e la cassa, un aumento di 300 milioni. Sull'intossicazione derivante da sostanze chimiche, come gli antiparassitari e fitofarmaci, vi è complessivamente molta ignoranza. Il problema di carattere ecologico è di grande attualità data l'entità dei disastri ambientali che stiamo registrando. Si tratta quindi di una materia estremamente complessa e delicata. Si provvede a tale aumento con riduzioni di pari importo degli stanziamenti per la competenza e la cassa previsti al capitolo 4201, che - come ho già detto - concerne il Servizio informativo sanitario.

Proponiamo inoltre di aumentare, al capitolo 4036 (concernente spese per l'attività di informazione scientifica sui farmaci di uso veterinario e la farmacovigilanza sui farmaci di uso veterinario), lo stanziamento da lire 100 milioni a lire 500 milioni, sia per la competenza che per la cassa, attingendo al capitolo 2585, concernente la Croce rossa.

Vi è poi una proposta riguardante il capitolo 4550, su cui avremmo bisogno anche di qualche chiarimento da parte del relatore, che si riferisce all'attuazione di programmi per la lotta all'AIDS. Ci troviamo di fronte ad un capitolo che nella tabella 19 il Governo ha in una qualche misura estinto. Infatti, dal capitolo dell'Istituto superiore di sanità, i fondi sono stati trasferiti al capitolo della Medicina sociale, quindi all'Istituto superiore di sanità è rimasta la voce «per memoria».

Riteniamo invece che sia fondamentale garantire un minimo di fondi (ad esempio 300 milioni) all'Istituto superiore di sanità, perchè l'Istituto potrebbe avere bisogno da un momento all'altro di fondi per una improvvisa esigenza, legata, ad esempio, ad un protocollo che potrebbe arrivare dall'America improvvisamente, e quindi, dalla sera alla mattina, si potrebbe trovare nella situazione di dover mettere in piedi un minimo di attrezzatura. Quindi, riteniamo che possa essere utile lasciare un fondo minimo, senza toccare - sia chiaro - tutto ciò che il Governo ha già trasferito al capitolo della Medicina sociale. Pertanto, a tal fine proponiamo uno stanziamento di 300 milioni per la competenza e la cassa, con conseguente riduzione di pari importo degli stanziamenti per la competenza e la cassa del capitolo 4201.

Si propone inoltre un aumento di 200 milioni degli stanziamenti previsti dal capitolo 4042, concernente studi e indagini per servizi veterinari e piani di zooprofilassi, attingendo al capitolo 2585.

Vi è poi un emendamento riguardante il capitolo 1117. È un problema che sottoponiamo all'attenzione della Commissione, del Ministro e del relatore di maggioranza. Quando si lavora per costruire, non vi possono essere steccati o contrapposizioni. Questo capitolo riguarda le spese per una campagna straordinaria di educazione alimentare. Anche questo è un problema di grande attualità. Non si sa cosa si consuma; le sofisticazioni, gli additivi sono problemi di tutti i giorni. Qualche tentativo in tal senso è stato fatto dalla Rai con programmi come «Diogene», ma non mi sembra esista altro in Italia. Non dobbiamo quindi lesinare sugli strumenti per garantire il consumatore sotto questo profilo.

Molto stranamente, in questo capitolo si sono sommati in misura incredibile residui passivi: se non erro, arriviamo ad una somma dell'ordine di 8-9 miliardi. Pertanto il Governo, giustamente dal suo punto di vista, ha deciso di azzerare la competenza e di mantenere alla cassa semplicemente 8 miliardi. Evidentemente qui si pone un problema. Questo settore così vitale per una società moderna e organizzata avrebbe bisogno di un'organizzazione e di un governo. Bisognerebbe cioè trovare gli strumenti che consentano poi di spendere i fondi al servizio del cittadino. Il Governo si è arreso: visto che vi erano residui, ha fatto *tabula rasa*. Noi riteniamo invece che la competenza vada conservata; troveremo poi gli strumenti per poter dare attuazione a quanto previsto nel capitolo. Quindi, chiediamo uno stanziamento di 2 miliardi per la competenza e un aumento per la cassa di pari importo, che quindi passa da 8 a 10 miliardi; conseguentemente, attingiamo ancora una volta al capitolo 4201, prevedendo riduzioni di pari importo degli stanziamenti ivi previsti per la competenza e per la cassa.

