

SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Sanità)

RESOCONTO STENOGRAFICO

DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE
E PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE FINANZIARIA 1988) (n. 470)

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO
PER L'ANNO FINANZIARIO 1988
E BILANCIO PLURIENNALE PER IL TRIENNIO 1988-1990 (n. 471)

**Stato di previsione del Ministero della sanità
per l'anno finanziario 1988 (Tab. 19)**

IN SEDE CONSULTIVA

INDICE

MERCOLEDÌ 7 OTTOBRE 1987

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)» (470)

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990» (470)

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione) (Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE (Zito - PSI)	Pag. 5, 15, 16 e passim
AZZARETTI (DC)	17
BOMPIANI (DC)	16
GUALTIERI (PRI)	11, 15, 16
MELOTTO (DC), estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470	5, 8, 11 e passim
RANALLI (PCI)	8

MERCOLEDÌ 14 OTTOBRE 1987

(Antimeridiana)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)» (470)

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990» (471)

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione) (Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE (Zito - PSI)	17, 33, 52
AZZARETTI (DC)	37
BOGGIO (DC)	42
CONDORELLI (DC)	45
GUALTIERI (PRI)	23
MARINUCCI MARIANI, sottosegretario di Stato per la sanità	34, 52
MELOTTO (DC), estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470	36
RANALLI (PCI)	17
SIGNORELLI (MSI-DN)	28
SIRTORI (Misto - Lista Verde)	30, 33, 34 e passim

MERCOLEDÌ 14 OTTOBRE 1987

(Pomeridiana)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)» (470)

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990» (471)

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione) (Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE (Zito - PSI)	Pag. 53, 83
ALBERTI (Sin. Ind.)	57, 60
CONDORELLI (DC)	73
DIONISI (PCI)	72, 73, 80 e passim
MELOTTO (DC), estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470	60
MERIGGI (PCI)	82
NATALI (PSI)	63
ONGARO BASAGLIA (Sin. Ind.)	78
PERINA (DC)	80, 81
TORLONTANO (PCI)	67
ZUFFA (PCI)	53

GIOVEDÌ 15 OTTOBRE 1987

(Antimeridiana)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)» (470)

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990» (471)

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione) (Seguito e conclusione dell'esame congiunto)

PRESIDENTE (Zito - PSI)	83, 84, 86 e passim
AZZARETTI (DC)	98
BOGGIO (DC)	98, 100
CONDORELLI (DC)	84, 86
IMBRIACO (PCI)	100, 103, 106

12^a COMMISSIONE

470-471 – Tab. 19

MARINUCCI MARIANI, sottosegretario di Stato per la sanità	Pag. 93, 98, 100 e <i>passim</i>
MELOTTO (DC), estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470 ...	87, 106
MERIGGI (PCI)	83
ONGARO BASAGLIA (Sin. Ind.)	83
RANALLI (PCI)	106
ZUFFA (PCI)	104

MARTEDÌ 1° MARZO 1987

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)» (470-B), approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990» (471-B), approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione) (Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE (Zito - PSI)	107, 110, 111 e <i>passim</i>
CONDORELLI (DC)	112
DONAT-CATTIN, ministro della sanità ...	110, 111, 112 e <i>passim</i>
IMBRIACO, (PCI)	112

MELOTTO (DC), estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470-B . Pag. 107

MERCOLEDÌ 2 MARZO 1987

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)» (470-B), approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990» (471-B), approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione) (Seguito e conclusione dell'esame congiunto)

PRESIDENTE (Zito - PSI)	113, 114, 115 e <i>passim</i>
ALBERTI (Sin. Ind.)	125
AZZARETTI (DC)	115
DIONISI (PCI)	118, 122, 123
DONAT-CATTIN, ministro della sanità ...	113, 115, 122 e <i>passim</i>
IMBRIACO (PCI)	114
MELOTTO (DC), estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470-B ...	127
NATALI (PSI)	124
PERINA (DC)	122, 123
RANALLI (PCI)	114, 115, 131
SIGNORELLI (MSI-DN)	117

MERCOLEDÌ 7 OTTOBRE 1987

**Presidenza
del Presidente ZITO**

I lavori hanno inizio alle ore 9,35.

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)» (470)

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990» (471)

— Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione) (Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, l'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)» e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990 — Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (tabella 19)».

Onorevoli colleghi, data l'indisponibilità del rappresentante del Governo ad assistere a questa seduta, ritengo che, per ragioni di correttezza, sia opportuno sospenderla e riprenderla nel pomeriggio.

Se non vi sono osservazioni così rimane stabilito.

I lavori vengono sospesi alle ore 9,40 e sono ripresi alle ore 16,35.

PRESIDENTE. Riprendiamo la discussione dei disegni di legge n. 470 e n. 471, sospesa stamane, stante l'indisponibilità del rappresentante del Governo.

Invito il senatore Melotto a riferire alla

Commissione sulla tabella 19 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge n. 470.

MELOTTO, estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470. Signor Presidente, onorevole Sottosegretario, colleghi; inizierei la mia relazione prendendo in considerazione innanzitutto il disegno di legge finanziaria. Desidero scusarmi con lei, signor Presidente, con il Sottosegretario e con i colleghi per il fatto che non ho avuto il tempo di fare una relazione scritta, purtroppo ho potuto prendere visione solo ieri sera dei documenti necessari a completare la mia relazione.

Faccio osservare innanzitutto che il disegno di legge finanziaria per il 1988 presenta connotazioni diverse rispetto a quella presentata lo scorso anno. Infatti essa non si presenta più come un provvedimento di orientamento e quantificazione di spesa, ma contiene — almeno per quanto riguarda la parte sanitaria che è quella che dobbiamo esaminare — prevalentemente disposizioni di merito il cui inserimento è da taluni ritenuto improprio. Questo può far sorgere il dubbio che la legge finanziaria dello scorso anno, redatta dopo il voto sulla mozione presentata in Senato il 18 settembre 1986, fosse in un certo senso anomala, dato che con il presente provvedimento si tornerà pressochè al passato. Nella relazione di accompagnamento del provvedimento una tale impostazione è motivata dal fatto che le condizioni di difficoltà che caratterizzano l'attuale situazione economico-finanziaria inducono ad anticipare, in sede di legge finanziaria, la definizione di una serie di misure i cui effetti assumono un rilievo di decisiva importanza ai fini dell'opera di correzione degli andamenti tendenziali di spesa.

Attraverso previsioni di riallocazione di risorse, di modifica dei meccanismi e delle procedure di istituti, che hanno una qualche incidenza sul bilancio dello Stato, si intende — mantenendo invariata la pres-

sione fiscale — da un lato, contenere l'aumento delle spese correnti all'interno del tasso programmato di inflazione e, dall'altro, riportare l'incremento delle spese in conto capitale al tasso di sviluppo del prodotto interno lordo. In effetti, le norme di cui agli articoli 12, 13, 14 e 15 del disegno di legge finanziaria sono finalizzate a raggiungere tali obiettivi, inquadrandosi, peraltro, in una manovra complessiva ritenuta necessaria dal Ministero della sanità, quindi dal Governo. Tale manovra, sul piano istituzionale, prevede la riforma delle USL, l'istituzione del ruolo medico, la definizione delle incompatibilità professionali e la modifica del sistema contabile delle USL stesse.

Sul piano strutturale, invece, la suddetta manovra tende a realizzare, attraverso un piano decennale di investimenti, il riequilibrio territoriale nelle dotazioni strumentali, con la sostituzione del 20 per cento dei posti-letto a più elevato degrado, la ristrutturazione del 30 per cento dei posti letto che presentano carenze e il mantenimento in efficienza del rimanente 50 per cento; la costruzione dei poliambulatori mancanti e quella di residenze per anziani per complessivi 140.000 posti; vi è da attuare, inoltre, il completamento dell'informatizzazione gestionale delle unità sanitarie locali ed il potenziamento delle strutture per la prevenzione.

Sul piano organizzativo — e qui ci avviciniamo maggiormente al problema finanziario in esame — si intende procedere alla soppressione di 36.500 posti-letto inutilizzati; all'adozione di nuove regole per i ricoveri e alla conseguente definizione degli *standards* relativi al rapporto personale / posti-letto, e, quindi, alla revisione delle piante organiche. Si intende introdurre la lettura automatica delle prescrizioni come strumento di controllo dell'assistenza extraospedaliera, l'adozione di una tecnica basata sull'uso delle schede nosologiche di dimissione per il controllo della produttività comparata della attività ospedaliera e l'attivazione delle commissioni professionali per la verifica e la revisione della quali-

tà tecnico-scientifica dell'assistenza intra ed extraospedaliera.

Sul piano assistenziale, con la suddetta manovra si intende perseguire il contenimento dei consumi nell'assistenza specialistica, farmaceutica, di beni e servizi nonché il contenimento della durata delle degenze ospedaliere attraverso tutta una serie di procedure; inoltre, si intende contenere la spesa relativa alla voce «altra assistenza» e gli abusi in materia di esenzione dai *tickets*.

Infine, sempre attraverso questa manovra complessiva, si vuole creare un piano per l'aggiornamento dei quadri intermedi del personale delle Unità sanitarie locali e dei quadri al vertice, compresi i nuovi dirigenti da inserire nel servizio sanitario nazionale.

Le norme del provvedimento finanziario, dunque, intendono essere finalizzate a questi obiettivi di ordine strutturale, organizzativo, assistenziale e formativo. Questo pacchetto di provvedimenti presentato con il disegno di legge finanziaria — al quale si dovrà aggiungere l'ultimo, quello sulla contabilità — dovrebbero costituire misure in grado — nel prossimo triennio o quadriennio — di operare una serie di riduzioni di spesa per l'assistenza dando però a quest'ultima una maggiore qualificazione. Ora, prima di addentrarmi ad illustrare i vari articoli, desidero, sia pur brevemente, fornire ai colleghi qualche informazione sui risultati ottenuti in passato, soprattutto in questi ultimi anni. Per quanto riguarda il finanziamento del Fondo sanitario nazionale si può osservare che dal 1982 si è passati da una spesa di 27.784 miliardi ad una spesa di 34.162 miliardi nel 1987, per attestarsi, secondo le previsioni a 35.057 miliardi per il 1988; questi valori sono da considerare al di fuori dell'inflazione. Vi è dunque la tendenza, per quanto riguarda questo settore, a seguire in modo diverso il processo inflattivo e la contribuzione, con una sia pur lieve tendenza all'espansione.

Peraltro, per quanto riguarda la valutazione del rapporto finanziamento-PIL, si aveva il 5,45 per cento del prodotto interno

lordo nel 1981 e si continua ad avere il 5,45 per cento del prodotto interno lordo, rivalutato dall'Istat, dal 1982; vi è stato quindi indubbiamente un aumento significativo dal 1981 al 1982 e per gli anni seguenti, per tendere adesso ad attestarsi tra il 5,82 per cento ed il 5,29 per cento nel 1986.

Per quanto riguarda la contribuzione (abbiamo il consuntivo fino al 1986 ed il preventivo per quest'anno) nell'ultimo triennio in esame si attesta, nel 1984, su una cifra di 27.409 miliardi. Su 38.339 miliardi di spesa, 27.409 miliardi sono le entrate, senza considerare le entrate dello Stato a ripiano per la fiscalizzazione ma comprendendo invece i contributi per i dipendenti dello Stato. Pertanto ci si attesta su 27.409 miliardi con una spesa, depurata anch'essa dell'autofinanziamento locale che era di ben 1.004 miliardi nel 1984, di 38.339 miliardi.

Nel 1985, a consuntivo, si registrano 29.236 miliardi per le entrate e 42.966 per le spese ma vi sono ancora 13.016 miliardi di disavanzo e pertanto la spesa definitiva si attesterà sui 46.000 miliardi.

Nel 1986, a fronte dei 33.400 miliardi di entrata, si registrano 47.300 miliardi di spesa, più 5.500 miliardi di disavanzo, per una spesa effettiva totale di 52.800 miliardi.

Per il 1987 è prevista, a preventivo, un'entrata di 35.958 miliardi ed una spesa di 52.557 miliardi cui si devono aggiungere 4.748 miliardi di disavanzo previsto e stimato fino al 31 dicembre di quest'anno.

Pertanto, fra tutte le entrate, credo che ci si attesti sul 65 per cento circa del fabbisogno del Fondo sanitario nazionale, essendo il resto ad integrazione dello Stato.

La manovra, quindi, parte da questa realtà e si proietta nel prossimo quadriennio, per gli anni 1988, 1989, 1990 e 1991; fra le varie ipotesi in discussione prima del varo della finanziaria vi è quella di contenere le spese e quindi di ridurre determinate voci che poi andremo analiticamente a verificare. Pertanto il preventivo che, privo di correzioni era di 57.603 miliardi, con

queste azioni di correzione passa a 55.646 miliardi. Stabilita quindi questa somma per il 1988, la manovra si concentra in questo quadriennio nel seguente modo: abbiamo, ripeto, accertati dai rendiconti ormai in possesso dei Ministeri interessati, 3.016 miliardi di disavanzo per il 1985, che in un primo tempo ammontavano a 3.778 miliardi. Nel 1986 tale disavanzo è salito a 5.516 miliardi; nel 1987 il disavanzo è stimato in 4.748 miliardi. Avevamo già finanziato (e questo trova riscontro nella tabella del Ministero del tesoro) a mutuo il ripiano 1985 — 1986 e abbiamo finanziato in questa legge finanziaria il ripiano, che si aggiunge al provvedimento sopraccitato per 485 miliardi annui, costituito dalla rata di ammortamento di un mutuo che le regioni dovranno contrarre. Fissato quindi questo disavanzo, la manovra stabilisce — e questa è la compatibilità con il disegno di insieme — in 53.500 miliardi il finanziamento a fronte di una necessità prevista da parte del Governo, con le correzioni effettuate, di 55.646 miliardi. Quindi, stabilita la cifra di 53.500 miliardi e stabilito in 646 miliardi l'autofinanziamento delle unità sanitarie locali, resta un disavanzo di 1.500 miliardi. Tenendo fermo, a prezzi costanti, senza valori inflattivi aggiuntivi, il finanziamento anche per il quadriennio in 53.500 miliardi, si diluisce il disavanzo dal 1988 al 1989, al 1990, fino ad azzerarlo nel 1991. Infatti la manovra prevede che a fronte dei 55.000 miliardi di spesa nel 1988 se ne diano 53.500 con un disavanzo di 1.500 miliardi; a fronte di un preventivo di 54.250 miliardi di spesa nel 1989 se ne diano ancora 53.500; a fronte di una previsione di 52.400 miliardi di spesa nel 1990, se ne diano ancora 53.500 ed a fronte di 52.350 miliardi nel 1991 se ne diano ancora 53.500, in modo da azzerare questa differenza che esiste nel primo, nel secondo e nel terzo anno e che via via diminuisce nel quarto anno.

Questa è la manovra che presenta il Governo sul piano del finanziamento e quindi della spesa complessiva del servizio, ovviamente approvando tutta questa serie di

provvedimenti che vadano a contenere determinate spese, in particolare la spesa ospedaliera. Io spero sin qui di essere stato sufficientemente chiaro, ma per maggiore chiarezza mi ripeterò brevemente.

Si stabilisce per il 1988, 1989, 1990 e 1991 una quota identica di finanziamento: 53.500 miliardi.

RANALLI. Su quali presupposti? Non si capisce proprio.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470*. Se è una domanda polemica, ritengo sia inutile ripetere quanto ho già detto. Mi sembra di essere stato sufficientemente chiaro. Comunque, qualora fossero necessari ulteriori chiarimenti in merito, mi riservo di fornirli al termine della mia relazione.

Stabilita la manovra finanziaria, vorrei fornire qualche altro dato riferito al 1986 per verificarne la credibilità o meno.

Per il 1986 la spesa sanitaria per abitante è stata in media di 785.000 lire, considerando che si va dalle 902.000 lire del Friuli-Venezia Giulia alle 668.000 lire della Basilicata. Con la correzione del dato relativo alla mobilità ospedaliera, si registra una diminuzione della differenza, pur essendo sempre abbastanza significativa, ferma restando la spesa media per abitante in 785.000 lire: si passa dai dati di Trento, del Friuli e delle Marche: rispettivamente 891.000, 872.000 e 854.000 lire; a quelli della Puglia 734.000 lire; Lombardia, 732.000 lire; Sardegna, 729.000 lire, e Molise, 726.000 lire.

I dati relativi alla mobilità ospedaliera interregionale sono alquanto significativi. Abbiamo il quadro complessivo di quelli riferiti al 1986, da cui possiamo rilevare tutte le provenienze e quindi i saldi positivi o negativi tra regioni nonchè lo spostamento che avviene sul riparto del fondo. Ad esempio, dai 44.452 abitanti della Sicilia che si ricoverano in altre regioni o dai 38.000 della Calabria, si arriva ai 9.600 del Friuli.

Pertanto, il saldo positivo di incremento

di ricoverati per il Veneto, per il Friuli-Venezia Giulia, per la Liguria, per l'Emilia-Romagna, per la Toscana, per l'Umbria, per le Marche, per il Lazio e, in misura modesta, per il Molise, diventa negativo per tutte le altre Regioni, che quindi sono tutte «esportatrici», per così dire, di spedalità.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica — e chiedo scusa ai colleghi se mi ripeto ancora una volta su questo punto; mi pare che questa sia addirittura la quinta volta — vorrei sottolineare che, in relazione al rispettivo fondo sanitario regionale, si va dalla percentuale del 25,2 della Sicilia — vi è stato quindi un ulteriore aumento — a quella dell'8,9 della provincia di Bolzano, su una media italiana del 17,2 per cento. Per quanto riguarda i dati di altre Regioni, ricordo la percentuale del 22,6 della Campania, quella del 21,9 della Calabria e del 20,7 della Basilicata. Pertanto, da una spesa di 184.000 lire *pro capite* nella Sicilia, si scende ad una spesa di 70.000 lire — quindi, decisamente meno della metà — nella provincia di Bolzano, attestandosi in Val d'Aosta sulle 100.000 lire; complessivamente, la media italiana è di 135.000 lire.

In materia di esenzioni dai *tickets*, vorrei sottolineare alcuni dati del 1986, che è stato l'anno in cui indubbiamente i *tickets* sono stati incrementati; comunque, faccio questo rilievo per capire la gestione di tali fenomeni. Si passa dalle percentuali del 7,2 della Val d'Aosta e del 5,8 della provincia di Bolzano a quelle del Molise, 38,6, della Basilicata, 38,9, della Calabria, 32, e della Sicilia, 33. Se scorporiamo questi dati, effettuando una verifica su alcune USL, si arriva anche al 92 per cento. Indubbiamente, pertanto, ciò significa che in alcune realtà questa politica non è stata accettata nè quindi gestita.

Riguardo alla spesa per la specialistica convenzionata esterna, alla quale un articolo del provvedimento fa preciso riferimento, si rilevano le seguenti percentuali in relazione ai rispettivi fondi: in Friuli, 0,6 per cento; in Sicilia, 6,5 per cento; in Campania, 6,4 per cento; nel Lazio, 4,8 per cento;

in Puglia, 4,4 per cento; in Calabria, 3 per cento; in Sardegna, 2,8 per cento; in Abruzzo, 2,3 per cento; in Lombardia, 2,1 per cento; in Toscana, 2 per cento, e così via. Anche in questo caso, da 47.000 lire *pro capite*, si scende a 6.000 lire. Ci troviamo dunque di fronte a dati che ancora una volta evidenziano forti differenze tra Regione e Regione.

Non mi soffermerò sugli aggregati, che potete trovare nella documentazione che vi è stata consegnata, in cui sono evidenziate, non solo in cifre assolute ma anche in percentuale, le spese dei rispettivi fondi per personale, beni e servizi, medicina generica, assistenza farmaceutica, ospedaliera, e così via, su cui ognuno potrà fare le valutazioni di merito che riterrà opportune per un esame comparato della situazione.

Ritengo che invece occorra soffermarsi brevemente sulla questione degli ospedali, poichè, almeno in questa prima parte del provvedimento, la manovra si basa soprattutto su questo punto.

Attualmente vi sono 1.123 istituti pubblici, con 365.761 posti-letto, e 606 istituti privati, con 63.313 posti-letto. Quindi, i 36.500 posti-letto che si vorrebbero sopprimere rappresentano esattamente il 10 per cento dei posti-letto esistenti nel Paese.

I dati relativi alla durata media della degenza ospedaliera, al tasso di utilizzazione medio sono assai variabili da regione a regione, nonchè in relazione a ospedali pubblici, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e case di cura private convenzionate. Indubbiamente il dato medio non dice nulla. Infatti, non serve a molto sapere che il tasso di utilizzazione medio per gli ospedali pubblici è, ad esempio, del 63 per cento, con una degenza media di 9,63 giorni, per gli istituti scientifici è dello 0,53 per cento, con una degenza media di 24,98 giorni, per le case di cura private è dello 0,83 per cento, con una degenza media di 11,94 giorni e per le cliniche universitarie — comunque, non sono riportate tutte poichè alcune confluiscono nel bilancio delle USL, mentre altre hanno un bilancio finanziato e gestito direttamente dalla Regione — è dello 0,68 per cento,

con una degenza media di 14, 19 giorni.

Ripeto, i dati riportati in questi termini non sono molto significativi, se non si esaminano, regione per regione, branca per branca, le realtà in cui si articolano. Ad esempio, anche per quanto riguarda il dato riassuntivo, per il Lazio la durata media di degenza negli ospedali pubblici, tutti compresi, è di 10,73 giorni, nelle case di cura private è di 35,52 giorni. Però, anche qui, se non si va poi ad approfondire per capire quanto incide su queste cifre il fenomeno della lungodegenza, il dato in sé dice relativamente poco. Se, ad esempio, quel 35,52 delle case di cura private del Lazio si riferisse alle branche specialistiche di chirurgia od ostetricia e ginecologia, il dato sarebbe già più comprensibile, se, invece, si riferisse ad altre branche avrebbe un significato diverso. Ad esempio, in Puglia, 9,15 giorni è la durata media di degenza negli ospedali pubblici, mentre nelle case di cura private è di 43,70 giorni; in Basilicata, la durata di degenza media in giorni è di 234,78, probabilmente questa regione ha solo strutture per lungodegenti o di natura psichiatrica, altrimenti questo dato così elevato non si spiegherebbe. Ora, non vorrei dilungarmi ulteriormente su queste problematiche, anche perchè è sufficiente esaminare gli indicatori delle varie realtà regionali, considerando anche le varie branche di attività, per ricavare il tasso di utilizzazione degli ospedali. Certamente, un dato emerge chiarissimo: vi sono alcune branche specialistiche, anche piuttosto importanti, che presentano un sottoutilizzo rispetto ai posti-letto denunciati e ciò, indubbiamente, necessita una correzione.

L'articolo 12 della «finanziaria», al primo comma, prevede che i posti-letto utilizzati in misura inferiore al 60 per cento nel triennio 1984-1986 vengano proporzionalmente ridotti nella quantità necessaria ad assicurare un tasso di utilizzazione medio del 75 per cento. Desidero doverosamente ricordare che, quando approvammo la legge n. 595 del 1985 — che costituisce la premessa al piano sanitario nazionale — avevamo deciso di operare questa scelta (quella indicata nel primo comma) quando

l'utilizzazione è inferiore al 50 per cento e non al 60 per cento, vale a dire se l'utilizzazione è inferiore al 50 per cento si provvede alla ristrutturazione ed eventualmente alla soppressione di un certo numero di posti-letto. Un'altra considerazione che desidero fare riguarda i primi quattro commi dell'articolo 12. Da questi infatti emerge chiaro un accentramento nelle mani del Ministero di molte problematiche ospedaliere che costituiscono una grossa fetta del piano sanitario nazionale. Evidentemente si avverte la necessità di un potere che prescindendo dalla territorialità per aiutare gli enti preposti sul territorio ad operare ristrutturazioni in generale. Senza questo accentramento probabilmente non si riuscirà a ridurre i posti-letto, a chiudere gli ospedali, in definitiva a procedere a quella ristrutturazione necessaria a migliorare qualitativamente il settore sanitario. Vi sono state persone al nord, al centro e al sud d'Italia che si sono cimentate in questo senso, ma con scarsi risultati a causa dei diversi ostacoli che hanno incontrato sul loro cammino. Quindi, bisognerebbe far conciliare queste due necessità: quella di procedere ad una efficace ristrutturazione della rete ospedaliera attraverso investimenti che diano una certa credibilità, con la necessità di una programmazione organica di carattere regionale, ma supportata, in alcuni momenti, dal potere centrale. Il quarto comma dell'articolo 12, nell'ultima parte, prevede addirittura il potere sostitutivo. Il quinto comma conseguentemente ridetermina con decreto del Ministro della sanità gli *standards* tra posti-letto e personale necessario, cioè ridetermina tutte le piante organiche, sia quelle provvisorie sia quelle definitive. Il comma sei, sempre dell'articolo 12, concerne il divieto alle unità sanitarie locali di procedere alle assunzioni di personale a seguito della riduzione dell'orario di lavoro stabilita nel recente contratto. A questo proposito desidero un chiarimento, da parte del rappresentante del Governo, circa il rapporto tra questo tipo di misura e la norma contenuta nel primo comma dell'articolo 18 della « finanziaria » — che non riguarda solo la sanità, ma

l'amministrazione pubblica in generale — che stabilisce che i vari enti «...possono procedere ad assunzioni di personale subordinatamente all'avvenuto accertamento dei carichi funzionali di lavoro e alla conseguente utilizzazione dell'istituto della mobilità ...». Ora, o il sesto comma dell'articolo 12 è finalizzato esclusivamente alla riduzione e ristrutturazione dei posti-letto, con conseguente riduzione dell'orario o possibilità di trasferimenti del personale (in questo caso il primo comma dell'articolo 18 rimarrebbe invariato in quanto avrebbe altre finalità) oppure si cerca di far coincidere le misure contenute nei due commi.

Per quanto riguarda i commi 7, 8 e 9 dell'articolo 12, devo dire che rivestono grande importanza in quanto tendono a dare attuazione alla convenzione tra parte pubblica e medici generici. Infatti, in tali commi si stabilisce che i medici di medicina generale e gli specialisti pediatri di libera scelta, in caso di ricovero ospedaliero ordinario dei propri assistiti, sono tenuti a formulare richiesta motivata accompagnata dall'apposita scheda sanitaria, o, in caso di ricovero d'urgenza, qualora il medico di base non accompagni personalmente l'infermo, questi dovrà far pervenire la scheda sanitaria e la documentazione concernente gli accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio effettuati, entro il termine massimo di tre giorni dal ricovero. Questi commi, come dicevo, sono attuativi di quella convenzione firmata liberamente da ambo le parti. In realtà, stando alle reazioni che ha suscitato tale convenzione, non so se quella firma sia stata apposta a ragion veduta ed in « piena capacità di intendere e di volere » o se, invece, vi fossero delle grosse riserve da parte dei medici di base.

Per quanto riguarda l'articolo 13, devo dire che questo è estremamente innovativo. Credo che il primo comma richieda una certa riflessione; in esso infatti viene stabilito che per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio non può essere superato annualmente di oltre il 5 per cento il limite delle prestazioni erogate a

ciascun convenzionato nell'anno 1986; questo 5 per cento non si riferisce ad ogni regione od Usl, ma ad ogni singolo laboratorio e per singola attività di natura specialistica.

Eleva poi da tre a cinque giorni il termine per le strutture pubbliche, prima di poter accedere alle strutture convenzionate. Voi sapete che è recentissima la sentenza della Corte costituzionale che ha ritenuto pienamente legittima la norma che prevede i tre giorni, e quindi ritengo che, forte dei tre giorni il Governo abbia preteso di allungarli a cinque.

Largamente innovativo è invece il comma due dell'articolo 13, in base al quale tutte le convenzioni che spettavano ai preesistenti enti mutualistici sono state recepite dal servizio sanitario nazionale, in attesa dei piani sono riferite esclusivamente al singolo specialista; stante la legge del 1939 che non prevedeva possibilità di convenzione con società di capitali, questo se condo comma innova in deroga, largamente, questa prassi ormai consolidata, allargando alle società di capitali la possibilità di convenzionarsi, rimettendo il tutto alle convenzioni previste dall'articolo 44 della legge n. 833 del 1978 e quindi alla possibilità che sia il Piano sanitario regionale a stabilire come e quando ciò possa essere fatto.

Tutta la parte che riguarda il comma tre, a mio avviso crea appesantimento burocratico con la presenza dei registri di carico e scarico dei materiali impiegati: sarebbe opportuno predisporre altri strumenti per valutare la qualità delle prestazioni.

Il comma quattro eleva da circa mille a quattromila lire per ciascuna delle ricette successive alla prima, il costo della ricetta stessa se però è riferita alla stessa malattia. Non so se la cosa sia di facile gestione: le reazioni dei medici di base, emerse dal loro congresso, fanno capire che su questo punto non troveremo forse molta collaborazione.

Il comma cinque, che ripete nella sostanza un decreto che è stato convertito nei giorni scorsi e che riguarda l'industria, con il quale si davano dei contributi per *leasing*, per l'acquisizione di apparecchiature,

per la informatizzazione, estenderebbe quei benefici anche alle farmacie per la lettura ottica delle ricette. Gli oneri farebbero capo a quel provvedimento e quindi le reazioni si riferiscono soprattutto al provvedimento e ai tutori di esso.

Il comma sei trasferisce dalle unità sanitarie locali ai comuni (considerato anche quanto prima ricordavo a proposito dell'esenzione dei *tickets*), la responsabilità dell'accertamento del reddito e quindi la dichiarazione conforme alla eventuale esenzione.

Il comma sette stabilisce che attraverso la definizione dei protocolli previsti dal contratto con i medici ospedalieri si dovrebbe arrivare alla riduzione della giornata media di degenza, ai tempi di attesa per i ricoveri per lo svolgimento di accertamenti diagnostici e, cosa di particolare rilevanza, al contenimento dei consumi farmaceutici intra ed extra ospedalieri. Tutto questo è previsto nel decreto del Presidente della Repubblica n. 270 del maggio 1987, tuttavia si tratta di un potere sostitutivo che non si sa, *a priori*, se abbia efficacia e quindi incida sulla manovra complessiva o meno.

Per quanto riguarda il comma otto, credo che sia superfluo, perchè già il comma uno dell'articolo 13 della legge n. 595 del 1985 diceva che entro novanta giorni, con decreto del Ministro della sanità, attraverso un processo di razionalizzazione, coordinamento, eccetera, si prescrivevano le prestazioni del Servizio sanitario nazionale indipendentemente dalla sommatoria...

GUALTIERI. Non è superfluo, a mio avviso quello va bene, è tutto il resto che deve andare via.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470*. No, perchè questo è ultroneo; c'è un'altra legge in vigore che recita la stessa norma.

L'articolo 14 riguarda le spese di investimento. È previsto un piano di 30.000 miliardi in aggiunta alle quote in conto capitale previste, al cui finanziamento si prov-

vede mediante operazioni di mutuo per procedere (come elencato dalla lettera *a*) alla lettera *l*) del secondo comma, che non leggo dettagliatamente) ad interventi riguardanti riduzioni dei posti-letto, sostituzione, ristrutturazione, conservazione e quindi incremento dei posti non sufficienti, eccetera.

In base al comma due dell'articolo 14 il Ministro della sanità, sentito il consiglio sanitario nazionale ed un nucleo di valutazione costituito da tecnici di economia sanitaria, edilizia e tecnologia ospedaliera e di funzioni medico-sanitarie, da istituire con proprio decreto, definisce con altro proprio decreto, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri generali per la programmazione degli interventi che devono essere finalizzati agli obiettivi precedentemente accennati.

Il terzo comma dell'articolo fa riferimento al secondo decreto di cui al comma due, che definisce modalità di coordinamento in relazione agli interventi nel medesimo settore dell'edilizia sanitaria effettuati dall'Agenzia per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno, dal Ministero dei lavori pubblici, dalle università, a valere sulle risorse del Fondo investimenti e occupazione. Sulla base dei programmi regionali e provinciali il Ministro della sanità predispose il programma nazionale che viene sottoposto all'approvazione del CIPE.

Qui c'è da osservare che indubbiamente l'accentramento è evidente, le regioni rimangono quasi un'appendice. Se questa è la realtà, possiamo anche dire che ormai le regioni sono superate, ma ritengo che è con l'approvazione dei piani sanitari regionali che si osserva la conformità e la capacità da parte delle regioni di poter essere strumento di programmazione, vera sede di controllo.

L'articolo 15 eleva l'importo riservato alle attività a destinazione vincolata e stabilisce, nel quarto comma, che a decorrere dal 1° gennaio 1988, le unità sanitarie locali provvedono a dare attuazione all'articolo 10, comma sei, lettera *d*) della legge n. 595 del 1985, concernente la recettività

alberghiera ospedaliera da rendersi a pagamento.

Sono queste, in sintesi, le norme della finanziaria che ci riguardano; una brevissima comunicazione ancora va fatta per quanto riguarda gli oneri per il 1987. Per il disavanzo relativo a quest'anno è già prevista la rata 1989-1990 (non scatterà per il 1988 in quanto non ci sono mutui in essere); c'è un capitolo riguardante revisione dei contributi di malattia e della fiscalizzazione sul quale spero di non soffermarmi data la decisione presa ieri dal Consiglio dei Ministri anche perchè non è materia di nostra competenza essendo sempre stata materia di competenza delle Commissioni 5^a e 11^a. Ritengo tuttavia che la «tassa sulla salute» doveva trovare spazio qui, invece vedo che trova spazio nel 1989 e non nel 1988 se non per quello 0,50 che ieri il Consiglio dei Ministri ha deciso.

Quindi, il Fondo sanitario nazionale di parte corrente viene fissato in 53.500 miliardi, con la proiezione di 55.640 e 57.875 relativa al tasso di inflazione.

Infine, nella tabella D, per la parte relativa al Ministero della sanità, per quanto riguarda il contributo dell'Italia al Centro internazionale di ricerche per il cancro vengono confermati per il 1988, 1989 e 1990, rispettivamente, 1.200, 1.250 e 1.280 milioni. Relativamente al compenso particolare al personale dell'Istituto superiore di sanità sono previsti 3.500 milioni per ciascun anno. Il contributo all'Ufficio internazionale delle epizootie, con sede a Parigi, è fissato annualmente in 180 milioni. La quantificazione annua dello stanziamento relativo all'incremento del contributo statale a favore della Lega italiana per la lotta contro i tumori è fissata in 1.750 milioni per il 1988, in 1.800 per il 1989 e in 1.850 per il 1.990.

A questo punto, signor Presidente, onorevoli colleghi, se mi è consentito, prima di riferire sulla tabella 19 del disegno di legge concernente il bilancio, relativa allo stato di previsione del Ministero della sanità, vorrei svolgere alcune brevi considerazioni finali sulla «finanziaria».

Siamo in presenza di un incremento del-

la spesa sanitaria, che va oltre il livello di contribuzione. Sprechi ed inefficienze sono diffusi, non sono localizzabili solo in un'area geografica del Paese, anche se indubbiamente ciò si verifica in modi e misure diversi, e pertanto cresce il malumore della gente, essendo tutti, direttamente o indirettamente, interessati ai problemi sanitari. Ma soprattutto, considerando l'attuale situazione (vedremo successivamente cosa si possa fare di concreto, con il progetto di legge sulla riforma della legge n. 833 del 1978), occorre sottolineare la mancanza di una norma di saldatura delle responsabilità tra le entrate, che riguardano un'unica parte di responsabilità, il «centro», mentre le spese riguardano solo la periferia. In assenza di tale saldatura, si incrementa sempre di più la pratica del «piè di lista», come ripetiamo ormai ogni anno dal 1981. Si dice ogni volta che il fabbisogno, che è stato accertato, era sottostimato, poi che è stato di nuovo stimato più verosimilmente, ma ogni anno cresce il «piè di lista»; esso diventa quindi un sistema o, meglio, il sistema. A mio avviso, non si è ancora riusciti, nonostante i contratti e le convenzioni recenti, ad ottenere il coinvolgimento dei vari operatori. Credo che sia ormai chiaro a tutti che prevale la rivendicazione settoriale e corporativa, e anche le ultime manifestazioni mi sembrano alquanto eloquenti in tal senso.

Occorre perciò un chiaro disegno istituzionale per fornire la necessaria elasticità al sistema, che certo da zona a zona deve saper dimostrare flessibilità e non rigidità. Non è aumentando i controlli e i passaggi burocratici che salvaguarderemo la qualità del sistema; potremo farlo solo incentivando e responsabilizzando i vari livelli.

Per il momento non ho altro da aggiungere in merito a questo importante provvedimento, su cui spero di aver riferito con sufficiente chiarezza, anche se sinteticamente.

Per quanto riguarda la tabella 19, relativa allo stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno 1988, da un esame della stessa si evince che, rispetto all'anno precedente, la spesa complessiva salirà da

749 a 831 miliardi circa per la competenza, mentre il preventivo di cassa salirà da 690 a 847 miliardi; i residui passivi ammontavano a 128 miliardi nel preventivo per il 1987, riducendo di molto la cifra prevista l'anno precedente, ma le previsioni assestate per lo stesso anno (che abbiamo approvato di recente) sono nell'ordine di 267 miliardi; per il 1988 sono previsti invece in 88 miliardi.

Le spese relative al personale in attività di servizio assommano in totale a quasi 204 miliardi, rispetto ad un complesso di spese correnti previsto in 828 miliardi, attestandosi quindi intorno al 25 per cento della spesa. Le previsioni per il 1987 erano di 175 miliardi rispetto ad un preventivo totale di spese correnti pari a 680 miliardi, per cui la percentuale di incidenza della spesa per il personale rispetto al complesso delle spese correnti è sostanzialmente invariata. Al 1° aprile 1987 risultavano in servizio complessivamente 2.195 unità di personale, rispetto ad una capienza di organico di 3.462 unità; alla stessa data del 1986 risultavano in servizio 2.252 unità di personale — quindi alcune unità in più — rispetto ad una capienza di organico quasi identica (3.400 unità); la riduzione (da 671 a 605 unità) ha peraltro interessato personale proveniente dagli enti mutualistici disciolti inquadrato in un ruolo ad esaurimento che quindi via via si riduce. Si deve ritenere in ogni caso che la proroga del blocco delle assunzioni disposta dalla legge finanziaria per il 1987 abbia trovato piena applicazione presso il Ministero della sanità.

Sempre nell'ambito della spesa corrente, spicca lo stanziamento complessivo di 390 miliardi per l'acquisto di beni e servizi, che vede un aumento di 104 miliardi circa rispetto al preventivo per il 1987. Tale incremento deriva essenzialmente dallo stanziamento di 100 miliardi per l'attuazione di programmi e di interventi mirati per la lotta e la prevenzione delle infezioni da HIV e delle sindromi relative (AIDS); lo stanziamento in questione trova posto in un capitolo di nuova istituzione (n. 4550) inserito nella rubrica n. 21, riguardante l'Istituto superiore di sanità.

A tale riguardo, sono da segnalare l'incremento delle spese per la propaganda e l'educazione sanitaria ai fini della promozione della salute, che passano da 2 a 3,35 miliardi, a cui bisogna aggiungere i 9 miliardi e 500 milioni del fondo per l'educazione alimentare, e lo stanziamento nuovo di 10 miliardi per la realizzazione del tirocinio pratico e per la formazione specifica in medicina generale. Vorrei far presente che lo stanziamento riguardante la formazione dei medici specialisti previsto nella tabella B della «finanziaria» per il 1987 è stato depennato nel provvedimento finanziario relativo al 1988, non ve ne è più traccia, e con questo è di fatto scomparsa anche la possibilità di un provvedimento legislativo in materia, che ormai avrebbe dovuto vedere la luce. Qualcuno sostiene che bisognerà presentare una nuova iniziativa legislativa a tale riguardo, ma credo che a questo punto il suo *iter* sarà particolarmente faticoso e difficile.

Per quanto riguarda il Servizio centrale della programmazione sanitaria, è da segnalare che lo stanziamento complessivo di competenza è di 66 miliardi, contro gli 85 dell'anno scorso, mentre per la cassa è di circa 91 miliardi, contro gli 85 per il 1987. I residui passivi, previsti in 12 miliardi per il 1987, saranno, secondo le previsioni assestate, di ben 43 miliardi circa.

Per il 1988 i residui passivi sono previsti in 26,2 miliardi per questo settore; da segnalare che nell'ambito della Rubrica n. 9, relativa al Servizio centrale della programmazione sanitaria, assoluta prevalenza quantitativa ha il capitolo 4201, «Spese per il sistema informativo sanitario».

Significativa è altresì l'istituzione di una nuova rubrica, n. 13, relativa al Servizio ispettivo centrale, comprendente tre nuovi capitoli di spesa; anche se non sono largamente alimentati, sono previsti, quindi in un certo senso in attuazione del «pacchetto» di cui parlavo prima.

La rubrica n. 10, relativa all'Ufficio per l'attuazione del Servizio sanitario nazionale, vede tuttora un'assoluta prevalenza del capitolo 4302, «Rimborso spese per assistenza sanitaria all'estero»; tale capitolo

assorbe 113 miliardi su un complesso di 136,7; tuttavia, è da segnalare che tale capitolo ancora nel 1986 prevedeva una capienza di ben 250 miliardi, mentre nel 1987 questi scendono a 126 miliardi, subendo quindi un dimezzamento.

Per quanto riguarda gli stanziamenti relativi all'Istituto superiore di sanità, sono previsti 6,3 miliardi di residui passivi, mentre le previsioni assestate per il 1987 sono di 11,4 miliardi; le spese per la ricerca scientifica sono previste in 7 miliardi, contro i 6,5 del 1987; è stato poi istituito un nuovo capitolo (8222), con uno stanziamento specifico di 4 miliardi, per l'attuazione, nell'ambito delle ricerche sperimentali e cliniche sulle neoplasie, di un programma cooperativo italo-americano sulla terapia dei tumori. Per quanto riguarda l'ISPESL, infine, è da segnalare la forte incidenza dei residui passivi sul capitolo di spesa riguardante la ricerca scientifica che è di 4,01 miliardi; inoltre, su 91 miliardi previsti per l'ISPESL 75,8 miliardi, cioè l'82,2 per cento, sono previsti per il personale in attività di servizio. Questi sono, per brevi tratti, i modesti movimenti di capitale, se si eccettuano i 100 miliardi previsti per l'AIDS, che sono indubbiamente significativi. Possiamo rilevare, dunque, signor Presidente e onorevoli colleghi che, rispetto agli anni precedenti, non vi sono sostanziali variazioni.

Desidero fare, ora, alcune brevi considerazioni sulla tabella 19. Innanzitutto mi permetto di rinnovare la richiesta di poter prendere visione dei rendiconti degli enti cui lo Stato contribuisce in via ordinaria e che dovrebbero essere allegati alla tabella in base ad una precisa disposizione dell'articolo 19 della legge n. 468 del 1978. Sono due legislature che faccio tale richiesta, ma finora non è stata ancora soddisfatta, nonostante sia scritto, a pagina XXXVII della tabella 19, che: «Ai sensi dell'articolo 19 della legge n. 468 del 1978 sono annessi al presente stato di previsione i conti consuntivi relativi all'esercizio 1986 dei seguenti Enti cui lo Stato contribuisce in via ordinaria: Lega italiana per la lotta contro i tumori, Istituti fisioterapici ospedalieri, Istituto per lo studio e la cura dei tumori

“Fondazione Pascale” di Napoli, Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano, Istituto neurologico “C. Besta” di Milano», e così via. Speriamo di poter prendere visione al più presto di questi rendiconti, anche perchè siamo noi che li dobbiamo approvare.

Un'altra richiesta che vorrei fare riguarda gli asili nido. Vorremmo conoscere, infatti, mediante una relazione dettagliata, la situazione in cui oggi si trovano gli asili nido nel nostro paese, per capire l'evoluzione della situazione in questo settore dagli anni 1972-1974 ad oggi. Se fosse possibile, quindi, vorremmo avere a disposizione dei dati riguardanti l'afflusso in base alla popolazione, le rette che si pagano ed altre informazioni che diano un quadro completo della situazione, regione per regione. Solo in questo modo possiamo comprendere come vengano utilizzati i miliardi stanziati dallo Stato per questo settore, altrimenti tali contributi diventano routinari e fini a sé stessi.

Altra questione: cosa si intende fare per provvedere una volta per tutte al problema della Croce rossa italiana? Era prevista, in base alla legge n. 833 del 1978, l'emanazione di un decreto provvisorio in attesa di quello definitivo che, attualmente, non è stato ancora emanato. I fondi destinati alla Croce rossa nel frattempo aumentano sempre più e tra l'altro non sappiamo esattamente come vengono utilizzati, se per le urgenze, per il pronto soccorso, per le ambulanze o per altri scopi. A questo punto sarebbe opportuno emanare nel più breve tempo una normativa specifica definitiva per risolvere questo spinoso problema.

Per quanto riguarda la ricerca scientifica, qualcuno tempo fa mi aveva spiegato che solo «rivolizzando» la spesa è possibile ottenere dei buoni risultati. Questa spiegazione, però, non è stata molto convincente, perchè all'atto pratico vedo che, sommando i vari rivoletti, il fiume si ingrossa, ma i risultati non sono apprezzabili. In ogni tabella vi sono stanziamenti per studi e ricerche, ma un simile spezzettamento fa solo disperdere tali contributi. Ritengo invece che in tale settore, il centro propulso-

re dovrebbe essere costituito dal Ministero della sanità che diverrebbe un concreto supporto per le singole regioni, per il servizio sanitario nazionale e per la ricerca scientifica nel nostro paese.

Infine, vorrei sapere se sarà possibile vedere attuata la riforma del Ministero. Ritengo ora più che mai urgente tale riforma visti i compiti che ad esso vengono affidati con il disegno di legge finanziaria al nostro esame. Ormai sono passati più di otto anni dall'emanazione della legge n. 833, ma la riforma del Ministero ancora non si è riusciti ad attuare, pur essendo consapevoli che essa costituisce il perno centrale per giungere ad una migliore qualificazione del Servizio sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Senatore Melotto, la ringrazio vivamente per la sua ampia e argomentata relazione.

GUALTIERI. Signor Presidente, desidero porre alcuni quesiti di una certa importanza al relatore. Nel 1985, in Senato è stato presentato un provvedimento, frutto di un complesso e proficuo lavoro parlamentare e del quale ritengo che il Senato debba andare orgoglioso, che è poi diventato legge dello Stato, la n. 595. Con tale legge si affida al Piano sanitario nazionale la determinazione di obiettivi e programmi in vista di una ristrutturazione del sistema ospedaliero. Ora, con la legge finanziaria si dovrebbe soltanto stabilire come reperire i fondi e come distribuirli in base alle esigenze dei vari settori. Non è questo lo scopo che invece prefigge la legge finanziaria per il 1988. C'è di più. Per quanto riguarda il settore sanitario, la «finanziaria» per il prossimo anno intende stravolgere il contenuto della legge n. 595.

Secondo la finanziaria non si possono inserire in essa operazioni che sono delegate alla legge principale. Essendo questa l'impostazione generale, che io considero validissima, tutto il sistema che ci è presentato qui oggi, a mio giudizio, è non solo sbagliato ma improprio e illegittimo. Io intendo sollevare questo problema ed intendo sollevare anche l'altro problema — lo farò

in questa sede ed anche nella 1^a Commissione affari costituzionali — per capire quale è l'istituzione portante della Sanità in tutto questo quadro di modifiche e di riforme frammentate. Noi abbiamo fatto una riforma in cui la sanità era un'istituzione che bene o male aveva una unità di prevenzione, cura e riabilitazione, aveva degli organi istituzionali. Qui invece non troviamo nemmeno l'istituzione, non ci sono più le regioni, vengono introdotte le province, lo Stato diventa in parte padrone ed in parte servo. Per questo la ricerca dell'istituzione su cui poggiare la riforma diventa molto importante, perchè non è che io rifiuti la riforma ma la vorrei vedere inserita in una istituzione. Qui si fanno progetti, piani pluriennali di finanziamento, si dà il via ad una «rivoluzione» sanitaria, come è chiamata dai giornali, ma rimane da vedere come si fa a collegare il finanziamento quadriennale ad una Sanità che ancora deve essere approvata. Per questo, ripeto, è necessario rifondare l'istituzione.

Vorrei sottoporre anche un altro problema alla vostra attenzione e cioè come si può inserire nella finanziaria il risparmio effettuato attraverso il taglio di 36.000 posti letto negli ospedali. Signor Presidente, non sollevo qui tale questione. Se è possibile sollevò un problema pregiudiziale per iscritto la prossima volta.

PRESIDENTE. Se lei mi avesse chiesto come intendiamo procedere le avrei risposto che con le due relazioni del senatore Melotto dovremmo considerare conclusa la riunione di oggi perchè ritengo che abbiamo bisogno tutti di riflettere su argomenti che sono di grande importanza ed anche di grande complessità. Lei ha quindi anticipato delle cose che in ogni caso avrebbe potuto dire la settimana prossima.

GUALTIERI. Io volevo sapere se potevo sollevare una questione pregiudiziale.

PRESIDENTE. Una pregiudiziale mi sembra difficile, in ogni caso dato che è mia intenzione rinviare la discussione alla settimana prossima si potranno sviluppare

tutte le argomentazioni che riterremo giuste. Pertanto ora mi limiterei soltanto ad accogliere, se ci sono, proposte procedurali e osservazioni sull'ordine dei nostri lavori.

BOMPIANI. Signor Presidente, la ringrazio di avermi concesso l'opportunità di intervenire, perchè la questione che volevo sottoporre al Governo riguarda anche la Commissione istruzione ed è quella già sollevata dal senatore Melotto che, con una attenta lettura dei documenti, ha constatato che i fondi inseriti nella tabella B a disposizione del Ministero per le scuole di specializzazione sono stati cassati. La questione verrà sollevata anche presso la Commissione istruzione pubblica perchè è argomento di comune interesse e risulta dal lavoro congiunto, molto approfondito, svolto dalle due Commissioni già nella IX legislatura.

La domanda è rivolta al Governo perchè di fronte ad una situazione del genere, fermo restando che sul piano strettamente formale vi può anche essere la possibilità di fare questa cassazione, sul piano della sostanza credo che stupisca — questa è l'espressione più diretta ed immediata — questa mancanza di sensibilità verso un problema di formazione che è stato per tanti mesi, anzi per anni, portato avanti e sul quale anche altri organismi stanno lavorando. Mi risulta che il Consiglio universitario nazionale ha già predisposto un piano per l'assegnazione di queste borse, che potrebbero coprire 6.800 posti a quanto mi risulta, e che vengono completamente cancellati dalla decisione di stralciare queste somme.

Il disegno di legge è stato ripresentato, è già stato stampato e mi auguro che possa essere iscritto rapidamente all'attenzione delle due Commissioni; tuttavia credo che abbia ragione il senatore Melotto quando dice che i tempi verranno estremamente allungati e che sicuramente perderemo il finanziamento per il 1987. Questo suscita in me una grande preoccupazione e pertanto chiedo al Governo di volersi esprimere su questa politica della formazione, anche a livello specialistico, che fra l'altro rappre-

senta anche l'adempimento di una norma europea già scaduta. C'è quindi anche un problema di ordine internazionale al quale noi dobbiamo dare una risposta.

PRESIDENTE. Se lei non ha nulla in contrario, senatore Bompiani, mi associo al suo intervento, però con l'invito a rinviare comunque la discussione alla prossima settimana.

AZZARETTI. Signor Presidente, non entrerò nel merito poichè ci sarà l'opportunità di farlo la settimana prossima. Volevo rivolgermi al senatore Melotto che è stato molto completo nella sua esposizione per capire se si è trattata di una dimenticanza del relatore o del Governo. Mi sembra infatti che quindici giorni fa, quando il Ministro della sanità ha relazionato sulle sue intenzioni riformistiche avesse parlato, seppure timidamente, del superamento della spesa storica che non è stata riferita dal collega Melotto; inoltre non c'è nessuna indicazione rispetto all'introduzione dell'istituto della compensazione di cui si parlava qualche anno fa.

MELOTTO, estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470. Per quanto riguarda la domanda del collega Azzaretti, sul problema del superamento della spesa storica ho trovato traccia negli articoli che prevedono altre argomentazioni. È certo che il processo di superamento della spesa storica è già in atto dal 1978, però con molta gradualità, incidendo essa soprattutto sui posti letto. L'unica compensazione esistente che opera da alcuni anni, è sulla mobilità ospedaliera, riguardo ad essa ogni anno vengono stabiliti i costi in sede CIPE.

PRESIDENTE. Ringrazio gli oratori intervenuti e, non facendoci osservazioni, rinvio il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge, nonchè della tabella 19, ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 18,05.

MERCOLEDÌ 14 OTTOBRE 1987

(Antimeridiana)

**Presidenza
del Presidente ZITO**

I lavori hanno inizio alle ore 10.

«**Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)**» (470)

«**Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990**» (471)

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione) (Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)» e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990 – Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (tabella 19)».

Riprendiamo l'esame congiunto dei disegni di legge sospeso il 7 ottobre.

Dichiaro aperta la discussione generale.

RANALLI. Signor Presidente, onorevole Sottosegretario, c'è voluto in verità del tempo prima di restituire alla «finanziaria» le sue finalità istituzionali, superando la prassi inveterata che ne faceva l'occasione e lo strumento per discipline e trattazioni onnicomprensive.

Ci siamo battuti insieme contro la «legge-omnibus», che aveva fatto del Tesoro il Ministero sovrastante, che dettava legge su tutto, anche sulle questioni specifiche di merito, prevaricando gli altri Ministeri, che via via perdevano la loro autonomia e restavano schiacciati dalle norme inserite impropriamente nella «finanziaria».

La sanità, non vi è dubbio, è stata la più penalizzata da questo metodo: la « finanziaria » è stata per la sanità un rullo compressore che ha appiattito le norme vigenti del Servizio sanitario nazionale, che ha scardinato in molte parti la legge n. 833 del 1978, con soluzioni improvvisate che, anno dopo anno, rivelavano la loro precarietà, la loro inefficacia, la loro burocraticità.

La sottostima del Fondo sanitario è stato il prezzo pagato dal Servizio sanitario nazionale a questo meccanismo assurdo, che ha imposto ai cittadini misure odiose come i *tickets*, che ha invaso la sfera delle Regioni, ne ha depotenziato le competenze, che ha incentivato la burocratizzazione delle Unità sanitarie locali e mortificato anche la professionalità dei medici, senza ricavarne mai risultati apprezzabili in termini di contenimento dei costi, di arginamento dei consumi, di riequilibrio dei servizi nel territorio, di una autonomia funzionale degli ospedali. È un fallimento, non della riforma — questa è la mia convinzione —, ma di chi ha voluto intradarla per vie traverse, tortuose ed anche perverse.

Il nostro dissenso è netto contro l'impostazione della « finanziaria » di quest'anno perchè è in primo luogo un ritorno ad un metodo che abbiamo denunciato e condannato e che speravamo tutti non dovesse essere più riproposto; è una regressione culturale e politica, con cui noi non intendiamo mescolarci.

Il ministro Donat-Cattin, al quale auguriamo peraltro di poter essere presto tra noi, all'inizio del suo mandato ministeriale non risparmiò le sue sferzanti battute contro le prevaricazioni del Ministero del tesoro, criticò i silenzi e gli appiattimenti dei suoi predecessori, subalterni alle imposizioni del Tesoro, giudicò la sottostima del Fondo sanitario una « idiozia » — è suo sostantivo — e avviò con il sostegno di questa Commissione quell'« operazione-verità » — così egli la chiamò — che portò in una prima fase alla rideterminazione, con sufficiente realismo, del Fondo sanitario nazionale.

Oggi il Ministro sembra abbandonare le sue convinzioni, accetta una quantificazio-

ne del Fondo assolutamente inadeguata (53.200 miliardi) e si presta con gli articoli 12, 13, 14 e 15 ad una turlupinatura perchè egli è certamente consapevole che le misure da lui proposte non sono attendibili nè attuabili nell'arco di un anno. Contro di esse, infatti, si sviluppa la contrarietà delle Regioni, che si sentono ancora una volta espropriate di ruoli e di competenze costituzionali. Queste misure suscitano anche la protesta dei medici, e li abbiamo sentiti nei recenti congressi, che si apprestano alla « disobbedienza », sollevano riserve, obiezioni e disagi anche nella maggioranza, di cui in verità il relatore Melotto si è fatto correttamente interprete. Del resto, abbiamo già ascoltato la reazione ferma del senatore Gualtieri su questo punto.

La maggior parte delle disposizioni di cui agli articoli 12, 13, 14 e 15, con la sola eccezione della spesa in conto capitale, non è materia di legge finanziaria; propone modelli nuovi di organizzazione sanitaria propri del piano, quindi non può essere allocata nel documento al nostro esame.

Se il Governo, onorevole Sottosegretario, che le propone giudica queste misure, così come sono, necessarie oggi a tal punto da non poterne fare a meno, allora ha il dovere di trasferirle nella sede tecnica e politica idonea, che è il piano sanitario nazionale, che potrà presentare subito al Parlamento, chiedendo per la discussione la « corsia preferenziale ».

Queste norme, comunque, a nostro giudizio, tranne quella che individua la spesa in conto capitale, vanno scorporate dalla « finanziaria », di cui costituiscono una anomalia ed un inutile appesantimento. Non è assolutamente vero che esse siano praticabili entro l'esercizio del bilancio 1988; esse per la farraginosità degli ingranaggi, solo per attuare amministrativamente i dispositivi di riduzione dei 36.000 posti-letto, richiederanno 9 mesi dell'anno 1988 e, per la lentezza dei tempi, non produrranno nel 1988 quei circa 4.000 miliardi di risparmio, di minore spesa che il Governo ha tagliato dal Fondo sanitario nazionale.

È una mistificazione bella e buona, ma anche, aggiungo, politicamente, una re-

sponsabilità grave e colpevole quella di far credere — ma c'è davvero chi è disposto a crederci? — che con i provvedimenti enunciati si produrrà nel giro di un anno un quoziente di razionalizzazione e di efficienza da cui si dovrebbe ricavare un risparmio da giustificare — consentitemi la parola un po' forte — lo «scippo» di alcune migliaia di miliardi alle Regioni. Si aprirà al contrario — questa sarà l'amara verità — un nuovo buco nel Fondo sanitario nazionale e nuove difficoltà si scaricheranno sulle Regioni e sulle unità sanitarie locali.

Questa è dunque la prima grande questione che poniamo noi senatori comunisti: l'adeguamento del Fondo sanitario nazionale nella misura che viene riconosciuta congrua, e cioè di 57.600 miliardi. D'altronde, si era stabilito con la legge (la n. 595 del 1985) che, dopo le norme di prescrizione, il primo atto da compiere era la presentazione del piano sanitario nazionale. Non si capisce perchè il Ministro e il Governo, anzichè ottemperare a questo fondamentale dovere, continuano a «menare il can per l'aia», con «provvedimentucoli» che non risolvono i problemi, impasticciano ancora di più la vita degli operatori e fanno impazzire regioni e USL.

Noi siamo contrari a questo sistema, chiediamo di governare nel rispetto delle leggi dello Stato e di abbandonare la deleteria prassi delle fantasiose invenzioni annuali, defatiganti, sterili e inutili.

Il sistema sanitario si muove ormai in un contesto di sottofinanziamento divenuto intollerabile: questa è l'opinione più recente degli assessori regionali alla Sanità, che hanno dichiarato battaglia contro i tagli alla «finanziaria» del 1988.

Se ai disavanzi degli anni 1985-1986, non ancora del tutto ripianati, si aggiunge il presunto divario tra risorse assegnate e spesa effettiva che si registrerà alla fine del 1987, si determina una mancanza di liquidità complessiva, che le regioni calcolano di circa 14.000 miliardi. Giustamente le regioni imputano a decisioni del Governo la determinazione di maggiori oneri per il 1987, perchè derivano soprattutto dalla spesa per il rinnovo del contratto e delle

convenzioni, spesa che non si è potuta quantificare ma che era facile prevedere e che noi comunisti abbiamo indicato lo scorso anno. Vi è stato poi l'aumento del prezzo dei farmaci, concesso senza troppe difficoltà alla Farindustria. Smettiamola — avrei voluto dire al signor Ministro — con questo gioco al «massacro»; il necessario non può più essere contestato nè lesinato, ma va lealmente riconosciuto e assegnato e deve essere iscritto chiaramente nei conti del bilancio dello Stato.

Lo stanziamento della spesa in conto capitale, nella misura finalmente più congrua rispetto agli anni passati, riequilibra — almeno in parte — lo scompenso che si era formato tra la parte corrente e la parte per gli investimenti. Noi non sottovalutiamo — anzi giudichiamo un bene — che finalmente si dia corso ad una politica per gli investimenti, che consenta alle regioni e alle Unità sanitarie locali di recuperare e riequilibrare i ritardi e gli scompensi nella qualità delle strutture e delle attrezzature, dando al servizio pubblico la possibilità di rifarsi un patrimonio di più alte idoneità e tecnologie, che lo metta in condizione di competere con le strutture private. Viceversa, detestiamo che il Governo, ancora una volta, impugni la «frusta» con i malati, soprattutto i più gravi ed i malati cronici, quadruplicando i *tickets* sulla ricetta della prescrizione farmaceutica quando viene ripetuta per solo stato di necessità entro le 48 ore dalla prima, mostrando una severità implacabile e ingiusta, onorevole Elena Marinucci, verso una area della sofferenza che merita il rispetto e la solidarietà di tutti noi. Chiediamo che questa norma delle 4 mila lire sulla seconda ricetta sia espunta e cancellata, perchè essa è iniqua ed anche inefficace. I medici d'altronde hanno già dichiarato di riservare al Governo lo scorno di espedienti possibili per annullare gli effetti di questo odioso balzello.

Questa discussione, signor Presidente, sul disegno di legge finanziaria e sul Fondo sanitario nazionale, non può avvenire prescindendo dai doveri dettati dalle leggi della Repubblica al Governo e che il Governo non ha rispettato e non rispetta, confer-

mando una linea di pericolosa e pervicace doppiezza e ambiguità. Il rifiuto ormai ostinato alla presentazione del Piano sanitario nazionale, nonostante la delegificazione sancita dalla legge n. 595 del 23 ottobre 1985, che ne avrebbe dovuto favorire l'inoltrare e l'approvazione, la violazione di legge, prima della n. 833 del 1978, poi della n. 595, confermano non solo l'atteggiamento di sfida al Parlamento, ma l'esistenza nel Governo di una cultura sanitaria che non è fondata sul Piano sanitario come strumento di promozione per un assetto ordinato e razionale della sanità secondo criteri e *standards* di efficienza e qualità. Si reclama giustamente la necessità di correzione, di lotta agli sprechi, di argini alle spese incontrollate, di qualificazione delle prestazioni e di rispetto dei diritti del malato e del cittadino, ma non si imbecca la via maestra per tendere seriamente a questi risultati, la via cioè della pianificazione nazionale e la volontà rinnovatrice di tutte le forze progressiste a tutti i livelli istituzionali (dallo Stato, alle regioni, ai comuni) e degli operatori, la cui disponibilità viene troppo spesso taciuta, sottovalutata e anche vanificata e frustrata. Nessun ministro della sanità si è mai impegnato in questa primaria operazione politica e culturale del Piano sanitario, indulgendo piuttosto a manovre frammentarie, parzialissime, disgreganti che non hanno inciso sul sistema, anzi molto spesso hanno aggravato la confusione ed hanno deresponsabilizzato gli addetti, sia politici sia amministratori che tecnici. È urgente tornare al Piano sanitario come principale terapia del sistema; questo lo si evince anche dalle statistiche, che danno una dilatazione della forbice sui costi dell'assistenza *pro capite*, da regione a regione, che mantiene inalterata, anzi aggrava, la differenza tra i cittadini della Repubblica (esempio: tra friulani e lucani, tra emiliani e calabresi).

Ho letto come una novità, mi consenta, signora Elena Marinucci, la sua dichiarazione: che considera il Piano sanitario la scelta prioritaria da compiere oggi. Prendo atto di questa intenzione e mi auguro che lei, senatrice Marinucci, si mostri, in que-

sto Ministero, vigorosa a tal punto da vincere tutti i condizionamenti e respingere i ripiegamenti abituali. Sarebbe il caso di ingranare la «quarta», usando un termine caro al segretario del suo partito, su questo grande problema, facendone un punto del confronto e dello scontro programmatico tra le forze politiche e sociali. Mettiamo nel conto anche il rifiuto a dare al servizio sanitario nazionale una legge autonoma — punto su cui tanto ha insistito il collega Gualtieri — per la quantificazione triennale della spesa, così come avevano stabilito concordemente i Gruppi parlamentari e come il Parlamento aveva deliberato con la legge n. 595 del 1985. L'aver disatteso, per il terzo anno consecutivo, questo adempimento è servito a tenere la sanità in balia delle annuali dispute tra Ministero del tesoro, Ministero della sanità e regioni, e a dare mano libera nel Governo a quanti in verità non vogliono che le cose cambino. La incertezza, infatti, fomenta, ogni anno, conflitti verbali anche aspri che, tuttavia, alla fine si ricompongono, autorizzando il famigerato *pie'* di lista, caro senatore Melotto, *pie'* di lista che tutti deprecano e che dichiarano di voler abolire, senza tuttavia attrezzare il sistema degli strumenti necessari per evitarlo.

È da considerare poi il rifiuto di riformare e sfoltire il Prontuario terapeutico, con la inclusione in esso dei soli farmaci necessari, quelli cioè che curano davvero e salvano la vita, che vanno garantiti a tutti e distribuiti gratuitamente. La restante pletera dei farmaci deve restare fuori del Prontuario terapeutico e non più garantiti dal Fondo sanitario nazionale. È questa una misura non solo necessaria secondo le indicazioni dell'OMS, ma l'unica in grado di attivare una incisiva moralizzazione, perchè libererebbe il Ministero da pressioni interessate e dalla Farindustria, che pretende la inclusione nel Prontuario terapeutico di farmaci che sono meri duplicati o rinnovati nella sola estetica di presentazione, che chiede la cancellazione dei farmaci di basso costo ma di efficacia terapeutica, per sostituirli con farmaci che assicurino un profitto più alto. Ciò stroncherebbe an-

che la dipendenza del medico dalla cultura dell'industria farmaceutica e vanificherebbe la prassi di iperprescrivere i farmaci consigliati dalle industrie. Anche nel 1987 la principale ragione dell'aumento della spesa farmaceutica è stato l'aumento del prezzo di molti farmaci, autorizzato dal Ministero, e la inclusione nel Prontuario terapeutico di cosiddetti farmaci nuovi, non certo la dissennata vocazione del cittadino al consumismo sfrenato, come molto spesso si continua a dire. Questi tre gravi disimpegni del Governo, dal Piano sanitario, dalla legge di finanziamento del Piano e dalla riforma del Prontuario terapeutico, confermano a nostro giudizio un comportamento politico intollerabile, che è stato di disprezzo del Parlamento e di arroganti e fuorvianti provvedimenti che hanno lasciato marcire le situazioni.

Il Governo non ha mai voluto aggredire le vere cause delle disfunzioni, del disordine ed anche dello sfascio laddove si è verificato. Solo la cultura e la strategia politica della programmazione sanitaria consentiranno di raggiungere seri risultati sulla via del risanamento, della produttività, della moralizzazione del Servizio sanitario nazionale. Le «medicine» imposte dal Governo in questi anni, complice la legge finanziaria, sono state fasulle, non hanno nè risanato nè migliorato il Servizio perchè i nodi veri sono rimasti intrecciati e devono essere ancora sciolti.

La voce e le proposte dei comunisti sono rimaste inascoltate, questa è la verità. È stato bugiardamente detto ogni volta che le proposte comuniste erano misure di piano e che sarebbero state considerate a quel momento; ma il piano non si è ancora fatto ed ora si dice che i comunisti non hanno mai proposto nulla.

La verità è che al Governo e anche alla maggioranza, almeno a parte di essa, ha fatto comodo non impegnarsi a fondo sugli strumenti decisivi per lo sviluppo ed il rinnovamento della sanità pubblica. Una scelta chiara, coraggiosa, ferma nella direttrice della riforma avrebbe sancito in via definitiva la irreversibilità della riforma e il non ritorno indietro dal Servizio sanitario na-

zionale e avrebbe imposto lo scontro con le corporazioni e i potentati dei privati, che non demordono dai loro propositi di imbrigliare e condizionare il Servizio sanitario nazionale.

Onorevole Presidente, tra le questioni importanti che sono state accantonate in questi anni, vi è stata e c'è la fiscalizzazione della sanità, indicata dalla legge n.833 del 1978 come la nuova forma per finanziare un servizio sociale che la Costituzione assicura a tutti e che doveva avere una dimensione ed un valore assai diversi da quelli mutualistici. Ma ancora non si intende imboccare questa strada, persistendo il Governo nella rivalutazione delle aliquote della contribuzione sul lavoro dipendente ed autonomo, inasprendolo con il contorno dei *tickets* e con la vituperata «tassa sulla salute», che hanno provocato vivissime proteste e tensioni non ancora sopite nel corpo sociale.

Noi comunisti sosteniamo che il Parlamento debba quanto prima pronunciarsi sulla fiscalizzazione della sanità, esaminando progetti che il Governo avrebbe già dovuto presentare e quelli propri dei Gruppi per chiudere definitivamente questa confusa ed alterna fase, cadenzata di contributi, di balzelli, di tasse che irritano il contribuente — diciamolo —, screditano lo Stato e mettono continuamente la sanità sotto accusa perchè ingiustamente considerata causa di emorragia inarrestabile della pubblica finanza, e tutti sanno che non è vero.

Il relatore ha fornito molti riferimenti europei dai quali risulta che l'incidenza sul prodotto interno lordo della spesa sanitaria italiana è tra le più basse e che è quindi un errore comprimerla. L'espansione, del resto, di malattie gravi come l'AIDS comporta una spesa per malato di grande consistenza (mi si dice già ora di 100 milioni l'anno); la longevità dei cittadini, che in Italia è mediamente di 77 anni per le donne e di 72 per gli uomini prospetta una evoluzione della salute sempre più largamente ancorata ai periodici controlli sanitari.

Un quadro, quindi, che non lascia prevedere facili contenimenti, a meno che non si

voglia lesinare sui diritti dell'individuo e risparmiare sui doveri e sulla solidarietà dello Stato. Questo va detto e valutato seriamente in sede politica per evitare una polemica ripetitiva e stanca di coloro che rifiutano di ammettere e riconoscere che uno Stato moderno e democratico debba farsi carico adeguatamente di tutte le novità che si presentano in questo settore. La salute di un popolo — è stato scritto — è una grande ricchezza nazionale da salvaguardare.

Sul bilancio del Ministero della sanità, mi limito a ripetere per l'ennesima volta che la riforma del Ministero, indicata dalla legge n. 833 del 1978, è stata ogni anno sollecitata al Governo con risoluzioni di questa Commissione e dell'Assemblea, ma puntualmente rinnegata o rinviata, sostituita tuttavia dal centralismo sempre più invadente del Ministero, che espropria le Regioni, stravolgendo l'equilibrio dei poteri previsto dalla Costituzione e meglio specificato dalla legge n. 833. Non si può che ribadire la necessità del decentramento, che deve essere politicamente favorito e sostenuto dal Governo.

Il Ministro era impegnato anche da chiare risoluzioni del Senato a mettere ordine nella « giungla » degli stanziamenti per studi e ricerche, dispersi su vari capitoli e per una varietà incomprensibile di temi e di argomenti. La concentrazione delle risorse — così come si era detto più volte — avrebbe dovuto consentire la creazione di un centro studi valido e qualificato, a sua volta collegato con altre strutture, anche esterne al Ministero, per realizzare progetti di indagine correlati soprattutto alle priorità del piano sanitario nazionale. È un discorso fatto ai sordi. Lo si ripete comunque anche quest'anno perchè ci pare difficile perdere la speranza di essere alla fine in qualche misura esauditi.

Il Ministro neppure quest'anno ottempera al dovere di allegare al bilancio del Ministero — e ha fatto bene il relatore a rilevarlo — i bilanci consuntivi degli enti che sono finanziati con i capitoli di spesa della tabella 19, privando il Parlamento della facoltà di verificare l'uso che si è fatto delle

somme stanziare. È anche questo un andamento censurato più volte e sul quale intendiamo, nei modi stabiliti, richiamare l'attenzione della Corte dei conti.

Non è poi chiaro il meccanismo di formazione dello stanziamento per gli asili nido, da quale legge derivi e su quali parametri si basi. Si chiede al Governo un chiarimento nella replica.

L'ISPESL sta pericolosamente deviando dai suoi fini istituzionali e trasformandosi in un ente distributore di stipendi, scarsamente collegato come è al mondo della produzione e degli ambienti di lavoro. Non conosco, perchè nessuno me li ha sottoposti, i progetti e gli interventi dell'ISPESL nel campo essenziale dell'igiene e della sicurezza del lavoro. Mi chiedo, ad esempio, cosa abbia fatto per mettere la sua competenza a disposizione dei lavoratori occupati nella costruzione della centrale elettronucleare di Montalto di Castro e perchè non abbia risposto ai forti richiami dei lavoratori, dei sindacati e degli enti locali. È necessario bloccare questo decadimento dell'ISPESL e riportarlo alla pienezza delle sue originarie funzioni.

Infine, su questo punto del bilancio del Ministero, pur apprezzando lo stanziamento di 100 miliardi per la lotta all'AIDS, si richiede al Ministro di informare il Parlamento di quanto si è fatto fino ad oggi e soprattutto della politica che si intende sviluppare con questo più cospicuo finanziamento.

Onorevole Presidente, in conclusione e riassumendo, poichè la nostra posizione politica deve risultare chiara al Governo e alla maggioranza, chiediamo: anzitutto, l'adeguamento del Fondo sanitario nazionale per il 1988, elevando lo stanziamento a 57.600 miliardi, ritenuti congrui; il risanamento del disavanzo accertato del 1987 con un provvedimento specifico ed urgente; lo scorporo della « finanziaria » delle norme di cui agli articoli 12, 13, 14 e 15, con la sola eccezione della spesa in conto capitale e con la soppressione del *ticket* sulla seconda ricetta; la presentazione entro l'anno (perchè di tempo ne è trascorso) del piano sanitario nazionale, di cui alla legge n. 833

del 1978 e alla legge n. 595 del 1985, del disegno di legge per il finanziamento del piano stesso, di cui alla sopracitata legge n. 595; la riforma del prontuario farmaceutico, limitandolo ai soli farmaci necessari per curare e salvare la vita; l'approvazione contestuale del provvedimento sul ruolo medico e sulle incompatibilità nell'esercizio della professione medica.

Pensiamo per un momento agli effetti salutari che avrebbe sprigionato la riforma sanitaria se, in questi anni, Governo, Parlamento, Regioni e Comuni avessero potuto, insieme, realizzare i provvedimenti sopra indicati e che ancora una volta ci sentiamo di dover proporre, perchè a nostro avviso costituiscono l'essenziale e l'insostituibile, per sviluppare e rinnovare nel modo giusto un servizio pubblico come la sanità. Approfondiremo certamente le nuove proposte del Ministro e ci confronteremo in maniera seria — perchè noi comunisti lo vogliamo —, ma siamo contrari alla demagogia e alle enfasi, soprattutto quando sono strombazzate da chi, avendo governato, porta le più pesanti responsabilità sul degrado del servizio sanitario nazionale e suscita in noi grosse riserve di avere i titoli e le carte in regola per annunciare il nuovo « verbo » della sanità italiana. Comunque, vedremo in futuro cosa succederà al riguardo.

Ci pare, tuttavia, che il disegno politico ad emarginare le Regioni e ad espellere i comuni, costruendo un sistema sanitario extra-istituzionale che dovrà poggiare — si dice — su agenzie finanziarie e sulla frantumazione della unitarietà territoriale, che è stata una grande conquista dopo il settorialismo dispersivo delle mutue, enti ospedalieri, province, ISPEL e USL con residuali competenze. Un policentrismo foriero di disorganicità e dispersione, certamente costoso anch'esso con una politicizzazione che anzichè ridursi rischia di quadruplicarsi e che potrebbe mortificare la competenza dei dirigenti da assumere — si dice — con contratto privato e a termine e porsi a capo delle agenzie regionali, degli enti ospedalieri, delle USL e via dicendo.

La prospettiva verso la quale muove il Ministro mi pare sia soprattutto quella di

ridare il primato della sanità agli ospedali, ripristinando una ottica della salute che sembrava si dovesse riequilibrare in favore della prevenzione, dell'igiene, della sicurezza e dall'altra puntando sulla medicina di base, certamente importante e da riqualificare. Ma se così è, si tratta di un taglio grosso, che incide sulla moderna cultura della salute, delle istituzioni democratiche e della partecipazione popolare. Ci riserviamo, però, di entrare più a fondo nel merito e di proporre a nostra volta il nostro organico progetto di correzione e di aggiustamenti necessari alla legge n. 833, sul piano istituzionale, tecnico-funzionale ed anche dell'amministrazione e della contabilità.

GUALTIERI. Signor Presidente, devo confessare che mi sento abbastanza imbarazzato a parlare come rappresentante della maggioranza, su quanto ci viene proposto con il disegno di legge finanziaria e con i documenti allegati relativi alla sanità. Questo perchè ho partecipato alla trattativa per la formazione del Governo e alla elaborazione della parte sanitaria di questo programma che ho sottoscritto; e ciò perchè mi trovo di fronte a fatti del tutto nuovi e diversi da quelli che abbiamo stabilito originariamente quando abbiamo accettato di fare parte di questa maggioranza di Governo. Sono sicuro che se andiamo a verificare le dichiarazioni programmatiche del Presidente del Consiglio ed i testi che le accompagnano, non risulteranno, fra le cose precedentemente stabilite, queste proposte sulla sanità e sottoposte oggi al nostro esame. Ad esempio, sono sicuro che in sede programmatica, noi abbiamo difeso fino in fondo quello che è il nucleo centrale della riforma sanitaria, cioè l'unità di prevenzione, cura e riabilitazione; abbiamo difeso il fatto che in Italia la sanità è un ordinamento che va sotto il nome di servizio sanitario nazionale (e non di « servizi sanitari regionali »), la cui logica doveva essere quella di creare un sistema di sicurezza sociale nel quale il cittadino doveva sentirsi protetto « dalla culla alla tomba ». Queste erano le impostazioni iniziali.

Per quanto riguarda il finanziamento di

questo servizio sanitario nazionale, sappiamo che i problemi relativi sono drammatici e complessi, però non siamo mai usciti dalla logica del servizio sanitario nazionale — nè intendiamo uscirne — anche per quanto concerne l'unità di prevenzione, cura e riabilitazione. Invece ne stiamo uscendo, paurosamente. Io sono favorevole a quegli accordi iniziali, quindi chiedo alla senatrice Marinucci Mariani se è possibile rientrare nella logica che era alla base degli accordi di Governo.

Signor Presidente, signor Sottosegretario — l'ho già detto nella scorsa riunione della Commissione e lo ripeto brevemente qui —, non credo che si possa, anche volendolo, prescindere totalmente dalla legge attualmente in vigore, la n. 595 del 23 ottobre 1985, che, a mio giudizio, disciplina tutto il rapporto sanitario. Se vogliamo stravolgere il suo significato allora aboliamola questa legge, sospendiamola per un certo numero di anni, ma non possiamo, in sede di discussione della « finanziaria », sopprimere una legge già in vigore, legge che ha avuto ed ha una sua logica ed una sua forza. La legge n. 595 è molto chiara, stabilisce, infatti, che il finanziamento della sanità deve avvenire con una specifica normativa fatta contestualmente alla presentazione del Piano sanitario nazionale. Quindi costi e fabbisogni della sanità, indicati dal Parlamento e dal Governo attraverso il Piano sanitario nazionale, venivano ad essere quantificati da questa specifica normativa e poi integralmente finanziati dallo Stato. Con questo sistema si riusciva finalmente a uscire dalla logica della « spesa storica », perchè a settembre, quando si sarebbe presentato il disegno di legge finanziaria il Governo avrebbe potuto cancellare o aggiungere, agli stanziamenti di base della sanità, una determinata quota a seconda delle disponibilità di quell'anno. Il Governo, cioè, si sarebbe limitato — come dovrebbe fare normalmente — solo ad utilizzare tale meccanismo. Tutto questo non è avvenuto, perchè il Governo non ha approntato il Piano sanitario, nonostante che siano passati quasi 10 anni dall'emanazione della legge n. 833. Nella scorsa legisla-

tura, poi, il Senato è riuscito a creare questa normativa semplificatrice, appunto la n. 595, che è una delle poche buone leggi di quella legislatura — una legge che dovrebbe costituire un vanto per il Senato — è quindi inaccettabile che noi stessi la dimentichiamo. Tra l'altro, è una legge accettata da tutto il mondo sanitario...

Se anche noi ci dimentichiamo delle buone leggi, come pensiamo di poter risolvere i problemi? La legge n. 595 del 1985, accettata da tutto il mondo sanitario, fu approvata quasi all'unanimità, e questo certamente dà maggiore forza a questo provvedimento.

Pertanto, salvo verificare poi l'esatta quantificazione del fabbisogno, propongo di eliminare dalla « finanziaria » tutto quanto non attiene ai meccanismi correttivi del fabbisogno, che dovremo poi determinare. Ad esempio, sono contrario alle disposizioni intese a quadruplicare il *ticket*; tuttavia, qualora il Governo sostenesse che questo è il solo modo per operare riduzioni, potrebbero anche rimanere, in linea di principio, nel provvedimento finanziario.

Il discorso è invece diverso per quanto riguarda l'eliminazione dei 36 mila posti letto poichè si tratta di un altro tipo di meccanismo. Ripeto, la prima cosa che dobbiamo fare, a mio avviso, è eliminare dalla « finanziaria » le disposizioni sanitarie per tutte quelle parti che non attengono a meccanismi correttivi del fabbisogno. Anzitutto quindi le disposizioni volte ad eliminare i 36 mila posti letto in questione. Perchè dico questo, onorevole Sottosegretario? Prima di tutto perchè tale riduzione non costituisce un meccanismo di immediato risparmio, favorendo invece una sottostima del fabbisogno della sanità, alla cui copertura dovremo in seguito far fronte adottando provvedimenti di sanatoria, di cui poi parlerò.

Inoltre, vorrei sottolineare che, a mio avviso, il metodo proposto è del tutto sbagliato poichè determinerebbe ulteriori spese aggiuntive anzichè risparmi. Infatti, dopo alcuni anni dalla divisione degli ospedali, secondo la vecchia denominazione, in regionali, provinciali e di base, a se-

guito di uno studio effettuato dal Ministero sulla durata media delle degenze e sul tasso di utilizzazione dei posti-letto nei vari ospedali, furono rilevate notevoli differenze tra un ospedale e l'altro dovute ad una diversa concentrazione di reparti, apparecchiature e medici specializzati, per cui il tasso di utilizzazione medio, che negli ospedali regionali era addirittura superiore al 100 per cento (108-110 per cento circa), scendeva in quelli provinciali al 50 per cento, per arrivare al 20-22 per cento circa in quelli di zona. Le Regioni fecero un primo sforzo per eliminare questo squilibrio nella rete ospedaliera; tuttavia, non avendo forza sufficiente per farlo — tornerò poi su questo problema poichè ritengo che non significhi nulla fare certe affermazioni quando non si ha la forza necessaria per compiere determinati atti — le Regioni, anche quelle più «forti», persero questa battaglia. Ma cosa è successo dopo? Non essendo riusciti a chiudere nè a fondere gli ospedali, si è stabilito ad un certo momento nella «finanziaria» un tasso di utilizzazione medio del 50 per cento. Ma così gli ospedali che registravano percentuali inferiori hanno cercato di raggiungere lo *standard* stabilito procedendo ai massicci ricoveri di persone anziane, si sono procurati i pazienti, con un costo aggiuntivo, anzichè un risparmio, per lo Stato. Quando il tasso di utilizzazione è stato portato al 60 per cento, vi è stato un nuovo «rastrellamento» di anziani o ammalati di comodo, e ve ne sarà un altro ancora se lo aumentiamo al 75 per cento.

Con questo sistema non riuscirete a chiudere gli ospedali, perchè questi tenderanno comunque a raggiungere lo *standard* di utilizzazione dei posti-letto stabilito di volta in volta. Se si vuole veramente operare un riequilibrio nella rete ospedaliera, occorre seguire un'altra strada: bisogna definire un indice, ad esempio del 6 per mille abitanti, relativamente alla dotazione media dei posti-letto degli ospedali nell'ambito della Regione o Provincia autonoma. Il riequilibrio non può essere effettuato stabilendo un determinato tasso di utilizzazione medio dei posti-letto, metodo che, come abbiamo vi-

sto, comporta solo oneri per lo Stato. La strada proposta non è quindi percorribile, è pericolosa poichè, ripeto, creerebbe ulteriori spese aggiuntive, come è già avvenuto.

Anche l'assistenza farmaceutica rientra in questo tipo di problemi. Ci è stato riferito che vi è un'enorme differenza tra la Lombardia e la Campania, ad esempio, per quanto riguarda la spesa *pro capite*; lo stesso Ministro afferma di non poter neanche intervenire in proposito non essendo suo compito farlo, ma dei Ministri del tesoro e della funzione pubblica. Chiedo allora se anche questo non sia assurdo. Il Ministro della sanità, infatti, dopo averci detto che calcola in 10.000 miliardi gli sprechi nel settore ospedaliero, dichiara di non avere i mezzi per intervenire. Ma i mezzi ci sono, onorevole Sottosegretario, perchè vi è l'obbligo di definire il prontuario farmaceutico in modo che la spesa farmaceutica possa essere riequilibrata e contenuta in tutte le Regioni, eliminando tutti i farmaci non necessari. Le Regioni che si sono dotate di un prontuario farmaceutico serio, vi hanno inserito soltanto i farmaci necessari, quelli che l'Organizzazione mondiale della sanità giudica indispensabili, altri cinquanta circa indicati da commissioni di scienziati, in tutto si tratta di circa 200 prodotti farmaceutici; questi sono sufficienti e devono essere dati gratis, tutto il resto è uno spreco che dobbiamo combattere. Altro che la quarta ricetta! È questo il punto da rivedere. Non considero eccessiva solo la spesa *pro capite* di Regioni come la Campania ma anche quella della Lombardia, ad esempio. C'è ancora molto da fare nel settore farmaceutico. Ritengo pertanto che dobbiamo operare un riequilibrio nella «finanziaria» e, preliminarmente, attraverso il Piano e le direttive che dobbiamo dare in questo campo.

Quindi, signor Presidente, chiedo anzitutto che la Commissione faccia uno sforzo e si richiami alla legge che abbiamo votato: abbiamo approvato una buona legge, rispettiamola. Accordiamoci soltanto sul fabbisogno che riteniamo di dover proporre, a seconda delle esigenze dello Stato, ma con-

sideriamo solo quanto serve a definire questa cifra. Questa è pertanto quasi una richiesta pregiudiziale di metodo.

La seconda questione che vorrei sottolineare, collegata al Piano sanitario nazionale, riguarda il riequilibrio del rapporto personale/posti-letto; in questo rapporto ritengo che vi sia attualmente uno squilibrio enorme. Per dieci anni abbiamo considerato ottimale il rapporto 1:1, successivamente abbiamo ritenuto giusto il rapporto 1½:1, ora stiamo praticamente al 2:1, all'incirca come la Svezia. Quello che voglio sottolineare, però, è il divario esistente tra regioni e regioni e tra ospedali ed ospedali, perchè in alcuni di questi si arriva a rapporti di 4:1; come è possibile che per ogni posto letto vi siano tre o quattro persone addette, tra infermieri e medici? È necessario stabilire un limite per questo rapporto, che sia valido per tutti gli ospedali. Comunque, il rapporto 3:1 o 4:1 lo ritengo assurdo, supera di gran lunga quello di qualsiasi altra nazione. Nella scorsa legislatura è stato lo stesso Ministro della sanità a denunciare questa situazione, portando l'esempio dei due policlinici di Napoli.

Ora, quando si presentano questi progetti di riordinamento del servizio sanitario nazionale la prima cosa da tenere presente è la questione istituzionale, perchè il servizio sanitario è, prima di tutto, una istituzione. Mi domando: che tipo di istituzione avete creato con questa nuova proposta? Secondo me siamo usciti dal quadro istituzionale, perchè il servizio sanitario nazionale non si sa più cosa sia nè dove sia. Avevamo fatto il grande sforzo di concentrare tutto sul Comune, perchè questo — in base alla nuova legge che il Senato aveva quasi approvato — era considerato il portatore unico di tutte le esigenze della società di base (è da tenere presente, infatti, che il Comune è un organo elettivo diretto). Adesso, però, il Comune sembra avere perso quell'importanza che noi stessi gli avevamo attribuito, è diventato un fantasma. Mi domando: qual è la nuova istituzione portante della sanità? Secondo me non esiste più. Personalmente vorrei vedere rafforzati i poteri centrali del servizio sanitario nazionale. Ho

potuto vedere con i miei occhi il funzionamento del servizio sanitario inglese e ho potuto constatare che questo ha una testa, ha degli organi pensanti. Noi invece, abbiamo chiamato servizio sanitario la somma di 540 unità sanitarie locali, quelle che sono, cioè, quasi delle repubbliche autonome; a capo di questo servizio, poi, non abbiamo messo degli organi dirigenti o in grado di programmare (perchè il Ministero non è questo e non vuole esserlo, neanche dopo la riforma). Secondo me il servizio sanitario deve avere un organo dirigente forte, che sia esterno al sistema stesso.

Altra questione è la crisi in cui si trovano le regioni oggi. Dobbiamo fare in modo che le regioni rivestano quel ruolo che inizialmente dovevano rivestire, ossia il ruolo di organo di legislazione complementare. Lo stesso Cossutta, già presidente della Commissione affari regionali, intervenuto ieri alla riunione della Commissione affari costituzionali, ha affermato che le leggi regionali, oggi, sono dei meri atti amministrativi; la Regione si può paragonare ormai ad un grosso Comune. Come possiamo, dunque, recuperare una sanità in crisi affidando quest'ultima ad una istituzione in crisi? Perchè è questo che si vuol fare con l'istituzione dei fondi sanitari regionali, ma di questo problema parlerò dopo. Stiamo attenti, perchè questa manovra può dare l'impressione che ci si voglia lavare le mani, può sembrare una fuga perchè non si è più in grado di dirigere la sanità! Prima di fare questo passaggio — se proprio vogliamo farlo — dobbiamo rivedere il ruolo delle Regioni, a partire dai meccanismi di finanziamento e dalla loro autonomia. Secondo me, con questo passaggio di mano si verrebbe a creare una confusione istituzionale notevole, e vi sarebbe una frammentazione di quella che è l'unità di prevenzione, cura e riabilitazione. Ad esempio, durante un'indagine conoscitiva, insieme ad altri colleghi siamo andati a fare un sopralluogo a Ravenna, dopo la tragedia della MECNAVI; una volta là abbiamo scoperto che le unità sanitarie locali, comprese quelle multizonali, non avevano nè il

personale nè i mezzi per far fronte alle necessità di quello che è uno dei più grandi porti d'Italia, quindi non avevano la possibilità di fare dei controlli adeguati. Per quanto riguarda queste cose non strettamente sanitarie, si può rivedere la collocazione istituzionale e rendere più efficiente il sistema, ma non farei niente per riportare fuori dell'unità tutto quello che è materia sanitaria, a cominciare dalla psichiatria, dalla droga e da altre questioni così importanti. Il fatto di scaricare sulla regione quello che è materia sanitaria costituisce l'inizio della fine; sono contrario anche allo scorporo degli ospedali, perchè ciò significherebbe una retrocessione nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione, settore che attualmente è già in crisi.

Ultima questione, signor Presidente, riguarda il meccanismo di finanziamento della sanità. Mi si dice che il meccanismo dovrebbe nascere dal Piano sanitario nazionale, quindi dovrebbe essere approvato contestualmente al Piano. Però questo non si riesce ancora ad attuare, il Governo è inadempiente in questo. Lei, signor rappresentante del Governo, ci ha promesso che entro l'anno verrà approvato, ma ho dei dubbi in proposito, perchè secondo me il Ministero ed il Governo in generale sono inadempienti per loro precisa volontà, in quanto non avendo il Piano sanitario possono permettersi di sottostimare il fabbisogno della sanità, che in tutti questi anni è stato volutamente sottostimato per trasferire su bilanci futuri o addirittura su generazioni future i costi che oggi non si è in grado di affrontare. Con il piano, invece, la sottostima non sarebbe possibile. Abbiamo quindi dovuto provvedere effettuando più di una sanatoria. Inizialmente sono stati pagati tutti i debiti delle USL al momento dell'entrata in funzione del sistema ospedaliero riformato. Vi è stata poi una sanatoria nel 1982, se non erro; ne abbiamo fatta una seconda nel 1983, sbagliando poi per il 1984. Non abbiamo inoltre ancora risolto i problemi degli anni 1985 e 1986. Dobbiamo considerare poi altri 5 o 6 mila miliardi; avremo quindi ancora un'altra sottosti-

ma. Dopo tutte queste sanatorie, già si registra negli ultimi tre anni un disavanzo di circa 13.000 miliardi. E oggi si accetta una quantificazione del Fondo (53.200 miliardi) del tutto inadeguata, in previsione della solita sanatoria. Se ci fosse il piano, ripeto, non ci sarebbe la sottostima. Tuttavia, il Governo non può permettersi di non fare la stima esatta perchè allora dovrebbe anche stabilire il meccanismo di finanziamento corretto attraverso le Regioni, ma non lo può fare e quindi rimanda al futuro la soluzione di questi problemi. E non lo può fare anche perchè non ha ancora risolto la questione della capacità impositiva degli enti locali, a cominciare dalle Regioni, che comunque non possono intervenire se il fabbisogno è sottostimato. In una sentenza del 1984, la Corte costituzionale ha già dichiarato che è illegittimo addossare alle Regioni l'onere di provvedere al ripiano dei disavanzi delle USL attingendo ad un fondo comune perchè in questo caso le Regioni non sono in grado di gestirlo. Le Regioni possono intervenire solo se il fabbisogno è stimato in modo esatto; soltanto in questo caso, volendo dare qualcosa in più, sarà possibile per le Regioni intervenire. Comunque lo potranno fare solo in misura assai modesta, perchè certamente non saranno mai in grado di far fronte ad un disavanzo di 13.000 miliardi, per il quale non è certo sufficiente la capacità impositiva delle Regioni.

Con questo non voglio dire che il Governo imbrogli, ma è un fatto che si trova in una situazione per cui gli conviene di più non avere il piano e sottostimare il fabbisogno. Però, andando avanti con questo sistema, già ci portiamo dietro 2 o 3 mila miliardi all'anno delle sottostime precedenti sanate.

Ritengo pertanto che tutti insieme dobbiamo fare uno sforzo per risolvere questi problemi, determinando anzitutto l'esatto fabbisogno e aiutando il Ministro ad evidenziare gli sprechi per cercare di combatterli. Se egli stima che ve ne siano per un ammontare complessivo di 10.000 miliardi, dobbiamo aiutarlo ad individuarli esattamente. Sono 53.000 miliardi le stime di

quest'anno? Se così fosse, significherebbe un 20 per cento circa di sottostima. Noi dovremo invece considerare globalmente le condizioni della finanza e il «tetto» del disavanzo, senza sfondarlo; se ci troviamo d'accordo su una determinata cifra, dovremo cercare di non superarla e quindi la Sanità dovrà fare il suo sacrificio e trovare il modo per riuscirci. Questo è un discorso che si deve fare anche tra maggioranza e opposizione di fronte alla drammatica situazione della finanza pubblica italiana.

Facciamo qualcosa di utile: stimiamo esattamente il fabbisogno della sanità, poi nell'ambito della «finanziaria» verificiamo in quali settori si possono fare sacrifici, operare tagli. Ma se il Governo non ci fornisce prima la stima esatta del fabbisogno attraverso un piano, su che base possiamo discutere di tagli di spesa o accettare le previsioni di stanziamento?

Questo è un problema che riguarda anche gli eventuali *managers*. Che significa prevedere questa figura negli ospedali, in presenza di un finanziamento sottostimato o quanto meno rigido? Il *manager* ha possibilità di manovra se opera in un mercato libero. Quale *manager* può lavorare con uno stanziamento bloccato? Tanto vale allora avere corretti amministratori che impongono la disciplina in base alla normativa vigente. Oggi, infatti, un *manager* non ha alcuna possibilità di uscire dal sistema. Come potrebbe, ad esempio, aumentare nell'ospedale le apparecchiature o altri servizi con un finanziamento sottostimato, di cui deve rendere conto? Quindi, anche questo sistema è legato alla correttezza del finanziamento.

Pertanto, signor Presidente, ribadisco la mia richiesta iniziale di tornare alla legge principale da cui ricavare gli elementi di discussione, e mi dispiace di doverlo fare quasi con forza, ma è questa l'unica strada che abbiamo per affrontare i problemi della sanità.

SIGNORELLI. Signor Presidente, onorevoli rappresentanti del Governo, onorevoli colleghi, sono vari anni ormai che, quando giunge il momento di esaminare in questa

sede il documento finanziario debbo preoccuparmi di non farmi sorprendere da una eccessiva tensione di ribellione.

Vi assicuro che, nonostante sia membro di questa Commissione da qualche anno e operatore medico (quindi «immerso» nel sistema), ogni volta che vanno affrontate queste discussioni, non so se sia meglio per me non intervenire affatto nel dibattito (dal momento che in esso si affrontano gli stessi problemi e gli stessi temi fino a crearsi una autentica autofrustrazione), oppure lanciarmi ancora una volta nelle critiche e nelle proposte a nome personale e del MSI-DN.

Vorrei subito far presente che come condizione perentoria da parte mia pongo la richiesta di un provvedimento risolutivo quale è quello dell'azzeramento dell'attuale sistema istituzionale attraverso il commissariamento simultaneo di tutte le USL, per far posto alla attuazione del primo piano sanitario nazionale che abbiamo formulato fino dal 1985 e che, se reso attuativo dal Governo, ci avrebbe già consegnato le prime risposte alla sua scadenza triennale del 1° gennaio 1989.

Con la mia proposta si potrebbe così andare verso un riordino complessivo della materia sanitaria escludendola una volta per sempre dalla sessione dei lavori per la legge finanziaria.

Sono convinto infatti — e mi richiamo anche a quanto ha detto in proposito il senatore Gualtieri — che siamo in una situazione di estrema confusione da cui sembra il sistema politico non voglia uscire; non è quindi questione di incapacità ma di volontà. Altrimenti dovrei pensare che proprio coloro che detengono la gestione di questo sistema economico e sociale non siano in grado di affrontarlo; ma poiché non voglio crederlo ritengo che le forze politiche e di governo preferiscano abdicare alla responsabilità di affrontare la soluzione del problema della sanità in Italia.

Considerando l'aspetto più propriamente economico appare evidente come le spese siano in aumento, molto al di là dell'indice di inflazione previsto: stiamo sicuramente parlando di somme che volteggiano senza

avere una reale corrispondenza con l'oggetto considerato che a mio avviso nessuno di voi conosce. Come e con chi d'altronde potremo parlare con serietà di Fondo sanitario nazionale, di fabbisogno?

Il Ministero della sanità non è nemmeno in grado di poterci dare delle risposte, perchè è completamente disorganizzato non avendo neanche l'idea dell'effettiva entità del personale dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale. E in questo documento finanziario andiamo a parlare per esempio di eliminazione di varie decine di migliaia di postiletto ospedaliero per ottenere economie. Ma che cosa è un posto-letto? Non si sta discutendo degli ospedali lazzaretti del '300 o '400 dell'epoca dei padri pellegrini o delle vecchie confraternite per cui non si può scherzare con cifre in astratto. Sono sempre più convinto che vi siano degli aspetti del sistema sanitario che bisognerebbe riconsiderare su basi tecnico-scientifiche.

La cosiddetta sottostima del fondo sanitario è un alibi che lascio al Governo. Se è vero che andiamo verso l'aggiustamento continuo partendo dal consuntivo precedente per le successive previsioni di spesa debbo semplicemente denunciare che avremmo dovuto avere ingenti somme indietro da parte delle USL. Difatti con la somma erogata non sono stati soddisfatti i progetti-obiettivo e la lista di interventi contenuti nel piano di programmazione della legge n. 833 del 1978. Il fondo non è sottostimato, il fondo è semplicemente sprecato in una sua parte ed in teoria in esubero. Parlare dell'aumento del consumo dei farmaci, e delle prestazioni ambulatoriali esterne o addirittura della fame di farmaci da parte dell'utenza, significa non aver capito nulla dei problemi della sanità.

Non stiamo ancora affrontando i problemi che coinvolgono una popolazione che invecchia; problemi che diventano fatalmente di costi e di gestione. Il « pianeta sanità » non è fatto quindi soltanto di enunciazioni preelettorali o di preziosismi convegnistici che servono soltanto per le fortune clientelari degli assessori alla sanità e dintorni. Tanto è vero che in un documen-

to previsionale di bilancio si torna a parlare di economie sul fronte di una assistenza denegata.

Una chiosa mi preme nei riguardi dei colleghi medici: continuando a definirli praticamente dei ladri ed accusandoli di criminalizzare essi stessi la sanità definendola ormai allo sfascio, soltanto perchè essi risultano mal pagati come ama dire l'on. Donat-Cattin, non mi sembra sia una cosa seria. Se si trattasse solo di questo basterebbe dare agli stessi una manciata di soldi in più per poter proclamare il sistema sanità in perfetta ripresa.

Sempre a proposito di sottostima dei fondi debbo ricordare che non esiste una voce che richiami gli interventi alternativi alla legge 180 del 1978 e soprattutto previsioni di spesa per aiutare le famiglie dei malati di mente gravi costrette da quella legge a convivere con essi; per non parlare della carenza dei servizi di riabilitazione la cui inadeguatezza provoca liste di attesa anche di mesi rappresentando questo un rischio per un ulteriore aggravamento del quadro motorio o neurologico nei pazienti. Non vi sorprenderà sapere che per usufruire dei servizi di riabilitazione molto spesso è richiesto il titolo di invalido civile: questo spiega l'enorme aumento di richieste di certificazioni di invalidità con tutte le conseguenze che ci sono sotto gli occhi.

Nel disegno di legge finanziaria vediamo quindi compreso tutto quello che riguarda la sanità nella grande scena del fabbisogno dello Stato ed è evidente che il settore che spende più degli altri trattandosi di soddisfare il bene salute. Debbo ricordare che la sanità si autofinanzia per l'80 per cento da parte del cittadino con i propri contributi a cui si aggiungono i pagamenti dei vari « tickets » e partecipazioni alla spesa della specialistica, per ottenerne i servizi da « terzo mondo » come risultato. Sono rimasto sbalordito anche io, signor Ministro, nel constatare come lei che nel campo della sanità si calcola uno spreco del 25 per cento. Questo « spreco » io lo chiamo costo del regime. Mettiamo in rapporto l'80 per cento dell'auto finanziamento e del 25 per cento di spreco e poi continuiamo a parla-

re di sottostima del fondo, considerando inoltre tutte le omissioni di interventi come indicati nelle varie normative di legge e nonostante che per essi corrispondano molto spesso finanziamenti finalizzati.

Per quanto riguarda le facoltà di medicina e le scuole di specializzazione non trovo nel documento neanche un capitolo di spesa nonostante il progressivo aumento degli accessi di iscrizioni.

Per quanto riguarda il problema centrale che fa intravedere al Ministro del tesoro un risparmio secco sulla spesa sanitaria corrispondente al prodotto delle 360 mila lire giornaliere quale è la retta di un posto letto ospedaliero pubblico per i 36 mila posti letto ospedalieri da eliminare, posso consigliare lo stesso Ministro, in solido con quello della sanità Donat-Cattin, di rivolgersi al Presidente della USL VT/1 per conoscere come sia facile eliminare ospedali e posti letto con una semplice delibera di un comitato di gestione. Difatti quel signore nell'estate del 1985 in ventiquattro ore ha praticamente eliminato l'ospedale di Bagnoregio. Nonostante che questo stesso ospedale come altri non meno inospitali ed inefficienti situati nell'Alto Lazio, in tempi elettorali si erano giovati di finanziamenti elargiti a piene mani da un assessore regionale alla sanità tanto per accendere speranze verso gli operatori e gli utenti e quelle di qualche appaltatore. Mentre parliamo di eliminazione di posti letto ospedalieri torno a chiedere di conoscere quanti cantieri siano attualmente in funzione sul territorio italiano per la costruzione di nuovi ospedali che a volte si prolungano in tempi eccessivi. Sempre a Viterbo il nuovo ospedale è infatti in costruzione dal 1971: come vanno calcolati nel conteggio del Ministro del tesoro e della sanità questi posti letto spuri?

Ecco perchè non intendo soggiacere alla facile scusa che per la sanità tutto va male perchè è una abitudine inveterata quella di sottostimare i fondi finanziari di dotazione. È in questi casi che dovrebbe intervenire la magistratura perchè anche questa potrebbe prevenire gli sprechi con interventi appropriati molto spesso invocati, come da

chi vi parla, ma con scarsi risultati pratici. Come vedete ho qualche motivo ogni volta che giunge la legge finanziaria in questa Commissione per provare frustrazione.

SIRTORI. Signor Presidente, il mio intervento forse oggi non avrà un grande successo ma probabilmente tra dieci anni quanto sto per dire potrà essere preso in considerazione.

Credo che valga la pena di ricordare un vecchio proverbio inglese, secondo il quale, se vuoi vedere il bosco, devi uscire dal bosco, perchè se rimani nel bosco, vedrai soltanto gli alberi e non riuscirai mai a vedere il bosco. Ho l'impressione che per questa «finanziaria» ci troviamo nella stessa situazione.

È un vero peccato che il Ministro della sanità, che in varie circostanze dimostra una grande fantasia in battute più o meno salaci, non abbia dimostrato alcuna fantasia sul piano istituzionale e nella presentazione di una «finanziaria» un po' diversa rispetto al passato, ricalcando invece sempre gli stessi errori.

Come Verde, dovrei ricordare il proverbio Zen che dice: «Mentre il saggio guarda il cielo, l'ingenuo guarda il dito». Ma il ministro Donat-Cattin non è certamente una persona ingenua. Mi chiedo però per quale motivo non vogliamo affrontare i problemi della sanità in un modo diverso da come sono stati affrontati fino ad ora.

Considerando quello che è successo e sta avvenendo, devo rilevare che il passaggio dalla parcellizzazione della sanità al sistema fondato sulle USL, attraverso un lungo iter legislativo, di trasformazione politica e sociale, è stato indubbiamente un fatto di grande rilevanza dal punto di vista culturale e politico. Tuttavia, mettendo a confronto, con le dovute maniere e con una notevole dose di buon senso, quanto sta avvenendo adesso con l'applicazione delle leggi regionali, con la legge del 1890 sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, si ha l'impressione che tale legge, che è rimasta in vigore per 70 anni, abbia svolto un ruolo ben più incisivo sul piano culturale e di organizzazione nella sanità

rispetto alla riforma sanitaria del 1978. Infatti, dopo quella normativa sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, che era una «legge-base» e nel quadro di riferimento da essa delineato, furono approvate leggi importanti, come quella del 1938 sull'ordinamento degli ospedali, che li ha fatti funzionare, facendo un paragone con quello che succede adesso in Italia e in altri paesi e con quello che succedeva allora rispetto ad altri paesi. Un'altra legge importante fu approvata nel 1939 sulle costruzioni ospedaliere; oggi, nel 1987, dobbiamo ancora fare riferimento a questa normativa, non avendone ancora approvata un'altra. Nel 1968, si è avuta una vera e propria rivoluzione, con la legge n. 132, ad opera di un ministro socialista, l'onorevole Mariotti, e i relativi decreti-delegati dell'anno successivo sull'ordinamento dei servizi (il n. 128), sulle cliniche universitarie (il n. 129), sullo stato giuridico del personale (il n. 130) — materia affrontata per la prima volta — del ministro democristiano Ripamonti, che sono stati importanti passi avanti e hanno dato un'impostazione politica precisa. Si è trattato — lo ribadisco — di una vera rivoluzione, che ha certamente avuto una positiva influenza sul sistema sanitario. Basti pensare che fino al 1968, prima della modificazione dei consigli di amministrazione degli ospedali, l'80 per cento di questi ultimi era retto da presidenti nominati dai prefetti; da quell'anno in poi, invece, questi organi, per legge, sono diventati la dimostrazione di un'autentica vocazione popolare venendo nominati dai comuni, dalle province e dalle regioni. In quell'occasione, quindi, è stata effettivamente dimostrata una certa fantasia sul piano istituzionale e politico, di fronte alla quale è ben misera cosa quanto ci viene presentato nel 1987 con la «finanziaria».

Vorrei inoltre ricordare che nel 1968 sono nati i comitati regionali per la programmazione ospedaliera, in cui per la prima volta tecnici, politici e medici si sono seduti insieme intorno ad un tavolo per affrontare i problemi della sanità; si era finalmente compiuto il «miracolo» di riusci-

re a metterli insieme per discutere di tali questioni. I risultati sono stati anche abbastanza positivi poichè è da quel momento che è iniziato un discorso sulla programmazione ospedaliera, non su quella sanitaria, che hanno voluto fare solo i siciliani e che ancora adesso stanno cercando di risolvere. Comunque, sulla programmazione ospedaliera ci fu allora un grande dibattito; venne fuori l'idea di seguire una programmazione ospedaliera, ma almeno su quello si costruì qualcosa di nuovo. Poi, nel 1970, nascono le Regioni, grazie all'onorevole Rumor; quest'ultimo dopo qualche anno affermò che le Regioni erano state istituite sulla base della grande intuizione democratica del decentramento di Sturzo. Successivamente, l'onorevole Rumor si corresse e sottolineò che la grande intuizione democratica del decentramento stava diventando una confusione decentrata o un centralismo decentrato.

Vorrei fare un altro inciso. Dato che stiamo parlando di sanità in generale, è il caso di richiamare alla memoria un'altra legge — la cui riforma sta facendo la stessa fine della riforma degli enti locali, della quale si parla ormai da decenni, ma che non giunge mai al varo —, cioè il testo unico delle leggi sanitarie del 1934, perchè fondamentalmente siamo ancorati a questo testo unico. Cari colleghi, nel 1934 molti di noi non erano neanche nati, compreso io; sono passati circa 53 anni ed esiste ancora questo testo unico delle leggi sanitarie. Poi, nel 1978 viene approvata la legge n. 833, proprio nel periodo in cui vi era un governo di solidarietà nazionale. Alcuni affermano che la legge n. 833 era frutto di un compromesso legislativo, però era ugualmente una buona legge, almeno sul piano dei principi. Oggi, a distanza di 9 anni, anzichè discutere sugli articoli di questa legge, dobbiamo chiederci quali sono gli articoli da sopprimere, questo è il problema, altrimenti continueremo, insieme al Ministro della sanità, a «vagare nel bosco contando gli alberi, ma tutto il bosco non lo vedremo mai». Cosa c'è nella legge n. 833 che assolutamente non va? Mi rendo conto che questo è un argomento molto delicato.