Un altro aumento che proponiamo riguarda il capitolo 3031 (studi e indagini in materia di igiene della alimentazione). Come avrete notato, il Gruppo comunista ha dedicato molta attenzione a questo aspetto delle competenze del Ministero della sanità, volendo di conseguenza richiamare su di esse l'attenzione del Ministero stesso, il quale fin'ora, nell'applicare le norme riguardanti la programmazione, il controllo e gli indirizzi del Servizio sanitario nazionale, le ha del tutto disattese.

Quindi chiediamo che in materia di igiene della alimentazione la competenza passi da 500 milioni a 1 miliardo, come anche la cassa, attingendo al capitolo 4201 per la compensazione.

L'ultimo emendamento riguarda il capitolo 6537, con cui si chiede un aumento dello stanziamento della competenza da 489 milioni a 789 milioni. Questo capitolo riguarda le spese per la formazione e l'aggiornamento del personale dell'ISPESL, che rientra tra quegli organismi che, a mio avviso, devono essere messi in condizione di lavorare e funzionare. La spesa per la formazione e l'aggiornamento non è mai abbastanza. Chiediamo quindi un aumento di 300 milioni sia per la competenza che per la cassa, proponendo, conseguentemente, pari riduzioni al capitolo 2585.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1442*. Signor Presidente, intervengo per esprimere il parere sugli emendamenti presentati. Alcuni riguardano soprattutto attività di educazione sanitaria e alimentare. Troviamo molti capitoli che riportano questa voce nella tabella 19 del Ministero della sanità, per cui, per le campagne promozionali e informative ritengo vi siano diverse possibilità di attuazione. Pertanto sono contrario a questo gruppo di emendamenti perchè le cifre stanziare risultano già sufficienti.



Per quanto riguarda l'emendamento relativo alla riforma del Ministero esprimo parere contrario. Valuteremo la spesa quando si tratterà di varare il progetto di riforma e quindi la conseguente precisione troverà posto nella «finanziaria» dell'anno prossimo.

Ugualmente contrario è il parere sugli emendamenti relativi al capitolo 4036 e al capitolo 3033.

In merito alla diminuzione correlativa proposta sui capitoli 2585 e 4201, devo esprimere ugualmente parere contrario. Per quanto riguarda la Croce Rossa Italiana abbiamo appena aumentato i fondi ed ora con questi emendamenti si vorrebbe ridurli. Non più tardi di un mese e mezzo fa, abbiamo approvato il decreto legge n. 514 riconoscendo alla Croce Rossa l'accesso ai mutui. Nella tabella trova rispondenza la quota per quei mutui, secondo una valutazione tra l'altro abbastanza modesta perchè credo che quest'anno non sia stato previsto un aumento rilevante.

Per quanto riguarda il capitolo 4550 relativo all'AIDS, ho già spiegato nella relazione che c'è stato un trasferimento: in un primo tempo lo stanziamento straordinario posto in essere nel corso dell'anno è stato attribuito per la gestione all'Istituto Superiore di Sanità, dipendente dal Ministero; ora nella tabella 19 è stato riportato al capitolo della Medicina sociale, perchè gli interventi non riguardano solo l'Istituto Superiore di sanità, ma anche tutta una serie di convenzioni che si pongono in essere nella struttura sociale del Paese. Ritengo che tramite questo capitolo le operazioni possono essere molto più spedite e corrette.

Sono contrario anche all'emendamento relativo al capitolo 4042.

Per quanto riguarda l'emendamento al capitolo 1117 mi rifaccio a quanto ho detto prima.

In riferimento infine agli emendamenti relativi ai capitoli 3031 e 6537, ricordo che recentemente, proprio su richiesta del Partito comunista, abbiamo aumentato la dotazione (e quindi nei rispettivi capitoli si trovano già gli stanziamenti) sia all'Istituto superiore di sanità sia all'ISPESL, finalizzandola all'aggiornamento ed alla formazione professionale del personale.