Secondo me, ad esempio, l'articolo 15 prevede una troppa ampia autonomia organizzativa a livello regionale. Rendetevi conto che quando i nostri Costituenti affrontarono il problema sanitario con l'approvazione dell'articolo 117, certamente non potevano prevedere cosa sarebbe accaduto 40 anni dopo. Probabilmente legiferarono in quel modo perchè all'epoca la problematica della sanità si identificava con la polizia sanitaria; sanità non significava promozione della salute, perchè questa forse non sapevano neanche cosa fosse. Allora era giustificata la norma contenuta nell'articolo 117 della Costituzione, che attribuiva ampia potestà alle Regioni in materia sanitaria. Il nocciolo del problema è contenuto, dunque, in quei tre «versetti del Corano» che all'articolo 15 della legge n. 833 recita: «La legge regionale detta norme per l'organizzazione, la gestione e il funzionamento delle unità sanitarie locali e dei loro servizi...». Grazie a questa norma nel nostro paese sono nate diverse organizzazioni sanitarie che danno dei risultati tremendamente diversi fra loro. Ad esempio, dato che prima si parlava di medicina preventiva, pensate a quanti tipi diversi di prevenzione — che per definizione è un tipo di medicina organizzata — esistono nel Paese, grazie a queste diverse organizzazioni. Quindi, se noi non modifichiamo l'articolo 15 della legge n. 833 e restiamo all'interno della «camicia stretta» dell'articolo 117 della Costituzione, penso che non potremo migliorare granchè. Se proprio non vogliamo rivoluzionare i disposti degli articoli suddetti, potremmo usufruire di una scappatoia: il Ministero della sanità potrebbe tentare di creare dei modelli organizzativi che siano omogenei su tutto il territorio nazionale. Per fare questo, però, occorre un Ministero che funzioni, e sul funzionamento di questa struttura già altri colleghi hanno espresso la loro opinione, quindi non starò a ripetere cose già dette.

L'articolo 14 della legge n. 833, relativo alla costituzione delle unità sanitarie locali, contiene indubbiamente una piccola, grande rivoluzione istituzionale: per la prima

volta nella storia del nostro Paese, dopo avere tanto parlato di autonomie locali e di una loro riforma, si giunge ad un dimensionamento amministrativo. Per la prima volta giungiamo a questa «grande rivoluzione istituzionale» che gli inglesi avevano già creato nel 1948. Dunque, non abbiamo scoperto niente, siamo solo arrivati 30 anni dopo.

Se ricordate bene, all'articolo 15 vi è un'altra cosa molto interessante, non so di chi sia stata l'idea, ma bisogna fargli i nostri complimenti. L'ultimo comma dell'articolo 15, infatti, recita: «La legge regionale stabilisce altresì norme per la gestione coordinata ed integrata dei servizi dell'unità sanitaria locale con i servizi sociali esistenti nel territorio». Da questo comma emerge chiara l'intenzione del legislatore, la si evince anche dagli atti parlamentari: si poteva cioè partire dalle USL per giungere anche ad una trasformazione istituzionale che riguardasse altri ambiti territoriali. Del resto si è visto che molte organizzazioni sociali si basano, per la creazione delle proprie sedi, sugli ambiti territoriali delle Usl. Tale questione, quindi, deve essere rivista, perchè ne emergono delle implicazioni notevoli non solo sul piano gestionale, ma anche su quello dell'organizzazione sindacale. Ad esempio, in Lombardia sono stati creati 6 servizi, il Lazio ne ha creati 4, le Marche 12. Quindi, una unità sanitaria locale della Lombardia mediamente comprende 90 mila abitanti, quella delle Marche, invece, è di circa 23 mila abitanti al di sotto del numero previsto dalla legge, questo perchè le deroghe sono accettate. Ciò, però, significa che un capo servizio di una Usl della Lombardia deve avere il governo di 5 mila persone, mentre un capo servizio delle Marche si deve occupare di un numero assai inferiore di assistiti. Questi due capiservizio svolgono lo stesso tipo di lavoro, ma con responsabilità notevolmente diverse. Da qui nascono poi quelle discrasie che si ripercuotono a livello di contratto nazionale di lavoro, creando delle grosse difficoltà. Ricordo che nel 1970 il contratto nazionale dei medici fu fatto in

5 giorni — ero presente anch'io all'epoca —, ora ci vogliono tre anni, perchè non ci si intende più.

Devo sottolineare anche un'altra questione. La legge n. 833 non indica alcun modello organizzativo specifico per le grandi città, che pure si trovano in una situazione particolare, lo sappiamo tutti. Sono stato assessore alla sanità di Milano quando questa città aveva 20 USL, ora so che ne vogliono fare una unica; a Torino ne avevano una, ora ne vogliono fare 20; a Roma erano state create 20 USL, ora mi pare che le vogliano ridurre a 12. Non è una cosa seria... A Roma, se non erro, da venti si è passati a dodici. Non è serio. Manca l'indicazione di un modello organizzativo preciso al quale fare riferimento per organizzare i servizi in maniera omogenea. Bisogna quindi stabilire tale modello, al di fuori del quale non si possa andare, lasciando ovviamente la possibilità di operare secondo le necessità presenti nell'ambito di ciascun territorio.

Ritengo che entrambi questi punti debbano essere presi seriamente in considerazione. Questi discorsi peraltro non si fanno quasi mai pubblicamente, anche se spesso vengono fatti nei convegni di sanitari, di partito o di sindacalisti; in genere però non si ha mai il coraggio di superare certi limiti perchè per molto tempo la legge n. 833 del 1978 è stata considerata un «mostro sacro». Certo, anche io per certi versi la ritengo una legge importante. Non mi dilungherò, ad esempio, nella lettura dell'articolo 1 concernente gli obiettivi, su cui concordo pienamente. Tuttavia, è necessario modificare alcuni punti. Troviamo un modo per farlo, altrimenti non si può andare avanti, ma non pensiamo di riuscirci con la cosiddetta «miniriforma» delle USL approvata nel 1986, che certo non è riuscita a risolvere tali gravi problemi, la legge più inutile che sia mai stata approvata per la sanità e che è riuscita anche a far litigare tutti. Lo stesso Ministro viene poi a dirci, dopo più di un anno dalla sua approvazione, che intende modificarla e che non vuole più il sistema maggioritario ma ancora quello proporzionale. Siamo ve-

ramente nella confusione più totale o, meglio, ci troviamo di fronte ad un Governo e ad un Parlamento senza una linea politica precisa poichè oscillazioni così marcate non possono essere spiegate se non con la mancanza di obiettivi precisi.

Occorre inoltre sottolineare la necessità di introdurre una regolazione nell'accesso alle facoltà di medicina e chirurgia, il numero programmato o chiuso, chiamatelo come volete, comunque qualcosa di più serio per queste facoltà.

Non essendo il Paese con più malati nel mondo, dobbiamo preoccuparci molto seriamente della questione. Non possiamo pensare che il problema della disoccupazione dei giovani medici si possa risolvere inventando nuove funzioni per i medici. Questo, infatti, è il rischio che si corre. È come se, ad esempio, per sanare il *deficit* di un'azienda municipalizzata che vende farmaci, si cercasse di venderne di più, avvelenando i cittadini, invece di ampliare il mercato. Dobbiamo cambiare strategia. Siamo ormai arrivati ad una media nazionale di circa un medico per ogni 250 abitanti, quando il rapporto nei paesi anglosassoni, per esempio, è di circa uno ogni 600-700 abitanti. Non si può continuare ad andare avanti così.

PRESIDENTE. Se mi consente, senatore Sirtori, vorrei intervenire per sottolineare che anche la questione del numero chiuso è un «tabù», su cui forse dovremmo riflettere un momento.

Vorrei ricordare che, quando ero Sottosegretario alla pubblica istruzione, ho sostenuto il numero chiuso generalizzato nelle Università italiane, con le conseguenze che potete immaginare. Comunque, resto della stessa opinione.

SIRTORI. Questo mi fa piacere, signor Presidente. So bene che il numero chiuso è un «tabù».

Proprio questa mattina ho sentito che uno dei sei candidati al Rettorato dell'Università degli Studi di Roma sosteneva il numero aperto per farsi propaganda.

Comunque, riprendendo il discorso, a

fronte di questa situazione dei medici, vi è invece quella esattamente opposta del personale paramedico, che si verifica clamorosamente soprattutto negli ospedali e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico come anche nei servizi territoriali.

Il nostro è un Paese fatto un po' a modo suo: magari stiamo fermi per 500 anni, poi in venti giorni vogliamo superare l'operatività e l'organizzazione dei giapponesi. Infatti, siamo andati avanti per molto tempo con le brave infermiere che venivano dalla Val Brembana; facevano un anno di scuola per infermieri generici e poi cominciavano a lavorare. Intendiamoci, con questo non voglio dire che le cose andavano benissimo, non voglio difendere questo passato, che comunque non era «selvaggio», aveva i suoi valori. Poi, improvvisamente, sono venute fuori le infermiere professionali, ma per diventare tali, enormi sono le difficoltà che si incontrano; forse si fa prima a conseguire una laurea in fisica nucleare. Il risultato è la carenza di personale paramedico a fronte di un numero enorme di medici.

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Mi scusi se la interrompo, senatore Sirtori, ma vorrei farle presente che il personale paramedico non è affatto soddisfatto della situazione in cui si trova; si vorrebbe un corso professionale serio, ma la *lobby* dei medici fino ad oggi lo ha impedito, per non parlare delle resistenze dei professori universitari.

SIRTORI. Comunque, bisogna fare in modo che questa forbice non si allarghi ulteriormente. Infatti, per risolvere i problemi sanitari sono necessari sia i medici che un congruo numero di paramedici.

Tale carenza diventerà sempre più grave se non risolviamo il problema del numero chiuso per l'accesso alla facoltà di medicina. Più aumenta il numero dei medici, più aumenta il lavoro indotto all'interno degli ospedali, e questo succede soprattutto negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico: aumentando la ricerca, qualificandosi maggiormente l'assistenza, aumenta il

numero di medici, con la conseguente necessità di aumentare ulteriormente questi organici, che sono invece ridotti «al lumicino» e che comunque non si trovano facilmente. Per non parlare poi delle «fughe» strepitose che si verificano dagli ospedali verso i servizi territoriali poichè, come sapete, vi è lo stesso contratto di lavoro, con la differenza che negli ospedali si fanno anche i turni di notte, vi sono enormi responsabilità, mentre negli altri servizi gli orari sono quelli degli uffici e quindi il sabato e la domenica non si lavora, nonché nei giorni festivi; negli ospedali, invece, si deve assicurare il servizio 24 ore su 24 perchè i malati hanno sempre bisogno di cure.

A questo punto, vorrei sottolineare un'altra questione relativa alle università, che ho fatto presente anche al Ministro, il quale mi ha però risposto — probabilmente aveva fretta — che non era di sua competenza. Nelle università è mancato qualsiasi rigore nella selezione del personale docente. Ad esempio, chi nel 1972 è riuscito ad ottenere una borsa di ricerca scientifica didattica è andato avanti su un «nastro trasportatore» fino ad arrivare in cattedra; se proprio è stato sfortunato, è diventato associato, e tutto questo senza mai fare un concorso, senza mai dover affrontare una seria selezione. Questa è la realtà, e bisogna dirlo. Nel sistema ospedaliero, invece, vi sono selezioni severe, si devono sostenere esami di idoneità, vi sono controlli.

Quindi, dovremo assumere una posizione precisa in proposito. Il medico disoccupato, ad esempio, fa più fatica ad entrare in una struttura pubblica che nell'università, perchè se qui ha l'aggancio giusto riesce ad entrare, mentre nel settore pubblico no, tanto più che in quest'ultimo si tende a limitare anche gli organici. Ora, su tali questioni forse varrà la pena fare qualche riflessione, e già che siamo in argomento università, lasciatemi affondare ancora di più il coltello nella piaga. Gli igienisti, che ci vengono a dire che nel Veneto, nel 1945, erano già state inventate le unità sanitarie locali, ebbene proprio quegli igienisti, partiti bene nel 1945, nel 1978 non si sono

nemmeno premurati (forse perchè dovevano preoccuparsi dell'acqua minerale) di preparare la classe dirigente per la gestione del servizio sanitario nazionale, questa è la realtà. Due anni fa, poi, il rettore di una università di quella regione, diceva che, finalmente la sua università, prima in Italia, istituiva un corso di direzione e di organizzazione sanitaria. Noi gli abbiamo ribattuto che queste cose le doveva fare nel 1978, non dieci anni dopo.

Se andiamo a leggere l'articolo 15 della legge n. 833, laddove si parla della gestione delle unità sanitarie locali, ci troviamo di fronte al sistema della dicotomia: vecchia tradizione amministrativa e gestionale della sanità nel nostro paese. Secondo me tale dicotomia non è da cancellare, per farne un capro espiatorio, non è da buttar via come molti pensano, perchè ritengono che una volta cancellata questa dicotomia gestionale si risolvono tutti i problemi della sanità. La realtà vera è che nè l'università nè altri hanno mai creato una classe dirigente in grado di poter gestire i 50 mila miliardi della sanità. Le Unità sanitarie locali hanno delle dimensioni antieconomiche notevoli, perchè non sono mai stati preparati dei veri gestori della sanità nè nel campo sanitario nè in quello amministrativo.

Consentitemi, ora, alcune considerazioni sulla storia del *manager* pubblico. Innanzitutto vorrei ricordare che il concorso non lo abbiamo inventato noi, l'impiego pubblico infatti è di napoleonica memoria, lo sanno tutti, ma la sua origine risale agli antichi cinesi, i quali se ne servivano per selezionare i mandarini che dovevano governare le varie province e alla loro capacità di governare bene era legata la sopravvivenza dei commissari di quei concorsi in cui venivano selezionati tali mandarini; da noi invece, avviene il contrario. Ritengo che tra la possibilità di far entrare in una unità sanitaria locale una persona grazie a compromessi politici e quella di scegliere un candidato capace, tramite un concorso ben fatto e non manovrato, quest'ultima sia senza dubbio la soluzione più idonea. Vorrei capire bene cosa si intende

per *manager* pubblico; cerchiamo di non farci prendere la mano dal fatto che adesso questa professione va di moda, restiamo con i piedi per terra, perchè tra l'altro l'eventuale *manager*, una volta assunto l'incarico, deve vedersela anche con un certo sistema che prevede controlli, supercontrolli, ricorsi ed altre questioni di questo genere, a quel punto il cosiddetto *manager*, in capo a tre giorni, o si spara o non governa. Vogliamo creare il *manager* pubblico? Creiamo allora una scuola di amministrazione sanitaria seria, come hanno fatto in Francia, dove c'è una tradizione culturale di amministrazione pubblica, quindi anche di amministrazione sanitaria, per cui il *manager* (o chi dirige un ospedale o un'azienda sanitaria) sia esso medico o no, deve avere determinati requisiti, deve avere un determinato *curriculum* di studi e di preparazione nel suo settore. Qualcuno ha detto recentemente (non ricordo se era lo stesso Ministro della sanità) che possiamo stare tranquilli perchè questi *managers* non saranno degli esterni al settore, ma saranno presi e preparati sul campo. Figuratevi! Questa non è altro che una dimostrazione di demagogia pura, perchè scegliendoli in questo modo, tutti i direttori sanitari ed i segretari generali non avranno di che preoccuparsi dato che probabilmente sarà uno di loro a fare il *manager*. In questo modo i risultati non cambierebbero e sarebbe tutto come prima.

Consentitemi ancora alcune brevi considerazioni. Ritengo che non sia opportuno permettere ad alcune persone di far parte dei comitati di gestione delle Unità sanitarie locali solo perchè hanno la tessera di qualche partito. Anch'io provengo da partiti, non vengo da Marte, nè sono un Verde puro, inoltre sono stato anch'io assessore alla sanità di Milano, perciò ritengo che l'iscrizione ad un partito non sia sufficiente a gestire nel miglior modo la sanità. Ad esempio, nel nobile Comune di Milano si assiste ad una incresciosa situazione: le redini della sanità sono state prese da tassisti, tramvieri e via dicendo solo perchè queste categorie sono quelle che maggiormente sono riuscite ad incidere in certi

partiti. Tenete presente che non ho niente contro questa categoria di persone, credo solo che non siano adatte a gestire la sanità. Quello che sto raccontando è realmente accaduto, potete immaginare con quali disastrosi risultati. Quindi, credo sia necessaria un po' di responsabilità anche da parte dei politici, se si vuole voltare pagina, altrimenti la situazione andrà peggiorando sempre più. Voglio aggiungere che potrebbero essere proprio questi tesserati di partito, un giorno, a scegliere il *manager* pubblico, questa figura ancora un po' pirandelliana, con una funzione ancora in cerca d'autore perchè non è stata ancora ben delineata e nessuno sa bene cosa potrà fare.

Tutto questo per dire che non sarà facile creare i *managers*; abbiamo l'esempio dei coordinatori sanitari che si sono dovuti improvvisare tali, senza alcuna scuola, e sappiamo le difficoltà incontrate, soprattutto in determinate regioni, dove non vi è stata una legislazione puntuale e ben fatta, come avete avuto la capacità di fare in Veneto, senatore Melotto.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470*. Forse perchè c'è la concezione diffusa che se un laureato in medicina non è un granchè come medico di medicina generale, allora fa il chirurgo o l'ortopedico, se invece zoppica fa il direttore sanitario.

SIRTORI. Quali sono allora le alternative? Stiamo con i piedi per terra! La figura del *manager* dovrebbe essere cancellata del tutto. Vi siete dimenticati della normativa che prevede, ad esempio, gli uffici di direzione, la cui approvazione non risale a molto tempo fa, che però non è stata applicata. Ma chi ha mai sentito parlare di questi uffici? Certo, sono stati istituiti nella vecchia logica della disorganizzazione generale del sistema, ma se fossero stati previsti nell'ambito di un modello organizzativo generale, probabilmente essi avrebbero avuto una diversa dignità funzionale.

Vi è poi la questione dei grandi ospedali, sulla cui personalità giuridica è caduta la legge n. 833 del 1978. Riflettiamo attenta-

mente su questo. Mi sembra che il Ministro abbia imboccato questa strada, che può essere giusta, ma solo se si trasforma quello che c'è dietro, altrimenti è soltanto un ritorno al passato. Comunque, a mio giudizio, considerando il modo in cui è stata imboccata, è una strada sbagliata perchè riviviamo la parcellizzazione esistente prima della istituzione delle USL, cioè arriviamo alla disorganizzazione di questi organi, che sono stati istituiti per cercare di concentrare al loro interno i vari aspetti della sanità, dalla educazione sanitaria alla medicina legale, affinché vi fosse un osservatorio unico per poter mandare avanti la sanità. E questo è un problema che deve essere affrontato.

Vorrei inoltre sottolineare la necessità di riformare la legge n. 180 del 1978 sull'assistenza psichiatrica. Non è possibile andare avanti con una normativa di questo genere. Prima della sua approvazione, poichè la legge precedente in materia risaliva al 1904, ogni volta che nei dibattiti si affrontava la questione, tutti dichiaravano la loro esasperazione per il fatto di dover fare riferimento ad una normativa così antiquata, che certo non garantiva una corretta assistenza. Era necessario intervenire approvando una nuova normativa, ma questo avvenne in maniera affrettata. Infatti, per evitare un *referendum* promosso dai radicali, in una strana seduta notturna del Parlamento italiano, si arrivò all'approvazione della legge n. 180, nel testo che tutti conosciamo, del tutto inadeguata. Lo stesso relatore di minoranza, che faceva parte di questa Commissione, dichiarò pubblicamente che aveva dovuta votarla, pur non condividendola, per disciplina di partito, poichè vi erano stati determinati accordi e perchè altrimenti ci sarebbe stato il *referendum*.

Vi è inoltre il problema — che è già stato sollevato — della legge n. 194 del 1978 e della sua corretta applicazione. Sono un cattolico e quindi ho passato momenti terribili per far applicare nella città di Milano questa normativa. Non è una legge di morte ma di vita; ricordo, infatti, che il titolo è: «Norme per la tutela sociale della

maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza».

Occorre che tutti riflettano su questo, da una parte, quelli che stanno a sinistra e, dall'altra, anche alcuni medici cattolici che restano «rintanati» nei loro studi dorati e che non fanno quello che dovrebbero fare, cioè operare sul territorio per applicare correttamente l'articolo 5 della legge n. 194.

Infine, ritengo sia importante sollevare un'altra questione: i laboratori provinciali di igiene e profilassi, ai quali con la legge n. 833 e l'istituzione delle USL abbiamo tolto dignità ed autonomia funzionale, che dobbiamo invece restituire loro. Su questo bisogna fare molta attenzione. Questi organi, infatti, fino a pochi anni fa una delle istituzioni più delicate nel campo dell'igiene e sanità pubblica, avevano come punto di riferimento l'assessorato provinciale; oggi, invece, così decentrati, sono in mano al presidente di turno delle USL e hanno perso l'elevata dignità funzionale che avevano. Occorre sottolineare che ancora adesso in materia di inquinamento, di adulterazione dei cibi, di sanità pubblica, la legge non fa riferimento al CNR o ai centri di studio che possono sorgere improvvisati in qualche comune, dovendo riferirsi invece ai laboratori provinciali di igiene e profilassi, che oggi le Regioni, secondo la loro fantasia, hanno chiamato in un modo diverso. Non possiamo lasciare decentrati questi organi. Dobbiamo approfondire la questione, adottando le necessarie misure per restituire ai laboratori provinciali di igiene e profilassi — lo ribadisco — una dignità funzionale diversa da quella di questi ultimi tempi.

Ad esempio, sapete tutti della grave situazione dell'inquinamento dell'Adriatico, situazione che personalmente conosco molto bene avendo svolto a suo tempo la tesi di specializzazione in igiene sull'inquinamento del litorale di Ancona. Ma di chi è la responsabilità? Non possiamo dire che è il caso o che siamo un Paese sfortunato. Vi sono responsabilità precise. Non si possono certamente creare sovrastrutture, pensando di poter adesso risolvere tutti i problemi

con il Ministro dell'ambiente. Sono stati a volte annullati definitivamente strumenti fondamentali, che poi non sono stati sostituiti con altri.

Non mi soffermerò sul problema degli anziani e degli handicappati poichè altri colleghi vi hanno già accennato. Vorrei solo far presente che alcune Regioni, in maniera irresponsabile, hanno disatteso quanto stabilito per legge nel 1968 in merito alla programmazione di ospedali per lungodegenti, dimenticandosi di fare tale programmazione. Pertanto, ci troviamo oggi nella situazione per cui gran parte dei letti per acuti sono occupati da malati che in realtà non lo sono, che quindi dovrebbero andare altrove. E quando, in presenza di casi acuti veri, devono disgraziatamente lasciare il posto-letto loro assegnato, vengono messi nelle mani degli assistenti sociali o sulle autobulanze per cercare un ricovero, un posto dove andare.

È questo un fenomeno assai preoccupante soprattutto perchè c'è sempre qualche «pesce cattivo» in una grande o piccola città. Occorre sottolineare quindi che in questo caso è facile scivolare nella speculazione privata: qualcuno ha già pensato di fare dei cronichi per anziani, e questa è la più pericolosa e vergognosa speculazione che si possa fare perchè è sulla pelle degli uomini, sui poveri, sugli anziani presi dalla disperazione. Un Parlamento ha il dovere di prendere una posizione decisa nei confronti di questo grave problema nonché di quelle Regioni che hanno affrontato la questione in un modo così distorto.

AZZARETTI. Signor Presidente, signor Sottosegretario, onorevoli colleghi, al termine della relazione svolta dal collega Melotto, che con molta attenzione e competenza aveva messo a fuoco gli aspetti positivi e negativi del disegno di legge finanziaria e della previsione di bilancio per il 1988, mi ero ripromesso di entrare nel merito dei problemi in maniera sintetica e avanzare alcune proposte, perchè credo che anche questo faccia parte dei nostri compiti.

Mi trovo un po' in difficoltà, perchè da

una parte vorrei anch'io raccontare un po' di storia della medicina e della sanità degli ultimi cinquant'anni, dall'altra però mi rendo conto che sarebbe superfluo e che vi tedierei. Alcune considerazioni comunque le devo fare, perchè mi trovo nella situazione — non sono sicuro se felice o infelice — di aver vissuto la vicenda della riforma sanitaria a livello ospedaliero, di USL e di Regione. Ora, poichè sono anche molto curioso, desidero viverla anche da parlamentare, per capire cosa avviene in Parlamento. Nella Regione, quando si parlava di sanità, si attribuivano le responsabilità di tutti i mali ai due rami del Parlamento, al Governo e alle USL. Come presidente di USL ho notato che i colleghi attribuivano tutte le responsabilità alla Regione e allo Stato. Ora come parlamentare sento dire — ed anche il ministro Donat Cattin non ha avuto alcuna difficoltà ad affermarlo — che se le cose in Italia vanno male per quanto attiene la sanità la colpa è prima di tutto delle USL, poi delle Regioni (o viceversa, ma l'ordine non ha molta importanza). Con molta onestà devo dire che le cose vanno male perchè è facile fare la critica ed è difficile capire a fondo i problemi. Io sono dell'avviso che per risolvere un problema bisogna approfondirlo e studiarlo, solo dopo aver fatto questo, si potrà dare una risposta soddisfacente. Persino a scuola quando si deve svolgere un problema si deve anche andare a controllare che il risultato sia esatto, perchè se non si fa questo controllo si può rimanere nella convinzione di aver svolto il compito in maniera corretta. Così dovrebbe avvenire anche per il problema sanità! Può darsi che così facendo si riesca a correggere le rotte che si sono seguite in questi anni. Secondo me la responsabilità primaria dell'inadeguato funzionamento della sanità nel nostro paese è prima di tutto del Governo e dei due rami del Parlamento per una ragione molto semplice: ciascuno di noi può non condividere le scelte fatte con la riforma sanitaria, può dare dei giudizi personali, ma nessuno può disconoscere che la legge n. 833 è una legge dello Stato e come tale va rispettata; se invece riteniamo di

doverla modificare, apportiamo queste modifiche! Se andiamo a leggere con un po' di attenzione gli articoli 117, 118 e 119 della Costituzione vediamo che questi attribuiscono potestà in materia sanitaria alle Regioni. Senatore Sirtori, non è vero che bisogna modificare l'articolo 117 della Costituzione, è solo venuta meno la sua attuazione, perchè non è stata attuata la legge n. 833, quindi questo ha creato un po' di confusione. Abbiamo impiegato dieci anni ad approvare la legge n. 833 che, oggettivamente, è stata enfatizzata. Siamo partiti con tanto entusiasmo, poi, però l'abbiamo approvata con qualche contraddizione, anche se non c'è dubbio che essa costituisce la prima riforma di struttura della sanità nel nostro Paese. La riforma ospedaliera fatta dieci anni prima riguardava solo un piccolo settore della sanità, ed anche allora si è cercato di introdurre una certa razionalizzazione nel sistema; ma nel 1968 cosa è avvenuto? Prima si sono fatte enunciazioni di principi, poi all'atto pratico ci si è contraddetti perchè anche quella riforma non è stata finora attuata; la stessa cosa si è verificata per la riforma sanitaria del 1978. Oltretutto gli atti compiuti successivamente dallo Stato (contratti di lavoro, leggi e «leggine») l'hanno contraddetta per una serie di ragioni. Si è partiti, quindi, nel 1978 da un principio esaltante, che era quello di unificare, invece si è giunti al punto che la mano destra non sa quello che fa la sinistra, come qualcuno ha affermato a proposito degli operatori sanitari che lavoravano contemporaneamente in tre o quattro strutture diverse. Con la riforma si doveva unificare, razionalizzare e programmare; nessuno ha mai detto nè a livello nazionale, nè periferico, che con la riforma sanitaria si doveva spendere di più, si doveva solo razionalizzare l'esistente, ma questo non è avvenuto. Se si è tanto onesti da fare un minimo di autocritica e si vanno a leggere gli atti parlamentari, si può rilevare che, tutte le volte che si apriva qualche spiraglio di libertà verso la periferia, improvvisamente a livello centrale si interveniva per soffocare qualsiasi slan-

cio di efficienza, di efficacia ed anche di intelligenza.

Per quanto riguarda i contratti di lavoro degli operatori sanitari non è possibile, signor Sottosegretario, continuare con questa finzione scenica che si ripete per la seconda volta nel giro di pochi anni. Si è passati dalle 40 ore alle 38 ore settimanali, togliendo solo fittiziamente quelle due ore, perchè in realtà vengono recuperate poi a spese del tempo che deve essere dedicato alla «pausa». Inoltre, l'organico non è stato portato a quel 5 per cento in più che sarebbe stato necessario, anzi con la legge n. 12 del 1981 si è addirittura tolta l'autonoma possibilità di sostituire il personale collocato a riposo. Oggi ci si obietta addirittura che a causa della riduzione dell'orario, conseguente all'ultimo contratto, si deve recuperare il personale nell'ambito delle stesse strutture. Qui si ha la sensazione di ripetere le cose senza capirne il senso.

Vi è proprio la sensazione che si facciano affermazioni senza sapere ciò che significano. Potrei capirlo se si parlasse del personale amministrativo delle strutture sanitarie. Comunque, ci dobbiamo mettere d'accordo sui compiti che queste devono svolgere, altrimenti non ci si capisce più nulla. Alla gente non interessano molto le questioni relative al segretario generale o all'economato: i cittadini chiedono prestazioni sanitarie. Certo, in una società organizzata è necessario che ciascuno faccia il proprio mestiere nell'ambito delle proprie competenze e responsabilità.

Credo che — se lo si ritiene opportuno — si possa ridurre il personale amministrativo. «Informatizziamo» almeno in parte questo Stato, dove siamo ancora alla penna d'oca! Tuttavia, dobbiamo tenere presente che, purtroppo, essendo stata recepita nel 1980 una direttiva comunitaria volta a sopprimere le scuole per infermieri generici, nè lo Stato nè le Regioni hanno pensato ad una programmazione per quanto riguarda la formazione degli infermieri professionali. Infatti, il dramma che oggi viviamo è proprio la mancanza di questi operatori sanitari. È inutile pensare di usa-

re strumenti come le deroghe: sono tutte favole!

Occorre sottolineare che gli infermieri professionali non ci sono perchè per formarli sono necessari tre anni. Le scuole restano deserte perchè frequentare questi corsi è un sacrificio. Il corso di studi non è stato istituito dallo Stato italiano ma ciò deriva, senatore Sirtori, dalla normativa comunitaria, che pertanto non possiamo modificare.

Tuttavia, a questo proposito qualcosa si potrebbe fare, però non si fa. Infatti, gli operatori sanitari di seconda categoria, già previsti a livello normativo e nell'organico di alcune strutture, che potrebbero essere formati con nove mesi di corso, non possono essere assunti perchè manca la scuola necessaria per la loro formazione, che deve essere istituita a livello nazionale e non dalle regioni.

Ho voluto brevemente accennare a talune delle questioni che abbiamo di fronte, solo per dimostrare che alcuni problemi si potrebbero risolvere facilmente, adottando soluzioni molto semplici, che non costano nulla e che, se attuate, eviterebbero molte disfunzioni.

Quanto poi alla necessità di ridurre i posti-letto, ritengo che tale misura non possa che spettare alle regioni, poichè è materia che rientra nelle loro competenze. Quindi, su questo punto, non farei neanche un minimo di polemica. Ogni anno, peraltro, a questo riguardo, si registra una variazione nelle percentuali.

Anche in merito alla riabilitazione, occorre tenere presente che questa non si inventa da un anno all'altro: la riabilitazione è una questione culturale, che però come tale ancora non esiste nel nostro paese. Quante sono le strutture in Italia capaci di operare in questo campo? Comunque, pensare di essere in grado di fare la riabilitazione dalla sera alla mattina, dimostra la più assoluta ignoranza in questa materia.

Spero che ci sarà l'occasione per discutere in maniera più approfondita di tali questioni, su cui ritengo che solo fittiziamente vi siano conflittualità. Il senatore Meriggi conosce bene questi problemi, avendo pe-

raltro lavorato con me nella regione Lombardia; in quella sede abbiamo fatto anche qualche buona legge, che probabilmente potrebbe essere «copiata».

Il problema è questo, senatore Sirtori: o noi crediamo nelle autonomie locali o non ci crediamo, e non possiamo crederci oggi e il giorno dopo ripensarci. Le unità sanitarie locali sono organismi di programmazione che realizzano gli interventi attraverso i distretti; però bisogna fare un passo indietro e ricordare che, quando furono istituite le USL, più del 90 per cento dei cosiddetti legislatori regionali (che poi non erano diversi da quelli nazionali) scambiavano i distretti con le unità sanitarie locali. La disparità oggi esistente è determinata dal fatto che non si sapeva quello che si faceva. Ad esempio, in una provincia con circa 500.000 abitanti le tre USL che vi sono funzionano bene dal punto di vista istituzionale, ma in una USL con 20.000 abitanti (sottodimensionata) questo non può avvenire, trattandosi di un distretto. Devono pertanto essere rivisti gli ambiti territoriali. Ma azzerare tutto il sistema, fare le rivoluzioni significa non fare nulla. Dobbiamo metterci in testa che, se vogliamo davvero cambiare qualcosa, occorre intervenire riorganizzando l'esistente nonchè, certo, operando i tagli necessari; altrimenti, volendo fare le rivoluzioni, non facciamo nulla e «gattopardescamente» continuiamo a perpetuare un sistema che non va.

La sanità è un settore troppo delicato, su cui non si può giocare. Prima o poi, tutti dovremo avere a che fare con il sistema, perchè non c'è credo religioso o politico che possa evitare di farci ammalare. Personalmente, sono terrorizzato all'idea di dover capitare in qualche struttura sanitaria senza che si sappia chi sono. Purtroppo, infatti, nel nostro Paese persone come i «politici», quando entrano in una struttura sanitaria pubblica o privata (anche molti nostri colleghi, pur predicando bene, preferiscono andare poi nelle strutture private), se fanno sapere chi sono, ricevono un trattamento diverso dalla povera gente: arrivano medici, infermieri, amministratori; ci vor-

rebbe addirittura un filtro per evitare questi eccessi di simpatia. Ma per un cittadino qualunque è molto diverso se deve entrare in un ospedale, soprattutto in quelli più sofisticati, e mi riferisco in particolare, senatore Sirtori, ai grandi istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, dove si entra solo se si ha la raccomandazione o si è paziente di qualcuno; senza uno di questi due requisiti, pur riuscendo ad entrare, se ne potrebbe uscire anche non molto bene.

Ho scritto queste cose già nel 1981, suscitando scandalo. Le posso ripetere oggi con assoluta tranquillità. Del resto, se non sono stato denunciato nè imprigionato allora che non godevo dell'immunità parlamentare, posso a maggior ragione ripeterle oggi essendo anche più «tutelato».

Quindi, se è vero che le USL sono organismi di programmazione, se è vero che si sono volute istituire per dare la possibilità di rispondere alle diverse e specifiche esigenze periferiche, che lo Stato centrale, non poteva soddisfare, dobbiamo rafforzare le autonomie locali. È inutile dare incremento in una USL al servizio di medicina del lavoro, ad esempio, se nel suo ambito territoriale non ci sono industrie, ma solo pensionati; bisognerà potenziare l'assistenza. Ma questo non si può fare perchè della riforma dell'assistenza sociale non si parla. Della riforma sanitaria si è parlato per molti anni, ma almeno poi nel 1978 questa è stata varata.

Al riguardo volevo presentare un'interpellanza al Ministro della sanità, ma sono stato informato dal mio Gruppo che non è lui che si occupa di questi problemi. Mi chiedo quindi come possiamo pensare che la sanità possa funzionare in questo Paese quando addirittura vi sono anni-luce, non solo dicotomia, tra sanità e assistenza. Vorrei che un esperto in materia, magari qualche universitario illuminato, mi spiegasse dove finisce la sanità e dove comincia l'assistenza in una società come la nostra, dove il confine tra questi due settori non è più definito, dove il problema vero negli anni futuri non sarà la sanità, ma l'assistenza sociale, considerato l'andamento demografico e l'aumento progressivo della

durata media della vita (tra qualche anno arriveremo, e me lo auguro, intorno agli 85 anni).

Quindi questo è il problema; io lo so bene perchè abito in un collegio dove purtroppo l'invecchiamento è una delle caratteristiche principali, e lo sa anche il senatore Sirtori. Ho fatto il direttore sanitario di uno dei più grandi e funzionali ospedali d'Italia, e posso dire di non avere mai avuto difficoltà a fare ricoverare un ammalato acuto, anche quando mi dicevano che non vi era disponibilità di posti-letto. È drammatico, invece, quando si vuole dimettere un povero vecchio che non ha nessun familiare cui appoggiarsi; per mandarlo via ci vogliono dai tre ai quattro mesi, e sapendo che il costo medio di un posto letto è di circa 500 mila lire al giorno, ci vuole poco a fare i conti di quanto ci può costare una persona anziana, che non ha altre risorse. Molto spesso sui giornali si leggono articoli ad effetto, ma che rivelano una grave carenza di informazione, per cui contribuiscono a creare il malcontento popolare; sarebbe il caso che anche i giornalisti si documentassero prima di scrivere i loro articoli.

Prima di concludere vorrei fare alcune proposte. Lei, senatrice Marinucci, ha fama di essere una donna molto vivace, ora misuriamo se questa fama corrisponde al vero; ma ritengo di sì, anche perchè lei è socialista, quindi può non avere quelle remore che possiamo avere noi cattolici. La mia proposta è quella di tornare alle origini. La legge di riforma sanitaria proponeva che le USL fossero autonome e gestissero la sanità in maniera cosiddetta «aziendale», nel senso che, se queste alla fine dell'anno risparmiavano qualcosa, questo qualcosa veniva investito, mentre se concludevano l'anno in passività — anche senza giustificato motivo — qualcuno doveva intervenire per ripianare il *deficit* (non lo Stato). Cosa si è verificato? In omaggio allo scandaloso e diseducante istituto della spesa storica gli sperperatori, i disonesti, gli incapaci hanno progredito e chi ha gestito rigorosamente la spesa, è stato punito. Posso affermare queste cose a ragion vedu-

ta, perchè — come ho già detto — anch'io ho fatto esperienza in una USL, e quando mi capitava di chiudere il bilancio annuale in attivo, mettevo da parte questi risparmi, in modo da impedire che per l'anno successivo quella USL venisse finanziata in base al bilancio dell'anno precedente, decurtato del risparmio e aumentato dell'inflazione. Basterebbe confrontare quello che è successo nelle USL durante il loro primo anno di vita (1980) e negli anni successivi, per rendersi conto che si è verificata la stessa cosa nel 1975, quando vi è stato il trasferimento degli ospedali alle regioni. Infatti, nel 1975 la legge aveva stabilito che ogni ospedale avrebbe avuto ciò che gli competeva, però se questi uscivano dall'ambito del finanziamento concesso, l'anno successivo dovevano recuperare il debito accumulato; invece, dopo due anni sono cominciate le sanatorie. A livello di USL è avvenuta più o meno la stessa cosa: chi ha amministrato bene è stato «punito», chi ha amministrato male è stato «premiato», e si continua su questa strada, con assoluta indifferenza e in modo quasi provocatorio. La soluzione è molto semplice: si superi la «spesa storica» e si introduca la quota *pro capite*, il cosiddetto *budget* aziendale. Non riesco a capire perchè in una regione si debba spendere di più che in un'altra.

Come passo successivo, poi, occorrerebbe introdurre il principio della compensazione fra USL in caso di migrazioni di malati, come era stabilito dalla riforma sanitaria. Infatti, se una USL manda i suoi pazienti nella Unità sanitaria locale vicina, è chiaro che quest'ultima ha maggiori spese, quindi in questo caso il ripiano si giustifica, ma deve essere tolto a chi non ha speso perchè ha mandato i pazienti in un'altra USL. In questo caso il principio della compensazione diventerebbe la normale evoluzione del superamento della spesa storica.

Arriviamo al terzo punto. La Corte costituzionale ha sancito che le Regioni non possono intervenire sulla determinazione di spesa; ma questo non è vero, perchè esse non possono intervenire finchè il Fondo sanitario nazionale distribuisce secondo il criterio della spesa storica, creando dispa-

rità tra regione e regione. Nel momento in cui i finanziamenti vengono distribuiti razionalmente, si responsabilizzano le Regioni, che saranno costrette, quindi, a provvedersi autonomamente di mezzi per ripianare gli eventuali *deficit* maturati. È ora di finirla di volere tutto ed il contrario di tutto, bisogna garantire a tutti l'indispensabile; se qualcuno poi vuole qualcosa in più dovrà provvedere con i propri mezzi. Sono convinto che se noi avessimo il coraggio di fare queste poche cose, sistemerebbero la sanità nazionale. È necessario farle, perchè non si può continuare su questa strada, con le regioni che cercano di appropriarsi di certi poteri e lo Stato che tenta di riprendersi quello che aveva decentrato, considerando gli organi periferici incapaci di gestirle. Durante il mio incarico a livello di USL ho conosciuto persone di fronte alle quali bisogna levarsi tanto di cappello, persone che svolgono quotidianamente il loro dovere e che a volte devono fare anche dei « salti mortali ». Bisognerebbe premiare queste persone, almeno riconoscendo le loro capacità. Delle persone, invece, che non fanno il proprio dovere — e ce ne sono — bisogna semplicemente disfarsi. Si deve cercare di responsabilizzare, cioè chi sbaglia paga. Questo è un principio elementare, che ci è stato inculcato fin dalla scuola materna; basta quindi riprenderlo ed applicarlo. Come ho già affermato, io ho vissuto la vicenda della riforma sanitaria a vari livelli, dal comune alla provincia, dalla regione alla USL, l'ho vissuta anche a livello ospedaliero, quindi sono giunto alla conclusione che se ognuno facesse il proprio dovere ed il Parlamento si assumesse le proprie responsabilità senza scaricarle alla periferia, le cose andrebbero meglio per la sanità del nostro paese.

BOGGIO. Signor Presidente, onorevole rappresentante del Governo, colleghi, desidero porgere il mio personale saluto agli amici qui presenti, membri di questa Commissione. Questa è la quarta volta che vengo rieletto al Senato e, dopo essere stato membro della Commissione istruzione per tanti anni, in questa legislatura ho chiesto

di essere assegnato a questa Commissione. Così come accadeva alla Commissione istruzione pubblica, della quale sono stato membro — ripeto — per 4 legislature, anche qui, quando si discute il disegno di legge finanziaria, si va al di là di questa. Sono infatti ben poche le occasioni in cui si possono fare queste discussioni.

Quindi, al di là della « finanziaria », essendo presenti il Governo e autorevoli parlamentari, ritengo che debbano essere sottolineate alcune questioni.

Alla battuta di spirito del relatore Melotto, che ringrazio per la sua illustrazione, vorrei aggiungerne un'altra. Qualcuno ha detto che la guerra è una cosa troppo importante per lasciarla ai generali: ugualmente la sanità è una cosa troppo importante per lasciarla agli operatori soltanto, si arriverebbe infatti ad una situazione paragonabile a quella della guerra lasciata ai generali, con tutte le conseguenze che la storia ci ha dimostrato.

Intervengo in questa Commissione non solo come senatore ma anche come malato poichè dal 1976, proprio dall'anno in cui per la prima volta fui eletto parlamentare, sono un invalido e quindi ho avuto modo di sperimentare di persona il servizio sanitario. Posso testimoniare che non è vero (come ha detto qualcuno) che i politici siano trattati meglio degli altri nelle unità sanitarie locali; forse questo sarà vero per alcuni politici, ma posso affermare che gli altri sono trattati come i comuni cittadini. Comunque, non è questo il problema. Non dobbiamo certo farci valere come parlamentari per ottenere un trattamento privilegiato nelle varie strutture pubbliche o private; dobbiamo invece farci valere per la ragione che, con una interruzione molto puntuale, ha fatto presente il senatore Condorelli: siamo poco più di trecento ma possiamo decidere, naturalmente insieme ai colleghi dell'altro ramo del Parlamento e nel rispetto costituzionale del Governo, su molte questioni che già abbiamo cercato di risolvere negli anni passati, senza tuttavia riuscirci, avendo incontrato ostacoli che hanno portato alle attuali innegabili storture.

Non è vero che il sistema sanitario funzioni allo stesso modo in tutto il territorio nazionale; effettivamente vi sono alcune regioni in cui il sistema funziona bene e ciò significa che la normativa vigente consente di ottenere buoni risultati. Purtroppo, però, vi sono anche situazioni che non consentono un buon funzionamento del sistema sanitario per cui è necessario, a mio avviso, intensificare i controlli a livello locale, nonostante la demonizzazione dei controlli. Coloro che sostengono l'inutilità dei controlli sono come quelli che nel 1968 volevano demolire tutto, cercando alla fine di demolire soltanto lo Stato. I controlli sono indispensabili anche nelle USL, non essendo poco frequenti, ad esempio, i casi di primari ospedalieri titolari, magari attraverso le moglie, di pacchetti azionari di case di cura private che si trovano nell'ambito della stessa USL. Quindi, facendosi questi primari falsi propugnatori di un giustizialismo equalitario, spingono con successo per l'abolizione delle cosiddette camere a pagamento, dovendo queste prospere nelle case di cura private. La Magistratura non fa nulla per questo. Ho provato a denunciare tale situazione ma naturalmente non è successo nulla.

Non è neanche poco frequente il caso di primari dai quali si deve passare, versando un cospicuo onorario, quando si sa, ad esempio, che ci si deve sottoporre ad un intervento chirurgico, per ottenere i loro favori; in ogni caso bisogna recarsi prima allo studio di cui essi sono titolari.

Si dice che chi lavora bene deve essere premiato rispetto a chi lavora male. Ma chi è che lo stabilisce? In base a quali criteri? Non sono qui per indicare la soluzione di questi problemi; sottolineo però che questi mali esistono e che, sommati, determinano situazioni di estrema gravità, che sono alla radice della assoluta inefficienza di determinate strutture o della minore efficienza di altre che, viceversa, potrebbero operare in modo assai soddisfacente.

Ma la demagogia trionfa nelle USL dove già si tende a ridurre il numero dei posti-letto. I malati continuano a stare nelle camere a sei posti-letto anche quando vi è la

possibilità di portarle a quattro posti-letto; con la giustificazione dell'insufficienza del personale, si tengono le camere vuote invece di migliorare le condizioni del malato che deve continuare a stare in camere a sei posti-letto. E questo avverrà anche dopo la soppressione dei 36.000 posti-letto proposta, per cui sono molto preoccupato. Ritengo, infatti, che i posti-letto esistenti siano invece pochi complessivamente, se si tengono presenti le insopprimibili esigenze dei lungodegenti ai quali le strutture ospedaliere debbono assicurare un'assistenza adeguata. È vero che la legge prevede la costruzione di gerontocomi, salvo poi fare di questi luoghi dei «lazzaretti», ma è altrettanto vero che, fortunatamente, nonostante l'aumento di gravi patologie cardiovascolari e di tumori che si registra, la durata media della vita è arrivata oggi a 72 anni per gli uomini e a 76 per le donne, e speriamo che aumenti ancora (in ogni caso sono contento che la donna viva più a lungo dell'uomo perchè, a mio avviso, ha un ruolo principale nella società rispetto all'uomo). Vi è quindi l'esigenza di posti-letto per lungodegenti, un problema che tutti conosciamo poichè ha toccato quasi tutte le famiglie italiane. Chi vieta allora che nell'ambito delle strutture ospedaliere si istituisca anche un reparto per lungodegenti, con determinate caratteristiche, diverso dagli altri reparti ospedalieri? Questi veti vengono forse dagli addetti ai lavori, ma la gente non li può e non li deve capire: si deve rifiutare di comprenderli.

Sopprimere posti-letto per poi andare alla ricerca di strutture che accolgano i lungodegenti, senza riuscire a trovarle, lasciandoli così alla mercè di non si sa chi, è forse un disegno che apre la porta alla speculazione in un Paese come il nostro dove già esiste il mercato dei lungodegenti. I più loschi figure che hanno gravitato intorno alla sanità pubblica si stanno organizzando per creare strutture a pagamento per lungodegenti; naturalmente poi otterranno dallo Stato anche situazioni privilegiate.

I trentaseimila posti-letto di cui si parla non sono troppi; devono essere solo ricon-

vertiti; sono convinto che bisogna mantenerli. Perciò sono profondamente contrario ad una loro riduzione. Vi parlo con la mentalità che può avere la gente comune, ma anche con la consapevolezza di chi ha fatto esperienza e di chi ha parlato con alcuni medici degni della massima fiducia e che esprimono preoccupazioni per i posti-letto che verranno soppressi. Questi medici, infatti, sanno come potrebbero essere riconvertiti od utilizzati — nell'ambito degli stessi ospedali — questi posti-letto, checchè ne dica qualsiasi grande autorità nel campo sanitario.

Vi è poi la questione del prontuario terapeutico. Effettivamente esso dovrebbe essere sfolto, però attenzione a come si procederà in questo sfolto, perchè non devono essere lasciati soltanto gli antibiotici, i beta bloccanti, i calcioantagonisti e così via, cioè i cosiddetti farmaci « salvavita », ma devono essere lasciati nel prontuario anche alcuni altri prodotti farmaceutici che interagiscono con altri farmaci. Infatti il farmaco puro non sempre corrisponde alle esigenze terapeutiche moderne, mentre sono sempre più diffuse le associazioni di farmaci; io stesso vivo grazie a una di queste associazioni farmacologiche. Alcuni esperti in questo settore mi hanno spiegato che ridurre drasticamente il numero dei farmaci potrebbe costituire un pericolo per i malati. Per quello che riguarda gli antibiotici, l'uso indiscriminato che se ne è fatto in passato ha permesso la nascita di ceppi di resistenza fra i batteri, e, soprattutto, ha permesso un aumento di alcune condizioni allergiche e di shock anafilattico. Per questo motivo la gamma degli antibiotici deve essere estremamente varia, altrimenti vi saranno difficoltà nel reperire l'antibiotico giusto per quegli ammalati che soffrono di gravi allergie. In questa sede, molti dei colleghi sono anche medici e sono in grado di capire meglio di me questo tipo di problema; comunque, anche se non sono medico parlo a ragion veduta, perchè ho potuto documentarmi, e so di casi di allergia che sono tuttora oggetto di studio.

Per quello che riguarda alcune carenze

della sanità — questione sulla quale troppo spesso si è voluto calare il sipario — ho ancora qualcosa da aggiungere. Attualmente ci stiamo occupando del problema AIDS, ed è giusto, perchè ritengo che gli stanziamenti non siano mai abbastanza per fronteggiare la diffusione di questo terribile morbo. Ritengo, però, che ci stiamo dimenticando di un'altra terribile malattia: la tubercolosi. Desidero portare qui la protesta di una associazione di *ex* tubercolotici, i quali ritengo assurda la chiusura di tutti gli ospedali pneumologici, destinati alla cura di questo tipo di pazienti. Non voglio citarne il nome, ma un'illustre personalità dell'università di Milano, un igienista, è venuto nella mia città, dove esiste un caso di questo genere; in quella occasione, questo igienista ha fatto alcune considerazioni su questa malattia, peraltro suffragate da molti elementi che ho potuto raccogliere in proposito, ed anche dall'esperienza di *ex* tubercolotici. Ho appreso che è molto pericoloso ricoverare gli ammalati di tubercolosi negli ospedali comuni. È pericoloso non solo per gli altri pazienti e per le altre persone che frequentano questi ospedali, ma anche per gli stessi tubercolotici i quali hanno bisogno di maggiore spazio che non un semplice posto-letto, dato che si tratta di malati lungodegenti. Desidero che questo problema della tubercolosi rimanga a verbale; so che se ne è occupato anche il Ministro della sanità, dato che in base ad alcune statistiche questa malattia sta nuovamente diffondendosi, quindi non è stata ancora vinta. Una volta esistevano delle strutture specializzate per la cura della tubercolosi, poi, molte di queste sono state chiuse, perchè la malattia sembrava quasi del tutto vinta. Adesso, che i malati di tubercolosi sono di nuovo in aumento, non ci sono più le strutture idonee; in Piemonte, ad esempio, a questo riguardo la situazione è catastrofica.

Per quanto riguarda le malattie mentali, faccio solo qualche accenno, anche se le considerazioni da fare sarebbero molte, purtroppo però il tempo è limitato. Basta girare per le strade per rendersi conto in quale situazione si trovano, oggi, i malati

di mente. Ora, non dico che si debba tornare alla vecchia struttura manicomiale, ma dato che sono state previste alcune strutture, che si facciano! Il nostro disegno di legge finanziaria dovrebbe occuparsi anche di questo problema, che è profondamente sentito. Esistono delle associazioni, che annoverano nei loro ranghi persone di tutte le tendenze politiche, che si occupano sia dei malati di mente sia delle loro famiglie perchè sono praticamente abbandonati a sè stessi.

Mi avvio alla conclusione dichiarandomi d'accordo con chi sostiene che gli operatori di secondo livello dovrebbero diventare la struttura portante degli ospedali, in mancanza di personale più qualificato; il numero di questo tipo di personale sta diminuendo, perchè diminuisce l'affluenza ai corsi di formazione. Nella mia città, ad esempio, questi corsi un tempo venivano tenuti ogni anno, mentre oggi vengono fatti ogni due anni anche per la mancanza di studenti che non vengono più incoraggiati a frequentare questi corsi. La responsabilità di tutto ciò è da addebitare in parte anche alla classe politica che permette che ciò avvenga.

Per quello che riguarda la prevenzione, ritengo che essa si possa fare anche negli ambulatori ospedalieri; ma questi sono estremamente carenti di personale e funzionano sempre più a regime ridotto! Questo dato è riscontrabile in quasi tutti gli ambulatori ospedalieri d'Italia, quindi sarebbe il caso che si facessero degli accertamenti.

Sono state assimilate e depotenziate all'interno delle USL strutture che erano della massima importanza, come i laboratori provinciali di igiene e profilassi e come l'ex-ENPI. Vi sono città in cui nessuno oggi si interessa più della prevenzione, di cui prima si occupava questo Ente. Ho già denunciato questi fatti pubblicamente, ma si continua a non fare nulla in questo campo. È una vergogna dover sopportare una situazione di questo genere.

CONDORELLI. Signor Presidente, onorevole Sottosegretario, onorevoli colleghi, per

la verità, ascoltando gli interventi che oggi si sono succeduti, mi chiedo dove fosse la maggioranza. Infatti, non solo da parte dell'opposizione, ma anche da parte della maggioranza sono state espresse pesanti critiche sulle disposizioni in materia sanitaria contenute nel disegno di legge finanziaria.

Certamente questo è un problema per noi ora molto delicato. A proposito dell'imbarazzo espresso dal senatore Gualtieri — che mi spiace adesso non sia presente — vorrei sottolineare che a questo punto l'imbarazzo è anche nostro; questo è un problema che, a mio avviso, dovremo chiarire fra di noi.

La prima osservazione che vorrei fare è che in fondo questo è un provvedimento che è stato approvato dal Consiglio dei ministri e in quella sede il Partito repubblicano avrebbe potuto fare i suoi rilievi. Ma adesso ci troviamo a discutere di tali questioni e dobbiamo in qualche modo affrontarle.

Ho molto apprezzato la relazione del senatore Melotto che, data la sua esperienza come amministratore, ha affrontato con molta competenza ed obiettività la materia. Egli ha infatti messo in rilievo sia gli aspetti positivi sia quelli che meriterebbero una maggiore riflessione da parte nostra.

Comunque, nel mio breve intervento non mi soffermerò sui problemi del Servizio sanitario nazionale e sulla questione della riforma perchè ci porterebbe molto lontano. Quindi, vorrei fare inizialmente solo una breve considerazione.

A mio avviso — e lo dico con molta convinzione — dalla riforma sanitaria in poi nessun ministro ha mai dimostrato l'intenzione di voler incidere così profondamente sulla riforma con una serie di norme, tutte di grande valore dal punto di vista etico perchè volte a ripristinare nel Servizio sanitario italiano valori essenziali quali il rispetto per la sacralità della vita, in cui tutto viene ricompreso, quindi anche la preservazione della salute, nonchè il grande rispetto che dobbiamo avere per l'uomo, soprattutto quando è malato. Questi sono i principi ippocratici che ci guidano. Vorrei

ricordare ancora una volta che la riforma sanitaria approvata nel 1978 è la normativa in questo campo più completa ed umanitaria che vi sia nel mondo, pur con tutte le critiche che si possono fare al riguardo. Nel mondo non esiste una normativa in materia sanitaria come quella italiana, così profondamente ispirata a principi umani ed incentrata sul rispetto della persona umana, e di questo bisogna dare atto a tutti coloro che vi hanno collaborato, sia laici che cattolici. Tutti infatti ci ritroviamo in questi valori, che sono quelli fondamentali della Costituzione. Quindi è un'eredità non solo della cultura cattolica ma anche di quella laica.

La nostra opera pertanto deve essere sempre volta a salvaguardare questi principi. Quindi, per la sanità, proprio per la natura stessa del servizio che deve svolgere, dobbiamo fare un discorso assolutamente prioritario; se necessario, si farà qualsiasi sacrificio, in futuro si quadruplicheranno magari le tariffe ferroviarie, ma — lo ribadisco — per quanto riguarda questo settore dobbiamo fare un discorso assolutamente prioritario. Tuttavia, occorre sottolineare che, nell'applicazione di tali principi, si sono verificate disfunzioni, anche perchè nel frattempo, onorevoli colleghi, sono avvenuti cambiamenti.

È infatti mutata la domanda sociale; il tempo passa, le esigenze cambiano. È aumentata l'offerta di prestazioni sanitarie sempre più sofisticate con il conseguente aumento dei costi. Quindi, per poter assicurare a tutti, anche ai più diseredati, adeguati livelli di assistenza, dobbiamo fare insieme, maggioranza e opposizione, uno sforzo per individuare i settori in cui vi sono sprechi, cercando di risparmiare laddove è possibile. Tuttavia vorrei sottolineare che non è il risparmio il principio che ci deve guidare; a volte, infatti, questa Commissione mi sembra una sottosezione del Tesoro. Qui si parla di problemi assai delicati riguardanti la salute dell'uomo che, quando è malato — e non è retorica — diventa veramente un dio, merita tutta l'attenzione da parte della società. Questo

deve essere un principio fermo, quello che dobbiamo sempre tenere presente.

Comunque, vi sono certamente disfunzioni che devono essere corrette.

Vi è poi un altro aspetto molto importante, a mio avviso: la figura del medico nella società. Indubbiamente, proprio per questa trasformazione della domanda sociale, il medico del Servizio sanitario nazionale oggi si trova in una situazione particolare: se è vero che a volte è tentato in una situazione particolare: se è vero che a volte è tentato a non agire in modo corretto, è altrettanto vero che spesso si trova nelle condizioni di non poter svolgere adeguatamente una sua funzione, e questo l'ho già detto tante volte anche nella precedente legislatura. Pensate al sistema della quota capitaria, che non è certamente ideale. La quota prevista per ciascun assistito è ridicola, certamente inferiore a quella che ogni mese diamo al nostro barbiere. È ovvio quindi che per il medico, che riceve una quota minima per ogni assistito, quando questo diventa malato, diventa un peso, con le conseguenze di cui parlerò. Pertanto, tra il medico ed il paziente si crea un rapporto burocratico, che è anomalo: il medico non ha più quel rapporto che dovrebbe avere con il suo assistito il quale, a sua volta, non ha alcuna considerazione per il suo medico. Vi è quindi la rottura di un rapporto etico, il che poi è alla base di tante disfunzioni, ed è difficile ricostruirlo.

Hanno ragione i colleghi che lo hanno sottolineato. Quando il numero dei medici è eccessivo, secondo me, anche questo fattore contribuisce a creare un cattivo servizio, perchè vale la legge del mercato: più medici ci sono e più malattie si devono inventare, altrimenti questi professionisti non possono sopravvivere. Senza alcuna demagogia dobbiamo dunque affrontare questo problema, cioè fare qualcosa perchè venga introdotto il numero programmato nella facoltà di medicina. So che i colleghi comunisti sono contrari all'introduzione del numero chiuso, così come sono contrari alcuni colleghi del mio Gruppo. Teniamo presente, però, che siamo in ritardo rispetto

alle università delle altre nazioni nella creazione dei cosiddetti diplomi intermedi. Oggi, i tecnici sanitari sono preziosissimi, non hanno niente a che vedere con gli infermieri — tra l'altro siamo carenti anche di questo tipo di personale —, hanno dei compiti importantissimi, di alta specializzazione (ad esempio, l'informatica applicata alla medicina), sono persone che devono usare apparecchiature molto sofisticate, che lo diventeranno sempre di più e che un medico qualsiasi non sarà mai in grado di usare. Questo, tra l'altro, è un settore in espansione, che creerà nuovi posti di lavoro, quindi dobbiamo fare in modo di preparare questi corsi di formazione parauniversitari. Chi lavora nei reparti ospedalieri sa benissimo quale importanza rivestano questi tecnici; infatti, se manca uno di questi si ferma tutto, mentre se manca un medico si può andare avanti ugualmente. Anche il problema riguardante la carenza di personale infermieristico è molto sentito. Come mai ci sono sempre meno persone che scelgono questo tipo di professione? Probabilmente non siamo riusciti a dare gli incentivi adeguati, di elevare la dignità professionale dell'infermiere. Ora, i modi per risolvere questi problemi ci sono. Si è visto, infatti che sia nelle norme della « finanziaria » che nel decreto sul ruolo medico e sulle incompatibilità — ed anche nei provvedimenti di cui ha parlato il Ministro — il filo conduttore è quello di ridare efficienza al servizio sanitario nazionale ed anche una maggiore dignità alla professione medica.

Un altro concetto, secondo me molto importante, è quello dell'autonomia con maggiori responsabilità. Qui si è parlato molto dei difetti degli ospedali, ma soprattutto di quelli delle università. È vero, queste carenze esistono, ma a cosa sono dovute? Sono dovute ad una gestione autonoma senza responsabilità. In fondo chi sono i famosi « baroni »? Sono quelle persone che hanno il potere di fare quello che vogliono senza subire però gli eventuali effetti negativi delle loro azioni. L'università, in particolare, ha questo grande difetto — ne ac-

cennava anche il collega Sirtori — che è all'origine di molte disfunzioni del sistema. Ricordo di avere letto che in un dibattito parlamentare del 1884, Guido Baccelli — che era professore di clinica medica a Roma e ministro della pubblica istruzione — proponeva di adottare per le nostre università il modello anglossassone, in cui è presente una larga autonomia ma anche le conseguenti responsabilità; in questo modo, le università avrebbero avuto maggiore interesse a fare emergere persone di valore, proprio perchè questo avrebbe dato maggiore prestigio e valorizzato la stessa università. Silvio Spaventa, grande filosofo del tempo e parlamentare, durante quel dibattito si oppose a questo sistema, perchè l'Italia si era unificata da poco e una soluzione del genere, all'epoca, avrebbe potuto incrinare il sentimento unitario che era appena sorto. Oggi, questo problema non esiste più, perchè non vi sono dubbi sulla lealtà delle persone nei confronti dello Stato, infatti tranne qualche sporadico caso di terrorismo, questo sentimento unitario e lo Stato non sono stati più messi in discussione.

Lo stesso senatore Melotto, nella passata legislatura, aveva avanzato una proposta che ritengo giusta riguardo agli ospedali. Se noi introduciamo dei professori con dei contratti che scadono dopo 3-5 anni — e questo vale anche per gli amministratori e per gli operatori sanitari — forse si riuscirà ad avere del personale che fa il proprio dovere ed è quello che avviene in tutte le università nordamericane, anche in quelle finanziate dallo Stato. Per quanto riguarda, invece, gli amministratori, questi non devono essere coinvolti nell'attività del mondo universitario, perchè l'amministratore deve essere al di sopra e al di fuori. Infatti io avanzo delle grosse critiche a quegli universitari che, per legge, vogliono entrare a far parte dei consigli di amministrazione delle università, perchè questo è solo un modo per creare potere. In questo erano più intelligenti nel Medioevo, perchè la carica di rettore dell'università era rivestita da uno studente, non certo da un profes-

re, questo perchè erano gli stessi studenti che finanziavano l'università, per cui era nel loro interesse fare in modo che l'amministrazione universitaria funzionasse bene.

Questi sono fatti paradigmatici che ci fanno capire l'importanza del problema della eccessiva autonomia senza responsabilità (parlo anche di quella civile e penale), che si ripercuote anche sui concorsi. Questo tipo di gestione crea degli effetti negativi, poi, non solo sul lato economico, ma anche su quello della funzionalità e del prestigio. Ecco perchè riteniamo indegna la cooptazione dei professori universitari; abbiamo presentato anche delle interrogazioni in proposito, ma non siamo stati ascoltati. Quindi continuano a prevalere gli interessi corporativi, che fanno preferire ad un probabile premio Nobel il proprio allievo. Paradigmatico è il caso di Rubbia il quale è stato regolarmente respinto fino a uno o due anni prima che ricevesse il premio Nobel.

Anche in altri concorsi universitari sono avvenute cose di questo tipo; adesso ad un concorso di associato, che poi si dà a chiunque, è stato bocciato Vizzetto, lo scopritore dell'agente «delta»; sono cose di una gravità eccezionale perchè non esiste il principio della responsabilità, l'autonomia ci deve essere ma deve essere responsabile. Allora cerchiamo di trovare una soluzione; il Ministro ha ipotizzato questa via che io accetto come esigenza di cambiamento, poi si tratterà al momento opportuno di vedere che cosa dobbiamo fare.

Fatte queste premesse voglio entrare nel vivo della questione rimanendo però aderente al problema della finanziaria. C'è un'anomalia di fondo che è stata denunciata da tutti, sia dalla maggioranza che dall'opposizione, sulla questione della non congruità della cifra stanziata che è minore di ben 4.000 miliardi rispetto a quella che dovrebbe essere la vera esigenza, perchè il Ministro spera che le future leggi di attuazione potranno in un certo qual modo consentire un risparmio. Indubbiamente questa è un'anomalia, però, dato che il Ministro non è un ingenuo, è chiaro che un motivo ci deve essere. Il motivo, a mio av-

viso, è innanzitutto che se anche si prevedesse la cifra congrua — come è stato chiarito anche dal collega Azzaretti — con il sistema attuale di amministrazione della sanità si sballerebbe ugualmente ed allora è meglio tenersi un po' indietro perchè esiste il bilancio di assestamento. Non vi scandalizzate, se lo stato ha creato questo strumento, evidentemente può essere anche utilizzato. Si potrebbe trattare in realtà anche di una spinta da parte del Parlamento per realizzare queste leggi, che resteranno però sulla carta perchè quello che mi spaventa è questa opposizione preconstituita, questo rigetto, il non volere neanche prendere in considerazione l'ipotesi che il Ministro della sanità ha avanzato. Tutto questo non lo capisco, a me piace il confronto, vengo dal mondo della ricerca e della sperimentazione e quindi non accetto questo tipo di discorso. Certo, una critica generale la dobbiamo anche fare perchè il Parlamento in questi campi non ha mai usato il metodo della scienza che è poi quello della sperimentazione, mentre ritengo che seguire il metodo della ricerca sia utile. Io infatti sento fare delle affermazioni apodittiche, questo si fa così e si risolve il problema: rimango ammirato ma nello stesso tempo sgomento perchè non sarei capace di trovare soluzioni così radicali, così decise e così sicure in problemi di tanta delicatezza che coinvolgono molte persone.

Noi parliamo sempre dei medici e degli amministratori ma dimentichiamo le responsabilità degli utenti. Questi ultimi hanno delle responsabilità perchè debbono conoscere cosa è il servizio sanitario, forse non lo sanno neanche i medici, ma io vorrei spiegare alla gente come si usa un servizio, questa è una parte molto importante e un paese civile deve conoscere queste cose. Ci sarà una carenza da parte nostra ma anche la società civile ha le sue colpe in una disfunzione di un sistema.

Questa è la prima considerazione. Per quanto riguarda la questione dei 36.000 posti letto che ha sollevato scandali terribili, noi abbiamo sempre parlato dell'eccesso di ospedalizzazione, degli ospedali che sorgono come funghi, dei Ministri che si fanno

costruire nei loro paeselli ospedali grandiosi: allora è giunto il momento di trovare un sistema per ridurre questo eccesso di potere. Intendiamoci, non si tratta di vere e proprie riduzioni di posti perchè nella seconda parte della legge si parla di istituire ben 140.000 posti letto per anziani, quindi non riduciamo niente, semmai si tratta di eliminare dei posti che non sono utilizzati per destinarli altrimenti. Vorrei notare una cosa, onorevoli colleghi, ho ascoltato interventi concernenti l'area settentrionale, riguardante regioni di grande efficienza, ma le cose non stanno così nel settore meridionale del Paese. Le Regioni non sono attente nello svolgere questo lavoro e allora i poteri sostitutivi ci vogliono, abbiamo sempre detto che l'Italia è un paese «a pelle di leopardo», che ci sono queste disfunzioni e che vanno riviste. Quindi, scavalchiamo le Regioni perchè altrimenti questo regionalismo diventa feticismo; perchè dobbiamo anteporre l'interesse della gente alla logica degli ordinamenti? Questo non lo capisco; forse la mia attività di medico mi porta ad essere eccessivamente pragmatico però io dico che se dopo tanti anni molte regioni hanno dimostrato di essere inefficienti, troviamo un altro strumento valido. Da qualche parte si dice che si scavalca il Piano sanitario ma, cari colleghi, con il Piano sanitario nazionale non ci arriveremo mai; è stato un evento straordinario il fatto che in Campania, soltanto alcuni giorni fa, da quando sono state create le Regioni, è stato varato un Piano sanitario. Questa è la realtà e poi vediamo, nell'applicazione, che non tutto quello che è scritto viene attuato. Al momento dell'attuazione sorgeranno mille problemi quando anche noi come parlamentari saremo presi in una morsa per cercare di impedire che il piccolo ospedale sia chiuso perchè poi il sindaco non ci dà i voti, noi queste cose le viviamo sulla nostra pelle, sono realtà che esistono. Quindi si sarà trattato di un atto forte che però è stato spinto da un'esigenza etica e morale e pertanto io non trovo niente da ridire su una presa di posizione anche così energica che il Ministro ha voluto prendere in quest'occasione.

Anche la questione delle piante organiche, onorevoli colleghi è una cosa che va definita. Voi sapete che abbiamo piante organiche superiori a quelle dei paesi più avanzati, mi sembra che proprio oggi sia stato ricordato, gli Stati Uniti non arrivano agli organici che abbiamo noi, non solo, sento dire che sono state fatte molte irregolarità, che queste piante organiche vengono gonfiate e sgonfiate con la collaborazione un po' di tutti, medici ed amministratori. Esiste una situazione di disagio nella quale è bene mettere ordine; a mio avviso è un compito del Ministro della sanità che deve assolutamente trovare dei parametri, gli *standards* non possono essere che nazionali.

Per quanto riguarda la questione della limitazione dell'ospedalizzazione rimango un po' perplesso perchè vedo che esiste una iperospedalizzazione i cui motivi dobbiamo analizzare attentamente. In primo luogo il medico ha un rapporto con i suoi assistiti, quando gli assistiti diventano malati sono un peso per il medico e questi pertanto tende ad ospedalizzarli.

Quindi, questo è il primo punto.

Sono state introdotte norme sanzionatorie che non hanno alcun valore. Infatti, nessun giudice potrà mai dare torto al medico che, non essendo sicuro della propria diagnosi, richiede il ricovero del malato. Ed è ovvio che sia così. Determinate decisioni — badate bene — potrebbero avere conseguenze gravissime. Del resto, non facciamo altro che ripetere alla gente di non chiamare il medico quando si sente veramente male ma di correre immediatamente all'ospedale. Nel caso delle cardiopatie, ad esempio, l'ospedale è spesso l'unica possibilità di salvezza: quanti si sono salvati proprio perchè non hanno aspettato il medico e sono corsi all'ospedale! Oltre il 50 per cento delle persone colpite da infarto del miocardio muore prima di arrivare in ospedale perchè si fanno passare una o due ore. Quindi, ripeto, in caso di malore bisogna andare subito in ospedale, senza neanche aspettare l'ambulanza. Se poi non è nulla di grave, tanto meglio; saranno comunque i medici a stabilire se è necessario

procedere al ricovero o meno. Ma noi non possiamo creare queste preoccupazioni nel medico, il quale svolge compiti tanto delicati, soprattutto quando si trova di fronte a patologie acute. Quindi, su questo punto ho gravi perplessità.

La gente poi si rivolge alle strutture ospedaliere anche perchè vi trova le migliori competenze sanitarie. Oggi l'assistito non ha sempre una estrema fiducia nel suo medico di base, ma pur avendo di lui stima e riconoscenza, può avvertire in alcuni casi l'esigenza di sentire il parere di un altro medico, per cui, se non ha i soldi per pagare l'onorario del consulente, è chiaro che va in ospedale, dove bene o male trova un apparato adeguato. Infatti, onorevoli colleghi, checchè se ne dica, negli ospedali italiani vi sono ottimi medici, veramente preparati, i quali peraltro lavorano in condizioni disastrose in alcuni casi e sono pagati dallo Stato — diciamo la verità! — in modo indecente, per cui cercano di guadagnare qualcosa svolgendo al di fuori delle strutture sanitarie pubbliche l'attività professionale. E a proposito dei medici che svolgono privatamente la professione, che vengono continuamente attaccati per questo, vorrei far presente che sono le persone a rivolgersi al medico di fama, non è lui che le va a cercare, e non capisco per quale motivo non dovrebbe chiedere un onorario adeguato.

Comunque, se si vuole evitare questo, dobbiamo creare delle strutture dove il cittadino possa trovare maggiori competenze sanitarie specifiche senza ospedalizzarsi. Troviamo una soluzione a questo problema. Esiste comunque questa esigenza, per cui se non si crea un sistema intermedio che consenta di avere anche consulenze altamente qualificate, il ricorso all'ospedale sarà sempre molto frequente.

Per tutte queste considerazioni, devo esprimere perplessità circa le disposizioni relative al contenimento della ospedalizzazione.

Anche la previsione del termine di cinque giorni per l'accesso alle strutture pubbliche prima di poter accedere a quelle convenzionate per le prestazioni di diagno-

stica strumentale e di laboratorio pone una questione delicata. A volte infatti c'è urgenza di conoscere subito un dato di laboratorio, come ad esempio nel caso di pazienti portatori di valvole cardiache artificiali in cui è indispensabile conoscere immediatamente il tasso di protrombina altrimenti rischiano di morire per un'emorragia cerebrale o di altro tipo; per non parlare poi del caso di diabetici, di uremici o di anemici che hanno bisogno di un pronto intervento.

Vi sono aspetti veramente assai delicati, quindi è necessario considerare con molta attenzione questi punti.

Ugualmente devo esprimere dubbi sulle norme relative alla possibilità di accesso alle convenzioni da parte delle società di capitali in quanto si possono determinare situazioni di difficoltà per i medici. Abbiamo detto che i medici sono molti e, anche se esercitano un'attività al di fuori delle strutture sanitarie, non dobbiamo creare sistemi sleali di concorrenza. Quindi, su questo punto farei molta attenzione. Ad esempio, se quattro persone si mettono insieme per conto di una società con un capitale di miliardi, è chiaro che sbaragliano un enorme numero di medici, che poi di questo vivono. Pertanto, ritengo che anche questo punto vada rivisto.

Inoltre, ritengo inutile la previsione di quadruplicazione dei *tickets*. Comunque, secondo me, un problema molto importante è quello delle analisi. In particolare, per quanto riguarda le analisi effettuate in tempi ravvicinati, se il malato non è diabetico, uremico, non ha una grave insufficienza epatica o comunque non è affetto da patologie tali da richiederle, credo che in questo caso sia necessario intervenire. Infatti, io stesso, svolgendo la professione di medico, ho potuto constatare che non c'è paziente che non si presenti con tutte le analisi già fatte, anche se non tutte sono necessarie. Ma ormai c'è questo modo di fare, per cui sarebbe necessario un intervento più razionale in questa materia per cercare di porre un freno a tutto questo, nonchè intervenire sui controlli di qualità, che sono fondamentali.

Un'altra questione molto importante è, a mio avviso, quella riguardante il destino delle attrezzature. Le disposizioni relative allo stanziamento di 30.000 miliardi in conto capitale alla sanità costituiscono un fatto di enorme interesse storico. Onorevoli colleghi, basterebbe solo questo! Magari avessimo un ministro della pubblica istruzione come Donat-Cattin che facesse quello che sta facendo per la sanità! Ieri ho sentito il ministro Galloni che annunciava lo stanziamento di 340 miliardi per la ricerca scientifica: cose veramente ridicole. Sono stati stanziati — lo ribadisco — 30.000 miliardi in sei anni per la sanità: ciò significa veramente rinnovare tutto ed è, ripeto, un fatto di enorme importanza storica. Vogliamo aiutare il Ministro a fare questa operazione? Mi chiedo perchè dobbiamo rispondergli subito negativamente. Non vedo un motivo razionale per prendere questa posizione così dura. È un fatto così rivoluzionario! Certo, deve anche essere un'occasione — che poi si potrà approfondire — per verificare la corretta distribuzione di questi fondi. In Italia infatti si verifica un fenomeno stranissimo. Il destino delle attrezzature è fatalmente legato alla qualità di chi dirige le strutture, nel bene e nel male (e questo avviene anche nell'Università), per cui queste attrezzature rendono moltissimo solo se si tratta di una persona particolarmente valida. Allora, tutto deve essere legato al *curriculum* di chi opera, e questo è un concetto molto importante. Peraltro, con intento provocatorio, perchè nessuno prenderà in considerazione queste cose, ho presentato anche un disegno di legge sulla ricerca universitaria basato proprio su questo: il personale docente deve essere valorizzato, non per il grado accademico che ha, ma per le sue qualità; quindi, bisogna accordare finanziamenti a chi presenta un piano di ricerca qualificato, per il cui svolgimento vengono temporaneamente destinati i locali e le attrezzature; cioè dovranno essere valorizzati i piani di ricerca finalizzati presentati e accolti di volta in volta e per quattro o cinque anni i finanziamenti e le attrezzature verranno assegnati allo studioso che ha presentato il

progetto. Questo problema esiste, come in tutte le Università moderne, e deve essere affrontato.

Deve esistere questo problema, così come esiste in tutte le università moderne. Negli Stati Uniti i professori vengono addirittura cooptati dalle Università, proprio in funzione di quello che è il loro prestigio e dei soldi che hanno ricevuto dalle istituzioni, perchè questo dimostra il valore e la ricchezza che quel professore porta all'interno di quella struttura.

Un problema secondo me molto importante, ma che non riguarda la «finanziaria», è quello della ricerca e della valorizzazione di questa negli ospedali come fonte e mezzo di insegnamento, perchè la cultura non si può ingabbiare, chi ha capacità e creatività deve poterle esprimere. Ci vuole un intervento molto coraggioso in questo senso; coloro che possono temere un intervento di questo genere sono solo dei mediocri, non certo delle persone intelligenti. Questa valorizzazione è necessaria sia negli ospedali, che nelle stesse università. Questo tipo di apertura non deve essere data a tutti, ma solo a quelle strutture, riconosciute da una commissione di indagine, che possiedono i mezzi e le condizioni per fare della ricerca, ma soprattutto ad ospedali ed università che si avvalgono dell'opera di persone veramente valide e capaci di svolgere questa attività.

Sul problema della ricerca scientifica poi, sono d'accordo con quanto affermato dal senatore Melotto, perchè è vero che al riguardo vi è una certa dispersione dei finanziamenti nella tabella 19. Una politica sulla ricerca biomedica in Italia è praticamente inesistente, e questo è molto grave. Tale aspetto della sanità è tutto da riorganizzare, occorre un sistema molto diverso, tenendo presente che esistono due tipi di ricerca: una è quella finalizzata per un qualche interesse strategico nel Ministero della sanità, l'altra è quella spontanea — secondo me fondamentale — che deriva dalla creatività del singolo individuo e che deve essere promossa negli ospedali. Se noi valorizziamo la ricerca negli ospedali ne trarranno beneficio tutti, sia l'università sia

la gente che usufruisce dei servizi ospedalieri. A questo proposito, quindi, bisogna finirla con le corporazioni e con le prese di posizione.

Per quanto riguarda le norme per la realizzazione di residenze per anziani, devo dire che questa è una proposta interessante, però stiamo attenti perchè in questo modo possiamo creare emarginazione per gli anziani. Avremo occasione di approfondire questo argomento, signor Presidente, quindi farò solo qualche osservazione in proposito. In Italia non facciamo altro che prendere provvedimenti per gli anziani, ma finora questi sono serviti soltanto ad emarginarli sempre di più. Abbiamo praticamente inventato la categoria sociale degli anziani, che è diventata ormai una costruzione fetecchia della nostra società, abbiamo voluto creare un momento storico particolarmente attraverso le norme per il pensionamento. Secondo me bisognerebbe invece utilizzare le persone fino a quando queste hanno la capacità e il desiderio di farlo. È opportuno perciò lasciare libertà di scelta alle persone giunte all'età pensionabile. Perchè emarginare questi individui di 60-65 anni? È chiaro che in questo modo tali persone diventano un problema sociale. In Svezia ad esempio si riduce l'orario di lavoro per queste persone, ma non si costringono ad andare in pensione, per cui chi vuole continuare a lavorare dopo i 60 anni può continuare a farlo tranquillamente. In Italia si gridò allo scandalo quando si propose di far lavorare i primari fino a 70 anni. Secondo me invece non c'è niente di scandaloso, perchè queste persone possono svolgere la loro professione anche in soprannumero, magari riducendo l'orario di lavoro. Vi rendete conto, cari colleghi, quale bagaglio di esperienza hanno queste persone alle spalle? Un medico anziano, con tutta la casistica clinica che ha accumulato nel tempo, e che non si può certo studiare sui libri, diventa un bene prezioso per l'ospedale e per la società in generale.

Ritengo valido l'impianto di questo disegno di legge finanziaria anche se forse necessita di qualche ritocco; è valido anche il programma legislativo che prevede dei

provvedimenti in parte attuati ed in parte da attuare. Su questi ultimi il Parlamento dovrà discutere ed approfondire alcuni problemi, ma sono sicuro che costituiranno, se approvati, un fattore positivo per la sanità italiana.

PRESIDENTE. Senatrice Marinucci Mariani, vorrei pregarla, appena le sarà possibile, di fornire al senatore Melotto e agli altri membri della Commissione i chiarimenti che le sono stati richiesti, tenendo presente che la Commissione tornerà a riunirsi questo pomeriggio alle ore 16,30.

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità.* Signor Presidente il motivo per cui mi sono permessa di allontanarmi è stato proprio quello di telefonare al Ministero per tentare di ottenere nel più breve tempo possibile le risposte ai quesiti che mi sono stati posti. Ho però la sensazione che sarà molto difficile avere queste risposte nel pomeriggio di oggi.

PRESIDENTE. Senatrice Marinucci Mariani, terremo conto di questa sua dichiarazione.

Poichè non si fanno osservazioni, il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge, nonchè della tabella 19, è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 14,00.

MERCOLEDÌ 14 OTTOBRE 1987

(Pomeridiana)

**Presidenza
del Presidente ZITO**

I lavori hanno inizio alle ore 16,35.

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)»
(470)

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990» (471)

— Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione) (Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)» e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990 - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno 1988 (Tabella 19)».

Riprendiamo la discussione sospesa nella seduta antimeridiana.

ZUFFA. Signor Presidente, onorevoli colleghi partirò da alcune osservazioni particolari che derivano da una mia esperienza personale di quando ero amministratrice in una Usl. Già allora, infatti, mi occupavo di progetti-obiettivo di cui ero molto interessata, perchè mi sembravano la parte più viva dei progetti di riforma che noi ci apprestavamo a mettere in piedi. Partendo, quindi, da questo ero anche abbastanza interessata alle dichiarazioni che il Ministro fece, in occasione delle comunicazioni rese alla Commissione il mese scorso, annunciandoci che erano state costituite alcune commissioni ministeriali che avrebbero dovuto occuparsi dei progetti specifici riguardanti gli anziani, i tossicodipendenti e gli handicappati. Credo che era uno sforzo anche condivisibile quello di individuare delle priorità, tanto che mi sono immediatamente domandata come mai — dato che la legge n. 595 del 1985 ha anche altre priorità — si andasse a questa scelta di priorità. Ritengo che la domanda che mi sono posta sia una domanda legittima, perchè la legge n. 595 fa riferimento anche alla salute della donna, alla salute mentale e via dicendo. Credo, però, che non sia questo il discorso che possa interessare in prima battuta.

L'osservazione che desidero fare è questa: con l'impostazione del disegno di legge finanziaria e, forse ancora di più, con il progetto — che fu, allora, illustrato dal Ministro ed approvato poi dal Consiglio dei ministri — di riforma delle unità sanitarie locali mi sembra che si vanifichino ampiamente le buone intenzioni. In sostanza, desidero fare un discorso che tende a lanciare un grido di allarme sul fatto che è impossibile agire correttamente nell'individuazione anche di priorità nei progetti-obiettivo, se non si ha una visione certa del governo della sanità e se si abbandonano alcune idee-forza contenute nella legge n. 833 del 1978 per quanto riguarda il governo della sanità.

Ritengo che l'osservazione che faceva stamattina il senatore Gualtieri quando si domandava quale sia l'istituzione sanitaria portante, perchè questo è un punto di certezza fondamentale se si vuole impostare ed anche finalizzare la spesa, acquista, a mio parere, un rilievo particolare quando si vuole intervenire a sostegno dei sistemi che sono culturalmente più deboli per tradizione nella organizzazione sanitaria. Credo che se andasse avanti l'idea — che ci fu allora presentata e della quale si è discusso anche stamattina — di mutare il quadro istituzionale in una logica di scorporo di pezzi del governo della sanità (si parla di scorporo degli ospedali e della stessa prevenzione, ma su questo punto tornerò a parlare più tardi) si abbandonerebbe il principio del governo unitario del sistema, cosa che inevitabilmente toglierebbe spazio a quei settori tradizionalmente meno forti, settori che non solo sono culturalmente più deboli — come dicevo poco fa — ma prevedono interventi più complessi, perchè implicano interventi di prevenzione ed una grande integrazione con il sociale: pensate, ad esempio, a tutta la tematica della maternità e a quella degli anziani. Ora, rifacendomi alle dichiarazioni fatte dal Ministro, non vorrei che qui si giocasse sull'equivoco. A me colpì molto, ad esempio, il giudizio che venne dato in quell'occasione sulle unità sanitarie locali; infatti si disse che queste avevano una scarsa vocazione

per l'igiene pubblica e per la prevenzione. Infatti, partendo da questa analisi, veniva avanzata l'idea di scorporare l'attività operativa dei servizi di prevenzione e di affidarli all'ISPESL. Intanto credo non sia giusto fare un discorso così generico, perchè esistono delle differenze tra una USL ed un'altra; inoltre, vi sono delle USL che in alcune regioni hanno predisposto il piano sanitario, che hanno cioè manifestato, in qualche modo, una volontà di programmazione ed hanno creato dei servizi — e badate che sono servizi nati in totale assenza di una cultura di interventi organici nel settore della prevenzione nei luoghi di lavoro —; quindi tra le piccole e grandi difficoltà che hanno incontrato sono giunte a creare un primo nucleo di servizi, delle prime linee e idee di intervento in questo settore, prima assolutamente inesistenti. Ciò non significa che si debba migliorare, ma deve essere chiaro come si può migliorare.

Ripeto, dunque, che se si va verso una logica di scorporo di quelle strutture che sono tradizionalmente forti, come quelle degli ospedali, se si separano queste strutture dai servizi sul territorio — tra l'altro vi è anche l'intenzione di scorporare la prevenzione — ci si avvia nuovamente alla creazione di compartimenti stagni, nel governo della sanità. Ritengo che in tal modo ogni compartimento sarà destinato a mantenere il peso che ha, negando per principio ogni possibilità di riequilibrio. È ancora una volta l'incertezza istituzionale che nega per principio la possibilità di questo riequilibrio, proprio perchè si perde il principio dell'unità di prevenzione, cura e riabilitazione, e necessariamente, poi, non avremo risorse materiali e culturali da inserire nel settore della prevenzione e della riabilitazione, appunto quei progetti sociali che più abbisognano di questa integrazione.

Tengo molto a dire che occorre fare molta attenzione quando si discute di riforme istituzionali. Stamattina il senatore Condorelli affermava che prima degli ordinamenti vengono gli interessi delle persone. Per la verità questi ordinamenti — e in questo

senso è nata, poi, la riforma della sanità — sono venuti fuori proprio in funzione di interessi sociali ben individuati, in funzione di una certa idea della salute e di una certa idea dei diritti del cittadino. Allora, credo che sia anche un dovere politico quello di distinguere la validità o meno di un ordinamento istituzionale che può anche, in qualche modo, essere superato; a mio avviso però deve essere superato in avanti, proponendo idee nuove. Credo che l'idea di tornare ad un governo separato della sanità, perdendo i punti di riferimento istituzionali non è una idea nuova, è una idea vecchia, quindi non capisco come possa costituire una idea di riforma se quest'ultima deve guardare al futuro. Bisogna quindi distinguere fra un discorso nel merito della validità degli ordinamenti istituzionali e la capacità politica di questi ordinamenti, dando anche dei giudizi precisi sia a livello regionale, per quanto riguarda le differenti capacità di gestione, sia a livello centrale, individuando la volontà che ha avuto il Governo in tutti questi anni di attuare veramente quella riforma e di darle il sostegno dovuto.

Parlando di responsabilità centrali, la seconda questione che vorrei sottolineare e che colpisce al cuore il sistema riguarda il fatto che si continua a sottostimare il fabbisogno delle unità sanitarie locali. Mi domando come possano le USL coltivare vocazioni — uso questo termine perchè mi sembra molto suggestivo — quando sappiamo che le regioni sono in attesa del ripiano dei *deficit* del 1987 e quando per il 1988 si parte già con un finanziamento che prevede 4.600 miliardi in meno. Questa è una logica che impedisce la programmazione e si va avanti con l'affannoso vivere alla giornata. Sono d'accordo con quanto affermava stamattina il senatore Azzaretti, usando una frase che colpisce molto la fantasia, questo significa «tarpare ogni slancio» all'intelligenza delle USL nel progettare i servizi.

Quindi, il quadro che il Governo ci presenta è quello di un intervento che nega i finanziamenti alle Unità sanitarie locali, nega linee di programmazione nella sede

corretta in cui dovrebbe darle, dà invece delle linee di programmazione all'interno della « finanziaria »; ma essendo quella una sede impropria, necessariamente vengono ad essere delle linee improprie anche nel merito, perchè sono monche e parziali, quindi non permettono quella corretta manovra di riequilibrio all'interno delle Usl. Desidero fare rapidamente un esempio dei guasti che questo metodo può apportare anche a quegli interventi che si dice di voler privilegiare; prendiamo, ad esempio, la questione degli anziani: qui si parla di grossi investimenti al fine di creare delle residenze per gli anziani e per i non autosufficienti.

Però anche in questo settore — e già questa mattina qualcuno lo ha rilevato, e su questo concordo pienamente — vi è un'emergenza. Occorre certamente intervenire, ma dobbiamo stare molto attenti perchè un intervento in tale ambito privo di un quadro di programmazione complessiva potrebbe davvero portare ad un'ulteriore emarginazione degli anziani. Ritengo pertanto che anche in questo settore il piano sia assolutamente necessario proprio per adeguare gli interventi ai continui mutamenti della realtà sociale. Dobbiamo affrontare i problemi derivanti dal progressivo invecchiamento della popolazione e per far questo occorre portare avanti una politica articolata e non procedere con interventi di emergenza, prevedendo servizi sul territorio, collegamenti con gli ospedali, aiuti di assistenza alla famiglia e all'anziano solo.

Bisogna operare avendo presente un quadro organico della situazione, affrontando finalmente anche la famosa riforma dell'assistenza, senza la quale mancano riferimenti certi per la spesa sociale, e anche questo non è poco rispetto all'intervento che le USL devono operare.

Occorre inoltre rilevare — anche a tale riguardo concordo pienamente con quanto dichiarato dal senatore Azzaretti — che proprio le modificazioni sociali che intervengono con l'invecchiamento della popolazione nonchè con i diversi diritti dell'anziano che oggi gli vengono riconosciuti ren-

dono sempre più sfumati i limiti tra sanità ed assistenza e dettano un modo di programmare certo, senza steccati, in una visione sempre più organica.

Ritengo peraltro che lo stesso ragionamento valga per la questione della salute mentale. Il senatore Ranalli sosteneva questa mattina che la vera « terapia » del sistema sanitario è il piano; ritengo che ciò sia vero e che lo sia a maggior ragione per la salute mentale. Quindi, invece di annunciare commissioni per la riforma della riforma — e anche questo elimina ogni certezza istituzionale — occorrerebbe indicare alle Regioni e alle USL un progetto per la salute mentale attraverso il quale superare gli istituti manicomiali e potenziare i servizi per arrivare finalmente alla creazione dei dipartimenti per la salute mentale.

Vi è poi un altro problema che ritengo assai importante sul piano sociale: la tutela della salute della donna. Vorrei sottolinearlo poichè questo è compreso nelle priorità della legge n. 595 del 1985 e perchè ritengo che vada sollevato in questa sede per avere certezze anche su una questione così importante.

Anche questo settore così delicato richiede linee di programmazione certa. Vi sono due ragioni specifiche per cui faccio questa richiesta, la prima delle quali è anche di ordine politico, su cui chiedo pertanto un chiarimento.

Ho letto la relazione per il 1986 sull'attuazione della legge n. 194 del 1978; nei dati allegati si sviluppa un ragionamento preciso per quanto riguarda la prevenzione delle maternità indesiderate, la contraccezione, l'aborto e l'applicazione della legge in particolare. Ciò che mi allarma è che nella relazione del Ministro su questa serie di dati (che peraltro, anche se non è questa la sede opportuna per discuterne, sono dati per certi versi abbastanza significativi rispetto all'efficacia di una legge), dove si dovrebbe affrontare l'intero nodo della prevenzione, non si parli di politica di sostegno dei consultori in quest'opera di prevenzione dell'aborto, configurandosi, anzi, un attacco agli stessi consultori. A mio avviso, si scinde arbitrariamente e ideologica-

mente il problema della prevenzione dell'aborto attraverso la contraccezione dal problema dell'aborto stesso e quindi dal superamento di esso. Pertanto, da una parte, si prefigura un attacco contro le donne che usufruiscono di questa legge e, dall'altro, non andando nella direzione di un potenziamento dei consultori per quanto riguarda la contraccezione, l'unica via che si ipotizza è repressiva verso il fenomeno stesso e non preventiva. Eppure, se andiamo a leggere i dati, senza forzature di natura ideologica, questi confermano che, laddove i consultori riscuotono la fiducia delle donne e svolgono tutte le funzioni che in una visione organica dovrebbero svolgere, compresa la certificazione, il calo degli aborti è maggiore, il che significa che questo settore delicato va seguito e, a mio avviso ciò va fatto incrementando il fondo per i consultori e soprattutto la ricerca per quanto riguarda la contraccezione. Ritengo pertanto importante — lo ribadisco — avere un fondo speciale per la ricerca in questo settore.

La seconda ragione per cui ritengo che occorra considerare con attenzione questo settore è che esso è in profondo e rapido movimento, proprio in relazione ai rapidi mutamenti che si registrano nel ruolo sociale della donna, il che comporta anche un profondo cambiamento dell'identità materna. A mio avviso, il superamento del ruolo materno porta ad una maggiore responsabilità sociale (oggi la donna ha certamente un ruolo sociale maggiore rispetto a prima) e anche ad una maggiore responsabilità nella scelta della maternità. Ciò significa che oggi tale scelta, quando viene compiuta, è caricata di molte aspettative.

Emerge quindi un settore nuovo: la cura della sterilità. Al riguardo sono state già fornite risposte, di cui dobbiamo avere conoscenza. Vi è, ad esempio, anche un fiorente mercato privato che punta alla diffusione indiscriminata di nuove tecnologie riproduttive. Non credo che queste ultime debbano essere per principio demonizzate, però a questo punto si pone un problema di orientamento. Infatti, ci si può orientare

verso una ricerca di tecnologie sostitutive della maternità e della paternità naturali (perchè anche questa strada è aperta e può comportare anche una tecnicizzazione esasperata) oppure anche in questo caso si può agire nel settore della prevenzione: ad esempio, sappiamo che è in grande aumento la sterilità femminile ma lo è soprattutto quella maschile, tuttavia poco sappiamo sulle cause di questo fenomeno. Quindi, rispetto ad un mercato privato che sta emergendo, dobbiamo avere certezze di orientamento, certezze che ci può dare soltanto un piano strettamente correlato — lo ripeto — al mutamento della realtà sociale.

L'ultima questione che voglio sollevare riguarda la tabella 19, in particolare il capitolo 2600 concernente gli asili nido. Anche il senatore Melotto sosteneva nella sua relazione la necessità di guardare da vicino tale questione. Non so esattamente cosa intendesse dire, tuttavia concordo con lui su questa affermazione. Nonostante il calo della natalità, in alcune realtà, come ad esempio in quella fiorentina, che conosco bene, vi è una grande richiesta di questo tipo di servizio, e non più, come una volta, per ragioni di natura assistenziale, ma proprio per esigenze formative e di socializzazione del bambino. Oggi peraltro i bambini, più precoci rispetto a prima, spesso vivono in famiglie composte soltanto dal padre e dalla madre e quindi non hanno momenti di socializzazione con altri bambini. Ritengo pertanto che occorra considerare in maniera adeguata tale questione.

Tuttavia, a parte questo, che secondo me dovrebbe essere la prima linea di una ricerca per guardare da vicino questo problema, vorrei avere chiarimenti rispetto al capitolo 2600 perchè qui si tratta, in bilancio di previsione, di 270 miliardi, da cui si detraggono, per meccanismi che non bene comprendo, 103 miliardi. La legge n. 1044 del 6 dicembre 1971 stabilisce lo stanziamento nei termini dello 0,1 per cento del monte salari; ma, secondo alcuni dati dell'ISCO, lo 0,1 per cento del monte salari del 1987 corrisponde a 318 miliardi.

Pertanto una notevole quantità di miliar-

di in qualche modo si sarebbero persi, e non credo ci si possa permettere questo lusso.

ALBERTI. Signor Presidente, signor Ministro, devo anzitutto ringraziare il relatore e i colleghi che stamattina hanno preso la parola per l'apporto ed il contributo che hanno reso al nostro dibattito. Ringrazierei particolarmente gli interventi non pertinenti alla legge finanziaria, perché hanno suscitato uno stimolo per un dibattito più ampio.

Il livello degli interventi di stamane è stato buono e stimolante; non così fu invece all'inizio della legislatura del 1983, quando arrivammo qui e non avevamo la possibilità di ricevere una minima informazione sul servizio della sanità, perché il Ministero della sanità non possedeva dati. Ritengo che i colleghi della passata legislatura ricordino tale inconveniente. Fummo costretti, in quell'epoca, a svolgere una indagine conoscitiva ed ad ascoltare ben 170 persone, per avere una idea di quello che succedeva nella sanità italiana, quali fossero i motivi della crisi, per ricevere qualche dato dalle regioni, proprio perché il Ministero non possedeva dati. Consiglierei ai nuovi colleghi, se non lo hanno già fatto, di leggere quella indagine conoscitiva, che poi fu condotta anche dalla Camera dei deputati. Da essa emersero una serie di problemi sia di carattere istituzionale, che di organizzazione della gestione, che di finanziamento del fondo. Dei problemi istituzionali so che se ne parlerà presto, così il Ministro ha promesso, ma questi problemi avrebbero dovuto precedere anche la stessa legge finanziaria, proprio per infondere sicurezza alla sanità italiana ed alle strutture periferiche di gestione, alle USL, sulla loro possibilità di programmare. Nella passata legislatura fu fatta una miniriforma cui si accennava stamattina che non fu seguita dall'altra riforma che era stata promessa, minacciata e sperata, cioè la riforma della direzione, che bloccò qualsiasi altro tipo di discorso. Non se ne fece nulla, abbiamo continuato a tirare la carretta

della sanità rincorrendo i soliti decreti per il piano delle Unità sanitarie locali.

I problemi della organizzazione e della gestione sono estremamente importanti e ne riparleremo a proposito delle possibili proposte che faremo nei prossimi mesi.

Dall'indagine conoscitiva condotta nella passata legislatura emerse che la possibilità di attuazione della legge n. 833 è basata sul piano sanitario nazionale, senza il quale la legge n. 833 non riveste alcun significato. Ciò fu riconosciuto sia dalla maggioranza che dalla minoranza e fu più volte sottolineato dal senatore Bompiani: senza il piano sanitario nazionale la legge n. 833 non si può attuare. È stato così finora, non c'è nulla di nuovo sotto il sole. La legge n. 833 non è praticamente attuata se non nelle unità sanitarie locali, ma non nello spirito della legge, che risulta completamente trascurato. Non mi dilungherò sull'ipotesi che la legge prevedeva i tre movimenti unitari, poichè lo ha già ricordato la senatrice Zuffa; le somme destinate alla prevenzione sono assai miserevoli, mentre la prevenzione doveva rappresentare uno degli aspetti più esaltanti della riforma; non abbiamo ancora avviato un discorso sulla riabilitazione.

Il Piano sanitario nazionale diventava il momento politico più importante per pianificare, una volta per tutte, la sanità e per attuare la legge n. 833. Concordo con chi stamattina affermava che lo spirito della legge è sicuramente molto avanzato e va incontro alla complessità della società moderna.

Perchè non è stato fatto il Piano sanitario nazionale?

Stamattina il senatore Gualtieri, in un momento di malafede, ha affermato che il Piano sanitario non è stato attuato per dare libertà al Ministro di muoversi. È uno degli aspetti ma la verità reale è che questo piano non poteva essere fatto. Adesso lo sappiamo: la legge n. 833 dice che il piano è presentato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, al Parlamento. Qui più volte si accomuna la responsabilità del Ministro della sanità con

quella del Parlamento. So che il Parlamento, durante l'VIII legislatura, propose un piano sanitario, varato da questa Commissione, ma non venne mai portato avanti. Anche nella legislatura passata abbiamo compiuto lo sforzo di portare avanti la legge n. 595 del 1985, che è una legge di piano. Ma il Ministero della sanità non era nelle condizioni di fare il piano perché l'ufficio di programmazione del Ministero, se non vado errato, è stato creato nel 1983, a distanza di cinque anni dalla riforma. Senza questo ufficio il Ministero non aveva dati, e senza dati non si può certo allestire un piano credibile da presentare alle Camere.

Quando si parla di ristrutturazione del Ministero della sanità, ricordo che il ministro Degan disse di avere una valida proposta e che ce la avrebbe sottoposta nel giro di un mese. Il Ministero della sanità è la struttura che è, bisogna pensare anche se sia valida l'idea di mantenere in piedi un simile Ministero in Italia. In questa situazione sicuramente no. Io sono dell'avviso che il Ministero della sanità compisse dei compiti amministrativi perché da quando ci sono le regioni, ritenevo che la sanità dovesse essere decentrata, per quanto possibile, a livello regionale. Adesso tira fuori numeri, dati, cartelle e tabelle che con difficoltà assembliamo. Di fatto il Ministero non esiste e bisogna riconoscerlo.

Sono fortemente contrario all'idea del *manager* ma mi sto convincendo, a furia di sentire questi discorsi, che forse abbiamo bisogno di un *manager* e probabilmente dovremmo bandire un concorso per mettere un *manager* al Ministero della sanità, come Ministro della sanità; indichiamo un concorso pubblico per Ministro della sanità, con contratto privato, proprio perché mi pare che il Ministero della sanità non riesce ad assemblare quattro dati e presentarli in questa sede per poterne discutere separatamente dalla legge finanziaria, dato che quest'ultima nel discorso sanità rappresenta solo una fonte di inquinamento.

Bisogna innanzitutto stabilire se il Piano sanitario nazionale è ritenuto importante o meno. Tutti sappiamo però che l'applica-

zione del Piano è stabilito per legge e che tutte le regioni, quindi, devono avere alcuni parametri in base ai quali creare i vari piani regionali. Il problema fondamentale è costituito dalla impossibilità di riequilibrare la situazione tra Nord e Sud senza l'applicazione del Piano sanitario nazionale. Tutti sappiamo, d'altronde, che il nodo principale di tanti problemi sia sanitari che di altra origine sta nel profondo divario esistente tra settentrione e meridione d'Italia; tale divario, oltretutto, aumenta sempre più con l'avanzare della tecnologia. Se noi non modifichiamo questo stato di cose distribuendo le risorse in maniera diversa sul nostro territorio la gente continuerà a rivolgersi — per motivi di salute — a strutture più qualificate e gli stessi operatori continueranno a cercare di sistemarsi nei luoghi più attrezzati, questo è indiscutibile. C'è da dire, poi, che tale divario crea tutta un'altra serie di problemi che non starò qui ad elencare altrimenti ci vorrebbe troppo tempo. Il Ministro, in questa sede ha affermato che l'occupazione non ha niente a che vedere con la sanità. Ma questo è un modo di vedere molto semplicistico perché tutti sappiamo che oggi l'occupazione può aumentare solo con lo sviluppo del settore terziario. Guarda caso però, nel Mezzogiorno tale sviluppo è praticamente inesistente, con la conseguenza che la disoccupazione ha ormai raggiunto punte del 20 per cento e di questa percentuale vi è un 70 per cento costituito da persone che non hanno mai avuto una prima occupazione. Se anche nel settore sanitario non vi sarà uno sviluppo dei servizi nel Mezzogiorno non contribuiremo mai ad aumentare l'occupazione in questa zona del nostro paese. Secondo alcuni dati del CENSIS risulta che fino a qualche anno fa al Sud vi era una carenza di 35.000 operatori sanitari, mentre al Nord ve ne erano 35.000 in sovrappiù in rapporto alle strutture esistenti.

A questo punto non capisco come il Ministro possa dubitare sull'utilità del Piano sanitario nazionale, che oltretutto è stato previsto dalla legge n. 833 e confermato dalla legge n. 595. Secondo me questo di-

mostra che il Governo non prende in seria considerazione il lavoro svolto dal Parlamento.

Le esperienze accumulate in questi dieci anni, buone o cattive che siano, ci hanno permesso di fare avanzare la cultura nell'ambito della sanità, perchè non dobbiamo tenerne conto? Stamattina alcuni colleghi hanno fatto dei riferimenti alla situazione degli ospedali nel 1968 e alla loro ristrutturazione, ma 20 anni fa le cose erano più semplici, molti dei problemi di oggi neanche esistevano. Come dicevo prima l'esperienza accumulata in questi anni ci permetterà di procedere nel modo giusto ad una revisione di alcuni meccanismi organizzativi — ad esempio la riforma delle USL — senza toccare i principi sanciti dalla legge n. 833; contemporaneamente possiamo procedere all'attuazione del Piano sanitario nazionale. Cerchiamo dunque di non perdere questa occasione per porre mano a quella che può essere una seria riforma e una migliore organizzazione della sanità del nostro paese. Scorrendo questo disegno di legge finanziaria mi sembra che non si voglia cogliere questa occasione in quanto in essa si propone l'elaborazione di 6 o 7 decreti del Ministero della sanità anzichè attuare il Piano. Ma attenzione, perchè così facendo si espropria il Parlamento dalla sua funzione legislativa e probabilmente tali decreti non verrebbero mai approvati. Con tali decisioni, oltretutto, si verrebbero a creare anche notevoli problemi di carattere tecnico ed organizzativo, dato che si vuole espropriare le Regioni delle loro normali funzioni. Anche sulla questione del *manager* unico, vi è molto da dire. In effetti nessuno conosce ancora la normativa con la quale si intende istituire questa figura, fino a ieri un provvedimento di questo genere non esisteva neanche a livello di segreteria alla Presidenza del Consiglio. A me sembra che in questo modo nell'ambito sanitario si intende procedere dando colpi di sciabola a destra e a sinistra. Forse si vogliono cancellare con un colpo di sciabola anche quei problemi emersi durante la nostra indagine conoscitiva, problemi che io ho cercato di sintetizzare in quattro o cinque punti.

Non esistono più, e lo ricordava poco fa la senatrice Zuffa a proposito delle unità sanitarie locali, che peraltro non si dovrebbero chiamare più in questo modo. Comunque, vengono inferti colpi alle USL, agli ospedali, alla struttura amministrativa e a quella sanitaria. A questo punto il *manager* si sostituisce a tutti gli altri, come se i direttori sanitari che hanno lavorato negli ospedali in questi anni fossero degli incapaci. Si delinea quindi questa figura fantomatica del *manager*, perchè — come è stato detto questa mattina — non è stata neanche definita. Chi è e cosa fa il *manager*? D'altra parte, non credo che possa fare molto senza gli strumenti necessari per svolgere la sua funzione, cioè se non ha la possibilità di spendere e quella di amministrare il personale. Forse sarebbe più opportuno fornire al *manager* tali strumenti e fare in modo che le USL possano operare meglio eliminando gli attuali ostacoli di natura burocratica.

Di questo disegno di legge finanziaria non approvo anzitutto il metodo, che ritengo scorretto anche sul piano delle relazioni. Abbiamo infatti approvato la legge n. 595 del 1985, che prevedeva che il Ministro della sanità presentasse ogni anno il piano finanziario di comparto e contestualmente il piano sanitario nazionale. Nella « finanziaria » dello scorso anno è stata inserita una norma per cui, con la scusa di ripristinare lo scorrimento triennale dei finanziamenti, si è arrivati a vanificare la legge n. 833 del 1978, ma nessuno si è sognato mai però di sostenere che questa norma della legge n. 595, o la legge stessa addirittura (visto che il Ministro vuole pianificare tutto con i vari decreti-legge presentati), deve essere abrogata. Mi aspetto comunque presto una proposta in tal senso perchè mi sembra che il Ministro — se non ho capito male — nella sua relazione alla Commissione abbia fatto qualche considerazione su questa legge, che sembra non essere di suo gradimento.