Riassumendo, come relatore dichiaro di essere contrario a tutti gli emendamenti.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Premesso che sono contrario a tutti gli emendamenti presentati, devo dare due spiegazioni.

In primo luogo, in merito al capitolo 4550 relativo all'AIDS vorrei sottolineare quanto segue: nel 1988 è emersa la necessità di indire immediatamente la campagna di propaganda contro l'AIDS e pertanto è apparsa opportuna una gestione dei fondi fuori bilancio per poterli spendere subito; si trattava comunque di un accorgimento puramente contabile. La situazione, poi, è precipitata a tal punto che con la «finanziaria» dell'anno scorso si è consentito al Ministero di spendere per l'AIDS con i criteri della protezione civile, vale a dire i criteri che si applicano per le calamità, per cui l'Istituto superiore di sanità può attingere in qualunque momento al capitolo di bilancio e pertanto non è più necessaria una gestione fuori bilancio.

In secondo luogo riguardo al capitolo 1117 faccio presente che esso concerneva in sostanza i fondi per la campagna informativa prevista dalla legge 11 agosto 1986, n. 185, la cui procedura d'affidamento è iniziata da tempo e sono già due anni che fa avanti e indietro dal Consiglio di Stato. Poichè la procedura è in via di esaurimento si spenderanno per il 1989 gli 8 miliardi di cassa, somma che mi sembra inutile modificare.

Per il resto, ripeto, esprimo parere conforme a quello del relatore.

IMBRIACO. Signor Presidente, ritiro gli emendamenti tendenti a reintrodurre stanziamenti per i capitoli 4550 e 1117.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, passiamo alla votazione degli emendamenti.

Metto ai voti l'emendamento 12<sup>a</sup>-20.Tab.19.1, tendente ad istituire il capitolo «Studi e ricerche nella contraccezione», presentato dai senatori Zuffa, Torlontano e Meriggi.

**Non è accolto.**

Metto ai voti l'emendamento 12<sup>a</sup>-20.Tab.19.2, tendente ad istituire il capitolo «Spese per la riforma del Ministero della sanità», presentato dai senatori Ranalli, Imbriaco e Torlontano.

**Non è accolto.**

Metto ai voti l'emendamento 12<sup>a</sup>-20.Tab.19.3, relativo al capitolo 3033, presentato dai senatori Meriggi, Dionisi e Imbriaco.

**Non è accolto.**

Metto ai voti l'emendamento 12<sup>a</sup>-20.Tab.19.4, relativo al capitolo 4036, presentato dai senatori Torlontano, Ranalli e Dionisi.

**Non è accolto.**

Metto ai voti l'emendamento 12<sup>a</sup>-20.Tab.19.5, relativo al capitolo 4042, presentato dai senatori Imbriaco, Zuffa e Meriggi.

**Non è accolto.**

Metto ai voti l'emendamento 12<sup>a</sup>-20.Tab.19.6, relativo al capitolo 3031, presentato dai senatori Meriggi, Torlontano e Dionisi.

**Non è accolto.**

Metto ai voti l'emendamento 12<sup>a</sup>-20.Tab.19.7, relativo al capitolo 6537, presentato dai senatori Dionisi, Torlontano e Imbriaco.

**Non è accolto.**

Essendo stati ritirati gli emendamenti 12<sup>a</sup>-20.Tab.19.8 e 12<sup>a</sup>-20.Tab.19.9, l'esame e la votazione degli emendamenti sono così esauriti.

Resta ora da conferire il mandato per il rapporto alla 5<sup>a</sup> Commissione permanente, sulla tabella 19 e sulle parti di competenza della Commissione del disegno di legge n. 1442.

Propongo che tale incarico sia affidato all'estensore designato, senatore Melotto.

Poichè nessuno chiede di parlare, metto ai voti tale proposta.

**È approvata.**

IMBRIACO. Annuncio la presentazione di un rapporto di minoranza.

PRESIDENTE. Ne prendo atto. È così conclusa la trattazione dei documenti di bilancio.

*I lavori terminano alle ore 12,25.*