Non possiamo prenderci in giro: si inserisce una norma di poche righe nella legge finanziaria dell'anno scorso e poi si presentano questi quattro articoli per poter dire di avere una legittimazione. Quello che

non accetto in ogni caso è il ragionamento che è stato fatto: si accerta che la spesa per il 1988 dovrebbe essere di 57.600 miliardi; il Tesoro è disponibile a stanziarne 53.600, mancano quindi 4.000 miliardi; poi però il Ministro viene a dirci che potrà risolvere tutti i problemi perchè ha ottenuto in cambio la possibilità di avere un piano, peraltro non triennale ma decennale, dati i ritmi di spesa indicati in questa «finanziaria». Che vuol dire adesso la gestione con le spese in conto capitale? Posso accettare l'ipotesi che vi sia un incremento, ma credo che questo sia un dovere dopo che per anni la spesa in conto capitale è stata tenuta nelle condizioni che sappiamo, considerando le cifre erogate. Non si può fare questo «scambio» con il Tesoro, cioè lasciare le spese di gestione e prendere quelle in conto capitale. Il piè di lista che si formerà il prossimo anno non è solo un problema di carattere economico, e questo deve essere chiaro; non significa soltanto che alla fine dell'anno andremo a ripianare con quei soldi il *deficit* che si sarà determinato: il piè di lista è un sabotaggio al funzionamento delle USL, che non hanno alcuna certezza di governo, come è stato per tutti questi anni, e naturalmente in tale incertezza si sono verificate anche certe degenerazioni. A mio avviso, quindi, questa è la questione da affrontare. Non siamo disponibili ad accettare questo tipo di baratti. Se finanziamento ci deve essere, questo deve essere reale e non falso come è avvenuto finora con i falsi bilanci delle unità sanitarie locali che, per far quadrare il bilancio di previsione, calcolavano i nove dodicesimi della spesa anzichè i dodici dodicesimi. Tutti avrete notato che le USL tutti gli anni portano un bilancio di previsione a pareggio, con un finanziamento invece solo di nove dodicesimi della spesa per i singoli settori. E così mi sembra che in definitiva faccia il Governo che ci presenta di fatto un bilancio falso. Riteniamo pertanto che la stabilità e la certezza di finanziamento delle USL siano fondamentali per il loro reale funzionamento e che quindi sia necessario anzitutto operare in tal senso.

Per i 4.000 miliardi che mancano, si pen-

sa di intervenire come al solito, non essendo la prima volta che il Governo propone soluzioni del genere: ogni anno infatti ci viene annunciato che mancano alcune migliaia di miliardi e ogni anno ci vengono proposte manovre che dovrebbero far risparmiare i soldi che lo Stato non può dare; si propongono le soluzioni più astruse e fantasiose (ne ho sentite di tutti i colori), e questo avviene ogni anno. Mi ricordo che un anno l'onorevole Degan, allora Ministro della sanità, avanzò una proposta riguardante i medici che facevano saltare il parametro della spesa sanitaria calcolata in un modo complicatissimo: dopo aver calcolato la media della spesa sanitaria *pro capite* nazionale, bisognava confrontare questa con quella regionale e fare una media; al medico veniva poi indicata la cifra e se questo si sbagliava anche di poche lire, doveva essere cancellato dalla convenzione.

Comunque, la situazione attuale è questa, per cui anzitutto ci si rivolge all'ospedale, la «macchina mangiasoldi» della sanità, il che di fatto può essere anche in gran parte vero; del resto, gli ospedali hanno tutti avuto una loro evoluzione in questi anni, si vanno sempre più differenziando, diventano strutture complesse, policlinici, e questo è avvenuto anche nel corso di questi ultimi diciassette anni, cioè da quando, nel 1970, abbiamo firmato il primo contratto nazionale che comprendeva tutti, ospedali regionali e di zona, per cui si arrivò, ad esempio, ad uno stipendio unico per il primario cardiocirurgo di Milano e per il primario di laboratorio di un ospedale di zona. Questa è oggi la situazione.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470*. Questo lo vogliono i sindacati.

ALBERTI. Certo, lo vogliono i sindacati dei medici, soprattutto. Ancora allora, era possibile pensare una cosa di questo tipo, perchè gli ospedali non avevano avuto la differenziazione che hanno avuto in questi ultimi 17 anni.

Ad esempio, il primario cardiocirurgo di Milano che, peraltro, ha notevoli spese

di aggiornamento che l'USL non fornisce, per mantenere in piedi la sua stessa professionalità e il suo tipo di lavoro ha necessità di essere retribuito in modo diverso dal primario di laboratorio di un ospedale di zona. Nessuno ci ha detto quanto costano questi ospedali perchè la manovra compiuta ci viene descritta come manovra economica; non ho capito quanto risparmiamo con la chiusura di 36 mila letti. Sono abituato a parlare con le cifre in mano. Il Ministero della sanità non sa, o almeno ancora non ce lo ha comunicato, quanto costi una degenza ospedaliera; non lo può sapere in quanto l'attuale bilancio delle USL non prevede l'accorpamento delle varie voci nella retta ospedaliera. La cifra di 500 mila lire rappresenta un costo ricavato *ex post*, cioè dopo che si è visto, durante il corso dell'anno, il numero dei ricoverati e le spese delle USL nei loro bilanci interni. Nessuno mi ha detto quanto risparmieremo chiudendo un posto letto e invece vorrei sapere proprio questo. Se il Ministro lo sa, mi faccia la compiacenza di dirmelo perchè altre 100 volte l'ho chiesto ed ogni volta mi è stato promesso che l'ufficio di programmazione della sanità ci avrebbe fornito questi dati.

Per quanto mi risulta e mi riguarda, so che il 50 per cento della spesa ospedaliera è determinata dalle spese per il personale. Non volendo licenziare il personale, lo riconvertiamo e come manovra a distanza capisco che è operazione da compiersi nel tempo, ma come manovra immediata (lo ha già ricordato il senatore Ranalli) non può produrre alcun effetto, al fine dei 4.000 miliardi che ci mancano. Non penso che si possa agire così; inoltre trovo ambiguità e confusione — e vorrei chiarimenti dal Ministro — nel primo comma del famoso articolo 13, dove si parla di riduzione dei posti-letto, quindi anche dei reparti; nell'articolo successivo si parla di soppressione di specialità. Sopprimiamo le specialità dove le abbiamo messe e non ho capito come si farà; è un vero mistero. Mi pare che le idee non siano chiare nella mente del programmatore che ha scritto questi articoli. Voleva forse chiudere i posti-letto

per la legge finanziaria, per fare quadrare i conti, non davvero. Chi crede a ciò? Nella nostra Commissione ritengo che nessuno possa pensare che con il 1° gennaio 1988 chiuderemo, a colpi di sciabolate e decreti, 34.000 posti-letto in Italia.

Nella legge n. 595 del 1985, e così nella precedente legge finanziaria, si parlava di una riduzione e parametrizzazione dei posti-letto sul territorio, includendo nella parametrizzazione il 50 per cento dei posti-letto convenzionati. Non si parla dei posti-letto privati poichè la riduzione di 36.000 posti-letto interessa unicamente la struttura pubblica. Vorrei sapere dove sia finita la norma che prevedeva una riduzione dei posti-letto privati poichè dovevano essere inclusi nel parametro del 5,5 per mille. Spero, e mi auguro, che questa norma non passerà poichè sarebbe devastante. Nel Mezzogiorno d'Italia esistono varie realtà ospedaliere che sono nate negli anni '70 ed attivate nel 1978-80, alcune ancora da attivare. Appena attivate, sono entrate in funzione solo alcune sezioni e divisioni; non è stata una operazione seria, importante ed efficiente. Il più vecchio istituto ospedaliero in Italia è Santa Maria Nova a Firenze ed è del 1.400, seguito dall'ospedale Santo Spirito di Roma. Sono ospedali con una tradizione culturale, organizzativa ed assistenziale. Ciò conta moltissimo in simili organizzazioni e non possiamo eliminare esperienze di enorme valore sociale. Al Sud non abbiamo grandi e antiche realtà, ma solo ospedali nati nel dopoguerra, che dovevano conquistare una loro credibilità.

Occorrono anni ed esperienze, perchè maturi cultura originale e autoctona, prodotta da tali ospedali. Solo così l'ospedale diventa credibile. Come si fa a pensare e a pretendere che ci siano ospedali nel Sud che abbiano una utilizzazione superiore al 60 per cento? Al Sud non ci sono ospedali «interi». Esistono ospedali al Nord che sono in sovrannumero rispetto alle necessità della popolazione ma anche ospedali in fase di declino che vanno chiusi. Va altresì potenziato il sistema ospedaliero, va confortato ed organizzato, bisognerà fornire strumentazione, personale adeguato, bandi-

re concorsi mentre la proposta consiste in una ulteriore sciabolata: eliminare gli ospedali del Sud. In Calabria esistono 4,9 posti-letto per ogni 1.000 abitanti mentre la legge afferma che i posti-letto devono essere 5,5 per ogni 1.000 abitanti. Se chiudiamo, ridurremmo le strutture ospedaliere della Calabria al 3 per ogni 1.000 abitanti. Con quale logica? Per mantenere in piedi i posti-letto di ospedali più importanti, che rivestono maggiore peso, che resteranno aperti fino all'ultimo letto, che verranno utilizzati dai poveri *peones* del Sud, che salgono al Nord per utilizzare i servizi che non hanno a casa loro e per versare nelle casse delle USL più ricche soldi, tecnologia ed occupazione.

In questo modo saranno sempre di più i soldi che verranno versati nelle casse degli ospedali più ricchi, creando sempre più nuove tecnologie ed occupazione al Nord a spese del Meridione. Il Ministro afferma che lui non si interessa di occupazione, ma deve necessariamente interessarsene, perchè c'è uno stretto collegamento fra l'una e l'altra questione.

Mi auguro che a nessuno venga in mente di approvare questo articolo, perchè urta contro il buon senso, l'intelligenza e contro tutti i bei discorsi che abbiamo fatto in questi anni sull'Italia e sul Mezzogiorno. Questo è solo un aspetto della questione. Infatti, tornando al discorso che facevo prima sulla manovra per risparmiare alcuni miliardi, ritengo inconcepibile far pagare il *ticket* di 4.000 lire sulle ricette successive alla prima. Con questo sistema praticamente si autorizzano i medici a fare delle cose illegittime, perchè succederà questo. Quindi, prima organizziamo l'illegittimità, poi accusiamo i medici di farle; ma noi queste cose non le vogliamo, spero!

La scheda per i ricoveri. Non credo che il sistema contenuto nei commi 7 e 8 della finanziaria inciderà sul numero dei ricoveri, anzi, secondo me non inciderà per niente, e questo il relatore lo sa bene, quindi è inutile creare questi «mezzucci» burocratici. Secondo questa normativa, in caso di ricovero d'urgenza, il medico di guardia deve chiedere all'infermo se il medico cu-

rante è a conoscenza del ricovero, in caso negativo deve informare la direzione sanitaria perchè questa a sua volta avverta il medico curante. Chi ha preparato questa norma, evidentemente pensa che alla direzione sanitaria non hanno altre cose da fare, per cui possono mettersi a cercare tranquillamente sugli elenchi telefonici i nominativi ed il numero di telefono dei medici curanti di tutti i ricoverati d'urgenza. Questo, secondo me, è solo un modo per complicare le cose e vi è sempre più la tendenza a renderle ancor più complicate. Tra l'altro, sono convinto che questa norma farà risparmiare ben poco, anzi non farà risparmiare nulla.

Per quanto riguarda la previsione di 30 mila miliardi per spese in conto capitale — sulla quale stamattina molti colleghi si sono dichiarati d'accordo — secondo me non può essere accettata, perchè affida ad un decreto del Ministro della sanità la allocazione di risorse. La norma, poi, che prevede la creazione di 140 mila posti per anziani costituisce solo un modo per emarginare sempre di più queste persone. È questa la strada che si vuole imboccare per risolvere questo problema, cioè quella di creare nuovi ospizi? Tenete presente che vi è un allungamento della vita media, quindi vi sarà un numero sempre più consistente di ultrasessantenni nei prossimi anni. Allora cosa faremo? Creeremo altri 300 mila posti, poi altri 500 mila e così via? Se è questa la politica che si vuole attuare per quanto riguarda questo delicato settore, ci si avvierà a creare l'emarginazione degli anziani. Il collega Condorelli si è mostrato perplesso quanto me su tale questione, perchè una cosa è garantire l'assistenza per queste persone, altra cosa è creare delle case-albergo. Come si può dare queste garanzie se in Italia non esiste una vera politica per la casa? Si è parlato di reparti di lungodegenza, ma credo che pochi abbiano visto tali reparti. Certo, li abbiamo ormai aboliti, non per pura demagogia, ma perchè pensavamo di provvedere a queste persone attraverso una assistenza domiciliare in modo da inserirli nella società, perchè questo era l'unico modo per

non emarginare gli anziani. Si era giunti a questa decisione anche perchè si era notato che una volta entrato in ospedale, l'anziano in pochi mesi invecchiava di anni, questo perchè gli mancava la possibilità di ricevere certi stimoli dell'ambiente esterno. Ora, andiamo a creare delle strutture di questo tipo! Ma è pura follia, e non è ammissibile che si possano scrivere di queste cose su un disegno di legge finanziaria, sono cose che urtano contro il buonsenso.

In conclusione, ritengo che si possa organizzare e gestire la sanità in modo diverso, senza adottare queste misure di carattere demagogico. Occorrerà, invece, responsabilizzare il personale medico e paramedico degli ospedali ed il personale amministrativo; inoltre, i comitati di gestione dovrebbero essere trasformati in comitati esecutivi. Sono convinto che i grandi ospedali debbano avere, per alcuni settori, una forma di autogestione, ad esempio per quanto riguarda i presidi, le tecnologie, i farmaci e tutto ciò che concerne la professionalità del medico. Gli infermieri, poi, devono essere aiutati in modo diverso, devono essere responsabilizzati inserendoli nella direzione dei reparti, e devono avere anche qualche possibilità di carriera.

Spero che su tali questioni ci si potrà confrontare con maggiore calma in futuro, perchè durante la discussione di un disegno di legge finanziaria — che deve essere approvato entro breve tempo — non si possono approfondire alcuni problemi come quelli contenuti in questi articoli, cioè dal 12 al 15. Occorrerà, inoltre, rivedere nei prossimi mesi sia cosa bisogna fare per l'attuazione del Piano sanitario nazionale sia come modificare l'organizzazione delle USL. Pertanto, preannuncio che il Gruppo della sinistra indipendente chiederà lo stralcio degli articoli del disegno di legge finanziaria relativi al settore sanitario, in modo che vengano riportati in una legge di comparto.

NATALI. Dagli interventi che si sono succeduti, si rileva come la sanità sia in crisi nel nostro Paese, sia al Nord che al Sud (non farei infatti distinzioni; questo è forse

l'unico dato di fatto che li accomuna, e basta visitare un ospedale milanese per rendersene conto).

Ritengo che la « finanziaria » non possa rappresentare una soluzione idonea a far uscire definitivamente la sanità da tale situazione di crisi; solo il piano sanitario nazionale potrebbe riuscirci, e in proposito la Commissione ha un grande compito di stimolo e di proposizione. Se vi saranno carenze da parte del Governo, dovremo fare un piano sanitario nazionale. Dobbiamo fare in modo che le resistenze palesi od occulte che dovessero intervenire vengano battute perchè tutto questo non avrebbe senso se non si pensasse di arrivare alla formulazione di un piano sanitario nazionale che ci guidi poi per anni nella ristrutturazione della sanità. Quanto contenuto in questo disegno di legge finanziaria in materia sanitaria, se non fa uscire la sanità dalla crisi in cui si trova, è comunque, a mio avviso, un piccolo passo avanti, che quindi non dovrebbe essere respinto. Sono presenti luci ed ombre e mi sforzerò di individuare queste e quelle.

Circa la soppressione dei 36.000 posti-letto ospedalieri, misura peraltro già prevista nella legge n. 595 del 1985, sia pure non in termini normativi, come è invece in questa « finanziaria », sono perfettamente d'accordo, cioè bisogna ridurre i posti-letto in eccedenza, sempre che siano più di quanti occorrono effettivamente, sempre che non venga portata avanti una politica di ospedalizzazione non giustificata, come è stato fatto in questi anni. Gli ospedali devono servire a curare malattie di una certa gravità, non quelle che si possono curare anche a casa.

La norma prevista è vincolante e ben definita, però rischia di rimanere lettera morta se si applica solo il dato grezzo e quantitativo in essa contenuto, anche perchè è ormai universalmente accettato che il tasso di utilizzazione medio non è un indice qualitativo certo dell'efficacia e dell'efficienza della divisione ospedaliera.

Occorre pertanto — di qui la necessità che questa materia sia approfondita — che vengano forniti dal Ministero ulteriori stru-

menti qualitativi per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle divisioni ospedaliere. A riprova di ciò è il fatto che il legislatore si preoccupa della salvaguardia della specialità degli ospedali di zona, ospedali che sicuramente, anche se non siamo in possesso di dati certi, sono quelli che hanno un tasso di utilizzazione inferiore a quanto prescritto, come è stato rilevato anche nell'intervento precedente. Dobbiamo intensificare le specializzazioni, non ridurle. Applicando questa disposizione come ci viene proposta, si potrebbe ottenere un effetto contrario a quello atteso, ci si troverebbe cioè nella situazione in cui potrebbero essere soppressi i posti-letto negli ospedali pubblici altamente specializzati, ma non si inciderebbe minimamente sulle sacche di inefficienza del Servizio sanitario nazionale. Siamo ancora al vecchio concetto del rapporto quantità-popolazione e non della qualità del servizio. Allora, è più giusto che si faccia un'indagine a tappeto su tutto il territorio nazionale e che le USL, di concerto con le Regioni e il Ministero, predispongano piani di riconversione, riallacciandosi finalmente anche a quanto previsto nei successivi commi dell'articolo 13 per la riqualificazione del personale.

Ciò che sto dicendo vuole essere una raccomandazione al Governo e alla Commissione perchè vengano seguiti criteri che non aggravino il male che si vuole guarire, altrimenti si potrebbe dire che la malattia non potrà essere guarita da questi dottori essendo loro stessi la malattia.

Importanti sono invece le procedure previste dai commi 8 e 9 dell'articolo 13, che introducono un concetto nuovo di rapporto tra medico di base e ammalato. Anche in questo caso la strada sarà lunga e difficile in quanto allo stato attuale non esiste una cultura all'interno del nostro sistema sanitario di questo tipo. Si tratta comunque di un'iniziativa che deve essere supportata in tutti i modi (ad esempio, con protocolli obbligatori tra medici di base e ospedali) specialmente dalle USL. Ma proprio perchè si tratta di una proposta «rivoluzionaria», essa deve essere congruamente ed adeguatamente sostenuta dal Ministero e dalle Regioni.

Per il convenzionamento esterno (voce di spesa molto poco controllabile e dove peraltro in questi anni si sono scoperte le più gravi truffe ai danni del Servizio sanitario nazionale) non pare vi sia la volontà di un effettivo controllo, soprattutto di una sostanziale revisione del ruolo di questo settore nel Servizio sanitario nazionale. È apprezzabile comunque quanto contenuto nel comma 3 dell'articolo 14.

Per quanto riguarda i *tickets*, credo non si debba modificare la cifra indicata di 4.000 lire, cifra assolutamente congrua rispetto al livello attuale dei salari. Tuttavia, per certe categorie, come i malati cronici o gli anziani, si potrebbe prevedere l'esenzione a priori. Occorre infatti tenere conto di quei malati che devono curarsi per tutta la vita, come ad esempio gli infartuati, e proporrei quindi di intervenire già in questa sede apportando una modifica in tal senso al testo della «finanziaria».

Quanto agli incentivi, di cui ai commi 8 e 9 dell'articolo 14, ritengo si stia imboccando la strada giusta in quanto cominciano ad apparire elementi di valutazione qualitativa del sistema (ad esempio, i tempi di attesa per i ricoveri). È comunque una questione molto delicata, che certamente deve essere considerata a livello ministeriale e regionale al fine di garantire condizioni di uniformità e di uguaglianza. Ma l'istituto dell'incentivazione, per sua norma, non potrà che essere flessibile e discrezionale per ogni unità sanitaria locale; si tratta in sostanza di agganciare la produttività del singolo medico alle prestazioni erogate anche a livello locale. È quindi assai importante anche il ruolo delle USL.

L'articolo 15 del disegno di legge finanziaria merita sicuramente grande attenzione per la cifra che si intende utilizzare, i famosi 30.000 miliardi, e qui c'è un aggancio al problema degli anziani che va quantificato. Se si attuasse veramente il punto F, ad esempio, da stime compiute, costerebbe da solo 28.000 miliardi, cioè 140.000 posti-letto per anziani.

Naturalmente le riflessioni del professore Condorelli e da altri membri della Commissione non possono che essere recepite. Si sta facendo di tutto per creare il proble-

ma degli anziani come se fossero appestati, da mettere nei *gulag* e così è, alla fine; non credo che nei *gulag* si stia molto peggio, se pensiamo ai luoghi dove vengono messi i nostri vecchi. Renè Clair in un'intervista concessa poche settimane prima della sua morte, ad un cronista che gli chiedeva che cosa sia la vecchiaia, rispondeva: «È la punizione». Se per Renè Clair la punizione era la mancanza ormai evidente delle facoltà di poter continuare a svolgere il suo ruolo di intellettuale del cinema, per chi non ha queste risorse, la punizione è l'inferno, prima ancora che sia dato un giudizio dalla mano di Dio. Speriamo che sia qualcuno più grande e forte di noi ad esprimere questo giudizio.

Sono convinto che prima di tutto dovrebbe essere la famiglia a pensare ai vecchi ma purtroppo siamo caduti ad un livello molto basso nella considerazione delle persone anziane, che hanno sacrificato la loro vita per crescere i propri figli. Ma è anche la società che induce la famiglia a disfarsi dei vecchi, come ci si disfa dei cani al momento delle vacanze. Credo che dovrebbe verificarsi una inversione di tendenza e che l'assistenza domiciliare venga ripresa con forza poichè è l'unico modo per non togliere ai vecchi la possibilità di vivere gli ultimi anni della loro vita insieme ai loro familiari.

Vorrei associarmi interamente a quanto è stato espresso dal senatore Bompiani nella terza seduta della nostra Commissione in merito alla eliminazione del fondo globale di parte corrente degli stanziamenti relativi alla riforma della formazione medica specialistica. Ciò appare non solo inadempienza formale del Parlamento nei confronti di impegni legislativi riguardanti più settori della cosa pubblica, ma anche un non allineamento del nostro paese agli obblighi comunitari. Il non riconoscere l'importanza della formazione del personale medico è concettualmente da considerarsi grave espressione di immobilismo culturale, con sicure conseguenze negative sullo sviluppo futuro del sistema sanitario.

Non solo il problema della formazione ma più in generale quello degli studi, ricerche e sviluppo nel settore biomedico ha

avuto, negli ultimi anni, scarsa attenzione da parte del Parlamento. Vorrei sottolineare, in particolare, le carenze legislative, da cui questo settore, a mio avviso, è affetto nel nostro paese; problematiche, peraltro, già da tempo affrontate e risolte nella grande maggioranza degli altri paesi industrializzati.

Nella seconda seduta della Commissione il Ministro, nella sua introduzione alla relazione sulla finanziaria, ha dichiarato che ben tre Commissioni ministeriali hanno iniziato lo studio di progetti riguardanti le problematiche degli anziani, dei tossicodipendenti e degli handicappati. Inoltre l'istituto superiore della previdenza e sicurezza sociale dovrebbe preparare uno studio per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro. Ancora un'altra Commissione sta studiando le questioni concernenti la psichiatria. Tutto ciò dimostra indubbiamente l'importanza data dal Governo a problematiche di rilevante interesse sociale ed il fattivo impegno del Governo stesso ad approfondire questi problemi per poter poi intervenire con gli strumenti più adatti.

Presumo che i progetti indicati dal Ministero si riferiscano alle edizioni programmate ed al progetto obiettivo, previsto dal secondo comma dell'articolo 8, lettere *b*), *c*), *d*) ed *e*) della legge n. 595 del 1985. Ciò comunque andrebbe chiarito dal Governo, che dovrebbe pure informare il Parlamento di quanto è già stato fatto in proposito.

Non mi risulta l'esistenza di un effettivo coordinamento delle azioni governative, riguardanti in generale lo sviluppo delle conoscenze nel settore biomedico e sanitario. A dimostrazione di ciò vorrei citare un elenco, ma non lo cito, di Commissioni ed organismi deputati (che sono ben 75 e che riguardano soltanto il Ministero della sanità, il Ministero per il coordinamento della ricerca scientifica, la pubblica istruzione, il Consiglio nazionale delle ricerche) ad affrontare problematiche di ricerca, sviluppo e certificazione nel settore della sanità. Parte di questi organismi (comitati consultivi, comitato biologia e medicina del CNR) sono elettivi, mentre le altre commissioni sono di nomina. Come è facile immaginare, i doppioni sono frequenti e, in par-

ticolare, nei settori di maggiore interesse sociale (sanitario, produttivo, anziani, malattie infettive — inclusa l'AIDS —, malattie cardiovascolari, tossicodipendenze, psichiatria, tecnologie biomediche, biotecnologie ed altro), anche se di fatto alcuni notori esperti seguono molte di queste commissioni, i tentativi di coordinamento da essi compiuti sono totalmente risultati sporadici ed inconcludenti.

Risulta un quadro estremamente frammentario delle azioni governative per la formazione delle attività di ricerca e di sviluppo nel settore biomedico e sanitario nel nostro paese.

Il Ministro ha parlato degli anziani e dei tossicodipendenti come settori largamente trascurati in Italia. Indubbiamente è così, ma nel momento in cui si preparano progetti su questi settori sarebbe perlomeno opportuno conoscere quali siano i risultati del progetto finalizzato di medicina preventiva e riabilitativa del CNR, che proprio a questi settori ha dedicato interi sottoprogetti. Per quanto riguarda il problema degli anziani, il CNR ha addirittura in corso la fattibilità di un progetto finalizzato nuovo.

Come strategia di fondo non appare accettabile continuare a rincorrere i problemi nominando commissioni *ad hoc*, come è stato fatto recentemente dal Ministero della sanità per il problema dell'AIDS.

Il proliferare delle commissioni risponde più all'interesse clientelare che non alle esigenze del nostro paese. Credo che il ruolo della ricerca biomedica sia fondamentale e il suo sviluppo sia una delle condizioni preliminari per la realizzazione degli obiettivi del piano sanitario nazionale. Non si capisce dunque perchè in Italia non debba esistere, come in altri paesi industrializzati, una agenzia che si occupi di ricerca, sviluppo, informazione e certificazione di tutto il settore biomedico. Ciò è stato auspicato nella relazione al bilancio 1987 dalla Commissione della pubblica istruzione del Senato.

Nel momento dell'approvazione della legge finanziaria, per quanto riguarda in particolare i fondi a destinazione vincolata

(articolo 15 del disegno di legge finanziaria), che prevedono un importo di 850 miliardi per il 1988, 900 miliardi per il 1989 e 950 miliardi per il 1990, diventa opportuno approfondire la conoscenza nella nostra Commissione riguardo il loro utilizzo, sia a livello statale che regionale, i tempi di erogazione, i risultati conseguiti, nonché sapere in base a quali meccanismi, in alcuni casi, questi fondi vengano svincolati e non adoperati invece per la ricerca. Faccio presente che questi stanziamenti sono veramente modesti rispetto alle necessità.

Anche in considerazione del maggior peso che sta assumendo il Ministero dell'ambiente (è prevista la creazione di un nuovo Ministero delle università e della ricerca scientifica e tecnologica e del conseguente riassetto della situazione della ricerca nel paese) appare improcrastinabile una approfondita indagine conoscitiva sullo stato della ricerca biomedica nel nostro paese, particolarmente per gli aspetti che coinvolgono il sistema sanitario nazionale.

Prima di concludere desidero fare ancora qualche considerazione. In Italia in questo momento è di moda la questione dell'ambiente, il problema dell'inquinamento; a mio parere però se ne parla solo in modo quasi poetico: con l'inquinamento la natura perde la sua bellezza, i laghi non sono più limpidi e via dicendo. Quello che invece si considera poco o in maniera superficiale è il fatto che salute e risanamento dell'ambiente sono connessi fra loro. Una volta esistevano le cosiddette malattie professionali, collegate a particolari mestieri (minatore, calzolaio), oggi sono emerse le malattie professionali di massa che possono colpire qualsiasi cittadino esposto all'inquinamento causato dagli scarichi dei gas automobilistici e dalle industrie, con immissione nell'atmosfera di idrocarburi e di altre sostanze chimiche nocive. Occorre individuare e prevenire queste malattie moderne, perchè il mondo che ci circonda è profondamente cambiato rispetto al passato. Ritengo che si debba creare un collegamento tra Ministero dell'ambiente e quello della sanità per affrontare questo problema della salute pubblica. Lo studio delle malattie

causate dall'inquinamento del nostro territorio necessita di uno studio approfondito e più rigoroso. Ad esempio, sulle radiazioni ionizzanti sappiamo ben poco, abbiamo solo delle statistiche sul numero dei malati e sulla gravità della loro malattia, però non sappiamo come difenderci da queste radiazioni, dato che non è necessario che scoppi una guerra atomica per essere colpiti, sono sufficienti episodi come quello di Chernobyl.

Credo che bisognerà esaminare questo disegno di legge finanziaria anche alla luce delle difficoltà in cui versa il paese. Noi speravamo in un 1988 migliore, anche perchè si erano create le condizioni per un decollo definitivo, per una crescita del paese. Invece alcuni avvenimenti internazionali e un certo vuoto di potere nel paese hanno bloccato la situazione su vari fronti: l'inflazione non scende più; il commercio con l'estero si è arenato o, comunque, sono diminuiti i fattori positivi; le industrie hanno dei problemi che ne frenano o ne condizionano lo sviluppo. Con questa « finanziaria » quindi si poteva fare meglio, ma in fondo in tutte le cose c'è sempre qualcosa di meglio da fare. L'importante è essere coscienti dei limiti di questo provvedimento: non dobbiamo esserne orgogliosi, però per quanto riguarda il settore della sanità vi sono alcuni elementi positivi nonostante alcune difficoltà che in futuro potranno essere superate; è anche compito della nostra commissione legiferare e fare delle proposte concrete per uscire definitivamente da questa crisi.

TORLONTANO. Signor Presidente, desidero fare solo qualche considerazione su alcuni problemi che mi sembrano importanti. Sono medico e lavoro in una struttura multizonale, affrontando quotidianamente alcuni dei problemi che sono stati discussi anche in questa sede. Faccio continuamente delle esperienze interessanti, dato che mi occupo di malati ad altissimo rischio come gli emopatici (leucemici, malati di linfomi e pazienti sottoposti a trapianto), quindi il carico di tensione ed i problemi sono notevoli. A proposito di

strutture meridionali devo sottolineare un dato che ci fa capire quanto siano carenti queste strutture sanitarie al Sud: il nostro è l'unico centro meridionale dove si pratica il trapianto di midollo. Evidentemente tutto congiura perchè in questa zona del paese si creino delle carenze culturali che la mettono in una condizione di sfavore rispetto alle altre zone del nostro territorio. Persino i nostri migliori funzionari vengono scoraggiati da questa situazione che mostra un livello organizzativo poco sviluppato. Ad esempio, senatore Melotto, nella nostra organizzazione opera un funzionario che prima lavorava nel Veneto, quindi lei lo conoscerà benissimo, è un ottimo elemento, però il nostro assessorato alla sanità fa di tutto perchè questo funzionario si senta un estraneo; è tollerato come siamo tollerati noi del nostro gruppo.

Però, è proprio grazie a queste difficoltà che ho potuto fare una esperienza tale ed avere un tale consenso popolare da potere essere, oggi, un membro del Parlamento.

Ora, vorrei entrare nel merito di due problemi in particolare: farmaci ed organizzazione sanitaria. Vorrei fare notare che in questo piccolo volume che ho portato con me sono contenuti tutti i farmaci che normalmente si prescrivono in qualsiasi grande ospedale statunitense. In questo prontuario vengono elencati appena 300 principi attivi e non più di un migliaio di farmaci, che negli Stati Uniti sono sufficienti per praticare l'alta medicina. Sfogliando tale prontuario si può notare, ad esempio, che non sono presenti gli immunomodulatori — tanto propagandati in Italia e dal costo non indifferente — semplicemente perchè questo tipo di preparato farmacologico negli Stati Uniti è ancora in fase di sperimentazione clinica. Un farmaco come la timopentina, che fino al 1986 era ancora in fase di sperimentazione clinica negli altri paesi, in Italia veniva comunemente prescritto. Non credo che la colpa di tutto ciò sia da imputare solo ai medici, perchè non sono stati loro a rendere libera in Italia la prescrizione della timopentina, ad esempio.

Ho avuto la ventura di far parte di una

«carovana» di medici che si recava a New York per ragioni scientifiche. Una volta lì mi sono reso conto però che il viaggio era tutt'altro che scientifico. Io mi ero unito al gruppo perchè speravo di rifornirmi di farmaci importanti per fare i trapianti, come gli anticorpi monoclonali, ebbene non sono riuscito ad ottenerli. In compenso mi sono reso conto che gli altri medici partecipanti erano piuttosto eterogenei quanto a livello culturale, ve ne erano alcuni che non sapevano neanche che esistessero questi anticorpi.

Quella era una «carovana» per gli aiuti; un'altra poi era stata prevista per i primari. Io sono andato con quella degli aiuti poichè era quello il periodo in cui potevo andare. Sono rimasto comunque molto deluso e direi anche offeso. Peraltro, gli anticorpi monoclonali per la sperimentazione non li ho avuti. Ricordo che una mattina si è svolta una specie di riunione scientifica, in cui ognuno doveva parlare della propria esperienza. Dopo di che è stato chiesto di continuare la sperimentazione. Quindi, la sperimentazione americana doveva essere fatta da noi. Negli USA la sperimentazione è disciplinata da regole molto restrittive: prima di autorizzare il libero commercio di un farmaco, è necessaria una lunghissima fase di sperimentazione.

Al mio ritorno, ebbi occasione di partecipare ad un congresso di immunologia e in quella sede attaccai violentemente questa situazione. Per fortuna, però, vi sono anche le ditte serie. Comunque è pericoloso parlare in un certo modo. Nell'abbandono degli ospedali, i reparti spesso sopravvivono anche grazie alle attrezzature regalate dalle case farmaceutiche: è questa la situazione.

Dopo alcuni mesi, ci fu un'altra «carovana» a Rio de Janeiro, ma io non fui invitato. In una riunione svoltasi in Puglia, a San Giovanni Rotondo, in cui erano presenti tutti gli immunologi italiani, il professor Dammacco, di Bari, molto onestamente affermò che siamo in una fase che ricorda — citando un editoriale di «Lancet», in cui si parlava degli alchimisti medievali — l'alchimia. Comunque, dopo aver gettato la pietra, si è fermato. Dovendo

parlare successivamente, stimolato da questo intervento, fui molto esplicito e dichiarai di vergognarmi di fare il medico in Italia dovendo assistere a cose di questo genere. È infatti vergognoso che farmaci non sperimentati siano prescritti liberamente, il che comporta anche la perdita dei mezzi per curare i malati veri. Esistono le cosiddette patologie «orfane», cioè patologie estremamente rare per cui spesso il farmaco adatto non si trova in commercio (e di queste si occupa l'Istituto «Negri»). Ora, ciò che è paradossale è che determinate patologie, se non proprio «orfane», poco diffuse, praticamente fanno da stimolo alla diffusione di farmaci che invece vengono prescritti come ricostituenti. La carnitina, ad esempio, secondo me è troppo diffusa. Solo in Italia esistono i ricostituenti. Ma se cominciamo ad eliminare questi ultimi, riduciamo la diffusione di molti farmaci che in questo senso non servono a niente. *Ticket* o meno, vanno soppressi i ricostituenti, che non esistono infatti negli altri paesi civili. Una volta, più intelligentemente, vi erano farmaci cosiddetti placebo; Frugoni, ad esempio, prescriveva le cartine di lattosio. Quindi, se vogliamo proprio dare delle sostanze per ragioni psicologiche, prescriviamo prodotti di questo tipo, che sono a basso costo, ma non sostanze come la carnitina che ha un costo assai elevato. Gli immunomodulatori vengono usati a questo livello.

Ora, mi devono spiegare come mai il Ministero della sanità ha approvato precipitosamente questo tipo di farmaci — e guardate che adesso ne arriveranno altri, uno più costoso dell'altro — come quando fu approvato il Tpl, che costa 190 mila lire a fiala, e bisogna ancora chiarire i casi in cui serve veramente, e nello stesso tempo sono scomparsi dal mercato italiano farmaci come il Mileran, l'Alcheran o il Leucoran, essenziali per la cura delle leucemie. Perchè erano scomparsi? Perchè non vi era stato quel minimo aumento di prezzo per permettere l'arrivo in Italia di questi farmaci. Non era conveniente, ma la colpa non è della Wellcome, che oltretutto è una fondazione. Cosa succedeva? Poichè il costo

era estremamente basso, venivano dagli altri Paesi a comprare in Italia questo farmaco. Vi era quindi una specie di giro di contrabbando, per così dire, creato da questa situazione. La Wellcome ha reagito fornendo gratuitamente questo farmaco agli ospedali; però nelle farmacie non c'era più, per cui il malato non ospedalizzato doveva andare a Chiasso per comprarlo o richiederlo alla farmacia vaticana, dove si trova tutto. Vorrei capire quale è stato il meccanismo che ha determinato tale situazione. Dovrei pensare molto male. Dovrei pensare che dietro vi fosse qualcosa che da una parte premeva e dall'altra no. Del resto, la Wellcome non ha la possibilità di esercitare pressioni trattandosi, peraltro, di una fondazione. Poi, ma solo dopo alcuni anni, è comparso di nuovo sul mercato.

Per fare altri esempi, ricordo che l'idrosiurea sta scomparendo dal commercio; l'Oncocarbite, che è il nome commerciale, è uno dei farmaci fondamentali per la cura della leucemia mieloide cronica ed è sempre più difficile trovarlo. Ora, stanno quindi diventando «orfane» malattie che non lo sono, che sono invece diffuse e che lo diventano perchè probabilmente non c'è la pressione adeguata per l'uso dei farmaci necessari; mentre si assiste alla contemporanea introduzione di farmaci ad alto costo per patologie inesistenti o comunque assai scarsamente diffuse. Vengono quindi eliminati dal mercato farmaci a costo contenuto necessari per la terapia di gravi malattie.

Occorre riflettere su questo. Inoltre, tenete presente che il nostro impegno di spesa per la sanità in assoluto è basso; il nostro livello percentuale è inferiore a quello della Gran Bretagna, che già non è molto elevato. Siamo sotto il 6 per cento, più precisamente al 5,7 per cento, quando in Inghilterra sono al 6,1 per cento. Comunque, gli inglesi riescono ad avere un buon servizio sanitario poichè hanno operato in maniera più razionale. Certo, sono in crisi anche in quel Paese, comunque dagli inglesi dobbiamo imparare molto, anche se non tutto va bene.

Ho accennato poi a come si fa ad allargare il mercato; esiste quella che oggi si

chiama sponsorizzazione, non usando più il termine «comparaggio». Si dice che il medico si presta a certe cose. Ma il medico di base è abbandonato a se stesso dalle strutture sanitarie, di fronte alla posizione di predominio delle case farmaceutiche, con la conseguenza che egli si trova anche culturalmente in posizione di subalternità rispetto alle stesse ditte farmaceutiche che diventano persino fonte di conoscenza dei protocolli internazionali sulla sperimentazione dei farmaci, la cui adozione in Italia, peraltro, non è resa obbligatoria a livello normativo. Questa mattina è stato confermato che i protocolli internazionali, adottati in tutto il mondo civile nella sperimentazione dei farmaci, in Italia non sono obbligatori, anche se certo li usiamo.

È chiaro che noi li usiamo. Quando dobbiamo provare un antispastico, o farmaci dirompenti e tossici, è chiaro che si usano anche se nessuno li impone. Lo facciamo noi negli istituti di ricerca. È triste che per alcune cose ci sia l'impegno delle case farmaceutiche e delle multinazionali. A proposito della Carta di Helsinki, non ho mai ricevuto una comunicazione da parte del Ministero. Non mi risulta che i medici siano stati mai informati della Carta di Helsinki, o dei documenti dell'ONU, se non dai giornali. Non è facile averli. Nei protocolli internazionali è previsto il consenso informale (lo abbiamo imparato, ed è vergognoso dirlo, dalle case farmaceutiche e dai contatti con i colleghi stranieri), attraverso il quale in fase di sperimentazione clinica su pazienti, dobbiamo essere informati di quello che facciamo. Ho sentito un grosso personaggio in un convegno che ha detto che se cominciamo ad informare i pazienti il sistema non potrà andare avanti. Questo è mostruoso; come controparte c'erano gli esponenti di Comunione e Liberazione che affermavano di preferire un progresso più lento; il moderatore le ha giudicate due posizioni estreme. Ciò non è previsto dalla legislazione italiana. Posso fare un trattamento con radianti, pari come intensità all'esplosione di Hiroshima, che distrugge il midollo tre volte, quindi con una dose mortale, e non esiste alcun controllo, men-

tre negli altri paesi europei è necessario il permesso della Magistratura. Dobbiamo considerare quanti chirurghi incompetenti ci siano nell'ambiente medico, e ciò è gravissimo in un paese civile come il nostro. Ad esempio, un grosso esponente della medicina ha affermato che la leucemia cronica guarisce solo nel 10 per cento dei casi con la terapia normale. La leucemia cronica, e qualunque esponente medico lo sa, non guarisce mai. Sempre lo stesso personaggio ha affermato che se non avesse effettuato lui il trapianto, il paziente avrebbe dovuto andare in America. È una balla grossa; la chiacchierata sul bambino «fabbricato» non è altro che una costruzione propagandistica tanto è vero che c'è un ricorso contro di lui. Questo episodio è stato ripreso da una strana associazione contro la prelevazione degli organi, che lo ha denunciato (visto che il magistrato non ha fatto nulla) alla Corte Europea per i diritti dell'uomo. In questa polemica sono entrati molti esponenti, compresa la dottoressa Levi Montalcini e molte persone che non erano a conoscenza dell'argomento. Il trapianto di midollo non è il trapianto di rene. È necessaria una legge per permettere il prelievo di sangue al minorenne (poiché lavoriamo tutti contro la legge) e sempre lo stesso personaggio, per farsi propaganda, ha creato una situazione difficile poiché tutti noi usiamo i minorenni per i trapianti, se vogliamo salvare i talassemici.

Occorre rivedere molti argomenti sul piano etico e ricordiamo che viviamo in un paese in cui c'è una enorme vigliaccheria nel settore. Io ho sempre parlato chiaro, senza cedere ai compromessi, proprio per dimostrare come non sia vero che chi parla è distrutto. Infatti ho svolto tre carriere; attualmente sono professore della fascia degli ordinari, sono stato primario ematologo nel reparto di alta specializzazione e adesso sono componente di questa Commissione. Questa è la dimostrazione che, nonostante io abbia sempre denunciato le ingiustizie, ho ricevuto incarichi di prestigio.

Vorrei soffermarmi sulla organizzazione ospedaliera e sul problema dei posti letto. Il discorso sui posti letto andava bene cin-

quant'anni fa. Nella nostra Commissione c'è un direttore sanitario che conosce molto bene la situazione. Oggi occorre considerare in modo più dinamico l'assistenza: cosa significa il posto letto se manca il servizio, il *computer*? Siamo allo stesso punto di dieci anni fa mentre il mondo civile ha una struttura dipartimentale, compresa la Turchia. Noi siamo più indietro della Turchia. Mi risulta (da autodidatta perchè non è il mio settore) che per uno scandalo è stato coinvolto, a torto o a ragione, come spesso succede in Italia, il nostro direttore sanitario. Da anni siamo senza direzione sanitaria. Le strutture andrebbero calibrate in base alle necessità del paziente e il medico così si potrà muovere. In Inghilterra, in Svizzera o negli Stati Uniti vediamo che il nostro malato ematologico non sta chiuso dentro un reparto ma in un dipartimento di medicina, in mezzo agli altri malati e il personale è quello del reparto.

Nelle terapie intensive ematologiche sono necessarie strutture diverse. Io vorrei citare esempi di alcuni tipi di ricoveri perfettamente inutili che riempiono i letti senza scopo.

Stamattina si accennava alla riapertura dei sanatori ma i sanatori sono stati tenuti in piedi falsamente per decenni, fingendo e mobilitando i vecchi cronici, riempiendoli al momento in cui c'erano i controlli. Non è che non ci siano più malati di tubercolosi ma non è più il problema grave di quarant'anni fa. Il dispensario non è il ricovero. Il *day hospital* nel nostro ospedale consta di circa 400 posti letto e ci permette di fare i trattamenti ematologici di tutta la Regione, oltre che di altre parti d'Italia. Vengono persone anche dal Medio Oriente, con grande rabbia della nostra USL, perchè stiamo ricoverando meno nei reparti di base. La nostra USL ha 380 miliardi, 220.000 abitanti e rappresenta una delle più grosse USL italiane. In base al numero degli abitanti i reparti di base stanno perdendo perchè si stanno disorganizzando; però stiamo guadagnando con l'alta specializzazione. Noi siamo sopravvissuti perchè ci siamo inventati gli infermieri, li prepariamo noi stessi e nel passato ci ha aiutato

anche la Caritas (siamo proprio un paese da terzo mondo). Per fortuna è arrivato un libanese affetto da leucemia mieloide, cronica, perchè in questo caso si è attivato il Ministero degli esteri. Sono persino andato a protestare dal vescovo, ed anche se i rapporti fra lui e me sono buoni, gli ho detto ugualmente quello che pensavo. Presso di noi sono in cura pazienti affetti da talassemia e provenienti da tutte le zone del paese; abbiamo dei bambini che vengono anche dalla Sicilia. Questo perchè siamo uno dei centri specializzati nella cura di queste emopatie e facciamo anche il trapianto di midollo. Abbiamo avuto l'onore di ospitare una *équipe* della Lombardia, venuta da noi per motivi di studio, è assurdo che si vengano al Sud per imparare qualcosa. Devo dire però che per arrivare a questi livelli ci è costato caro. Per disperazione mi sono deciso ad entrare in politica, perchè era lontana da me l'idea di fare una cosa del genere a 60 anni. La nostra struttura si finanzia praticamente da sè, tramite l'associazione per le leucemie e cose di questo genere; abbiamo una autonomia di non più di un paio di mesi, poi non so come faremo dato che non ci danno i fondi per andare avanti. Il nostro centro funziona benissimo e ci vengono a chiedere quale sia il segreto di tanta efficienza e come facciamo ad avere una mortalità tanto bassa. Uno dei segreti sta nel fatto di avere creato un corpo di infermieri capace e che svolge il proprio lavoro con passione. Inoltre, il nostro personale non è corrotto, è incontaminato ed è formato da gente semplice che fa con coscienza il proprio lavoro. Spero che questo personale non venga demoralizzato e disincentivato dal clientelismo ormai dilagante. Sopravviviamo grazie allo spirito di abnegazione di queste persone e all'amore con cui operano i nostri medici, è per questo che non tollero gli sprechi.

Ricordo che nel 1984 il presidente della USL di Pescara mi comunicò che non era riuscito a fare approvare le tre delibere relative ai fondi da destinare al personale assistente. Per riuscire nell'intento facemmo persino un blocco stradale ed una marcia

verso la prefettura, ma non servì a niente. A questo punto mi sono deciso ad entrare in Parlamento, forse da questa sede riuscirò a fare qualcosa perchè si giunga ad un miglioramento di questo stato di cose, che sono veramente assurde; non si può continuare con questo sistema, a spese della povera gente malata!

A proposito di cultura medica, voglio portare l'esempio di un ricovero assurdo. Per una settimana si è tenuto ricoverato un paziente in un ospedale non zonale solo perchè gli avevano riscontrato una percentuale di emoglobina di 11,6 su 4 milioni e 200 mila globuli rossi. Poi questo paziente è stato dimesso con una diagnosi di lieve carenza marziale e con una cura di ferro. Questo ci fa capire che in molte strutture non si sa neanche quali siano veramente i pazienti da ricoverare e quali no. Ciò però deriva non solo da mancanza di cultura, ma anche dal fatto che il medico è spesso abbandonato a se stesso; inoltre non vengono utilizzati quei filtri necessari a diminuire il numero dei ricoveri, come il *day hospital* ad esempio. Nel nostro centro i malati di linfoma non vengono ricoverati perchè sappiamo che possiamo trattarli in ambulatorio, attraverso il *day hospital*, altrimenti non so quanti posti letto avremmo dovuto avere. Ma tutto questo è dovuto alla capacità dei singoli e alla loro iniziativa. Sul piano organizzativo e programmatico invece dovremmo essere noi parlamentari ad attivarci, perchè è il nostro lavoro. Per migliorare la situazione sanitaria in Italia, quindi, basterebbe solo un po' di buona volontà.

Per quanto riguarda il tempo pieno, so che negli Stati Uniti lo *staff* di medici che conta veramente in un ospedale è generalmente costituito da persone che lavorano a tempo pieno. Da noi purtroppo, spesso accade che mancano addirittura le strutture pubbliche per dare la possibilità ai medici di lavorare a tempo pieno, per cui questi sono costretti a lavorare in strutture private. Ora mi domando se tutto questo è voluto o se si tratta di incapacità nel gestire la sanità. Negli ospedali, tra l'altro, esistono dei clientelismi che scoraggiano il persona-

le medico e paramedico. Ad esempio, nel mio centro fino a qualche tempo fa avevo a disposizione un segretario (un sindacalista), che mi aiutava nel mio lavoro e mi rispondeva al telefono. Ora non ho più nè il segretario nè il telefono. Pare che una volta andata via questa persona sia scomparso con questa anche il posto che occupava. Il telefono mi è stato staccato, forse per ridurre le spese, ma è inaudito che un centro ad alto livello come il nostro, che ha bisogno di comunicare non solo con tutte le parti d'Italia, ma anche con l'estero, debba risparmiare sulle spese telefoniche. Ora, infatti, mi sono organizzato e ho una segreteria, grazie ai fondi dell'università e all'associazione *pro* leucemici.

Le cose che ho raccontato in questa sede sono vere, perchè le ho vissute personalmente. Spero che in futuro riusciremo insieme a migliorare la situazione sanitaria del nostro Paese.

DIONISI. Fortunatamente, senatore Torlontano, le esperienze da lei raccontate non sono così drammatiche in tutto il paese, sono situazioni che si verificano di frequente, ma non sono così diffuse come si crede.

Vorrei sviluppare anch'io alcune considerazioni di carattere generale; inoltre, poiché ho acquisito una certa esperienza come medico di base, colgo l'occasione di questa discussione sul disegno di legge della finanziaria per affrontare ed approfondire alcuni aspetti particolari di questo provvedimento. Per quello che riguarda l'impostazione complessiva, condivido pienamente quanto è stato affermato dai colleghi Rannalli, Zuffa, Torlontano ed Alberti. Non per questo mi sento di respingere le considerazioni fatte da altri colleghi, anche perchè su un argomento così problematico come quello della sanità non esistono delle verità così nette. Devo dire, quindi, che in ogni intervento ho potuto cogliere alcuni aspetti interessanti ed alcune verità importanti.

Con il mio intervento intendo dimostrare senza preconcetti che le proposte del Governo ed in particolare quelle del Ministro della sanità sono non solo ingiuste e demagogiche, ma anche improvvisate e sicuramen-

te elaborate da persone che, evidentemente, non hanno mai avuto una conoscenza diretta del sistema sanitario. Chi ha preparato queste norme, infatti, non credo sia mai entrato nello studio di un medico di base, nè, per loro fortuna, in un ambulatorio specialistico nè in un ospedale o comunque non riconoscono o non vogliono riconoscere il ruolo e il potere del medico, di cui bisogna tenere conto realisticamente. I medici, come del resto altre categorie, data la specificità e l'importanza della loro funzione, hanno un effettivo potere nella società, che esercitano — anche se purtroppo non sempre è così — in modo democratico. I medici chiaramente non sono neutrali, come peraltro non lo sono altre categorie sociali ed il loro ruolo nel rapporto democratico con il resto della società dipende anche dalle scelte generali delle forze dominanti. A questo proposito, va fatto un riferimento alla storia. Basti pensare al ruolo svolto dalla categoria dei medici nella drammatica vicenda vissuta dal Cile negli ultimi 15 anni. Dapprima i medici schierati per il 90 per cento con Allende, sostennero le sue riforme sociali, poi, prospettando il capitale la privatizzazione del sistema sanitario, divennero un importante sostegno del potere dittatoriale di Pinochet. È vergognoso a dirsi ma hanno anche partecipato ad azioni riprovevoli, violando i diritti dell'uomo e spesso anche l'integrità della persona partecipando alla tortura di prigionieri politici. Questo esempio si contrappone a quanto avviene invece nella nostra società, in cui i medici, anche per l'opposizione alle proposte avanzate dal Governo, dimostrano una consolidata cultura di partecipazione, una cultura ispirata ai valori della riforma sanitaria. Mi sembra che vi sia stata da parte di varie organizzazioni di medici, non dico una «levata di scudi», ma sicuramente una generale opposizione a proposte che vengono giudicate non solo ingiuste ma anche probabilmente, come dicevo all'inizio, inutili e non produttive.

Ritengo che con le sue proposte il Ministro sia proprio riuscito a scontentare tutti. Vorrei leggervi i titoli di una serie di arti-

coli pubblicati su alcuni giornali indirizzati ai medici: «Unici soddisfatti gli ambulatoriali»; «Duri commenti degli ospedalieri»; «La finanziaria ci piace a metà»; «Una finanziaria da bloccare». Questi sono i titoli sulle posizioni dei medici.

In Italia, peraltro, ogni volta che si parla di debito pubblico, di inefficienza dei servizi, si pensa fatalmente alla sanità. Qualunque proposta di risanamento economico dovrebbe passare attraverso i tagli alla sanità o l'introduzione di *tickets*. Non mi sembra comunque che la medicina mutualistica funzionasse meglio. Anche in questo caso ricordare il passato potrebbe essere utile per tutti noi. Forse una lettura serena dei mutamenti avvenuti nel settore sanitario può contribuire anche a capire le posizioni di ognuno e dei vari partiti.

Certamente esiste una discrepanza tra la quantità delle risorse impegnate (in ogni caso in misura inferiore rispetto agli altri Paesi Europei, rappresentando da noi solo il 5,45 per cento del prodotto nazionale lordo) e la qualità del servizio, peraltro diverso nelle varie realtà nazionali. Non tutte le situazioni sono come quelle di cui parlava il senatore Torlontano. Sicuramente in alcune realtà la sanità funziona bene, anche se forse non benissimo, ed è vero anche che esiste un malcontento dei cittadini e che ormai l'attacco al sistema sanitario è diventato un luogo comune. Crediamo che la riforma sanitaria non sia un tabù nemmeno per quelle forze democratiche e progressiste e per quelle forze culturali che ne imposero l'affermazione e che negli ultimi anni, per il mutato rapporto di forze con i gruppi reazionari e conservatori, non sembrano poter resistere ai tentativi di boicottaggio più o meno simulati. Non difendiamo perciò in modo aprioristico tutta la legge n. 833 del 1978, ma siamo disposti a discutere i necessari aggiustamenti sulla scorta di un'esperienza ormai decennale. Respingiamo però i tentativi di boicottaggio di quanti vogliono rinnegare i valori stessi che sostengono la riforma e l'impianto unitario sui cardini della prevenzione, della cura e della riabilitazione e che vogliono addebitare alla riforma i disservizi,

le insufficienze e magari tutti i mali del nostro Paese. Come se insufficienze non si registrassero purtroppo anche in altri servizi sociali come la scuola, i trasporti, eccetera. Nulla di nuovo, mi sembra, nulla di particolare nella sanità rispetto agli altri servizi pubblici.

Oggi le carenze e le inefficienze ci appaiono più gravi di ieri quando esisteva la medicina della mutua perchè con la legge 833 si è realizzato un maggiore controllo democratico, una maggiore partecipazione delle forze sociali, dei semplici cittadini, per un'accresciuta coscienza dei diritti (vedi la diffusione dei tribunali per i diritti del malato), per una propaganda dei *mass media* che spesso enfatizzano inevitabili e singole inefficienze e che avviano strumentali campagne scandalistiche, ma anche perchè dalla riforma si è atteso, quasi miracolicamente, un miglioramento del servizio, come se strutture, conoscenze e competenze potessero nascere dal nulla, dal vuoto del passato, per aver solo affermato una legge che deve essere ancora attuata e dei principi generali che debbono essere rispettati; infine, perchè la diffusione e la volgarizzazione di una cultura sanitaria e la proposta dei *mass media* dei risultati eccezionali della medicina sperimentale (trapianti, eccetera) hanno creato una convinzione diffusa di guaribilità, addirittura quasi di «immortalità». Si pensi, ad esempio, a come si è modificato nel costume e nel sentimento della gente il concetto della morte. Non so se avete mai riflettuto su questi temi, tristi ma anche affascinanti perchè di natura esistenziale: negli Stati Uniti si truccano i morti perchè vi è quasi il rifiuto della morte; ormai si ha il vivo che è quasi morto nei centri di rianimazione ed il morto che è quasi vivo; vi è il rifiuto culturale della morte.

CONDORELLI. C'è anche una speculazione enorme.

DIONISI. Certo, comunque vi è questo rifiuto proprio perchè siamo bombardati da questo tipo di messaggi. La televisione, anche con belle trasmissioni, ci fa vedere i

miracoli della medicina (intendo la medicina di frontiera, quella sperimentale) che però non possono essere riproducibili in ogni situazione concreta ed in ogni struttura. Non è possibile, infatti, fare improvvisamente entrare nell'ospedale di provincia, o di altri piccoli centri, la medicina moderna, la tecnologia avanzata e gli strumenti sofisticati.

La medicina si è trasformata da scienza semimolle, quasi umanistica (ricordo grandi medici con enorme intuito oltre che con grande cultura umanistica, come ad esempio il padre del professore Condorelli che, durante le sue lezioni di medicina, recitava anche poesie), in scienza dura e documentabile che, avvalendosi di tecnologie sofisticate, risulta anche più costosa. Si sottrae all'estro intuitivo del medico e si consegna allo scienziato. Da questa medicina emergono prestazioni diagnostiche e terapeutiche diverse, più consone alle esigenze del cittadino moderno che, vivendo in un sistema di relazioni sociali più articolato e complesso, reclama rapidità, informazione e documentazione obiettiva della malattia, o anche del suo stato di salute (basti pensare, ad esempio, al rapporto con le assicurazioni). Egli non si affida più al solo rapporto di fiducia con il medico di base o con il «santone» ma affida alla nuova tecnologia la soluzione di problemi complessi, come sono i fenomeni biologici, costituiti dalle malattie. Questo, in maniera schematica, comporta maggiori costi ma anche più garanzie per i malati e più salute. Non a caso si dice che la popolazione invecchia perchè si muore di meno, si nasce di meno e, fortunatamente, ci si ammala di meno. Sono poco convinto, come abitualmente si afferma, che il passato era migliore del presente; oggi si vive oggettivamente meglio (e si fatica certamente di meno).

La medicina che documenta la malattia ha portato ad un ribaltamento dei rapporti di potere fra il paziente ed il medico. In passato il paziente era oggetto dell'intervento del medico; oggi contratta con il medico (non sulla terapia, certamente), vuole essere giustamente informato sulla sua salute e ciò non è un fatto negativo, ma

comporta un rapporto più democratico e più libero. Purtroppo però comporta anche maggiori costi (basti ricordare l'uso diffuso delle costose moderne metodiche diagnostiche).

Siamo consapevoli dell'urgenza di un intervento correttivo alle storture ed alle inefficienze del sistema sanitario, ma non possiamo condividere le proposte avanzate dal Ministro della sanità per la loro impostazione generale, che reputiamo demagogica, per la loro inattendibilità e per lo scardinamento istituzionale che queste proposte prospettano. Le proposte per la riduzione della spesa nascondono la volontà di sottostimare la spesa, come è stato già ricordato, ma nessuno in buona fede — ed anche chi le propone — può credere alla loro efficacia, così come hanno dimostrato gli interventi di tutti i colleghi, compresi quelli di maggioranza.

Vorrei porre alcuni problemi di principio. Perchè risparmiare su un servizio così delicato e importante per i cittadini? Quando presentiamo l'Alfa Romeo 164 in televisione, attraverso lo spettacolo al Palatrussardi, proponiamo valori consumistici. Quando fiscalizziamo gli oneri sociali alle aziende e regaliamo miliardi alle imprese, senza alcun effetto sull'occupazione, ci evidenziamo come importante (quinta o quarta) potenza economica nel mondo, come un paese ricco, moderno, o *post-moderno*, e *post-industriale*. Ma subito dopo, quando imponiamo *tickets* e balzelli ai cittadini e lesiniamo sulle pensioni, diventiamo un paese povero, da terzo mondo, in crisi: e la crisi, si sa, impone sacrifici. Signori della maggioranza dimostriamo un minimo di coerenza. Non possiamo essere, strumentalmente, un giorno ricchi per dare ai ricchi ed un giorno poveri per togliere ai poveri.

Vorrei soffermarmi su alcuni particolari, proponendo elementi di riflessione che rappresentano il frutto della mia esperienza diretta. La proposta di ridurre 36 mila posti letto negli ospedali, come è stato affermato da più parti, non è apprezzabile, non perchè impraticabile o strumentale o per le difficoltà e tensioni che introdurrebbe nei rapporti con le forze sociali locali. Un

provvedimento globale potrebbe anche portare ad una riduzione dei posti-letto. Ma questa proposta non individua un meccanismo idoneo a ridurre gli stessi negli ospedali. In tutti gli ospedali aumenteranno i ricoveri. I medici infatti, ovviamente, cercheranno di difendere il loro potere raggiungendo il famoso 70 per cento di utilizzazione dei reparti. Come si fa ad impedire che il medico non attui il ricovero in ospedale? Esiste poi una contraddizione: da una parte si desidera smantellare alcuni ospedali, dall'altra tutta la cultura alla base delle proposte del Ministro gira attorno all'ospedale. La logica sottesa a tale cultura è quella della struttura chiusa e dei farmaci. In poche parole si ripropone la medicina del capitale e dei consumi.

Come si fa a smantellare l'ospedale se l'ospedale stesso rimane l'unica struttura funzionante del servizio sanitario? Occorre sviluppare la prevenzione, risanare l'ambiente, promuovere la partecipazione del medico di base, che non può essere ridotto ad un burocrate. Non si deve vietare al medico di base di esercitare la sua funzione specifica; bisogna ridargli dignità culturale ed economica e non ridurlo ad un mero scrittore di ricette.

I cittadini comprendono tale situazione. L'unica possibile, anche se spesso inefficace, risposta di salute è fornita dall'ospedale e la continuerà a fornire l'ospedale, se continueremo a muoverci in questa ottica. Nell'ospedale si concentra una cultura sanitaria più elevata (o così dovrebbe essere, almeno), rispetto alle strutture territoriali extra ospedaliere.

Allora quali sono le proposte? Una può essere quella di utilizzare i cosiddetti filtri, come il *day hospital*, la preospedalizzazione, la deospedalizzazione protetta, ecc... che non comportano costi aggiuntivi e possono essere molto efficaci. Bisogna fare rientrare anche il medico di base in questa logica, magari con incentivi e premi e convincendolo a non superare un certo tetto di spesa, magari introducendo il budget o i protocolli diagnostici e terapeutici. Se riflettiamo serenamente su queste cose credo che si possa giungere a soluzioni efficaci, ad

un reale risparmio e ad una razionalizzazione di questo settore.

Nel disegno di legge finanziaria vi è una proposta preoccupante. Mi chiedo come vi si sia giunti: in caso di ricovero d'urgenza il medico di base dovrebbe accompagnare il proprio assistito in ospedale. Ma consideriamo un momento gli impegni che mediamente ha questo medico: deve visitare almeno 30 persone al giorno in studio e deve fare una decina di visite a domicilio. Come può trovare anche il tempo di accompagnare in ospedale i propri assistiti? In un pronto soccorso poi non credo abbiano il tempo di fare quello che si chiede all'articolo 12 della finanziaria, perchè hanno ben altre cose cui pensare. Ci siete mai stati in un pronto soccorso? Si presentano urgenze di tutti i tipi: persone con attacchi d'asma, con edema polmonare, infartuati, vittime di incidenti stradali, eccetera. Quindi con tutti questi impegni, il medico di guardia dovrebbe anche trovare il tempo di contattare la direzione sanitaria perchè questa si attivi a fare tutti gli accertamenti del caso ogni volta che il paziente ricoverato non è accompagnato dal suo medico di famiglia. Come se alla direzione sanitaria non avessero altro da fare! Ma questa è pura follia! Un'idea così originale non fa altro che complicare la vita a tutti.

Per quanto riguarda la durata dei ricoveri, poi, ritengo che vi sia un solo modo per abbreviarla: potenziare i servizi diagnostici come la radiologia, le varie endoscopie (polmonare, urologica, ginecologica, ecc.). Pur non essendo direttore sanitario, mi rendo conto ugualmente dove si creano i ritardi che fanno allungare il periodo di degenza negli ospedali. Desidero fare solo un esempio: per aspettare la risposta di una radiografia anche banale spesso ci vuole una settimana. La durata della degenza si può ridurre, ma non con le norme, bensì con un potenziamento dei servizi ed inserendo nelle strutture ospedaliere personale competente, che abbia fatto corsi seri. Se si continua a selezionare il personale medico e paramedico sulla base delle tessere dei partiti e non delle capacità, le cose non potranno migliorare. Bis-

gna poi evitare le sanatorie ripetute e fare dei controlli più seri su come si accede ai vari posti di responsabilità.

Qui apro una breve parentesi sulla produzione scientifica dei nostri medici ingiustamente assunta come uno dei parametri di selezione. Nella maggior parte dei casi la produzione scientifica dei medici è rappresentata da lavori non originali o suggeriti dalle case farmaceutiche o da traduzioni di testi stranieri. Riconosco che in alcuni ospedali vi sono delle strutture scientifiche anche di rilievo, che cercano di competere con il mondo medico-scientifico anglosassone, ma questi casi sono ancora molto limitati nel nostro paese.

Troppo spesso ci si limita ad imitare od a seguire in modo subalterno culture e modelli di altri paesi occidentali. Negli anni '60, quando frequentavo la facoltà di Medicina a Roma, negli ambienti e nelle cliniche più moderne si traducevano i testi dall'inglese ed i pazienti venivano visitati poco. Si ricavava la diagnosi dallo studio dei risultati delle analisi cliniche. Io scelsi di frequentare un reparto dove veniva insegnato a visitare i pazienti, ad ascoltare un cuore, ad esempio, ed a riconoscere le varie patologie con una approfondita anamnesi ed un corretto esame obiettivo. La mia critica è rivolta ad un certo tipo di scuola che si limita a scimmiettare la cultura di tipo anglosassone o statunitense ed accoglie acriticamente il modello della medicina del capitale, come la definiva Giulio Macescaro.

Tornando dunque alla durata dei ricoveri, devo dire che se esistesse meno burocrazia nei vari reparti vi sarebbe un minore spreco di tempo e più efficienza. Ritengo assurdo ad esempio che un medico con due o tre specializzazioni debba perdere tempo a compilare più volte in occasione di ogni visita o di ogni ricovero la stessa cartella clinica degli stessi pazienti. Occorre quindi modernizzare questo tipo di funzioni all'interno di un ospedale e della sanità in genere. Non ritengo giusto infatti che mentre l'industria privata e pubblica rinnova e migliora le tecniche di produzione, la pubblica amministrazione omette di

introdurre fattori di razionalizzazione e le moderne tecniche produttive nella gestione dei servizi pubblici. Sarebbe sufficiente una maggiore informatizzazione o l'introduzione di processi operativi più semplici, che non facciano disperdere energie che possono essere utilizzate in maniera più proficua.

Il controllo della produttività, poi, non può essere fatta con l'intervento dei carabinieri, ma si possono utilizzare degli strumenti più idonei e meno umilianti. Un primo passo può essere costituito dal controllo sociale, cioè la verifica continua che si ha normalmente, perchè è facile sapere quali sono i reparti che funzionano e quelli che non funzionano. Inoltre, nessuno impedisce ad un direttore sanitario di riunire mensilmente i responsabili dei vari reparti o servizi per verificare quali sono le carenze e le cause di queste, insomma conoscere quali sono gli intoppi nel processo produttivo di un ospedale o di una struttura sanitaria. Un'altra soluzione potrebbe essere quella di attribuire *budget* ad ogni reparto o servizio con un responsabile che deve poi rendere conto della sua utilizzazione. Una volta, ad esempio, il primario era responsabile anche delle spese di un reparto ospedaliero e quindi badava anche al costo ed alla quantità dei farmaci impiegati. Oggi, si possono introdurre dei meccanismi di controllo e delle modifiche nella procedura di spesa che siano veramente efficaci. È poco funzionale il sistema adottato attualmente, in quanto non serve a frenare chi vuole «fare la cresta». Non è certo questo il sistema per limitare questi comportamenti irresponsabili e criminosi.

Le disposizioni relative alla quadruplicazione dei *tickets* sono ingiuste, facilmente eludibili ed avversate dai medici. È inutile ripetere cose già dette. Non si possono far pagare ai malati i problemi dell'Italia.

Quanto al problema dei farmaci, il professor Torlontano, portando esempi specifici, frutto di esperienza vissuta, ha delineato con particolare efficacia il quadro della situazione in Italia. Anche in questo caso vorrei fare alcune osservazioni di carattere politico.

Anzitutto, il consumo dei farmaci nel nostro Paese è inferiore a quello che si registra in altri Paesi occidentali: consumiamo, ad esempio, meno degli Stati Uniti, meno della Germania, meno della Francia; il nostro consumo è solo di poco superiore a quello degli inglesi. Lo stesso discorso vale per la diagnostica.

Certo, questi sono settori gonfiati ma non, come diceva il Ministro, per una immoralità diffusa dei medici. È vero quanto affermava il senatore Torlontano. Anche in questo caso bisogna esaminare le cause profonde, non quelle apparenti, del comportamento errato degli utenti e degli operatori. Questo, infatti, è l'effetto di un modello culturale proprio della società occidentale fondata sul consumismo.

Se si inducono comportamenti consumistici per i farmaci come per gli altri prodotti, non si può poi pretendere che la gente non consumi. Molti, ad esempio, anche persone colte, che dovrebbero quindi avere una cultura critica maggiore rispetto ad altri cittadini di livello culturale inferiore, si recano dal medico per sottoporsi a controlli periodici (il famoso *check-up*); ma a cosa serve fare controlli ogni sei mesi se uno sta bene? Per stare bene è importante vivere bene e igienicamente in un ambiente sano, non farsi le analisi ogni sei mesi. Infatti, per fare un esempio paradossale, è successo che persone che dal *check-up* risultavano in perfette condizioni di salute, sono decedute appena fuori della porta dello studio medico. È la cultura del consumo del farmaco e dello strumento diagnostico che ne sostiene l'abuso e che comporta l'aumento delle spese in questo settore.

Vorrei fare un altro esempio proprio di questi giorni: dopo alcuni giorni dalla produzione, per adesso negli Stati Uniti, di un farmaco ipocolesterolemizzante, si sarebbe deciso convenzionalmente — e questo fa venire dei sospetti — nelle assise dei medici che i valori normali di colesterolemia non sono più fino a 220 ma a 200. A seguito di tale riduzione, entrano nella categoria di «pazienti» tutti quelli che hanno una colesterolemia superiore a 200, e si tratta di milioni di persone che per convenzione

passano da «sani» a «malati» e perciò potenziali consumatori di farmaci e di indagini cliniche. Vedete quindi come la scienza non sia neutrale rispetto agli interessi concreti presenti nel settore sanitario.

Bisogna poi considerare gli effetti che produce la propaganda dei farmaci che, se non può essere impedita, dovrebbe almeno essere controllata. Quale potere ha il medico di fiducia di fronte al paziente che, avendo saputo del nuovo farmaco e avendo i valori del colesterolo a 220, chiede che gli venga prescritto il farmaco? L'organizzazione del sistema sanitario deve essere ricondotta ai valori che avevano ispirato la riforma, altrimenti il risultato non può essere che questo.

Vi è poi il problema del prezzo dei farmaci — di cui si è già detto — e del loro inserimento nel prontuario terapeutico. Anche riguardo ai farmaci e all'abuso della diagnostica, bisogna considerare che i medici si trovano in una posizione di subalternità culturale rispetto alle case farmaceutiche, da cui oggi, infatti, dipende in larga parte la formazione del medico. È vero quanto dichiarato in proposito dal senatore Torlontano. Come può oggi un medico ospedaliero che vuole aggiornarsi, spendere almeno un milione e mezzo per ogni congresso (considerato lo stipendio che percepisce)? Può partecipare ai congressi solo se gli vengono pagati dalle case farmaceutiche. D'altra parte, se qualche volta può capitare che paghi il medico, si verifica il paradosso che paghi lui per essere egli stesso oggetto di pressione pubblicitaria. Questa è oggi la realtà. Come fare allora? Si dovrebbe ricondurre la formazione dei medici nell'ambito delle strutture pubbliche, degli ospedali, delle università. Con i soldi che si potrebbero risparmiare, sarebbero possibili corsi di aggiornamento per la formazione permanente, ridando dignità culturale ai medici.

Vorrei infine affrontare un problema che mi sta a cuore. Non è vero, come diceva il Ministro, che il problema dei giovani medici non ci riguarda: il nostro è un Paese che, dopo aver speso risorse per la formazione dei medici, li manda a spasso a di-

simparare. Con sacrifici della nazione, impiegando risorse importanti, si preparano i medici, anche in numero eccessivo, poi però li costringiamo a disimparare, con i rischi che ciò comporta quando li mettiamo ad esercitare, per esempio, nella guardia medica che rappresenta il settore più difficile. Si abbandonano così risorse umane ed intellettuali. Siamo un Paese che sperpera valori e non possiamo permettercelo. Cosa si potrebbe fare? Ad esempio: introdurre reali incompatibilità (e in questo modo vi sarebbero posti per i giovani medici); incentivare la frequenza di questi ultimi negli ospedali attraverso una adeguata retribuzione sommando l'orario mensile di tale frequenza a quello della guardia medica; introdurre un premio in titoli accademici; dotare le ambulanze di adeguate strutture e prevedere la presenza di un medico su ognuna di esse (ciò consentirebbe di salvare molte vite umane perchè in alcuni casi, come nell'infarto, è indispensabile intervenire subito). Occorre infine affrontare il problema dei rapporti tra ospedale e strutture sanitarie, ed il personale sanitario medico per individuare un fattore importante di incongrua utilizzazione delle risorse umane e professionali. Nelle strutture sanitarie pubbliche non si assume più da circa dieci anni. Ciò ha provocato un salto generazionale.

Nelle strutture sanitarie pubbliche esiste una cultura sanitaria che va in qualche modo conservata. Corriamo il rischio che tutta una generazione di medici professionalizzati andrà contemporaneamente in pensione e sarà sostituita da una nuova generazione con poca esperienza. Si verificherà un salto generazionale nella cultura sanitaria, soprattutto ospedaliera.

Forse anche io mi sono mosso in un'ottica ospedaliera, ma le mie precedenti dichiarazioni circa la necessità di recuperare il valore della prevenzione e della riabilitazione mi mette al riparo, spero, da un errore metodologico e da una incomprensibile incoerenza.

ONGARO BASAGLIA. Vorrei mettere a fuoco soltanto il punto, toccato in diversi

interventi, inerente la legge n. 180 del 1978 sull'assistenza psichiatrica.

Vorrei partire da una precisazione — e mi dispiace che il collega Sirtori sia assente — sulla storia della legge n. 180, presentata sempre come qualcosa di abborracciato, nata sotto l'incalzare del *referendum* radicale.

Vorrei ricordare soltanto che la legge n. 180 è stata una delle poche leggi di riforma che ha avuto un supporto di esperienza di 15-20 anni. La legge n. 180 è del 1978, le prime esperienze di riforma istituzionale manicomiale nascono fra il 1960 e il 1961 a Gorizia e a Perugia. Ciò è confermato successivamente sia dall'indagine finalizzata del CNR del 1973 sui servizi dove si attuava la riforma, sia dall'OMS-Regione europea che ha seguito dal 1973 al 1983 l'evoluzione dell'esperienza di Trieste quale unica zona pilota italiana inserita nel suo programma europeo sulla psichiatria.

Era una legge che partiva da un'esperienza concreta; ciò nonostante si trattava di una legge-quadro che doveva essere seguita dal piano sanitario che non è mai stato presentato.

Si sta parlando — e se ne è parlato anche nella precedente legislatura — di tre progetti-obiettivo. Sono state vincolate alcune quote per i progetti-obiettivo prioritari che includevano, tra le priorità, la psichiatria. Ho sottolineato diverse volte, nella precedente legislatura, che su 750 miliardi che dovevano essere distribuiti secondo le priorità fissate, 30 miliardi sono stati destinati alla psichiatria.

Il Ministro della sanità, nella precedente legislazione, aveva affermato che si stava lavorando sui tre progetti-obiettivo anziani, handicappati e tossicodipendenze. Al Convegno di Torre Belice ha precisato: «per handicappati fisici e psichici». Quando ha presentato la sua relazione in Commissione ha parlato di tre progetti-obiettivo anziani, handicappati e tossicodipendenze, sui quali si sta lavorando mentre ripropone un'altra Commissione per il problema della psichiatria.

Siamo convinti che, al momento dell'in-

dagine conoscitiva svolta dalla Commissione sanità del Senato nel 1984, nessuna direzione del Ministero della sanità disponeva di un solo dato sull'assistenza psichiatrica, mentre il CENSIS nel 1984 ha presentato un'indagine circostanziata di cui posso citare solo alcuni dati. Il 14,8 per cento della popolazione italiana vive in località prive di ogni servizio psichiatrico (circa 8 milioni e mezzo di persone); il 36 per cento dei presidi che sono stati istituiti risale agli anni precedenti l'entrata in vigore della riforma, la quale dette iniziale impulso alla creazione di presidi territoriali tra il 1978 ed il 1980 (41,8 per cento dei servizi), seguito da un netto rallentamento (21,5 per cento) dal 1981 al 1984, esattamente nel periodo in cui si chiudevano le ammissioni negli ospedali psichiatrici.

L'impulso dato dalla riforma era stato positivo e si era avviata la formazione dei servizi, mentre il clima politico, che si è andato modificando dagli anni '80 ha poi bloccato l'evoluzione di questa riforma e l'attuazione dei servizi, incominciando a rinviare tutto al momento della modifica della legge n. 180.

Alla Camera dei deputati, nella precedente legislatura, si è discusso, per quasi quattro anni, su circa una dozzina di progetti di modifica radicale della legge n. 180, anche riproponendo l'internamento. So perfettamente che l'esigenza più immediata è la presentazione di un disegno di legge che anticipi il progetto obiettivo tutela della salute mentale, perchè non possiamo permetterci di tenere le famiglie di disturbati psichici nelle condizioni in cui si sono abbandonate negli ultimi dieci anni nei luoghi in cui non esistono i servizi.

Non ho riferito un ultimo dato che risulta dalla indagine del CENSIS: il 13,9 per cento dei servizi istituiti viene riconosciuto come sufficientemente capace di rispondere ai bisogni della popolazione. Prima della fine della legislatura abbiamo presentato un'interrogazione al Ministro per sapere perchè i dati del CENSIS, consegnati nel 1985, non siano ancora stati pubblicati. Poco dopo, prima dell'estate, è stata concessa l'autorizzazione alla pubblicazione

dei dati del CENSIS, ma è stata nuovamente bloccata per un intoppo burocratico. Il Ministero della sanità dispone di questi dati ma vogliamo disporne anche noi. È in base al fatto che il 14 per cento dei servizi risulta positivamente operante? Non si vuole fare capire, cioè, che la legge n. 180, se è riempita di tutte le articolazioni di cui ha bisogno potrà risultare efficace?

Stiamo approntando, in questi giorni, un disegno di legge che anticipa alcuni contenuti del progetto-obiettivo sulla tutela della salute mentale, integrandolo (abbiamo visto ben due versioni di progetto-obiettivo, inserite nelle due versioni del piano sanitario nazionale). A nostro avviso è un progetto che potrà riscuotere un notevole consenso, come ha riscosso un notevole consenso la legge n. 180, perchè articola e prevede tutto ciò che la legge n. 180 non articolava e descriveva proprio perchè in attesa del progetto-obiettivo e del piano sanitario nazionale.

Mi auguro che il Presidente della Commissione possa, al più presto, inserire nell'ordine del giorno dei lavori della Commissione questo disegno di legge che certamente necessita di essere perfezionato ma può costituire uno strumento che ci consentirà di partire da una articolazione del discorso estremamente più concreta rispetto a questa ennesima e sterile discussione sulla legge n. 180.

Vorrei ora chiedere al rappresentante del Governo quale problema impedisce la pubblicazione dei dati del CENSIS e vorrei anche conoscere le modalità di ripartizione delle quote vincolate ai progetti-obiettivo tra le diverse priorità, perchè nella precedente legislatura tali somme sono state utilizzate per finalità completamente estranee ai fini stabiliti dalla legge. Vorrei anche sapere se il Ministero è in possesso di una conoscenza sufficiente per iniziare ad affrontare concretamente il problema e se ci sia la necessità di istituire un'altra Commissione. Cosa produrrà eventualmente questa Commissione?

Preannuncio in ogni caso la presentazione di un disegno di legge che anticipa in parte i contenuti del progetto-obiettivo sul-

la salute mentale e mi auguro che sarà esaminato al più presto dalla nostra Commissione.

PERINA. Signor Presidente, signor Sottosegretario, colleghi, ho sempre notato nella mia vita di sanitario non medico che, quando si parla di sanità, c'è la cattiva abitudine di affrontare l'intera storia del mondo. Vorrei invece attenermi al motivo della convocazione, che è ben preciso e riguarda l'esame della legge finanziaria.

Dichiaro subito di essere d'accordo con la relazione del senatore Melotto, il quale con la sua chiarezza ci aveva invitati a discutere di questi aspetti e non delle ipotesi di riforma sanitaria. Nel mondo della sanità esistono in effetti delle realtà che vanno rimosse, come per esempio quel tipo di cultura sanitaria che negli anni '60 e '70 ha portato quasi tutti gli amanti della sanità a identificare la possibilità di un miglioramento nell'aumento dei posti letto ospedalieri. Questa concezione ora sembra sia stata rimossa a livello mondiale e non solo nazionale. Quando negli anni '70 si riteneva che il risultato massimo della sanità dovesse essere quello di arrivare a 11-12 posti letto ogni mille abitanti, si trattava di un assunto sbagliato, come oggi si riconosce ovunque.

In questa fase di ricerca, introdurre degli elementi di responsabilizzazione a diversi livelli mi sembra sia corretto. Così come credo dovrebbe essere corretto un simile atteggiamento anche in base alla lettura specifica degli elementi finanziari che ci vengono proposti. Quando si parla della soppressione dei 36.000 posti letto ospedalieri, non si intende una sciabolata anonima, ma si dà una indicazione su un problema realmente esistente. Infatti, al di là delle latitudini e delle longitudini, abbiamo un notevole numero di posti letto sottoutilizzati. Quando il senatore Gualtieri e qualche altro collega affermano che ci saranno degli addetti ai lavori che per salvarsi l'anima introdurranno il discorso della spedalizzazione forzata, ciò significa supportare ulteriormente la validità del precedente assunto; infatti, se esiste la necessità di man-

dare gli anziani negli ospedali per riempire i posti letto, vuol dire che questi di fatto sono sottoutilizzati.

Il testo al nostro esame afferma appunto che bisogna arrivare a un miglioramento, all'economia del sistema interno degli ospedali, cercando di ottenere una utilizzazione del 75 per cento dei posti letto. Indipendentemente dalla nostra volontà e dalle nostre ideologie di parte, di fatto esiste una tendenza mondiale a non spedalizzare i bambini; quindi oltre al problema degli anziani, bisogna porsi anche quello della pediatria. In definitiva, introdurre la finalità di una possibile riduzione dei posti letto a fronte di una realtà già esistente mi pare sia estremamente corretto. Può darsi che questa razionalizzazione non produrrà i suoi effetti positivi entro breve tempo, ma l'individuazione di responsabilità a diversi livelli mi sembra sia un risultato importante.

Questo non significa togliere alle regioni le proprie competenze istituzionali, perchè di fatto su certe spese non possono agire, come tra l'altro è specificato in allegato al testo. Questo tentativo di razionalizzazione mi sembra sia corretto, anche perchè, all'interno della stima del fabbisogno nazionale in termini monetari in campo sanitario, si potrebbe riutilizzare l'eventuale risparmio.

Oltre a fare la difesa d'ufficio dei medici, mi chiedo anche quanti di essi in Italia in questi dieci anni si sono dedicati alla medicina preventiva o sul territorio. Se il senatore Dionisi me ne trova uno, sarei contento.

DIONISI. Non è questo il problema.

PERINA. Mi è sembrato che l'unico aspetto da salvare fosse l'elemento professionale del medico, il che non è affatto vero. Su questo punto sono d'accordo con quanto stabilito dalla legge finanziaria. Ugualmente sono favorevole al tentativo di responsabilizzare il medico di base per quanto riguarda l'accesso al ricovero ospedaliero e ricordo che il testo distingue tra spedalizzazione ordinaria e quella improvvisa.

DIONISI. Quanti sono i ricoveri ordinari?

PERINA. Molti, almeno per me che provengo dalla realtà del Nord.

A proposito dei ricoveri d'urgenza, la legge stabilisce che, se il medico non è in grado di accompagnare il ricoverato di urgenza, nel giro di tre giorni si deve procedere. Mi sembra sia una previsione non iniqua.

Quindi il criterio di questa normativa finanziaria di introdurre elementi di corresponsabilizzazione a vari livelli, la ritengo giusta, anche se nella realizzazione pratica possono essere apportate alcune modifiche. Ho delle perplessità per quanto riguarda il *ticket* sulla seconda ricetta, anche se in effetti vengono esclusi i cosiddetti farmaci salvavita, per cui il *ticket* non deve essere pagato indiscriminatamente per tutti i prodotti. Secondo me, però, questo sistema è farraginoso, sarebbe meglio portare il *ticket* a mille- o duemila lire per tutti e senza alcuna distinzione tra prima o seconda ricetta. Vorrei aggiungere in proposito che dalle statistiche risulta che da quando sono stati aboliti i *tickets* stranamente è aumentata in maniera clamorosa sia la spesa farmaceutica che quella relativa a certa diagnostica strumentale.

Sono d'accordo sul fatto che abbiamo una pleora di farmaci inutili e talvolta dannosi, però non condivido l'idea di chi afferma che la prescrizione dei farmaci è un atto dovuto o subito da parte del medico. A questo punto non so quanto sia opportuno lasciare che la prescrizione venga fatta solo dai medici e senza alcun controllo. Forse sarebbe bene apportare qualche modifica su questo punto. Comunque ritengo che non si giungerà ad una diminuzione della spesa farmacologica eliminando dal prontuario terapeutico i farmaci inutili, perchè quelli che incidono per oltre il 50 per cento in realtà sono i farmaci basilari come gli antibiotici; inoltre stanno comparando all'orizzonte dei nuovi preparati ancora in fase di sperimentazione, che hanno un costo molto elevato. È vero che esiste un eccesso di autoterapia da parte della

gente, però è anche vero che molti prodotti farmacologici vengono prescritti inutilmente dai medici, facendo seguire ai loro pazienti delle terapie clamorosamente sbagliate o superflue. Un esempio calzante è quello degli antibiotici. Spesso il medico li prescrive anche per una banale influenza di origine virale, per cui la cura con antibiotici non ha alcun effetto, ma servirebbe solo a prevenire eventuali complicazioni e per il medico è un sistema per liberarsi la coscienza. Ma un trattamento del genere, fatto per prevenire complicazioni, è utile solo per alcuni soggetti particolarmente debilitati, perchè è una cura non specifica nè mirata. Da qui gli sprechi. Vorrei dire perciò, al senatore Gualtieri che non è sufficiente modificare il prontuario terapeutico. Il senatore Melotto sa che io sono stato uno dei primi, in collaborazione con altri colleghi, a creare un prontuario farmaceutico ospedaliero; ma nonostante l'esistenza di questo non si è avuta una diminuzione della spesa o un miglioramento delle terapie, perchè i medici eludevano questo tipo di prontuario giustificandosi con il fatto che tale prontuario non è alternativo nè preclusivo di quello nazionale e che quindi hanno libertà di scelta nelle prescrizioni. Per quanto riguarda i protocolli — termine che sta a significare via propedeutica indicativa in una forma di terapia — questi non possono essere resi obbligatori per legge.

Quanto alla realizzazione di 140 mila posti di residenze per anziani, di cui all'articolo 14, credo che si debba chiarire il fatto che questi non sono sostitutivi all'assistenza per l'anziano; dovrebbe essere specificato che tali misure sono state create per coloro che non necessitano o non possono fruire di una assistenza domiciliare, perchè i 140 mila posti non possono certamente essere risolutivi per tutti gli anziani che vivono nel nostro Paese. L'articolo 14, poi, riguarda anche altre questioni in termini di investimenti in conto capitale, perchè solo la lettera f) contiene disposizioni per gli anziani.

Sostanzialmente, comunque, devo dichiararmi d'accordo con le disposizioni conte-

nute nel disegno di legge finanziaria, a parte i dubbi che ho manifestato su alcuni punti. Sono alle prime armi per quanto riguarda l'attività parlamentare, quindi non so se sia possibile rivedere alcuni concetti importanti, al fine di giungere insieme alla soluzione di alcune problematiche relative alla sanità. Potrebbe essere utile l'introduzione di quei concetti cui faceva cenno il collega Azzaretti stamattina, quali il passaggio dalla spesa storica a quella *pro capite*, l'attuazione corretta delle compensazioni, la responsabilizzazione delle Regioni per quanto riguarda la spesa, in modo che se queste spendono di più di quella che è la loro quota, devono ricorrere ad una qualche forma di autofinanziamento. Ritengo, poi, che si possono introdurre dei sistemi di controllo sul comportamento e la professionalità a vari livelli sia negli ospedali che nelle strutture extra ospedaliere. Nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione dovrebbe esservi una unitarietà di intervento in modo da affiancare e porre sullo stesso livello l'opera dei medici e quella di altre figure professionali (chimici, biologi) che, soprattutto nel campo della prevenzione, è di grande importanza.

MERIGGI. Signor Presidente, avverto che, insieme ad altri senatori, ho presentato i seguenti ordini del giorno al disegno di legge finanziaria:

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

considerato che la tutela della salute della donna, la libera scelta della procreazione e la tutela della maternità abbisognano di una più compiuta definizione dei campi d'intervento a seguito del rapido mutamento del ruolo sociale femminile e dell'indennità materna che propone in maniera acuta alcuni problemi, come il controllo della fecondità, la cura della sterilità, il ricorso alle tecnologie riproduttive e la tutela dell'infanzia;

ritenuto che i dati contenuti nella relazione del Ministro della sanità per il 1986 sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e

per l'interruzione volontaria della gravidanza (legge 22 maggio 1978, n. 194) confermano che la riduzione del ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza è maggiore laddove si attuano interventi di prevenzione efficaci attraverso i consultori,

impegna il Governo:

1) a considerare prioritario il progetto obiettivo per la scuola della salute della donna fra le attività a destinazione vincolata di cui all'articolo 15 del disegno di legge finanziaria per il 1988, riconfermando l'indicazione di cui all'articolo 8 della legge 23 ottobre 1985, n. 595;

2) a istituire un fondo speciale vincolato per la ricerca scientifica nel campo della contraccezione;

3) ad intraprendere iniziative per consentire e promuovere l'informazione sui problemi della sessualità nelle scuole;

4) a promuovere la ricerca nel campo della sterilità sia maschile che femminile».

(0/470/1/12) ZUFFA, ONGARO BASAGLIA, IMBRIACO, RANALLI, MERIGGI, DIONISI, TORLONTANO

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

considerato che oltre il 15 per cento del paese è ancora privo di un servizio psichiatrico pubblico;

che ci sono ancora 30.000 cittadini ricoverati negli istituti psichiatrici pubblici e oltre 10.000 in istituti privati convenzionati;

che i servizi di diagnosi e cura negli ospedali generali sono spesso ubicati in luoghi non idonei e scollegati dai servizi territoriali;

che le strutture intermedie sono in numero nettamente insufficiente,

impegna il Governo:

a presentare un progetto-obiettivo, per finanziare e coordinare la creazione di strutture, servizi e personale qualificato organizzati in dipartimenti di salute mentale funzionanti 24 ore al giorno per tutti i giorni dell'anno».

(0/470/2/12) ZUFFA, IMBRIACO, RANALLI, DIONISI, MERIGGI, TORLONTANO

12^a COMMISSIONE

470-471 – Tab. 19

Non mi dilungherò nella loro illustrazione essendo, a mio avviso, abbastanza chiari nella formulazione. Questo vale anche per l'ordine del giorno riguardante la tabella 19 del bilancio, da me presentato insieme ai senatori Imbriaco, Ranalli, Torlontano, Zuffa e Dionisi, di cui do lettura:

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

considerato lo stato di grave disagio, di confusione e di disordine in cui si trova la Croce Rossa Italiana per la mancata definizione della sua natura giuridica e la mancata emanazione del nuovo statuto;

preso atto che un simile stato di cose, oltre ad impedire all'Ente di assolvere ai compiti cui è chiamato dai regolamenti e dagli statuti internazionali, è alla base di un forte spreco di risorse,

impegna il Governo:

ad attuare quanto previsto dall'articolo 70 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dal decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 613 ed a riferire al Parlamento sulla situazione finanziaria dell'ente cui afferiscono finanziamenti diretti del Ministero della sanità e del Fondo sanitario nazionale nonchè finanziamenti da parte di tutte le Regioni».

(0/471/1/12) MERIGGI, IMBRIACO, RANALLI, TORLONTANO, ZUFFA, DIONISI

PRESIDENTE. A questo punto, il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge, nonchè della tabella 19, è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 20.

GIOVEDÌ 15 OTTOBRE 1987

(Antimeridiana)

**Presidenza
del Presidente ZITO**

I lavori hanno inizio alle ore 10,05.

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)» (470)

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990» (471)

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione) (Seguito e conclusione dell'esame congiunto)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)» e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990 – Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (Tab. 19)».

Onorevoli colleghi, comunico che essendo il ministro Donat-Cattin assente per motivi di salute, interverrà a nome del Governo il sottosegretario Marinucci Mariani.

Ricordo che ieri sono stati illustrati alcuni ordini del giorno presentati dai senatori del Gruppo comunista e della Sinistra indipendente, 0/470/2/12 e 0/470/1/12.

ONGARO BASAGLIA. Signor Presidente, vorrei formalizzare la richiesta di aggiungere la mia firma, unitamente a quella del senatore Alberti, all'ordine del giorno 0/470/2/12, riguardante la situazione dell'assistenza psichiatrica.

MERIGGI. Signor Presidente, intervengo brevemente per correggere il testo di un ordine del giorno. Ieri, nella premura, si è creata confusione tra noi e la segreteria e quindi nel testo dell'ordine del giorno 0/470/1/12 risultano due parole errate. Alla sesta riga del testo stampato leggiamo: «del rapido mutamento del ruolo sociale femminile e dell'indennità materna...»; invece di indennità la parola giusta è «identità».

L'altro errore è al punto 1), dove si dice: «per la scuola della salute della donna...», la dizione corretta è: «per la tutela della salute della donna...». Chiedo inoltre di cancellare, sempre al punto 1) di questo

ordine del giorno, le parole: «di cui all'articolo 15 del disegno di legge finanziaria per il 1988», che dovevano essere espunte, ma per errore sono rimaste nel testo.

Chiedo quindi che vengano apportate tali correzioni formali.

PRESIDENTE. Non ci sono difficoltà ad accettare la sua richiesta, senatore Meriggi.

Passiamo ora all'esame dell'ordine del giorno 0/470/3/12, presentato dal senatore Condorelli e da altri senatori, di cui do lettura:

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

considerata:

la assoluta esiguità degli stanziamenti finanziari destinati alla ricerca biomedica in Italia rispetto ad altri paesi industrializzati;

la frammentazione dei centri di imputazione della ricerca biomedica in vari Ministeri ed enti;

la dispersione dei finanziamenti per ricerche biomediche in un eccessivo numero di capitoli del bilancio del Ministero della sanità;

al fine di evitare sprechi di preziose risorse finanziarie e di lavoro e di rivalutare il ruolo fondamentale della ricerca biomedica nella accelerazione del progresso scientifico e tecnologico e nel miglioramento dello stato sanitario del paese con ricadute di notevole rilievo sulla stessa economia,

impegna il Governo:

a costituire un unico organismo nell'ambito del Ministero della sanità che, in collaborazione con le Regioni e con altri Ministeri ed enti interessati alla ricerca biomedica, coordini le ricerche nel settore biomedico nelle istituzioni del Servizio sanitario nazionale ed in altre istituzioni interessate alla ricerca biomedica;

ad incentivare l'industria a svolgere ricerca innovativa nel settore dei farmaci, delle biotecnologie e delle apparecchiature scientifico-medicinali anche in collaborazione con le istituzioni del Servizio sanitario nazionale;

a favorire l'internazionalizzazione della ricerca biomedica attraverso la collaborazione di istituzioni scientifiche dei paesi della Comunità economica europea e di altre istituzioni di ricerca estere;

a promuovere, d'intesa con il Ministro degli esteri, una collaborazione nel campo della ricerca biomedica con i paesi in via di sviluppo;

a favorire il riequilibrio Sud-Nord della ricerca scientifica biomedica nel territorio nazionale;

ad incentivare la ricerca scientifica negli ospedali».

(0/470/3/12) **CONDORELLI, MELOTTO, PERINA, NATALI, GRASSI BERTAZZI, FERRARA Pietro, SIRTORI, ZITO**

CONDORELLI. Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, il senatore Melotto nella sua relazione ha messo in evidenza una certa carenza da parte del Ministro della sanità nella distribuzione e nella politica dei fondi per la ricerca biomedica. È un problema di grandissima rilevanza per le ripercussioni che la ricerca biomedica ha non solo sulla salute della popolazione, ma anche sul progresso scientifico ed in definitiva sull'economia stessa del Paese. Questo è il motivo per il quale abbiamo presentato questo ordine del giorno.

PRESIDENTE. Se mi consentite, onorevoli colleghi, mi inserisco nell'intervento del senatore Condorelli per osservare che questo ordine del giorno risponde anche ad un'esigenza che ho sentito rappresentata in qualcuno degli interventi che sono stati pronunciati ieri, come ad esempio quello del senatore Natali.

CONDORELLI. Se andiamo a consultare gli atti ufficiali, soprattutto la relazione dello scorso anno del Ministro per il coordinamento della ricerca scientifica, risulta chiaramente che l'Italia è il paese che spende meno rispetto a tutti gli altri paesi industrializzati per la ricerca biomedica. Non solo; tutti voi sapete (ieri abbiamo

ascoltato in merito osservazioni sia della maggioranza che dell'opposizione) che in particolare nel settore farmaceutico non si fa ricerca biomedica e quasi tutti i fondi, anche quelli che lo Stato dà alle industrie, sono spesi soprattutto per il *marketing*. In Italia i farmaci vengono prevalentemente acquistati all'estero e sono poi sperimentati con un grande impegno finanziario per promuoverne la diffusione sul mercato, con tutte le conseguenze negative che sono state già illustrate ampiamente in questa Commissione. È necessaria pertanto una svolta innovativa per studiare e creare in Italia farmaci nuovi, tenendo presente che il 65 per cento dei farmaci che noi utilizziamo sono di origine estera. Inoltre noi non riusciamo a vendere all'estero i nostri farmaci; vendiamo soltanto l'uno per cento delle nostre molecole e la Germania è il solo paese che acquista qualche nostra molecola; ci troviamo in una situazione drammatica e la bilancia commerciale dei farmaci è negativa proprio a causa di questa nostra erronea politica di importazione. D'altra parte anche la presenza nel nostro paese delle aziende multinazionali non ha assolutamente favorito la crescita delle industrie nazionali, perchè di fronte ad organizzazioni potenti l'industria nazionale non ha strumenti per opporsi ed allora è necessario l'intervento da parte dello Stato per creare nell'industria farmaceutica innanzitutto una *leadership* scientifica per la quale è necessaria la collaborazione tra centri di ricerca universitaria, centri del Servizio sanitario nazionale e industria, collaborazione che va incentivata anche con finanziamenti. Solo nel momento in cui si creerà una *leadership* le industrie potranno progredire da sole. Per compiere questo lavoro si può anche prospettare la necessità di una maggiore collaborazione con istituzioni estere.

È necessaria pertanto una svolta; altrimenti resteremo in una posizione di inferiorità rispetto ad altre nazioni e continueremo ad acquistare prodotti fabbricati altrove con conseguenze pesanti non soltanto per la dignità della nostra ricerca scientifica nel campo biomedico ma per lo svilup-

po della ricerca biomedica italiana con tutte le conseguenze che ciò comporta sull'occupazione e sull'aumento della produzione e della produttività nazionale. Perchè l'unica via per un paese come l'Italia che ha solo risorse di intelligenza è proprio quella di cercare di aumentare la produzione nei settori in cui vi è la possibilità di impiego di tali risorse. È questo proprio un settore tipico che si presta moltissimo ad un grande sviluppo, tenendo presente che noi abbiamo un patrimonio intellettuale — e se ne è parlato anche ieri — che è purtroppo «sottoimpiegato»; la potenzialità dei nostri ricercatori è veramente assai elevata; il nostro potenziale di intelligenza non è inferiore a quello di altri Paesi, però ci avvaliamo in scarsa misura delle intelligenze creative del Paese. Dobbiamo quindi cercare di potenziare il settore della ricerca nei vari ambiti del Servizio sanitario nazionale e soprattutto nel campo ospedaliero. Infatti, nonostante quello che si afferma, nell'Università vi è stato un enorme miglioramento della ricerca scientifica, come si può constatare consultando le riviste internazionali. I ricercatori italiani hanno dunque raggiunto un altissimo livello di qualificazione e si tratta quasi sempre di ricercatori che sono andati all'estero e che poi hanno continuato a lavorare in Italia mantenendo una produzione di altissimo livello, anche se certamente con difficoltà talvolta notevoli, proprio per quei meccanismi di cui parlava anche ieri il senatore Torlontano, il quale sottolineava come l'Università sia strettamente dipendente dall'industria e in una situazione subalterna, purtroppo, essendo l'industria pressochè l'unico ente che veramente consente all'Università di andare avanti attraverso la concessione di apparecchiature, borse di studio per i nostri collaboratori, eccetera. E lo Stato non si preoccupa affatto di questi problemi, che sono invece di grande importanza.

Quindi, ritengo che proprio per tutti questi motivi sia necessario un preciso impegno del Governo per la ricerca biomedica. Certo, un ordine del giorno lascia il tempo che trova, però credo che sia doveroso da parte della Commissione, che sicuramente

avrà occasione di tornare più volte su questi argomenti, segnalare al Governo lo stato di grave difficoltà in cui si trova la ricerca biomedica del nostro Paese.

Ritengo inoltre, signor Presidente, che dovremmo cercare di discutere ed approvare al più presto una legge che disciplini la sperimentazione dei farmaci. Dobbiamo cercare di mettere ordine in questa materia ed una legge oggi si impone come strumento di lavoro e di razionalizzazione nel settore farmaceutico.

Proprio per queste ragioni, inviterei la Commissione a prendere in considerazione questo ordine del giorno. Inoltre, sapendo quanto sono sensibili a questi problemi anche i colleghi dell'opposizione, qualora ritenessero opportuno apportare la loro adesione, credo che questo non potrebbe che essere utile per tutta la Commissione.

PRESIDENTE. Vorrei fare un'osservazione sull'ordine del giorno in esame. Nella sua illustrazione, senatore Condorelli, lei ha fatto un riferimento alla diffusione territoriale della ricerca. Ora, secondo gli ultimi dati, solo il 7 per cento di quanto si spende per la ricerca scientifica nel nostro Paese viene destinato alle Regioni meridionali, mentre il 93 per cento a quelle centro-settentrionali; in rapporto alla popolazione, la percentuale è 34 per cento nel Mezzogiorno e 66 per cento nel Centro-Nord.

Certo, ci rendiamo tutti conto che alla base di questa situazione vi sono cause che non si possono facilmente rimuovere. Tuttavia ritengo che sarebbe necessario compiere qualche sforzo in tutti i settori, compreso quello della ricerca biomedica, per cercare se non altro di cambiare questo rapporto. Quindi, mi chiedo se non si possa includere nell'ordine del giorno anche un riferimento in tal senso.

CONDORELLI. Signor Presidente, lei ha toccato un argomento doloroso. Anzi, io stesso ho messo in evidenza questo dato in una relazione sulla ricerca scientifica biomedica in Italia. È una situazione veramente drammatica, legata a vari fattori, anzitutto di natura storica poichè le sedi

universitarie sono in numero inferiore al Sud rispetto al Nord e vi è un minore collegamento con l'industria. Da uno studio effettuato dal CNR sullo stato della ricerca biomedica in Italia, prendendo come indicatore il numero di pubblicazioni scientifiche apparse su riviste di elevato livello internazionale — che, anche se ha un valore relativo, è comunque significativo — Milano risulta al primo posto; ad una certa distanza troviamo Roma, mentre le regioni del Sud si trovano in una situazione veramente drammatica rispetto al Nord, e tanto più si sviluppa la ricerca, tanto più aumenta vertiginosamente il distacco tra Meridione e Settentrione, perchè anche per le attività di collaborazione con i centri esteri, i centri storicamente affermati che si trovano pressochè esclusivamente nel Nord si arricchiscono sempre di più, mentre il Sud si distacca sempre di più.

La situazione è grave, ed ho apprezzato moltissimo signor Presidente i suoi discorsi sul Mezzogiorno. Si è cercato di provvedere al Sud facendo infrastrutture e attraverso altri interventi che hanno fatto arricchire molte persone, ma che non hanno creato produttività; hanno semmai aumentato il numero di custodi o di inservienti o di operai, ma non è stata creata la *leadership* necessaria per far fare al Mezzogiorno il grande balzo in avanti di cui ha estremo bisogno.

Non è mai stato fatto un piano straordinario per la ricerca scientifica e per la pubblica istruzione per il Sud; sono stati portati avanti interventi nel settore delle opere pubbliche, trascurando la ricerca che per noi è fondamentale al fine dello sviluppo socio-economico.

PRESIDENTE. Nel ribadire il mio consenso sull'ordine del giorno illustrato dal senatore Condorelli, avverto che, insieme ai senatori Melotto, Condorelli, Meriggi, Zuffa, Perina, Azzaretti, Ferrara Pietro, Pulli, Natali, Torlontano, Grassi Bertazzi, Sirtori, Lauria, Signorelli, Chimenti, Alberti, Ongaro Basaglia, Dionisi e Ranalli, ho presentato il seguente ordine del giorno sul disegno di legge finanziaria:

12^a COMMISSIONE

470-471 - Tab. 19

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

considerato che il provvedimento finanziario per il 1988 non ripropone lo stanziamento triennale per la formazione dei medici specialisti, già previsto nella legge finanziaria per il 1987 (legge 22 dicembre 1986, n. 910) alla tabella B, come accantonamento sul fondo globale;

ritenuto che è necessario ed urgente uno specifico stanziamento in modo che sia predisposta un'adeguata copertura al disegno di legge in materia già ripresentato al Senato, il quale riproduce il testo già licenziato dalle Commissioni Istruzione e Sanità del Senato nella passata legislatura,

impegna il Governo:

a provvedere con apposito provvedimento di variazione di bilancio, secondo quanto indicato dallo stesso disegno di legge finanziaria per il 1988, secondo cui il Governo è autorizzato a presentare al Parlamento uno o più provvedimenti di variazione al bilancio 1988, per integrare la tabella B al fine di ricomprendervi nuove o maggiori spese, delle quali sia riconosciuto il carattere di improcrastinabilità nei limiti in cui non ne risulti alterato l'equilibrio del bilancio».

(0/470/4/12) ZITO, MELOTTO, CONDORELLI, MERIGGI, ZUFFA, PERINA, AZZARETTI, FERRARA Pietro, PULLI, NATALI, TORLONTANO, GRASSI BERTAZZI, SIRTORI, LAURIA, SIGNORELLI, CHIMENTI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA, DIONISI, RANALLI

Il senatore Boggio ha presentato, insieme al senatore Condorelli, un ordine del giorno. Ne do lettura:

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

considerato il permanere di una crescente diffusione della malattia tubercolare e dell'aggravarsi della carenza di idonei servizi e strutture di prevenzione,

impegna il Governo:

a presentare, nell'ambito delle azioni programmate, previste dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595, un piano volto ad assicurare la più ampia prevenzione di questa malattia.

(0/470/5/12)

BOGGIO, CONDORELLI

Con la presentazione di quest'ultimo ordine del giorno, dichiaro chiusa la discussione generale.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470*. Signor Presidente, onorevole rappresentante del Governo, onorevoli colleghi, devo prima di tutto esprimere, non per un rituale ma perchè profondamente convinto, un cordiale ringraziamento a tutti coloro che sono intervenuti in questo dibattito. I colleghi con i loro interventi hanno espresso i loro orientamenti e la loro sensibilità verso quei problemi della sanità sui quali dovremo confrontarci nei prossimi mesi. Mi sembra vi sia la comune volontà di giungere ad una positiva soluzione di questi problemi. Il dibattito ieri è spaziato maggiormente sulla sanità nel suo complesso e sul disegno di legge finanziaria mentre ci si è occupati un po' meno della tabella 19. Comunque ciò è servito ad arricchire le nostre conoscenze con nuove esperienze e valutazioni sul servizio sanitario nazionale che saranno utili per una reale riforma di quest'ultimo o per un suo aggiustamento. Poichè nei prossimi mesi potranno essere approfonditi meglio alcuni punti sottolineati dai colleghi, oggi farò solo qualche accenno ad alcuni problemi senza entrare nel dettaglio.

Per poter inquadrare il provvedimento al nostro esame ritengo necessario fare riferimento alla situazione economica del Paese. È infatti noto a tutti che tale situazione è, oggi, particolarmente critica e la sanità, come tanti altri settori, non può essere considerata una variante indipendente rispetto ad un disegno generale del Governo tendente a contenere la spesa pubblica corrente e a cercare di accumulare risorse fi-

nalizzate ad allargare gli investimenti. Anche quest'anno emerge in modo acuto soprattutto il problema del Mezzogiorno e della disoccupazione in esso presente, rendendo sempre più necessario spostare risorse ed ampliare la base occupazionale del paese.

Da alcuni dati del CENSIS risulta che per quanto riguarda la percentuale della spesa sanitaria — intesa come spesa sociale nel suo complesso — in rapporto al prodotto interno lordo il nostro paese è ai primi posti fra i paesi della CEE. Questo credo sia importante perchè ci fa capire quale evoluzione stia avvenendo nel nostro paese: ci si avvia sempre più verso una maggiore sicurezza sociale. La quantità di risorse che vengono oggi finalizzate alla sanità potrebbero essere certamente aumentate, ma ritengo d'altra parte sia necessario fissare un tetto massimo di spesa al fine di evitare gli sprechi reali del sistema, con chiarezza e trasparenza. Offrire ai cittadini un sistema che valorizzi maggiormente la qualità di un servizio piuttosto che la quantità: ritengo sia la via maestra da imboccare.

L'obiettivo principale si articola, oggi, su più direttive, ma sostanzialmente su una in particolare. Sono d'accordo con quanto affermava ieri il collega Azzaretti il quale sosteneva che dopo tanti anni di aggiustamenti, affinamenti e riduzioni del divario, occorre programmare, magari in un triennio o in un quadriennio, in modo da coordinare la responsabilità tra centro che eroga i finanziamenti e periferia che gestisce la spesa. Se non si giungerà a questo, credo che non riusciremo mai ad evitare il pie' di lista. Ed anche chi vorrà in qualche modo cambiare il sistema per offrire ai cittadini un servizio più qualificato si troverà a dover superare quelle difficoltà che tendono a mantenere il sistema così come è attualmente. Nel complesso ci troveremo, poi, a dover attestare l'esistente ricorrendo al pie' di lista per poter pareggiare i conti. Quindi non condivido quanto affermava ieri il senatore Gualtieri quando sosteneva che le Regioni devono assumersi le proprie responsabilità, perchè anche le Regioni si trovano di fronte a molte difficoltà da su-

perare, soprattutto in un momento come l'attuale in cui si stanno creando dei grandi mutamenti sociali nel Paese. Non per questo si può affermare che lo Stato sia sempre in grado di affrontare in modo chiaro e preciso questi momenti di difficoltà in tutte le sue attività.

Io credo che oggi proprio l'impatto di uno Stato regionalista origini momenti di difficoltà, che vanno risolti però nel senso di aiutare a chiarire le competenze affinché ciascuno al proprio livello, nel proprio ruolo sappia esattamente cosa deve fare. Pertanto, ritengo che, stante il servizio sanitario nazionale e nel pieno rispetto dell'articolo 117 della Costituzione, occorra responsabilizzare le regioni per uscire da quella confusione istituzionale che oggi regna sovrana; altrimenti, in mancanza di un referente preciso sia al vertice che in periferia, continueremo ad assistere ad un accavallarsi delle competenze e ad un palleggiamento delle responsabilità tra i vari livelli.

Sono dell'avviso inoltre che, sempre in quest'ottica, la predisposizione e l'attuazione del piano sanitario nazionale costituiscano, al fine di riequilibrare il Servizio, un punto fondamentale. Soltanto con un piano sanitario nazionale agile e non velleitario, contenente norme precise, è possibile infatti superare — o quanto meno cominciare a colmare — il divario esistente tra Nord e Sud, ponendo così fine alla migrazione dei malati da una parte all'altra del Paese. Io credo cioè che noi dobbiamo prefiggerci l'obiettivo di far sì che ogni regione sia in grado di corrispondere alle richieste e di fronteggiare le esigenze; in mancanza di ciò, infatti, la mobilità e il divario continueranno a crescere, mentre il degrado sarà inarrestabile.

A mio parere quindi — lo ripeto — soltanto attraverso lo strumento del piano è possibile prevedere, senza cadere in atti discriminatori, momenti di incentivazione per riequilibrare il sistema. A tal fine, dunque, è necessario superare l'attuale momento di precarietà, dando finalmente al piano la possibilità di operare, tanto più che il Parlamento ha stabilito la sua delegificazione proprio al fine di renderlo più

flessibile, più agile e più rispondente alla realtà. Spetta ora dunque a questo strumento di carattere amministrativo, che gode quindi della speditezza e della flessibilità necessarie, impostare nel Paese momenti di programmazione che sostanzino i piani regionali. In assenza, infatti, di un disegno riequilibratore dell'intero Servizio, la programmazione diventerebbe la mera sommatoria di questi ultimi non contribuendo in alcun modo a modificare la situazione attuale. Una volta posto questo punto fermo, quindi, ognuno si confronterà poi al meglio, con pari risorse, in un'azione anche di stimolo verso traguardi che indubbiamente il Servizio non può non prefiggersi.

Infine, ritengo che dobbiamo avere tutti l'umiltà di dar vita ad un sistema flessibile, che sappia adattarsi a cultura, tradizione, sensibilità proprie di ciascuno, perchè pensare che automaticamente si superino ritardi storici o che si possa improvvisare un Servizio in tutte le latitudini del paese è pura velleità.

Detto questo dunque sul piano generale dell'impostazione della manovra e prima di addentrarmi nell'esame dei singoli articoli della «finanziaria» a noi relativi, vorrei spendere qualche parola su alcuni problemi specifici che sono stati sollevati e che credo meritino una risposta da parte mia.

Innanzitutto, per quanto riguarda la politica del farmaco e la revisione del prontuario terapeutico — di cui hanno parlato molti colleghi — vorrei dire che, a mio avviso, il decreto-legge 31 agosto 1987, n. 360, recante misure urgenti per la sanità, che qui in Commissione per questa parte abbiamo rielaborato trovando l'unanimità dei consensi, costituisce oggi uno strumento sufficiente e chiaro per cominciare a far trasparenza nel settore. L'aver unificato il momento della registrazione del farmaco con quello della sua inclusione nel prontuario, l'aver previsto una revisione sostanziale, pure in due fasi entro il 1990, prima cioè che entri in vigore la direttiva CEE sulla materia, credo infatti rappresentino momenti di non poco rilievo, frutto di una sintesi felice e pertanto mi auguro che tale

decreto venga approvato definitivamente al più presto.

Circa poi il problema del centralismo — o meglio del neocentralismo — bisogna riconoscere che effettivamente una tendenza in tal senso permane e continuerà ad essere presente ancora per molto tempo, fino a quando cioè la periferia non sarà in grado di fornire precise risposte. Anche a questo proposito però — secondo me — una distinzione va fatta. In occasione della discussione della legge n. 595 del 1985, dicemmo infatti che lo Stato non può — e a tal fine invitammo il Governo a predisporre strumenti correttivi ed integrativi della legislazione — disinteressarsi «pilatescamente», dicendo «non sono di mia competenza», di certi fenomeni che si stanno verificando in periferia in quanto, oltre a momenti di indirizzo e coordinamento, non può non avere nei confronti del settore anche una funzione di propulsione. Da questo però ad arrivare a pensare di trasferire dalle Regioni allo Stato e quindi al Ministero, peraltro non riformato, momenti di imperio e di gestione diretta credo che ce ne corra, anche perchè ritengo che non vi siano nè gli strumenti, nè gli uomini, nè le capacità per gestire una simile operazione. Pertanto, sono dell'idea che, una volta stabilito da parte dello Stato il quadro generale, il dettaglio, la gestione concreta vadano lasciati alle Regioni.

Per quanto riguarda l'Università, ritengo sia significativo l'ordine del giorno che è stato illustrato (e che ho firmato anche io) dal quale si potrebbe evincere la necessità del numero chiuso per la facoltà di medicina. Infatti non è la pleora dei medici che dobbiamo perseguire come obiettivo, bensì un numero sufficiente ad alimentare un servizio corretto e di alta qualificazione. Inoltre condivido l'opinione del collega Condorelli, che ha detto che gli ospedali (o almeno alcuni di essi) potrebbero essere sede di insegnamento. Se vogliamo che l'ospedale non diventi esclusivamente un fatto di ordinaria amministrazione, queste possibilità devono essere date.

Per quanto riguarda la gestione manageriale della Sanità, le strutture, la possibili-

tà per gli ospedali di essere autonomi, la discussione è da rinviare; desidero al riguardo solo fare un rapido accenno. Vorrei far osservare al collega Alberti che il «Gruppo di Milano» ha avuto un padrino importante per lanciare il discorso dello scorporo degli ospedali multizonali dalle USL, il senatore Massimo Riva. Bisognerà quindi verificare se la posizione che il «Gruppo di Milano» porta ancora avanti costituisce l'orientamento prevalente o meno.

Per quanto riguarda il discorso del *manager*, vorrei osservare che io non credo che un solo *manager*, nell'ordinamento esistente, sia in grado di gestire la Sanità. Credo che l'ordinamento vada revisionato largamente includendovi (e questo orientamento emerge anche dal dibattito sindacale) elementi di diritto privato per incentivare la qualità del servizio stesso, per cui occorrerebbe che almeno tutta la dirigenza delle USL fosse assunta con contratto: una sola persona, con l'ordinamento esistente, non potrebbe che lasciare le cose come sono.

Per quanto concerne la formazione professionale, io ho sentito qui critiche e valutazioni anche diverse; alla luce dell'esperienza maturata ritengo che non si debba tornare indietro rispetto alla riforma dello status del personale infermieristico. Tale problema fu molto sentito nel Parlamento, ci sono voluti anni per recepire la normativa comunitaria: ritengo che nel momento in cui sono state create le scuole e sono stati sostituiti gli infermieri generici con gli infermieri professionali, il salto di qualità sia stato evidente. Si discute ancora, per quanto riguarda questa categoria, sul titolo di studio da richiedere, se rendere necessario o meno il diploma di scuola media superiore oltre il triennio di scuola professionale. Valutazioni diverse — basta guardare le statistiche — sono effettuate al Nord e al Sud; mentre al Sud prevalgono i diplomati, anche se in numero largamente insufficiente a coprire i posti disponibili nelle scuole, al Nord prevale decisamente il biennio di scuola media superiore e pa-

recchie nelle regioni del Nord effettuano la necessaria selezione per l'ammissione ai corsi per infermieri professionali, essendo tali corsi a numero chiuso. In qualche altra regione invece dove è ancora ampia, per così dire, la possibilità di occupazione, i corsi stentano a prendere piede, perchè la figura dell'infermiera professionale non è ancora valutata pienamente.

Io ritengo che da un lato sia positivo il passo fatto con l'ultimo contratto, che ha previsto il passaggio dal quinto al sesto livello per le infermiere professionali e dal sesto al settimo per le caposala, ma che è ancora dall'altro lato insufficiente, perchè oggi emergono nuove figure professionali che hanno bisogno di risposte. Ritengo pertanto opportuno incentivare queste scuole proprio per supplire alla carenza e alla drastica chiusura dei corsi per infermieri generici e per dare risposte concrete a questo personale non dico pienamente soddisfacenti e comunque non in tempi rapidi, (perchè una cosa è il corso annuale mentre altro è il corso triennale), ma almeno in una prospettiva di medio tempo.

La Camera dei deputati ha impiegato tre anni della passata legislatura per il riordino delle professioni sanitarie ausiliarie; non abbiamo ancora un testo definitivo ma spero che in questa legislatura si possa mettere un punto fermo su questa materia.

Sul problema dell'assistenza psichiatrica, credo che la necessità di una normativa integrativa sia condivisa da tutti; concordo anch'io con la proposta di un Dipartimento di salute mentale in ogni USL, contenuta nell'ordine del giorno illustrato ieri dal senatore Meriggi. Per quanto riguarda la struttura del Dipartimento, che non è ancora definita, io non prevedo certamente aspetti di multizionalità nella psichiatria ma di zonalità, intendendo che entro il perimetro di ogni USL si eserciti l'attività psichiatrica nei confronti di chi ne ha bisogno. Ritengo comunque che sia necessario uno sforzo di attuazione dei servizi integrativi di carattere sociale nel settore, altrimenti torneremmo molto indietro.

Vorrei fare anche un rapido accenno al-

l'importanza dell'autofinanziamento locale come momento di riapproccio per determinate competenze.

Vorrei dire inoltre che ritengo valido l'intervento del senatore Condorelli nel corso del quale, in merito al problema trattato dall'ordine del giorno da lui presentato insieme al senatore Boggio, ha detto che di fronte alla malattia tubercolare si deve agire a livello di prevenzione e quindi sono da ristabilire i dispensari e non le strutture sanatoriali che sono largamente superate oggi nel complessivo disegno di tutela della salute.

Da ultimo, vi è la questione della riforma del Ministero, di cui occorre ribadire l'urgenza e la necessità.

E passo ad esaminare brevemente le questioni relative agli articoli, ricordando anzitutto la riduzione dei posti letto ospedalieri, di cui all'articolo 12. Nei primi sei commi dell'articolo è contenuta la manovra finanziaria del Governo, che ho già illustrato: 53.500 miliardi stabiliti per un quadriennio; le economie non realizzate nel 1988 si realizzeranno parzialmente nel 1989, in misura maggiore nel 1990 e definitivamente nel 1991. Ritengo quindi realistico il disegno di legge del Governo, considerato che le norme non sono immediatamente applicabili nè possono dare subito il risparmio voluto o desiderato.

Poichè questa è la manovra, a mio avviso sarebbe meglio trovare una risposta nel piano sanitario nazionale. Infatti, non si può procedere alla soppressione di 36.500 posti letto in maniera indiscriminata: occorre individuare nelle varie zone le eccedenze rispetto al parametro stabilito per legge del 6,5 per mille di posti letto, tenendo conto delle diverse realtà, considerando quindi le specialità, le divisioni di base e soprattutto le sostituzioni alternative ai posti letto, poichè senza queste non sarà possibile procedere alla loro riduzione. Non dimentichiamoci che l'attuale struttura ospedaliera e sanitaria più in generale ha anche un inevitabile riflesso sul piano occupazionale e quindi le comunità sono particolarmente attente e sensibili ad ogni revisione di questo tipo.

Quindi, le disposizioni di cui ai primi sei commi dell'articolo 12, che — ripeto — supportano la manovra economica e quindi la possibilità con questi slittamenti anche di contenere la spesa entro quel «tetto» generale di cui parlavo all'inizio, potrebbero trovare più idonea collocazione nel piano sanitario nazionale, compresi gli indirizzi per le piante organiche, in cui si avrà presente un quadro completo di riferimento, in modo da non dover procedere poi in maniera frammentaria.

Sottolineo ancora una volta che per essere efficace e tempestivo, e i tempi sono sufficienti, il piano sanitario nazionale deve essere conciso, quasi lapidario, e non deve pretendere di risolvere tutti i problemi, ponendosi come un momento necessario per ogni futura pianificazione.

I commi 7, 8 e 9 danno attuazione alla convenzione; questo tipo di rapporto con i medici di famiglia è già stato sottoscritto anche per ottenere gli incentivi economici stabiliti. I patti comunque devono essere rispettati, se non vengono messi in discussione, quindi non capisco perchè sia necessaria una legge per far rispettare quanto è già stato recepito in un decreto del Presidente della Repubblica pubblicato regolarmente sulla *Gazzetta Ufficiale* e che, a mio avviso, poteva essere sufficiente. Comunque, il Governo potrà fornirci un chiarimento in merito.

Anche le disposizioni di cui ai primi tre commi dell'articolo 13 dovrebbero, secondo me, trovare migliore collocazione nel piano sanitario nazionale. Il passaggio dall'articolo 48 all'articolo 44 della legge n. 833 del 1978 richiede un momento di riflessione: cioè, se ancora esiste nel nostro Paese il professionista, stabilendo la pluralità di cui all'articolo 48, che ha titolo di convenzionamento con il Servizio oppure se, come è previsto dal comma 2, la possibilità alle società di capitali in deroga al divieto di cui alla legge n. 1815 del 1939 non comporti un assorbimento di fatto nel giro di pochi anni dell'intera attività dei professionisti, in questo campo assai diffusa nel nostro Paese.

L'articolo 44 ha un preciso significato. Vi

è stato infatti un momento di saldatura: noi abbiamo ereditato tutte le convenzioni delle mutue, anche quelle parziali, e/o aziendali, addirittura quasi personali, mentre sono state poi estese alla generalità dei cittadini, per cui un riordino di questa materia merita di essere attentamente seguito, altrimenti non sarà più possibile comprendere le distorsioni esistenti. Comunque, l'articolo 44 fa leva sul piano regionale e se quest'ultimo non vuole anticipare il piano sanitario nazionale ma esserne la conseguenza, dovremo anzitutto predisporre tale piano, per cui ritengo che in quella sede potremo dare risposte più puntuali.

Quanto al termine di cinque giorni entro cui i cittadini sono tenuti a servirsi delle strutture pubbliche prima di poter accedere a quella convenzionata per le prestazioni indicate, ripeto quanto ho già detto nella mia relazione: la Corte costituzionale ha finalmente chiuso la diatriba circa l'incostituzionalità del vincolo, quindi è pienamente legittima la norma secondo la quale possono essere autorizzati esami di laboratorio nelle strutture private dopo il terzo giorno, qualora il Servizio sanitario nazionale non possa rispondere alle richieste. Si conclude finalmente una *querelle* che dura ormai da anni. In questa fase, senza un riordino della materia, si procede al solo aumento del termine da tre a cinque giorni: a questo punto, o l'esame ha un senso oppure facciamo soltanto quello di elezione, ma credo che in tal caso sarebbe talmente lontano dalla realtà che potremmo anche stabilire un termine di 15 giorni, ad esempio. Ritengo che invece il termine di tre giorni possa essere sufficiente.

Il comma 3 è inutile, ripeto, perchè secondo me appesantisce il Servizio sotto il profilo delle procedure burocratiche, che invece dovrebbero essere snellite. È la qualità della prestazione, non il registro di carico e scarico dei materiali, che giustifica la prestazione stessa. Ad esempio, se una radiografia è fatta bene, i controlli di qualità giustificano la convenzione. Quanto invece disposto in questo comma rappresenta, a mio avviso, un'eccessiva burocratizza-

zione delle procedure, che può solo produrre inutili rallentamenti nel sistema.

Devo inoltre esprimere perplessità sul comma 4, poichè ritengo di difficile applicazione quanto in esso previsto.

L'aumento a 4.000 lire della quota fissa per le ricette successive alla prima in caso di contemporaneo rilascio di più ricette ad un medesimo assistito (è stato peraltro tolto dal testo anche il riferimento alle 48 ore fissate in un primo tempo) rappresenta soltanto il superamento dell'altro vincolo posto relativamente alla prescrizione di due specialità medicinali. Comunque, il relatore ribadisce le sue perplessità al riguardo.

Per quanto riguarda il comma 6, sempre dell'articolo 13, devo dire che sono d'accordo con quanto viene stabilito, perchè è giusto che debbano essere i Comuni e non le Usl a rilasciare l'attestazione comprovante il diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per motivi di reddito. Tale questione dunque è riportata nella sede giusta.

Sul comma 7 devo dire che già nell'ultimo contratto per i medici ospedalieri si era cercato di coinvolgere questi ultimi nel tentativo di migliorare e ridurre la durata media delle degenze ospedaliere, di ridurre i tempi di attesa per i ricoveri e di rendere più funzionali i servizi. A proposito di questi ultimi, bisogna tenere presente infatti che oggi esistono delle attrezzature molto sofisticate e costose (e lo saranno sempre di più) che non possono essere utilizzate solo 36 ore alla settimana; perchè queste attrezzature vengano sfruttate appieno è necessario creare dei doppi turni per il personale specializzato nell'uso delle stesse.

Il comma 8 dell'articolo 13, laddove prevede che il Ministro della sanità individui con proprio decreto l'elenco delle prestazioni erogabili in forza di norme nazionali a carico del Servizio sanitario nazionale, lo ritengo superfluo in quanto analoga previsione normativa — e secondo me anche più pregnante — è già contenuta nel comma 1 dell'articolo 13 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

Passando all'articolo 14 devo sottolineare la positività dei criteri ivi indicati, perchè

un processo di ristrutturazione deve essere accompagnato da sufficienti investimenti, questo lo abbiamo sempre sostenuto. Ho qualche perplessità, invece, per quanto riguarda il processo di accentramento da parte del Ministero attraverso questo nucleo di valutazione. Quest'ultimo dovrà esaminare nel loro complesso la fattibilità dei progetti presentati dalle Regioni, purchè però si limiti a questo e non intervenga nella formulazione degli stessi, perchè in tal modo il nucleo di valutazione del Ministero esproprierebbe le Regioni delle loro competenze. Sempre con riferimento all'articolo 14 non ritengo opportuno predeterminare per legge i parametri quantitativi relativi ai posti-letto per anziani non autosufficienti, perchè eventualmente tali parametri dovrebbero essere contenuti nel piano sanitario nazionale. Per ora quindi si potrà concedere alle varie Regioni una certa elasticità operativa in relazione alle diverse situazioni in esse esistenti.

Infine, sono favorevole all'impostazione dell'articolo 15.

Per quanto riguarda la tabella 19 confermo le valutazioni date nella mia relazione, quindi esprimo parere favorevole.

Credo di avere dato delle risposte esaurienti e comprensibili, spetta ora al rappresentante del Governo completare e chiarire alcuni punti, soprattutto per quanto attiene alcune questioni sulle quali discutiamo da anni, ma per le quali non siamo ancora riusciti ad ottenere delle risposte precise da parte del Governo.

Sugli ordini del giorno esprimo parere favorevole su tutti quelli presentati, ad eccezione del 0/470/1/12, a firma della senatrice Zuffa ed altri senatori, per il quale mi rimetto al Governo. Una richiesta come quella contenuta nel suo ordine del giorno, senatrice Zuffa, può essere fatta solamente dopo avere completato ed approfondito con una opportuna indagine — peraltro già iniziata in alcune riunioni delle Commissioni congiunte — i problemi e le questioni inerenti i consultori pubblici e privati, per avere una panoramica d'insieme a questo proposito. Questo è ciò che le suggerisco di fare.

Lascio ora la parola al rappresentante del Governo, perchè chiarisca — ripeto — alcune questioni che sono emerse durante questo dibattito e perchè si assuma quelle responsabilità che indubbiamente ha.

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, è per me molto importante partecipare ai lavori di questa Commissione, giustamente famosa per la sua preparazione e serietà.

Nell'intera giornata di ieri, che è stata pesante per tutti noi, ho ascoltato con molto interesse i diversi interventi, data la grande esperienza accumulata da ciascuno di voi nei vari settori della sanità. Qualcuno ha anche vissuto direttamente le conseguenze che alcune normative hanno prodotto e producono sul sistema sanitario nazionale.

Questa mattina io rappresento il Ministro in questa sede, pur non essendo, come tutti voi saprete un'esperta in questo settore. Tuttavia ho fatto del mio meglio per approfondire tutte le questioni da voi sollevate al fine di potervi fornire delle risposte il più corrette possibili. Tutti voi ricorderete che le manovre finanziarie degli anni passati concernenti la sanità hanno privilegiato le esigenze di quadratura formale del bilancio dello Stato, con una riduzione del fondo sanitario nazionale rispetto alle reali necessità documentate dal servizio centrale per la programmazione sanitaria delle Regioni. Ne è conseguito il fenomeno, da tutti deprecato, dei disavanzi più o meno sommersi, a cui ha fatto puntualmente seguito il ripiano a carico dello Stato. Inoltre, si è accreditata presso l'opinione pubblica un'immagine della sanità per cui le spese sono ingovernabili, crescono a dismisura e sono causa rilevante del disavanzo globale dello Stato. Ho ascoltato da alcuni di voi una considerazione che io stessa condivido, cioè che la spesa sanitaria in Italia non è realmente così elevata come si dice, oltretutto si è ormai stabilizzata da un quinquennio ed ha un andamento regolare, pertanto è prevedibile con estrema esattezza. Inoltre, se tale spesa viene espressa in termini di incidenza percentuale sul prodotto

interno lordo si può rilevare — in base ad alcune valutazioni dell'ISTAT — che nel 1986 essa è scesa al 5,3 per cento. Tale percentuale colloca l'Italia ad uno degli ultimi posti rispetto agli altri paesi occidentali, avviandosi così a diventare quasi una nazione con un servizio sanitario da paese sottosviluppato.

Pertanto, se disavanzi si sono formati su questi ultimi anni e per varie migliaia di miliardi di lire, ciò è dipeso in modo determinante dalla insufficienza del Fondo, peraltro nota e solo formalisticamente coperta dalle misure congiunturali adottate nel corso di ciascun anno. Ciò non esclude che tuttavia esistano e persistano aree di diseconomia nella gestione sanitaria, ma proprio la logica dei provvedimenti contingenti ha impedito finora di affrontare con successo il tema della loro eliminazione.

Va allora rilevato — con attenzione, io direi — il fatto che quest'anno la manovra finanziaria, ed io aggiungerei anche la contemporanea presentazione da parte del Ministro della sanità di due disegni di legge, quello sul ruolo medico e l'incompatibilità e quello sul riordino delle USL, segnalino al riguardo un cambiamento di logica e di prassi. In effetti, a fronte di una energica presa di posizione del Ministro della sanità nella fase immediatamente precedente la impostazione del disegno di legge finanziaria per il 1988, il Ministro del tesoro ha preso formalmente atto del fallimento delle manovre congiunturali degli ultimi anni, ha riconosciuto l'entità dei disavanzi progressivi, ma ha auspicato per il prossimo anno la formulazione di una manovra veritiera e credibile, fondata su interventi strutturali capaci di modificare i meccanismi di formazione della spesa e di migliorare la qualità dell'assistenza.

Nell'ambito delle riunioni preliminari alla redazione della legge finanziaria, il Ministro della sanità — come ogni anno — è stato pertanto invitato ad accettare una sottovalutazione del Fondo sanitario nazionale e a restringere la richiesta a 53.500 miliardi, ma a questo proposito vorrei fare un'osservazione. Bisogna sempre ricordarsi che non c'è Ministro dello Stato che accetti

volentieri la decurtazione dei mezzi a disposizione della propria amministrazione; questa è evidentemente un'esigenza che viene rappresentata dal Tesoro, a fronte della quale i singoli Ministri devono accogliere i rispettivi sacrifici. Tenuto conto dunque di questa realtà dei fatti, va detto però che la manovra di quest'anno, per la scelta operata dal Ministero della sanità, ha escluso il ricorso a espedienti già negativamente sperimentati negli anni precedenti, vale a dire la presentazione di cifre aventi il solo scopo di consentire la quadratura formale del bilancio statale, supportate da misure in sé veritiere e doverose ma che non possono conseguire tutto il risultato atteso nel primo anno.

Quindi, accolto e condiviso l'impegno del programma governativo di rientro dal disavanzo pubblico entro il 1991, le misure proposte vanno nella direzione di una programmazione pluriennale, tanto è che tutti avete avuto parole di apprezzamento per il fatto che quest'anno il disegno di legge finanziaria prevede un piano poliennale di investimenti in conto capitale per 35.000 miliardi, di cui ben 5.000 assegnabili già nel 1988 in aggiunta ai 1.000 compresi nel Fondo sanitario nazionale.

Quanto alle misure specificamente dirette alla riduzione della spesa, va detto che fa parte di questa volontà del Ministero, espressa non soltanto nell'ambito della legge finanziaria ma anche di quel disegno di legge di prossima presentazione, che è stato qui più volte giustamente richiamato visto che fa parte della manovra e non ne è parte separata, una sorta di ricentralizzazione, che non va vista certamente come un rigurgito neocentralista, ma come un tentativo di superare le difficoltà di decisioni locali che l'esperienza insegna non vengono adottate. Prima di partecipare ai lavori di questa Commissione, ho fatto parte della Commissione giustizia del Senato e lì ho sperimentato l'impossibilità assoluta di preparare anche soltanto un progetto di riduzione di molte preture chiuse da anni. Sappiamo dunque molto bene che non è possibile pensare che a livello locale si possano risolvere certi problemi ed è quin-

di giusto e ragionevole che il Ministero riacquisti la possibilità e si assuma la responsabilità di supportare la volontà, magari anche presente a livello locale, di ridurre, ove possibile, spese e sprechi.

Nell'ambito di questa scelta si fa riferimento, ad esempio, alla riduzione dei circa 36.500 posti-letto non utilizzati, con contemporanea definizione dello *standard* di personale e conseguente rideterminazione delle piante organiche. Io ho ascoltato con molta attenzione tutte le osservazioni che sono state fatte al riguardo dai rappresentanti delle diverse parti politiche e principalmente la relazione del senatore Melotto, che colgo l'occasione di ringraziare e per la straordinaria capacità e puntualità, dimostrate sia nella relazione introduttiva che nella replica, e per la coscienziosità del suo lavoro. Come dicevo, dunque, ho ascoltato tutte le osservazioni fatte e devo dire che mi ha colpito in modo particolare quella secondo la quale questa misura è di difficile praticabilità e non consentirebbe, probabilmente neanche nell'arco di un triennio, di ridurre — come lo si richiede ed è necessario — la spesa. Va tuttavia rilevato che si tratta, secondo i calcoli del Servizio di programmazione del Ministero, di posti-letto inutilizzati da 10 anni, cioè che stabilmente vedono una loro reale inutilizzazione.

Fanno parte delle richieste che qui sono state avanzate anche altre tematiche che mi sembrano di grande importanza e delle quali ho voluto prendere precisa nota per poter dare le giuste risposte. Già il senatore Melotto nella relazione introduttiva aveva sollevato una serie di problemi, non soltanto relativi alla riduzione di questi 36.000 e oltre posti-letto, ma anche alla lettura di quel comma 6 dell'articolo 12 del disegno di legge finanziaria che, a seguito della riduzione di orario contrattata, esclude la possibilità di assunzioni negli ospedali. Il senatore Melotto giustamente si domandava quale fosse l'utilità di questo comma, vista la generale preclusione già prevista nell'ambito dell'articolo 18 di tale provvedimento.

Ebbene, la risposta degli uffici del Mini-

stero in proposito è — a mio avviso — molto ragionevole. Si sostiene infatti che, a fronte del generale divieto di assunzione previsto dall'articolo 18, è però sempre possibile una deroga da parte della Regione dinanzi a situazioni di particolare evidenza e in questo caso, la riduzione d'orario può essere ritenuta una causa valida. Per questa ragione e proprio quindi per evitare che le Regioni, sotto la pressione magari del problema occupazionale a livello locale, vadano ad una deroga dell'articolo 18, si è previsto questo comma dell'articolo 12, che però non riveste una particolare intransigenza visto che è possibile derogare anche ad esso, purchè si sia prima arrivati alla riduzione dei posti-letto vuoti da dieci anni e naturalmente presentandone richiesta, previo parere del Ministero.

Questa è la risposta che io dovevo dare al senatore Melotto e che — come ho detto — mi pare ragionevole. Quanto ad altre questioni che sono state sollevate qui ieri e relative al problema più profondo e più serio, se cioè con una legge finanziaria si possa surrogare a scelte o manovre che dovrebbero essere contenute piuttosto in un Piano sanitario nazionale, devo dire che sinceramente mi ha un po' stupito l'osservazione del senatore Gualtieri quando, ricordando di aver partecipato alla redazione del programma del Governo, ha detto di sentirsi tradito da scelte contenute nel disegno di legge di riforma delle USL ed in particolare dal previsto scorporo degli ospedali.

Ho il dovere di ricordare al senatore Gualtieri che nelle note che accompagnano il programma di Governo — il Presidente del Consiglio Goria ha ritenuto di seguire la linea già tracciata dal Governo Craxi, secondo la quale ad un programma breve fanno seguito note illustrative — è precisamente indicato un punto relativo allo scorporo dei grandi ospedali. Quindi il senatore Gualtieri e la sua parte politica hanno accolto questa ipotesi preventivamente e non soltanto successivamente nell'ambito del Consiglio dei Ministri.

Quanto alle preoccupazioni relative alla improponibilità di misure di carattere pro-

grammatorio nella finanziaria, fatte salve le osservazioni del senatore Melotto, va però ricordato che l'articolo 12 definisce delle procedure per ridurre i posti letto con il fine di contrastare aumenti di spesa dovuti alla riduzione dell'orario di lavoro; di programmatico c'è invece il piano degli investimenti, poichè la norma contiene l'indicazione della somma e del tempo e giustifica lo stanziamento in bilancio.

Il senatore Ranalli, che ringrazio per la sua dotta esposizione che mi introduce in una tematica rispetto alla quale devo ancora molto apprendere, ha sollevato una questione che io considero di grande importanza e che con il senatore Melotto ritengo addirittura prioritaria, relativa alla presentazione del Piano sanitario nazionale. Tutti voi sapete la storia di questo Piano sanitario nazionale previsto dalla legge di riforma e mai approvato dal Parlamento: tutti i Ministri che si sono succeduti si sono applicati ad esso e una volta sola si riuscì ad approvarlo in sede di Commissione sanità del Senato. Pur di arrivare all'approvazione di un Piano sanitario nazionale si è compiuta la scelta, di cui alla legge n. 595, della delegificazione.

Raccogliendo sia le istanze del senatore Ranalli, sia la relazione e la replica del senatore Melotto, sono fermamente convinta che nel più breve tempo possibile si deve arrivare alla presentazione e all'approvazione in Parlamento di un Piano sanitario nazionale che consista in un documento breve, non sia l'esposizione di grandi principi, ma indichi realmente le scelte e gli *standards* in modo tale che l'anno prossimo potremo approvare una finanziaria che sia tale e che non abbia invece la necessità di sostituirsi ad un Piano non ancora approvato.

Il senatore Ranalli ed altri colleghi hanno fatto riferimento al problema del prontuario. A questo proposito, va ricordato che proprio in questi giorni si sta formando una Commissione unica del farmaco che non è stata ancora nominata perchè le regioni devono indicare otto nomi ma sono in ritardo ed hanno chiesto due rinvii. Si ritiene che in occasione della prossima riu-

nione del Consiglio sanitario nazionale questa Commissione unica sarà finalmente formata ed avrà il compito e lo scopo di dare anche al nostro Paese un prontuario che consenta di allinearci al sistema della registrazione multistato, valido per tutta l'Europa, al quale siamo vincolati da normative comunitarie. Questa Commissione avrà quindi il compito di andare a controllare anche le registrazioni effettuate in passato ed eventualmente di eliminare tutti i farmaci per i quali non è più ritenuta opportuna la registrazione anche da parte dei diversi Stati con i quali dobbiamo avere in comune la registrazione.

In forza dell'adozione della registrazione multistato, va ricordato — ed è un elemento a mio avviso importante — che negli ultimi dieci mesi sono stati registrati solo sedici nuovi farmaci, pertanto il Consiglio sanitario nazionale ha dato l'indicazione per una riduzione dei farmaci presenti nel prontuario.

Il senatore Ranalli si è anche soffermato sul problema della fiscalizzazione del Servizio sanitario nazionale.

Mi sembra un'osservazione molto giusta, perchè in effetti la legge n. 833 del 1988 anche in questo senso non ha avuto attuazione. L'articolo 63 della legge n. 833 prevedeva la fiscalizzazione e solo attraverso essa saremmo di fronte ad un servizio propriamente detto, dal momento che per servizio si intende quel corrispettivo che viene dato ai cittadini in cambio delle imposte pagate. Non si può parlare quindi di Servizio sanitario nazionale fino a quando non ci sarà fiscalizzazione perchè non si tratterebbe di servizio, ma di un sistema basato su un'assicurazione obbligatoria di tipo mutualistico anche se estesa a tutti i cittadini. Questo è un impegno che dobbiamo assumerci, perchè ci troviamo di fronte ad un servizio che non è efficiente come lo vorremmo e i cittadini italiani pagano tre volte perchè pagano le imposte, pagano i contributi ed ora pagano anche la tassa sulla salute. Va anche ricordato, per la verità, che la contribuzione dei cittadini incide per 39.300 miliardi, sicchè lo Stato contribuisce con le imposte per meno della

metà di quanto è necessario alla spesa sanitaria. Ritengo pertanto che anche questa Commissione possa dare un contributo di lavoro per vedere quali possano essere le soluzioni da adottare; in questo senso potremmo anche assumere una risoluzione, perchè va eliminato il disagio, nell'ambito dell'opinione pubblica, di pagare più volte per lo stesso servizio ed essere poi costretti magari a ricorrere al privato.

Il senatore Sirtori ha sollevato due questioni che mi sembrano di grande importanza; una è quella relativa alla possibile istituzione di una scuola di amministrazione sanitaria e di una scuola per infermieri. Io credo che il nostro Paese dovrebbe imparare a dotarsi di queste scuole superiori: la ragione per la quale il personale politico, il personale amministrativo spesso non è effettivamente all'altezza della situazione è proprio perchè mancano queste scuole di formazione e di alta specializzazione. Io ritengo che l'idea di una scuola di amministrazione sanitaria debba essere presa in considerazione dal momento che non si possono immaginare in realtà competenze e professionalità che non abbiano avuto modo di formarsi se non — come sostiene il Ministro — sul campo.

Per quanto concerne la scuola per gli infermieri sono stata molto lieta che più di uno di voi abbia rilevato questo problema. Infatti, accanto al senatore Sirtori anche il senatore Azzaretti e il senatore Melotto in sede di replica hanno ricordato che esiste in Italia il problema della formazione professionale del personale infermieristico. L'argomento — come voi sapete — è sollevato principalmente dagli infermieri professionali, dalla loro consociazione che terrà il proprio congresso a Rimini; come ha detto giustamente il senatore Melotto, proprio sulla consapevole insistenza della consociazione, diverse parti politiche hanno presentato disegni di legge per una formazione infermieristica di livello universitario che malauguratamente non sono approdati, nella passata legislatura, ad una legge organica e questo è certamente un grave danno. Io so che i corsi per infermieri vanno deserti ma mi sembra che la ragione

l'abbia spiegata il senatore Dionisi: infatti negli altri paesi, in particolare nei paesi scandinavi, la professione infermieristica è una professione prestigiosa, alla quale si avviano persone che sono motivate nella scelta, che hanno una seria formazione culturale di base e che d'altra parte la scelgono, perchè quando operano si trovano ad avere una figura professionale con un suo prestigio, una sua funzione, che non dipende dalle indicazioni del medico e non è diretta all'interno degli ospedali da medici.

Si tratta di una professione ritenuta qualificante per, come si diceva un tempo, «le signorine di buona famiglia», considerandola appunto un'attività di grande rilevanza sociale. Invece, nel nostro Paese, proprio perchè si è preferito per anni ed anni accettare corsi, anche all'interno dell'ospedale, non formativi, ritenendola una professione subalterna (tanto che per queste figure professionali è stato coniato il termine «paramedici», che non condivido, quasi che per avere un prestigio si debba essere almeno un po' simili ai medici), nessuno è più molto interessato a svolgere questo lavoro. Succede quindi che i cosiddetti benpensanti si lasciano andare a rimpiangere le suore negli ospedali.

Dobbiamo invece avere infermieri che siano orgogliosi della loro funzione, che abbiano una formazione professionale seria, che siano guidati da coloro che si sono formati nelle stesse scuole.

A questo proposito, vorrei ricordare che nel disegno di legge proposto dal ministro Donat-Cattin e approvato dal Consiglio dei ministri il 23 settembre scorso, di cui si parla spesso senza però forse averne ancora una conoscenza precisa, vi sono due articoli che ritengo interessanti: l'articolo 25, in cui finalmente si arriva alla creazione delle figure professionali per tutte le attività ausiliarie delle professioni sanitarie, e l'articolo 24, che addirittura prevede l'istituzione di un dipartimento per la formazione e l'aggiornamento del personale infermieristico presso l'Istituto superiore di sanità. Questa può non essere la soluzione più giusta, forse è migliore quella proposta dal senatore Sirtori, comunque è la dimo-

strazione di una sensibilità a questa esigenza.

Quanto all'osservazione avanzata dal senatore Azzaretti circa il problema della spesa storica e della compensazione, secondo quanto riferito dagli uffici della programmazione, ormai da tempo — come dimostrerebbero le tabelle da loro predisposte — la forbice si sta chiudendo, non si fa più ricorso al criterio della spesa storica; anzi, nell'ambito della suddivisione del Fondo sanitario nazionale, si utilizza quello della spesa *pro capite*. Sempre in base a quanto mi è stato riferito, il sistema della compensazione sarebbe stato introdotto da almeno quattro anni, per cui, a fronte dei fenomeni di mobilità degli ammalati, le Regioni avrebbero la possibilità di chiedere la compensazione delle spese.

AZZARETTI. Questo è nella fantasia di chi lo ha affermato.

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. A tale proposito, sostengo che sia molto importante la collaborazione del Parlamento con il Governo, poiché un disegno di legge non è che una proposta presentata al Parlamento e quest'ultimo deve svolgere poi la sua funzione. Se la risposta fornita non è convincente, sono pienamente disponibile a riferire osservazioni argomentate per arrivare ad un approfondimento delle questioni in relazione alla veridicità delle risposte burocratiche.

Non posso non apprezzare quanto dichiarato dal senatore Condorelli, il suo slancio etico, la sua acuta analisi dei fenomeni, nonché la sua onestà intellettuale, quando, dopo avere sostenuto — giustamente, per la parte politica che rappresenta — le linee della manovra finanziaria, ha tuttavia rilevato alcune difficoltà, che del resto il relatore Melotto ha raccolto.

Per la verità, ero dell'avviso che l'elevazione da tre a cinque giorni del termine prima di poter accedere ai laboratori convenzionati non fosse una misura troppo vessatoria, sempre per la preoccupazione di evitare che il Servizio sanitario nazionale

venga svuotato delle sue finalità e sottoutilizzato con spreco delle spese generali; e pur tenendo conto delle esigenze dei laboratori convenzionati, avevo ritenuto di prioritaria importanza non sottrarre al Servizio sanitario nazionale l'erogazione di prestazioni che possono essere effettuate anche con un termine di cinque giorni, anziché tre giorni. Ma quanto affermato dal senatore Condorelli, cioè che questo potrebbe mettere in pericolo la vita dell'ammalato mi ha suscitato qualche perplessità. Bisogna tuttavia rilevare che nell'articolo 13, sempre al comma 1, si prevede la precedenza per i ricoverati, quindi per i malati acuti ospedalizzati non vi dovrebbero essere difficoltà. Peraltro, nel caso di malati non ricoverati, qualora il medico segnali l'urgenza del caso, i laboratori interni non potrebbero non tenerne conto.

BOGGIO. Non ne tengono conto invece.

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Comunque, ripeto, pur essendo fermamente convinta dell'assoluta necessità di non svuotare il Servizio sanitario nazionale dei suoi contenuti, non posso ignorare quanto osservato a questo riguardo, con particolare competenza, dal senatore Condorelli. Quindi, lascio alla Commissione la decisione su questo punto, che — lo ribadisco — non posso in coscienza valutare con la competenza che possono avere i membri di questa Commissione.

Anch'io ho ascoltato con molto interesse le osservazioni fatte dai senatori Condorelli e Melotto circa la possibilità di applicazione dell'articolo 44. A parte il fatto che il dibattito sull'argomento non è chiuso e che il Consiglio sanitario nazionale non ha potuto neanche esaminarlo nel corso dell'ultima riunione per l'impossibilità pratica di farlo per la presentazione del disegno di legge del Ministro, è una materia che non è stata ancora definita. La sentenza del Consiglio di Stato non può non essere tenuta presente: il pericolo del convenzionamento delle grandi strutture che eliminerebbero i liberi professionisti è reale. Per-

tanto, le osservazioni dei senatori Condorelli e Melotto devono, a mio avviso, essere tenute in considerazione.

Lo stesso vale per il rilievo fatto dal senatore Condorelli, poi ripreso dal relatore Melotto, in merito alla questione del *ticket* di 4.000 lire per la doppia ricetta. Sono stata al congresso dell'ANAO e più di un medico mi ha detto che saranno costretti a fare anche quello che non vorrebbero, cioè in pratica a violare la norma.

Mi dispiace molto di non aver potuto ascoltare l'intervento della senatrice Zuffa, comunque vorrei riprendere in particolare la questione degli asili nido, anche questa del resto, sollevata dal relatore Melotto. Anch'io ho chiesto alla Direzione generale dei Servizi di Medicina sociale del Ministero, informazioni circa lo stato del finanziamento degli asili nido, in base alla normativa vigente in materia; come ricorderete, fu dapprima stabilito per legge e poi aumentato, il finanziamento relativo agli asili nido. La suddetta Direzione generale ricorda che la legge n. 1044 del 1971 prevedeva la realizzazione di un piano quinquennale per la costruzione e gestione di almeno 3.800 asili nido, successivamente integrato con la legge n. 891 del 1977 con l'inclusione di circa 600 asili nido dell'OMNI avvenuta dopo lo scioglimento dell'Opera stessa.

La legge n. 1044 del 1971 riconosce l'asilo nido come servizio sociale, attribuendogli compiti di custodia. A questo proposito vorrei far rilevare — e credo che sia già in corso una maturazione nel dibattito tra le donne a questo riguardo — che questa legge dovrebbe essere modificata perchè risulta ormai largamente superata nell'impostazione di fondo: pensare all'asilo nido come ad un luogo dove vengono « depositati » i bambini — la parola « custodia » è allarmante — in sostituzione della madre lavoratrice, tradisce quello che invece ormai è successo negli asili nido, dove invece, per la volontà degli operatori, per la spinta politica in tal senso, si è affermata l'importanza dei compiti di tipo psico-educativo. Quindi, questa legge dovrebbe — ripeto —

essere modificata insieme al sistema di finanziamento, perchè tra l'altro, il fatto di avere dallo Stato fondi mandati alle Regioni e dalle Regioni fondi mandati ai comuni non risolve molto il problema, quando poi questi ultimi non hanno la possibilità di gestire asili nido magari già costruiti. Io stessa ho avuto modo di incontrare in più di un'occasione sindaci che hanno difficoltà a gestire asili nido costruiti e sottutilizzati per la mancanza di bambini, avendo personale che invece non può essere impiegato in altre attività.

A questo proposito va anche detto però, che nell'ambito del disegno di legge sul riordino delle Usl è prevista la sostituzione della figura della puericultrice con quella di una infermiera per l'infanzia, figura che appare più idonea fra le proposte avanzate nell'ambito di questo settore.

Per l'anno finanziario 1987 sono stati stanziati 158 miliardi ed i criteri di ripartizione, approvati dalla commissione interregionale il 2 luglio scorso, sono i seguenti: il 50 per cento viene distribuito in base alla popolazione infantile da 0 a 3 anni residente in ogni Regione e calcolata con un censimento del 1981, il restante 50 per cento viene stimato in base al numero dei posti-bambino in asili nido funzionanti al 31 dicembre 1986. Le somme assegnate alle Regioni, che a loro volta dovranno distribuire ai Comuni, sono state calcolate in base a questi due parametri.

Ho portato con me una tabella, che lascerò a disposizione di questa Commissione, in cui sono riportati dei dati allarmanti per quanto riguarda questo settore dell'infanzia. Ve ne leggerò qualcuno per darvi una idea della situazione. Nella regione Lombardia vi sono 439 asili nido con 20.401 posti-bambino, in Piemonte vi sono 246 asili nido con 1.647 posti-bambino, in Emilia Romagna vi sono 336 asili con 16.288 posti. Se scendiamo nelle regioni più a Sud possiamo notare un peggioramento della situazione, perchè la Toscana ha 7 mila posti-bambino, il Lazio 9 mila posti, il Molise ha 4 asili nido con 210 posti-bambino, in Abruzzo vi sono 58 asili

con 2.366 posti-bambino. Da questi dati emerge una disparità non solo tra Nord e Sud ma anche fra Regione e Regione. È importante che noi rivolgiamo la nostra attenzione a questa situazione, perchè l'asilo nido non rappresenta il luogo dove le mamme mandano i loro bambini per liberarsi della loro presenza, ma è il luogo dove i piccoli possono socializzare e ricevere quella preparazione indispensabile per vivere in una società moderna quale è la nostra. È chiaro che un bambino non può ricevere una simile preparazione solo nell'ambito familiare.

IMBRÌACO. I dati che lei ci ha fornito fanno chiaramente capire che si sono accumulati dei ritardi nello sviluppo di questo settore e mettono in evidenza la situazione allarmante in cui si trovano soprattutto gli asili nido del Sud.

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Forse è opportuno adottare dei criteri diversi, perchè se rimangono quelli che ci sono attualmente temo proprio che la situazione non cambierà.

BOGGIO. Ma ormai sono i Comuni che hanno il compito di costruire gli asili nido.

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Certamente, solo che i fondi poi non sono sufficienti per gestire questi asili.

BOGGIO. Poichè tutti i Comuni hanno lo stesso livello di finanziamento, forse gli squilibri sono da addebitare a questi ultimi.

PRESIDENTE. L'argomento riveste grande interesse, per questo motivo forse è bene approfondirlo in un altro momento.

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Sono d'accordo ad approfondirlo in qualsiasi momento.

Tornando al provvedimento al nostro esame, vorrei dire al senatore Natali, il quale ritiene che la soluzione più idonea

per gli anziani sarebbe quella di prevedere un'assistenza domiciliare, che sono d'accordo con quanto ha affermato il senatore Melotto. Infatti, quest'ultimo ritiene più logico abolire dal disegno di legge in esame ogni riferimento numerico (cioè i 140 mila posti per anziani), lasciando libertà di scelta nell'utilizzazione delle somme stanziare in proposito; in questo modo forse si potrà giungere ad una soluzione più idonea del problema.

Sia il senatore Natali che il senatore Dionisi hanno rilevato che potrebbe essere pericoloso ridurre il numero dei posti letto, perchè in questo modo si rischierebbe di punire l'efficienza. Anch'io sono d'accordo su questo punto, perchè si opererebbero dei tagli anche in quegli ospedali dove le degenze sono già molto brevi ed i posti letto non sono in sovrappiù.

Alla senatrice Ongaro Basaglia devo dire che sono d'accordo con lei quando afferma che a risentire maggiormente della situazione in cui si trovano oggi i malati di mente sono soprattutto le donne. È assolutamente necessario giungere ad una corretta applicazione della legge n. 180, perchè la dove è stata applicata sono stati creati i presidi che hanno dato una giusta soluzione al problema. Per quanto riguarda il fatto che non sono stati ancora resi pubblici i dati del CENSIS del 1985, senatrice Ongaro Basaglia, non sono in grado di rispondere alla sua domanda. So che non vi è stato alcun blocco nel pubblicare questi dati, però saprò essere più precisa in un'altra circostanza.

Il senatore Melotto nella sua relazione introduttiva aveva chiesto di conoscere che cosa si intende fare per la Croce Rossa Italiana, data la necessità di chiarire i compiti della stessa attraverso una specifica normativa non ancora emanata, nonostante fosse prevista dalla legge di riforma sanitaria del 1978. La direzione generale di medicina sociale mi ha fatto pervenire una nota secondo la quale l'attuale quadro di riferimento legislativo della Croce Rossa italiana si può in sintesi evidenziare in quanto segue. L'ente è stato ricondotto nell'ambito di applicazione della normativa

del parastato, ai sensi della legge n. 70 del 20 marzo del 1975. Successivamente, in attuazione dell'articolo 70 della legge di riforma sanitaria n. 833 del 23 dicembre 1978, concernente la delega al Governo per il riordinamento della Croce Rossa italiana, è stato emanato il decreto del Presidente della Repubblica n. 613 del 31 luglio 1980. Tale decreto pone criteri fondamentali per la ristrutturazione della Croce Rossa ispirati al principio di ricondurre l'organizzazione e le attività dell'ente rispettivamente al principio volontaristico ed alle finalità originarie. Il suddetto decreto riconosce l'associazione della Croce Rossa italiana quale ente privato di interesse pubblico a seguito dell'approvazione del nuovo statuto. Il nuovo statuto, elaborato ai sensi dell'articolo 8 del già citato decreto del Presidente della Repubblica n. 613 del 1980 da un apposito comitato nazionale, non è stato ancora approvato. Tale circostanza determina la non precettività del disposto dell'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica n. 613, che prevede la privatizzazione della Croce Rossa italiana.

Il primo comma dell'articolo 70 della legge n. 833 del 1978 prevede anche il trasferimento, con decreto del Ministero della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, ai Comuni competenti per territorio — per essere destinati alle Usl — dei servizi di assistenza sanitaria della Croce Rossa non connessi direttamente alle sue originarie finalità, nonchè i beni mobili ed immobili destinati ai predetti servizi, compreso il personale addetto ed adibito, previa individuazione del relativo contingente. Per tutta una serie di motivazioni politiche non è stato ancora disposto lo scorporo — eccezion fatta per la provincia autonoma di Trento — dei servizi di assistenza sanitaria e di conseguenza è venuto meno anche il riordino del più volte citato decreto del Presidente della Repubblica n. 613 del 1980.

Peraltro, è stato approvato dal Consiglio dei Ministri e presentato alla Camera dei deputati il 15 luglio 1985 un disegno di legge che prevede un nuovo ordinamento dell'ente ed una sua collocazione nella IV

categoria degli enti preposti ai servizi di pubblico interesse, di cui alla tabella allegata alla legge 20 marzo 1975, n. 70. Il Governo, in sostanza, si è discostato dalla previsione del decreto del Presidente della Repubblica n. 613, nell'intento di mantenere la Croce rossa italiana nell'ambito pubblicistico. In tale contesto, essa in definitiva svolge tuttora i compiti in campo sanitario ed assistenziale.

Poichè il decreto del Presidente della Repubblica n. 613 ha posto il divieto di assunzione di personale, l'Associazione della Croce rossa si trova nell'impossibilità di adeguare i propri organici e non può colmare le vacanze di posti (per collocamento a riposo, dimissioni, eccetera) che ammontano a circa il 30 per cento della preesistente dotazione organica. L'Associazione ha rappresentato più volte al Ministero della sanità che la limitata disponibilità di personale determina una carenza dei servizi svolti ed un rallentamento delle attività istituzionali che si avviano alla paralisi con gravissime ripercussioni nel delicato settore assistenziale-sanitario.

I problemi del personale della Croce rossa italiana sono stati recentemente esaminati in diverse riunioni alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per la funzione pubblica, alle quali hanno partecipato le amministrazioni interessate. Difatti, in materia di personale, la vigilanza di questo Ministero è esercitata con il concerto del Ministero del tesoro e, per l'ordinamento dei servizi, anche della Presidenza del Consiglio, ai sensi dell'articolo 29 della legge n. 70 del 1975. Sono state trovate soluzioni per i problemi di personale più urgenti, quali ad esempio quello dei precari che erano utilizzati dalla Croce rossa, con prestazioni professionali, per garantire il funzionamento dei servizi emo-trasfusionali, di pronto soccorso con autoambulanza e di assistenza ai ricoverati presso i centri di rieducazione motoria.

Le soluzioni ai singoli problemi, comunque, non possono eliminare gli inconvenienti derivanti dalla circostanza che a tutt'oggi la configurazione giuridica della Croce rossa non è definita. Lo stato di confu-

sione legislativa dei contrasti di indirizzo determina pertanto indubbiamente pregiudizio al conseguimento dei fini istituzionali dell'Associazione.

Devo ancora una risposta al senatore Melotto in ordine alla richiesta relativa alla tabella 19 per quanto riguarda gli enti finanziati. Ai sensi dell'articolo 19 della legge n. 468 del 1978, sono infatti annessi allo stato di previsione del Ministero della sanità i conti consuntivi relativi all'esercizio degli enti a cui lo Stato contribuisce in via ordinaria. Alla pagina XXXVII della tabella 19, in effetti, tutti questi enti, che vanno dalla Lega italiana per la lotta contro i tumori all'Associazione italiana della Croce rossa, hanno a loro fianco un asterisco e a piè pagina è scritto: «Non pervenuto alla data del 15 settembre 1987».

Ebbene, a seguito di una mia precisa richiesta ai relativi uffici, mi è stato reso noto che sono state assunte le informazioni e si è appreso che l'omissione è stata determinata dalla incompleta raccolta dei dati. Nel frattempo però sono pervenuti al Ministero i conti consuntivi dei seguenti enti: «G. Gaslini» Genova Quarto, «Saverio De Bellis» Castellana Grotte, «B. Garofolo» Trieste, «C. Vesta» Milano, «Policlinico S. Matteo» Pavia, «I.F.O.» Roma, «Tumori» Genova, «Istituto Italiano di Medicina Sociale» Roma. Tali conti consuntivi sono ad ogni buon fine disponibili presso la Direzione generale dei servizi di medicina sociale, mentre per quelli ancora mancanti, tale Direzione ha provveduto a rivolgere contestuale sollecito. A fronte, cioè, della richiesta del senatore Melotto, che io ho naturalmente trasferito agli uffici competenti, la Direzione generale per i servizi di medicina sociale ha provveduto ad inoltrare una formale richiesta, sollecitando appunto l'invio del conto consuntivo a quegli enti, contenuti nella tabella 19, che ancora non avevano provveduto a tale adempimento. Va però chiarito che gli enti in questione hanno una contribuzione in via ordinaria solo per le spese inerenti alla ricerca finalizzata.

Da più parti è stata inoltre avanzata la richiesta di operare la ristrutturazione del

Ministero della sanità. A tale riguardo, devo dire che questa è un'istanza che parte principalmente dal Ministero stesso, da tutte le Direzioni generali e da tutti i funzionari, i quali per primi lamentano questa mancata ristrutturazione. Mi sembra dunque che la vostra richiesta sia più che giusta, anch'io la condivido e credo che sarebbe interesse di tutti che ciò avvenisse, ma lungamente non posso però fare a meno di ricordare che bisogna fare i conti con i tempi italiani che sono sterminati. Tutti noi, infatti, parliamo troppo — io stessa lo sto facendo in questo momento — tutti noi bruciamo il tempo a nostra disposizione con troppo lunghe esposizioni di quello che vogliamo dire e fare e i tempi parlamentari purtroppo, così come quelli burocratici, consumano la nostra esistenza e spesso la terminiamo, senza aver visto il risultato delle nostre azioni.

Pertanto, concludo la mia replica, sperando di aver soddisfatto le vostre richieste e offrendo la mia più completa disponibilità per quello che avessi potuto dimenticare e passo brevemente a esprimere il parere sugli ordini del giorno presentati.

Il primo ordine del giorno della senatrice Zuffa mi trova del tutto d'accordo. Mi sembra fondamentale, infatti, arrivare ad ottenere nel nostro Paese la più vasta conoscenza possibile dei sistemi contraccettivi e a tal fine voglio anticipare che sta per essere costituita la Commissione che, accanto a quella degli handicappati, degli anziani e dei drogati, andrà a formulare i progetti-obiettivo previsti dalla legge n. 595 del 1985.

Parimenti, mi sembra giustissimo adottare l'ordine del giorno delle senatrici Zuffa ed Ongaro Basaglia e, per quanto ho già detto, mi pare senz'altro accoglibile anche l'ordine del giorno relativo alla Croce rossa.

Per quanto già detto precedentemente sono favorevole a tutti gli ordini del giorno.

Sono molto lieta che il presidente Zito abbia presentato l'ordine del giorno relativo al finanziamento per la formazione triennale dei medici specialisti dal momen-

to che è stato un fatto grave — come ha spiegato il senatore Bompiani — l'aver perduto un finanziamento già previsto nella passata legislatura.

PRESIDENTE. L'esame degli ordini del giorno è così esaurito, essendo stati accolti tutti dal rappresentante del Governo.

Passiamo ora all'esame degli emendamenti presentati alla tabella 19.

I senatori Zuffa e Imbriaco hanno presentato i seguenti emendamenti:

Ridurre le previsioni di competenza e di cassa, nei sottoelencati capitoli, dei seguenti importi:

	<i>(in milioni di lire)</i>
Capitolo 1539	2.300
Capitolo 2037	600
Capitolo 2542	200
Capitolo 2544	250
Capitolo 3031	300
Capitolo 3033	150
Capitolo 3535	200
Capitolo 4201	15.000

Conseguentemente, al capitolo 1538, incrementare le previsioni, sia di competenza che di cassa, di lire 19.000 milioni.

21.Tab.19.1 ZUFFA, IMBRIACO

Al capitolo 4201 ridurre la previsione, sia di competenza che di cassa, di lire 15 miliardi.

Conseguentemente, al capitolo 1538, incrementare la previsione, sia di competenza che di cassa, di lire 15 miliardi.

21.Tab.19.2 ZUFFA, IMBRIACO

IMBRIACO. Signor Presidente, le proposte emendative da noi presentate alla tabella 19 riguardano sostanzialmente un'unica questione, verso la quale si sono dimostrati sensibili nel corso del dibattito che si è svolto in questi giorni in Commissione anche autorevoli esponenti della maggioranza, come il senatore Condorelli, il quale, partendo probabilmente dalle stesse considerazioni che ci hanno indotto a presentare queste proposte di modifica, è

pervenuto alla stesura di un ordine del giorno relativo ad un programma per la ricerca, soprattutto biomedica, che miri ad elevare il nostro Paese in questo settore e ad eliminare lo stato di subalternità, specie nei confronti dell'industria farmaceutica, che oggi si registra.

Il sottosegretario Marinucci Mariani ha ricordato il problema della riforma del Ministero della sanità, su cui tutti sono d'accordo anche gli operatori; lo stesso Ministro sembra essere disponibile in tal senso. Vorrei però farle presente, onorevole Sottosegretario, che non si è ancora potuto procedere alla riforma del Ministero — e ormai sono dieci anni che diciamo queste cose — perchè la volontà di conservare posizioni acquisite e di non toccare determinati interessi frena qualsiasi intenzione di modificare l'attuale situazione. Non ho quindi alcuna difficoltà a riconoscere la sua buona volontà nel portare avanti questo discorso ma sta di fatto che da otto anni a questa parte, ogni anno, sistematicamente, come accade per la Croce rossa, si assumono impegni per la riforma del Ministero che poi non vengono mantenuti. Occorre poi aggiungere che il Ministero diventa sempre più un « pachiderma », una struttura macchinosa, priva di qualsiasi dinamismo, per cui è un freno anche per altre attività del Servizio sanitario nazionale.

Le nostre proposte di modifica, quindi, vogliono essere in un certo senso un banco di prova per la maggioranza e per lo stesso Governo. Esse riguardano in primo luogo i capitoli di spesa 1539, 2037, 2542, 2544, 3031, 3033 e 3535, riguardanti prevalentemente stanziamenti dispersivi destinati a studi e ricerche. Si tratta, ad esempio, di indagini e studi sulle malattie infettive: con tante accademie ed università, con gli infettivologi di livello internazionale che abbiamo, il Ministero della sanità decide di stanziare un miliardo di lire per studi sulle malattie infettive. Sono indicati inoltre studi sulle sostanze psicotrope o stupefacenti; studi sui neurolesi; studi sulla qualità degli alimenti; studi sulla fissazione negli alimenti di residui tossici ambientali; spese per le attività di formazione scientifi-

ca, non meglio precisata; studi per la programmazione sanitaria. Si tratta in sostanza di una serie di spese che servono esclusivamente a difendere un apparato burocratico, conservatore, che di fatto è uno degli elementi frenanti dell'intero sistema (certo limitatamente al peso che può avere: vi sono infatti altre responsabilità).

Quindi un segno concreto della volontà di modificare il meccanismo si potrebbe esprimere proprio in quest'ambito. Questo poi si ricollega ad una novità significativa della tabella 19, dove al capitolo 1538 si prevede per la prima volta uno stanziamento per la formazione dei giovani medici. Peraltro ho avuto notizia del suo intervento, onorevole Sottosegretario, al recente congresso dell'ANAO, e anche questo mi ha fatto riflettere. In base a quanto stabilito, i giovani medici, che eserciteranno la medicina generale, uniformandosi alla normativa CEE in materia, devono effettuare un tirocinio di due anni, con una retribuzione pari a quella prevista per un assistente. Ora, di fronte a tutte le declamazioni più o meno demagogiche — non mi riferisco certo a lei, signor Sottosegretario, che non ha fatto questo tipo di discorso ma ad altri esponenti politici — in merito ad uno stanziamento di 250 miliardi per 25.000 borse di studio (il che è assolutamente utopistico, irrealizzabile), ritengo più opportuno operare, affinché questo capitolo da 10 miliardi, che a conti fatti può rispondere alle esigenze di circa 450 giovani medici, possa essere aumentato a 40 miliardi in modo da consentire all'incirca a duemila giovani medici di svolgere un tirocinio estremamente qualificante, fornendo quindi risposte realistiche e concrete.

Vi è poi un'altra proposta di modifica, e sarebbe stato opportuno un impegno più concreto a questo riguardo da parte della Commissione; purtroppo il clima politico generale non lo consente e spesso le risposte burocratiche dei servizi finiscono per complicare anziché favorire lo sviluppo di dibattiti positivi, come è accaduto per la Croce rossa.

La nostra proposta si riferisce al famoso Servizio informativo sanitario. Onorevole

Sottosegretario, ormai sono anni che questo è stato avviato; pare che l'Italsiel abbia incamerato a tutt'oggi una somma pari, se non superiore, a 300 miliardi circa; tutte le Regioni, per proprio conto, organizzano sistemi informativi autonomi dell'ordine di decine e decine di migliaia di miliardi. Mi chiedo allora cosa stia accadendo. Ogni anno si comprano elaboratori elettronici? Tra l'altro, nella relazione si afferma anche che questo Servizio ha accumulato nel corso del 1987 residui passivi per circa 20 miliardi di lire. Sempre nella relazione si parla dell'assunzione di altre 60 unità per quest'anno: ma per fare cosa? È il Ministero della sanità che ne ha la gestione in proprio? Questo risponde indirettamente a disegni, che in altra sede poi discuteremo, di centralizzazione, gerarchizzazione e riorganizzazione in chiave controriformatrice del Servizio? Se è così, non siamo assolutamente d'accordo. Mi pare di capire che a tutt'oggi il Servizio informativo sanitario dovrebbe lavorare a pieno regime, rispondendo alle esigenze di conoscenze e di informazioni di tutto il Servizio sanitario nazionale, per le somme finora investite. Pertanto, proponiamo — proprio per essere moderati — di sottrarre 20 miliardi al bilancio di competenza e di cassa per quest'anno, del Fondo previsto in questo capitolo per trasferirli sul Fondo relativo alla formazione dei giovani medici. Questa sarebbe, a mio avviso, una saggia decisione e si consentirebbe inoltre al Governo di poter accelerare certi processi di rinnovamento, di riforma del Ministero, su cui a parole tutti concordano ma che non si traducono in alcun modo nei fatti.

ZUFFA. Signor Presidente, illustrerò brevemente questo emendamento tendente ad incrementare di 15 miliardi lo stanziamento di cui al capitolo 2600 relativo agli asili nido, sottraendo tale importo al capitolo 4201. Di questo emendamento avevo già accennato nel corso del mio intervento. Sono d'accordo con la senatrice Marinucci quando sostiene che occorre una modifica della legge che corrisponda maggiormente a quei fini educativi necessari oggi negli

asili nido; queste modifiche ormai non si possono più rinviare. Secondo me, inoltre, risponde al vero il fatto che esiste un diverso impegno dei Comuni nella costruzione degli asili nido e probabilmente alcuni Comuni del Sud non si sono mai impegnati a costruirli. Faccio presente però che in regioni come la Toscana e l'Emilia Romagna si è fatto ricorso ai fondi degli enti locali per costruire nuovi asili nido e per gestire gli stessi.

Ritengo, quindi, che vi siano responsabilità da parte del Governo su tale questione, perchè i finanziamenti non sono mai stati incrementati e talvolta si vogliono addirittura abolire.

Con il mio emendamento dunque propongo di tornare alla lettera della legge n. 1044 che stabilisce che il finanziamento si deve basare sullo 0,1 per cento del monte salari del 1987 che, secondo i dati dell'ISCO (fonte attendibile ed autorevole), sono di 318 miliardi e 350 milioni. Questa è la variazione che intendo proporre.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470*. Signor Presidente, per quanto riguarda il primo emendamento del senatore Imbriaco, tendente a ridurre il capitolo 4201 relativo al Servizio informativo sanitario a favore del capitolo 1538 concernente la formazione dei giovani medici, già nella mia relazione introduttiva ebbi a sottolineare come quella voce subisse, rispetto all'anno precedente, una decurtazione di 18 miliardi per la parte di competenza e di 10 per quella di cassa. Tagliare, quindi, ulteriormente i fondi al Servizio informativo significherebbe — a mio avviso — rimettere in discussione tutto quello che in questi anni faticosamente è stato costruito. Pertanto, il mio parere sull'emendamento è contrario, ma al riguardo vorrei pregare il Governo, nei tempi e nei modi che riterrà più opportuni, di far pervenire alla Commissione una relazione sull'attività del Servizio, anche perchè l'anno scorso abbiamo stanziato ben 50 miliardi affinché esso compisse un salto di qualità e da allora non abbiamo più avuto informazioni sul-

l'argomento; in particolare, saremmo interessati alle interconnessioni esistenti tra il Servizio centrale e la periferia (Regioni e USL).

Quanto poi al secondo emendamento, relativo alla riduzione dei capitoli 1539, 2037, 2542, 2544, 3031, 3033, 3535 e 4201, il problema è già stato da me sollevato e al riguardo ricordo che in Commissione, l'allora ministro Degan ci disse che era costretto a disperdere in più rivoli i fondi destinati a studi e ricerche, perchè altrimenti la scure del Tesoro si sarebbe abbattuta su di loro. Io credo che questa sia una giustificazione limitata e parziale e da tempo noi sollecitiamo affinché sia istituito presso il Ministero un unico centro di spesa finalizzato a questa voce, sì da farle fare un salto di qualità anche perchè ad un certo momento per un Servizio sanitario efficiente non si può prescindere da simili momenti di approfondimento e di propulsione. Pertanto, pur esprimendo parere contrario anche su questo emendamento del senatore Imbriaco, esprimo l'auspicio che per il prossimo anno si giunga al superamento di tutti questi rivoli per arrivare finalmente ad un'unica voce di spesa che serva a sostenere un preciso programma di ricerca.

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, mi domandavo se, alla luce di quanto giustamente ha affermato il senatore Melotto, non fosse possibile chiedere di trasformare questi emendamenti, altrimenti non accoglibili, in ordini del giorno, che accoglieremmo come raccomandazioni perchè credo sia giusto che venga fatta qui una relazione sull'attività del Servizio informativo sanitario e soprattutto sulla sua connessione con la periferia. So infatti che mentre al centro le cose procedono abbastanza bene, notevoli difficoltà si incontrano proprio nel realizzare l'interconnessione con la periferia, che solo in qualche limitato caso ha avuto successo.

Analogamente, per quanto riguarda la questione del centro studi, anche a me sembrerebbe molto importante superare l'attuale rivolizzazione ed arrivare ad un

unico centro di spesa. Pertanto, se la Commissione decidesse di presentare un ordine del giorno al riguardo, lo accoglierei senz'altro.

IMBRÌACO. Sono spiacente, signor Presidente, di non poter accogliere l'invito del Sottosegretario. L'abbiamo accolto per quattro anni di seguito nella scorsa legislatura, ora chiediamo che vi sia un pronunciamento agli atti, che risulti un tentativo di smuovere una situazione che è diventata insostenibile.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento 21.Tab.19.1.

MELOTTO, estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470. Signor Presidente, l'emendamento del senatore Imbriaco, anche se formalmente non è improponibile, lo diventa di fatto, in quanto io credo che il Servizio informativo necessiti di aggiustamenti ma non di essere soppresso.

IMBRÌACO. Non si sopprime nulla, già il Ministero ha operato una riduzione di 20 miliardi.

MELOTTO, estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470. Una riduzione da 90 a 70 miliardi o da 85 a 65 è comprensibile, ma ridurre da 85 miliardi a zero vuol dire chiudere e per questo motivo esprimo parere contrario.

MARINUCCI MARIANI, sottosegretario di Stato per la sanità. Mi sembra che non ci sia un problema di preclusione e pertanto l'emendamento può essere presentato alla Commissione bilancio anche se in questa sede non viene accolto.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emenda-

mento 21.Tab.19.1, presentato dai senatori Zuffa e Imbrìaco.

Non è accolto.

Metto ai voti l'emendamento 21.Tab.19.2, presentato dai senatori Zuffa e Imbrìaco.

Non è accolto.

L'esame degli emendamenti è così esaurito.

Resta ora da conferire il mandato per il rapporto alla 5^a Commissione sulla tabella 19.

Propongo che tale incarico sia affidato all'estensore designato del rapporto.

RANALLI. Signor Presidente, preannuncio che la mia parte politica presenterà un rapporto di minoranza.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare per dichiarazione di voto, se non si fanno osservazioni, il mandato a redigere il rapporto sulla tabella 19 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge n. 470 resta conferito al senatore Melotto.

I lavori terminano alle ore 13,15.

MARTEDÌ 1° MARZO 1988

**Presidenza
del Presidente ZITO**

I lavori hanno inizio alle ore 18,15.

«**Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)**» (470-B), approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

«**Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990**» (471-B), approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

— Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (Tab. 19)
(Rapporto alla 5^a Commissione) (Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, l'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)» e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990 - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (tabella 19)», già approvati dal Senato e modificati dalla Camera dei deputati.

Ricordo ai colleghi che si procederà, a norma dell'articolo 104 del Regolamento, al riesame in sede consultiva delle parti del disegno di legge finanziaria e delle singole tabelle che sono state oggetto di modifiche da parte dell'altro ramo del Parlamento.

Prego ora il senatore Melotto di riferire alla Commissione sulle modifiche apportate dalla Camera dei deputati alla tabella 19 e al disegno di legge finanziaria.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 470-B*. Signor Presidente, signor Ministro, colleghi, cercherò di essere abbastanza breve e sintetico, perchè credo che di questi problemi ne abbiamo largamente discusso, sia direttamente che indirettamente.

Ricordo che la manovra fissata dal Governo nella sua sintesi consisteva nello stabilire a quota 53.500 miliardi il Fondo sanitario nazionale fino al 1991 (ovviamente questa quota è costante, più la rivalutazione data dall'inflazione).

I risparmi previsti attenevano soprattutto al riordino degli ospedali, alla spesa farmaceutica, alla convenzionata esterna, sia ambulatoriale che delle case di cura private e, infine, circa cento miliardi sulla assistenza rimanente.

Questa quota di 53.500 miliardi, pur es-

sendo insufficiente rispetto alle previsioni 1988 e anche 1989, tenendola tuttavia costante, mentre si avvia il processo di larga ristrutturazione, farà slittare il disavanzo di anno in anno fino al 1991, chiudendolo a quell'epoca in pareggio.

Questa era la prospettiva, con le cifre indicate nella progressione dal 1988 al 1991 nelle varie voci, e a seconda di quanto normativamente indicava la legge finanziaria.

La 5^a Commissione, bilancio e programmazione economica, di questo ramo del Parlamento, rispetto a questa prospettiva, mentre aderiva all'impostazione complessiva, dettava invece norme completamente diverse in materia di prontuario terapeutico, prevedendo soprattutto una distinzione netta tra i farmaci essenziali e quelli non essenziali, stabilendo per questi ultimi un *ticket* del 33 per cento; *ticket* che indubbiamente, dati i tempi particolarmente stretti, ancorava, anzichè alla ristrutturazione del prontuario, ai principi stabiliti dall'OMS in materia. Tutto ciò veniva quantificato, per l'anno in corso e per il triennio di cui discutiamo, in 850 miliardi di riduzione annua, portando quindi lo stanziamento del Fondo sanitario nazionale da 53.500 a 52.650 miliardi.

La Camera dei deputati ha invece ripristinato, con modifiche, con aggiustamenti e con varie limature, l'impostazione precedente del prontuario, quella, per intenderci, di cui al decreto-legge che venne discusso qui nel mese di dicembre, elevando il *ticket* sulle ricette da mille a duemila lire. Ha tolto conseguentemente il 33 per cento del *ticket* votato dal Senato per i farmaci non essenziali ed ha ripristinato le quattro categorie: farmaci prescrittibili, farmaci ad uso ospedaliero, farmaci da banco e farmaci non prescrittibili dal Servizio sanitario nazionale; ha invece aumentato di mille lire la ricetta. Voi sapete che oggi il *ticket* è di mille lire per ogni ricetta a cui si aggiungono mille e cinquecento lire per un farmaco il cui costo varia da 5.000 a 25.000 lire e tremila lire per un farmaco che costa oltre le 25.000 lire. Lasciando perciò inalterato il *ticket* sui medicinali, la Camera ha ritenuto di aumentare solo il

ticket sulla ricetta, portandolo a duemila lire.

L'ex articolo 28, sul riordino degli ospedali, veniva soppresso dalla Camera ed il Governo per questa parte ha inteso rappresentare attraverso un decreto-legge (n. 27 del 1988) analogo provvedimento; anche qui, ovviamente, con aspetti di riformulazione, ancorati molto più alla legge n. 595 del 1985 che non ai parametri precedenti: ed è il provvedimento ora al nostro esame con il disegno di legge di conversione, di cui all'atto del Senato n. 844.

Quindi, riepilogando la situazione dal lato economico, prima di entrare nelle singole modificazioni al nostro esame, la situazione si presenta come segue: il risparmio ospedaliero, che è legato all'approvazione del decreto e che, grosso modo, era previsto in 1.200 miliardi, è strettamente legato all'approvazione dello stesso e quindi alla capacità attuativa di quanto in esso previsto, anche se c'è da dire che quel decreto porta una norma ben precisa, cioè il blocco delle piante organiche. Poichè si tratta di un decreto-legge, esso è già entrato in vigore e quindi nega la possibilità di sostituzione di personale causata dalla riduzione della settimana lavorativa. Risparmio sui farmaci: da conteggi fatti presso la Commissione bilancio mi si dice che il raddoppio della contribuzione sulla ricetta, da mille a duemila lire, non dovrebbe superare i 150 miliardi. Il provvedimento è scoperto perciò di circa 700 miliardi, rimanendo il Fondo votato dalla Camera, indipendentemente da questa manovra, ancora a quota 52.650 miliardi.

Si potrebbero poi togliere, più che aggiungere, quei 200 miliardi circa ipotizzati nella manovra presentata dal Governo quando prevedeva (attraverso il prontuario e in tempi di attuazione abbastanza celeri che erano legati al decreto-legge che non fu convertito per questa parte) per l'anno in corso, circa 200 miliardi per attestarsi successivamente sugli 850 miliardi circa negli anni a venire.

È inutile, a conclusione di questa prima parte, che io ripeta le riserve sulla finanziaria, su questo strumento largamente

«improprio» che entra nel merito della legislazione settoriale. Quando il disegno di legge finanziaria entra «prepotentemente» nel merito della legislazione, ho l'impressione che faccia uso maggiormente dell'accetta che della penna; pertanto, anche i risultati finali non possono essere sempre del tutto conformi alle intenzioni dichiarate.

Detto questo brevemente, esporrei ai colleghi i risultati ottenuti sulla finanziaria nell'altro ramo del Parlamento, e quindi i punti ulteriori al nostro esame: l'articolo 24, che ci riguarda in parte, e che trasferiva dalle USL alle prefetture tutte le analisi e gli accertamenti sulla invalidità civile, è stato stralciato e quindi ha assunto la forma di disegno di legge, cioè il n. 2243-ter che è rimasto all'esame della Camera dei deputati. L'ex articolo 25 è stato soppresso, cioè quello che riguardava tutto il riordino degli ospedali, come già ricordato. Inoltre, con lo stralcio avvenuto dell'ex articolo 31, quello che finalizza i fondi, le borse di studio, eccetera, è stato redatto il decreto-legge n. 27 cui accennavo prima.

Anche l'ex articolo 31 è stato stralciato ed è stato redatto il decreto-legge n. 27 al quale accennavo prima! Quindi, tutta quella materia, in parte — ripeto — soppressa per il voto della Camera e in parte stralciata, ha formato oggetto del suddetto decreto-legge.

Anche l'articolo 26 (19 nell'attuale numerazione) è stato modificato. Al primo comma si riducono da 5 a 4 giorni i tempi massimi di attesa, per l'esecuzione di analisi di laboratorio, oltre i quali viene consentito il ricorso ai laboratori esterni. La formulazione del secondo comma è, a mio avviso, più razionale rispetto alla stesura precedente. Infatti, in esso si stabilisce che tutte le strutture autorizzate a fornire le prestazioni di cui al comma 1 e già convenzionate al 31 gennaio 1988 con il Servizio sanitario nazionale, anche se in forma societaria, restano convenzionate con il Servizio in attesa di una nuova disciplina organica, che dovrebbe essere emanata entro il 31 marzo 1989.

Il comma 3 presenta una sola variante, che ritengo renda più scorrevole il testo.

Nel testo precedente si diceva: «In caso di ripetute inadempienze non giustificate»; ora invece: «In caso di inadempienza non giustificata», proseguendo quindi senza altre variazioni.

Il comma 4 e i successivi commi ripristinano, ripeto, sostanzialmente, pur con disposizioni formalmente diverse, il prontuario farmaceutico, dettando tutta una serie di norme per la sua gestione e revisione conseguente.

Al comma 13, la quota di partecipazione dell'assistito alla spesa per le prestazioni farmaceutiche è determinata in lire 2.000 per ricetta.

Il comma 14 è particolarmente importante, perchè elimina la possibilità di dedurre le spese pubblicitarie per farmaci, ammettendo esclusivamente le spese sostenute dalle imprese produttrici per promuovere congressi e attività con finalità di rilevante interesse scientifico.

Il comma 15 stabilisce inoltre: «Entro il 31 maggio 1988, il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, di concerto con il Ministro della sanità, sentite le competenti Commissioni parlamentari, propone al Comitato interministeriale prezzi un nuovo metodo di determinazione del prezzo amministrato delle specialità medicinali e dei prodotti galenici».

È inserito un nuovo comma, il 17 (e su questa materia già nel 1986 vi era stato un voto preciso della Camera, ripetuto quest'anno, e quindi oggetto di un emendamento presentato e accolto), con cui viene istituito un Fondo per interventi di educazione ed informazione sanitaria collegati ad attività sportive ed iniziative anti-doping in collaborazione con il CONI.

Al comma 20, il cui testo non ha subìto modificazioni, sono state inserite due virgole, una dopo le parole: «prestazioni erogabili» e l'altra, dopo le parole: «a carattere nazionale» per rafforzare il concetto.

Il punto f), comma 2, dell'articolo 20 comprende in una migliore formulazione i rilievi già fatti in questa Commissione per la realizzazione di 140.000 posti letto in strutture residenziali e prevede, recuperando in parte quanto contenuto in altre nor-

native, la fissazione di standards dimensionali e l'integrazione di tali strutture con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura.

Viene inoltre soppressa la lettera h), concernente l'informatizzazione gestionale delle unità sanitarie locali e il completamento della rete di interconnessione telematica.

Anche il comma 5 è modificato, stabilendo che: «Entro sessanta giorni dalla scadenza dei termini di cui al comma 4, il CIPE approva il programma nazionale di cui al comma medesimo».

Il comma 7, recuperando quanto già approvato nel decreto-legge della passata legislatura, prevede: «Il limite di età per l'accesso ai concorsi banditi dal Servizio sanitario nazionale è elevato, per il personale laureato che partecipi a concorsi del ruolo sanitario, a 38 anni, per un periodo di tre anni a decorrere dal 1° gennaio 1988». Di questo non vi era traccia nel provvedimento recuperato perchè inserito nella «finanziaria».

Ripeto, l'ex articolo 28 è stato stralciato e forma oggetto del decreto-legge al nostro esame.

L'articolo 29, relativo ai contributi, è stato collocato con identica formulazione nell'articolo 10 della «finanziaria», avendo accorpato in due grossi articoli tutta la politica della entrata.

Cito altri due punti di questo disegno di legge perchè sono strettamente legati con quanto è oggetto del nostro esame. L'articolo 24 (riferendomi alla nuova numerazione), al comma 7, stabilisce: «Per le unità sanitarie locali e per gli altri enti amministrativi dipendenti dalle Regioni le assunzioni in deroga sono disposte con provvedimenti della giunta regionale, nei limiti fissati dagli atti di indirizzo e coordinamento emanati ai sensi dell'articolo 9 della legge 26 aprile 1983, n. 130». A questo proposito, anche in considerazione di quanto rilevato in passato dal senatore Azzaretti, devo fare un'osservazione. Proprio a seguito di questo e su ricorso della regione Lombardia, la Corte costituzionale dichiarò l'incostituzionalità di quella parte della legge finanziaria del 1984 che stabiliva, demandando-

la alla Presidenza del Consiglio dei ministri, la deroga per eventuali assunzioni, cioè demandando la deroga stessa alla potestà delle Regioni, previo però atto di indirizzo e di coordinamento del Governo, in base all'articolo 5 della legge n. 833 del 1978. Quindi, poichè venne poi il primo atto di indirizzo e di coordinamento, è coerente che su quello l'eventuale deroga sia disposta dalla Regione e non dalla Presidenza del Consiglio, ferma restando la sentenza della Corte.

L'articolo 27 — che ci riguarda indirettamente ma forse anche direttamente — nel testo che è stato approvato a larghissima maggioranza dalla Camera dei deputati facendo leva, più sulle emozioni del momento che sulla razionalità, contiene una norma che obbliga i dipendenti di Amministrazioni pubbliche (statali, regionali e universitarie) a versare al Tesoro l'80 per cento delle somme extra stipendio percepite per la partecipazione a commissioni di concorso. Credo che tale disposizione rischi di bloccare l'espletamento di concorsi che, con tante difficoltà, sono stati già banditi. Forse sarebbe opportuno stralciare questa parte del disegno di legge finanziaria, studiarla con più calma e raziocinio, per trovare una normativa consona agli obiettivi.

Una nota positiva è rappresentata dalla reintroduzione nel Fondo speciale di parte corrente di un accantonamento finalizzato alla copertura riguardante le indennità di rischio per i tecnici radiologi.

Per quanto riguarda le modifiche apportate dalla Camera al disegno di legge di bilancio, vediamo che il Fondo sanitario nazionale è determinato in 55.650 miliardi complessivi per il 1988; di questi, 52.650 riguardano la parte corrente, 1.800 le spese in conto capitale e 1.160 gli oneri per il ripiano dei debiti delle Unità sanitarie locali maturati negli anni 1984, 1985 e 1986. Per ciò che concerne la tabella 19, alla Camera dei deputati sono state introdotte modifiche di modesta entità, infatti comportano un aumento di spesa di 1,5 miliardi.

Presidente e colleghi, ho illustrato brevemente le modifiche apportate dalla Camera al testo approvato dal Senato. Ripeto, il

Fondo risulta ancor più insufficiente ora, che è prevista come partecipazione alla spesa, la sola elevazione del *ticket* a 2.000 lire, fisso per ciascuna ricetta.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Melotto per la sua ampia e puntuale esposizione sui disegni di legge in esame.

Desidero ricordare ai colleghi che volessero intervenire nella discussione di questi provvedimenti che saranno prese in considerazione solo le modifiche apportate dalla Camera dei deputati.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Desidero far presente che il Governo al momento della presentazione al Senato dei documenti di bilancio aveva previsto il Fondo sanitario nazionale per la parte corrente in 53.500 miliardi. Tale cifra scaturì dalla proiezione di spesa, sulla base dei dati disponibili per il 1987, quantificata in 56.900 miliardi, questa era la pura proiezione. Ora, in base a questa proiezione il Ministero della sanità ha operato alcune riduzioni comprendenti anche quelle contenute nel decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, attualmente all'esame del Senato. Si è giunti così ad una previsione di spesa di 55.000 miliardi e su questa previsione non sono state esercitate ulteriori riduzioni. Senonchè, il Ministero del tesoro successivamente ha apportato una riduzione di 1.500 miliardi, cifra che sarebbe stata compensata da talune disposizioni di riduzione della spesa che nel 1989 si presumeva avrebbero avuto maggiori effetti. Però, i 53.500 miliardi previsti non tenevano ovviamente conto delle successive modifiche che sono state apportate dal Senato e tendenti ad ulteriori riduzioni di spesa. Mi stupisce sentire che l'aumento di 1.000 lire del *ticket* sulla ricetta porti ad una riduzione di soli 150 miliardi. I farmaci in commercio sono più di 950 e dato che il rapporto farmaco/ricetta è di circa 2:1, ciò significa che il numero delle ricette dovrebbe essere circa 475.

Le ricette non esenti dal *ticket* sono il 55 per cento, per cui in totale sono 261 milioni.

La non applicazione degli aumenti, riferita a tutto l'anno, avviene su un monte netto di 10.300 miliardi, per un ammontare di 412 miliardi di lire.

Se moltiplichiamo per 750 il numero delle ricette abbiamo un totale di circa 190 miliardi che sommati ai 412 miliardi danno un totale di circa 600 miliardi di lire.

Rispetto alla prima dizione del testo governativo, la valutazione finale dei congressi ammonta a 80 miliardi, che sommati ai 600 miliardi danno un totale di 680 miliardi di lire. Rispetto agli 850 miliardi previsti abbiamo quindi una differenza di 170 miliardi; se a questi aggiungiamo altri 90 miliardi di scoperto che provengono dai dati di preconsuntivo, abbiamo una differenza in scoperto complessivamente di circa 260 miliardi.

Bisogna infine tener conto che, secondo intese avute con il Tesoro, il ripianamento delle spese per il 1988 verrà ripartito nei tre anni, per cui la spesa non è più di 55 mila miliardi, ma di 54.150 miliardi, mentre la iscrizione è di 52.650 miliardi.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, credo che le precisazioni fornite dal Ministro possano essere utili all'avvio della nostra discussione.

Dichiaro aperta la discussione generale.

IMBRÌACO. Per la verità questa piccola disputa tra il relatore della maggioranza ed il Ministro ci interessa fino ad un certo punto: il problema è tutto politico, come è noto ai colleghi. Dal Ministro ci saremmo aspettati qualche chiarimento in riferimento alle decisioni che il Governo o la maggioranza sembra debbano prendere, proprio per capire come dovremo affrontare l'esame della «finanziaria» in questo ramo del Parlamento. In altre parole, vorremmo sapere se il Governo intende mantenere il testo approvato dalla Camera dei deputati, ovvero se intende presentare delle proposte di modifica a quel testo: questi sono i termini in cui si apre il confronto in questa fase.

Da parte nostra, ribadiamo quanto è stato ampiamente detto in più circostanze: per le sorti non soltanto della sanità ma

della economia e della democrazia nel nostro Paese è necessario che si rimuova al più presto questa legge finanziaria e si vada ad un chiarimento sulle prospettive politiche. In quest'ottica ribadiamo la necessità di far presto nel liberarci di questo «mostriattolo», che è la legge finanziaria 1988, per andare a scoprire le ragioni reali della crisi e le prospettive nelle quali ci muoveremo in futuro. Dopo questa mia dichiarazione pregiudiziale, volta a conoscere gli intendimenti del Governo, desidererei un pronunciamento da parte del Ministro prima di iniziare un dibattito con la maggioranza ed il Governo.

DONAT-CATTIN, ministro della sanità. L'intenzione del Governo è quella di inserire la materia del decreto-legge nella legge finanziaria, oppure di mantenere separato il testo del decreto-legge facendolo procedere parallelamente al provvedimento finanziario, tenendo conto però che la differenza non sarebbe più quella da me ricordata ma sarebbe di gran lunga superiore.

Il mancato inserimento di una norma simile a quella prevista dall'*ex* articolo 28, nonché dalla parte che è stata stralciata dell'articolo 31 porterebbe a gravi conseguenze sotto il profilo finanziario: voglio ricordare che in settimana verranno assegnati i fondi per la ricerca sull'AIDS, senza contare che porterebbe discapito agli investimenti ospedalieri, dato che il forzato mantenimento di uno *statu quo* della situazione ospedaliera creerebbe non poche difficoltà.

Se vogliamo far sì che gli investimenti ospedalieri possano trovare migliore applicazione, dobbiamo migliorare la situazione interna degli ospedali. Inoltre, il non mantenimento del blocco delle assunzioni porterebbe a quello sbilanciamento che abbiamo indicato.

Per il resto, mi è stato detto che è in discussione il capitolo concernente gli aumenti previsti per i depositi bancari, relativamente ai conti correnti e non ai libretti di deposito.

Queste sono le notizie che posso fornire riguardanti il settore sanitario.

IMBRIACO. A questo punto credo che sia necessario attendere le decisioni cui perverrà il Governo, per cui chiedo che il dibattito sia rinviato a domani.

CONDORELLI. Forse dovrebbe essere il Ministro a dirci se c'è questa prospettiva di inserimento di modifiche all'interno della legge finanziaria.

Il gruppo democristiano comunque è favorevole a dare mandato al relatore di trasmettere un rapporto favorevole.

PRESIDENTE. Senatore Condorelli, sarei piuttosto incline ad accettare la proposta fatta dal senatore Imbriaco.

Devo dire di aver già rilevato, nella relazione del senatore Melotto, questo imbarazzo della Commissione a discutere in queste circostanze di questa « finanziaria » e credo che sia un imbarazzo condiviso da tutta la Commissione.

La comunicazione che ci ha fatto testè il Ministro credo che non diminuisca, bensì aumenti, questo imbarazzo.

Devo dire che è veramente assai difficile, senza avere la sensazione di perdere tempo, discutere quando non si riesce ad avere, come dire, un quadro preciso della situazione.

È ovvio che poi, anche se avessimo un quadro preciso della situazione, le cose potrebbero cambiare in Commissione bilancio, ma vorrei comunicare alla Commissione che sto valutando la necessità di un qualche passo, anche da parte mia, verso il Presidente del Senato, perchè in qualche maniera si affronti questo problema; infatti, o la finanziaria è quello che doveva essere, e cioè una finanziaria ristretta, allora questo giustificerebbe le procedure che stiamo seguendo, e cioè una nostra discussione che ha soltanto il valore che ha e che poi può essere completamente stravolta dalla Commissione bilancio; ma se invece la finanziaria entra così pesantemente, non ricordo l'espressione usata dal senatore Melotto, ma mi pare che fosse « a gamba tesa », in materia di competenza della nostra Commissione, questo determina una situazione che ritengo assai imbarazzante,

della quale mi rammarico personalmente.

Quindi penserei, se siete d'accordo, di accettare la proposta del senatore Imbriaco e di rinviare a domani mattina sperando di avere un quadro un po' più preciso della situazione rispetto a quello che è possibile avere adesso.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Signor Presidente, non capisco per quale motivo sia turbata la sua coscienza e quella di altri membri della Commissione per le comunicazioni da me fatte.

È intenzione del Ministro del tesoro (che conduce la legge finanziaria assieme al Ministro delle finanze, e, per quanto riguarda il bilancio dello Stato, insieme al Ministro del bilancio) eventualmente di reinserire il contenuto del decreto-legge che avete all'esame, *sic et simpliciter*, nella legge finanziaria. Se ciò non fosse possibile, perchè vi sono opposizioni politiche, è intenzione di mantenere il decreto-legge.

È chiaro che, fino all'approvazione definitiva della legge finanziaria il decreto-legge viene mantenuto e verrebbe a cadere nel momento in cui si approva la finanziaria, o altrimenti cadrebbe per decorrenza dei termini, nel qual caso, se non è stato esaminato e respinto, potrebbe essere ripresentato sotto nuova forma. Quindi non è che la materia sia oscura, per quel che riguarda la sanità; la materia, secondo me, è molto chiara, salvo conoscere le volontà (rispetto alla preparazione di ostacoli) per arrivare ad una rapida conclusione della finanziaria con un testo che sia non differente, nella sostanza, dalla situazione che si era creata al momento della conclusione di tutta la vicenda alla Camera, momento in cui era già presentato il decreto-legge in questi termini, perchè non si trattava soltanto di una questione di spesa, ma di una manovra complessiva tra ristrutturazione degli attuali posti-letto ospedalieri e nuove costruzioni.

PRESIDENTE. Vorrei rassicurare il signor Ministro, perchè credo che il rinvio a domani mattina non influirà sulla speditezza dei nostri lavori.

Noi abbiamo fissato una riunione per domani mattina ed un'altra per domani pomeriggio; sono state fissate inoltre due riunioni per giovedì, perchè intendiamo esaurire il nostro compito al più presto possibile.

Però, signor Ministro, sono convinto che la discussione avverrà in maniera più distesa e serena quando avremo capito meglio ciò che succede, perchè lei ci ha prospettato un certo quadro, non assumendosene la responsabilità, perchè riferiva orientamenti esterni alla sua, su una eventuale ipotesi.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Questa è una direttiva del Ministro del tesoro.

PRESIDENTE. Credo che potremmo (anche con incontri o attraverso qualche contatto informale che possiamo avere stasera) arricchire questa informativa dataci dal Ministro, in modo che siano presenti ai membri della Commissione tutti gli elementi per una discussione che sia la più chiara possibile. Penso che ciò non influirebbe sulla speditezza dei nostri lavori, nè sulla serietà della nostra discussione.

Quindi, ripeto: se non ci sono osservazioni in merito, ritengo che la proposta del senatore Imbriaco possa essere accettata.

Poichè non vi sono osservazioni così rimane stabilito.

Il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge, nonchè della tabella 19, è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 18,45.

MERCOLEDÌ 2 MARZO 1988

**Presidenza
del Presidente ZITO**

I lavori hanno inizio alle ore 11,15.

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)» (470-B), approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990» (471-B), approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione)

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato» (legge finanziaria 1988) e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1988 e bilancio pluriennale per il triennio 1988-1990 - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1988 (tabella 19)», già approvati dal Senato e modificati dalla Camera dei deputati.

Prima di dare la parola ai colleghi per la discussione generale, vorrei fare qualche considerazione sullo stato dell'arte per quel che riguarda i disegni di legge finanziaria e di bilancio. Ieri si era ventilata l'ipotesi che, almeno una parte del testo del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, attualmente in esame, venisse reinserita nel disegno di legge finanziaria. Ho appreso però dal Ministro che questa ipotesi non sussiste più.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. L'emendamento è stato presentato, l'orientamento emerso in Commissione bilancio, però, è di lasciare le cose come stanno.

PRESIDENTE. Se si fosse insistito su questa strada mi sarei trovato in difficoltà. Infatti, poichè c'era una sorta di annuncio di emendamento, ero incline a pensare che avremmo discusso anche di questo, sebbene la nostra discussione possa vertere soltanto sulle modifiche introdotte dalla Camera dei deputati. Siccome però mi sembra di capire — e il Ministro lo conferma — che l'orientamento è di non insistere su questo punto, allora non necessariamente dobbiamo appesantire la nostra discussione con tale proposta emendativa.

RANALLI. Discutiamo di un orientamento o di un dato certo?

PRESIDENTE. Il Governo intende attenersi al testo trasmessoci dalla Camera. Così mi è parso di capire.

C'è però un altro fatto da tener presente. Noi dobbiamo chiederci cosa succederà alla Commissione bilancio, perchè l'orientamento del Governo sarà in qualche misura condizionato anche dalla discussione che lì avverrà. Questo mi porta a sottoporre alla vostra attenzione un problema che secondo me in qualche maniera dobbiamo affrontare. Tutti noi sappiamo per quel che riguarda il dibattito sulla finanziaria e sul bilancio quali sono le nostre competenze e quali le competenze della Commissione bilancio. A mio parere, tale suddivisione di competenze, in base a cui a noi tocca solo esprimere un parere, era legata ad un concetto « snello » della finanziaria, cioè ad una finanziaria che avesse ad oggetto soltanto gli elementi fondamentali della manovra economica, come del resto si era deciso dovesse essere nella risoluzione, approvata in identico testo, dalle Commissioni bilancio di Camera e Senato due anni fa. Invece ci troviamo quest'anno di fronte ad una finanziaria che certo magra non è, come hanno messo in rilievo lo stesso relatore, senatore Melotto, ed il collega Gualtieri. La nostra Commissione si era inoltre orientata nel senso di stralciare buona parte della manovra contenuta nelle norme di nostra competenza per farne oggetto di discussione separata. Il Governo, attraverso il ministro Donat-Cattin e attraverso il Ministro del tesoro, ci ha risposto che tutto era stato inserito nel disegno di legge finanziaria, perchè i lavori parlamentari sono quelli che sono e nulla dunque avrebbe garantito alle necessarie leggi di corredo di non impantanarsi in Parlamento lasciando così la manovra monca, priva di una parte essenziale. Sebbene ritenga, ed i colleghi saranno d'accordo con me, che questa valutazione sulla lentezza del Parlamento non riguardi soprattutto noi come Senato, perchè questa Camera lavora e produce ed altrettanto fa la nostra Commissione, il dato di

fatto resta e ad esso dobbiamo adeguarci. Se è vero però che le leggi di corredo, in ipotesi, non sarebbero andate avanti, è anche vero che tutto questo insieme di norme ha talmente appesantito la finanziaria da bloccarla.

Comunque, anche se si tratta di problemi seri, su cui maggioranza e minoranze insieme dovranno riflettere, su di essi non possiamo nè dobbiamo più discutere; rimane però la domanda su quel che succederà presso la Commissione bilancio. Non possiamo essere minimamente sicuri, infatti, che in quella Commissione non si inneschino meccanismi tali da condurre — come è successo la volta scorsa — ad una modifica profonda del testo. Se così fosse, se il testo da noi approvato venisse sostanzialmente modificato, non mi sentirei di rassegnarmi all'idea di non poter neanche esprimere un parere. Considererei la cosa come una sorta di espropriazione delle nostre competenze, anche se di una competenza che in questo caso si limita ad esprimere un parere consultivo. Stando così le cose vorrei proporvi, se alla Commissione bilancio si verificheranno modifiche di rilievo, di ricorrere all'articolo 38 del Regolamento che dà facoltà ad ogni Commissione di chiedere al Presidente del Senato di essere ascoltata in ordine a talune questioni per le quali ritiene che la sua competenza possa essere elusa. Affermo inoltre che, a mio avviso, occorrerebbe anche un'iniziativa congiunta presso il Presidente del Senato da parte delle varie Commissioni di merito che in questa circostanza si sentono più emarginate rispetto ai processi verificatisi per una riconsiderazione generale del problema.

Debbo ritenere che la Commissione è d'accordo sulla mia proposta?

IMBRÌACO. Signor Presidente, se mi è consentito, vorrei porre una questione pregiudiziale.

Si dà per scontato il fatto che gli emendamenti del Governo, di cui ovviamente si ha conoscenza solo in via ufficiosa, non abbiano fondamento fino a questo momento: sono stati presentati alla Commissione bi-

lancio, quindi ufficialmente la nostra Commissione non ne è a conoscenza. Certo, ogni singolo senatore può documentarsi, però formalmente, in questo momento, ignoriamo che il Governo ha presentato gli emendamenti. Inoltre, dopo le dichiarazioni del Ministro, dobbiamo ritenere che gli emendamenti del Governo, di cui — lo ribadisco — in via ufficiosa siamo venuti a conoscenza, fino a questo momento non fanno parte della nuova manovra che il Governo intende presentare in questo ramo del Parlamento.

Quindi, oggi la discussione si avvia sul testo del disegno di legge finanziaria trasmesso dalla Camera, ritenendo che il Governo, in particolare il Ministro della sanità, non ha alcuna intenzione di reintrodurre nel testo della « finanziaria » i contenuti del decreto-legge che stiamo discutendo separatamente. Il discorso si pone, a mio avviso, in questi termini.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Anzitutto vorrei precisare che la manovra e la « finanziaria » sono due cose distinte.

Comunque, ho appreso che in linea di massima, per una serie di motivi, che ancora non ho approfondito, la 5^a Commissione sembrerebbe orientata a non inserire i due articoli aggiuntivi, dopo l'articolo 19, proposti dal Governo con gli emendamenti 19-*bis* e 19-*ter*, che recepiscono quanto contenuto nei primi 5 articoli del decreto-legge in questione.

Quest'ultimo, insieme al disegno di legge finanziaria, fa parte della manovra del Governo, che quindi non viene modificata. Si sostiene che senza il decreto-legge mancherebbero 1.200 miliardi e il presupposto per l'attuazione dell'ex articolo 30, il che si può ottenere solo se si razionalizza minimamente la struttura esistente e si fanno adeguati investimenti in tale ambito, tenendo conto della definitiva struttura esistente. Quindi, sia sotto il profilo della politica sanitaria che sotto quello della politica finanziaria, il decreto-legge fa parte della manovra proposta dal Governo.

Vi è poi la prima parte dell'articolo 5 del decreto-legge in questione che non era

contenuta nel testo originario e che pertanto non potrebbe essere inserita nel disegno di legge finanziaria, per cui dovrebbe comunque rimanere nel decreto-legge stesso.

Le minori difficoltà si incontrerebbero certo qui, al Senato, per quanto riguarda il ripristino dell'ex articolo 28, che questo stesso ramo del Parlamento aveva sostanzialmente approvato; le maggiori difficoltà riguardano invece la Camera dei deputati, dove, sia pure per ragioni politiche e non di contenuto, è stato respinto.

In conclusione, vi è una manovra che si completa con il decreto-legge e una « finanziaria » che deve rispondere ad esigenze di rapidità, snellezza e coerenza.

RANALLI. Sono strumenti autonomi e separati comunque, signor Ministro.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Questa è la situazione allo stato attuale delle cose. La Commissione bilancio è comunque sovrana nelle sue decisioni.

PRESIDENTE. È per questo motivo che ho voluto inserire questa sorta di « valvola di sicurezza », signor Ministro. Credo che la precisazione del Ministro abbia risposto all'osservazione del senatore Imbriaco.

Riprendiamo pertanto la discussione generale già iniziata nella precedente seduta.

AZZARETTI. Signor Presidente, intervengo per svolgere alcune brevi considerazioni, alcune delle quali potrebbero anche essere recepite nel rapporto che la Commissione deve esprimere.

Data la situazione, anche secondo me non è possibile dare grandi contributi. Tuttavia, vorrei sottolineare ancora una volta l'insufficienza dello stanziamento previsto per il Fondo sanitario nazionale rispetto alla rilevanza dei problemi da affrontare, stanziamento che, a seguito delle modifiche introdotte alla Camera dei deputati, si riduce ulteriormente, il che naturalmente avrà ulteriori conseguenze negative sulle prospettive della complessa attività della sanità nel nostro paese.

Vorrei fare un'osservazione che ritengo

doverosa e giusta anche nei confronti di coloro i quali, impegnati a svolgere attività nel campo sanitario nelle strutture territoriali, negli ospedali, sono quasi sempre «criminalizzati» per l'incapacità di affrontare razionalmente le problematiche che ciascuno autonomamente si è assunto l'impegno di affrontare, dal momento che l'assunzione dell'incarico di rappresentante del comitato di gestione è una libera scelta, non è certo un obbligo.

Abbiamo già discusso questo argomento in maniera approfondita, affrontando il problema del ripiano dei *deficit* per gli anni 1985-1986 delle unità sanitarie locali, ma ritengo che questo si debba ancora una volta sottolineare: è necessario che il Governo nel suo complesso e in particolare il Ministro del tesoro si rendano conto che certamente è un errore ritenere di poter affrontare i problemi della sanità già sapendo in partenza che i fondi a disposizione sono insufficienti; quindi, essendo evidente l'insufficienza del Fondo sanitario, è inevitabile che ciò si rifletta negativamente sull'operato delle unità sanitarie locali, le quali, nell'ambiguità e nell'incertezza dei fondi che verranno messi a disposizione, trovano il maggiore impedimento allo svolgimento di una politica sanitaria seria e razionale, attribuendone al Governo la responsabilità per l'insufficiente stanziamento di fondi. Di questo siamo tutti consapevoli e quindi consapevolmente mettiamo in difficoltà gli organi periferici.

Continuo a ritenere che per razionalizzare i servizi territoriali occorra anzitutto attribuire *a priori* alle unità sanitarie locali e a tutti gli organismi che svolgono attività nel campo sanitario i finanziamenti necessari, valutandoli non più in base alla spesa storica (che è un sistema iniquo, per cui la sanità continuerà a peggiorare il livello dei servizi assistenziali) ma su parametri *standard*, la cui adozione come punto di riferimento per l'individuazione di adeguati finanziamenti è da tutti sostenuta con convinzione, restando però poi a livello di semplice auspicio, anche se noi, in sede di approvazione del provvedimento concernen-

te il ripiano dei debiti delle USL per gli anni 1985-1986, avevamo approvato all'unanimità un ordine del giorno, accolto dal Governo, che poneva alla base della futura attività legislativa anche il criterio di procedere finalmente al finanziamento superando il concetto della spesa storica.

Allora il collega Melotto, in modo più o meno garbato, dovrà sottoporre la questione alla Commissione bilancio, perchè non vorrei che quest'ultima nel momento in cui si renderà necessario un nuovo ripiano dei debiti (quelli del 1988) ci rimproveri di non averle sottoposto il problema. Quindi occorre dare finanziamenti adeguati e nello stesso tempo responsabilizzare maggiormente le Unità sanitarie locali. È chiaro che bisognerà mettere un freno alla dilatazione della spesa, però non bisogna partire con un Fondo sottostimato; non è possibile amministrare la sanità come stiamo facendo noi. Se una famiglia gestisse e apportasse dei tagli al proprio bilancio così come state facendo voi credo che dovrebbe presto dichiarare bancarotta.

Personalmente non sono favorevole al *ticket* sulla ricetta, perchè non risolverebbe alcun problema. Tra l'altro le persone che più frequentemente ricorrono al medico ed alle medicine sono proprio quelle che hanno minori possibilità, cioè gli anziani. Per questa ragione non ritengo giusto appesantire il costo della ricetta con il *ticket*. Invece ritengo utili, anche se non è certamente il sistema migliore per limitare gli abusi in questo settore, porre il *ticket* per gli esami di laboratorio e per la diagnostica strumentale, questo potrebbe costituire un freno per quelle persone che abusano nell'utilizzo di questo tipo di diagnostica. Oltretutto, sottoporsi troppo spesso ad esami radiologici è dannoso, cosa che è stata sostenuta anche dagli esperti che abbiamo ascoltato in occasione della discussione sul disegno di legge relativo alla radioprotezione. Ricordo che quando è stato imposto il *ticket* sulla diagnostica strumentale e di laboratorio si è notata una certa diminuzione nell'utilizzo di questo tipo di analisi; evidentemente il *ticket* aveva posto un freno

alle analisi facili. Tutti sappiamo che molto spesso i risultati delle analisi eseguiti non vengono neanche ritirati.

La famigerata INAM, che nella sua organizzazione vantava dei medici che si occupavano dei controlli sugli abusi nella prescrizione dei farmaci e negli esami di laboratorio e persino sugli abusi nei ricoveri ospedalieri, richiamava le persone che abusavano di questi sistemi rispetto alla media e le invitava a rientrare nella normalità se non vi erano delle ragioni particolari che spiegavano tale abuso. Se poi tali persone non rientravano nella normalità entro un certo periodo di tempo, rischiavano di essere «sconvenzionate». Questi controlli però li abbiamo soppressi così come abbiamo sopresse tante altre cose. Adesso non esistono controlli, nè tanto meno autocontrollo. Quindi dobbiamo deciderci a fare qualcosa in proposito, perchè non possiamo non dare i fondi necessari per sopravvivere e nello stesso tempo consentire la più ampia libertà di abusi senza porre un freno. Queste cose le abbiamo sottolineate diverse volte, le ripetiamo oggi e le ripeteremo in futuro, purtroppo credo con scarso successo. È bene almeno far presente alla Commissione bilancio — che deciderà anche sul futuro della sanità — che secondo noi il Fondo a disposizione è assolutamente insufficiente. Inoltre, se non si pone qualche rimedio in termini, diciamo così, repressivi onde evitare gli abusi, probabilmente dovremo ripianare un nuovo debito presunto non di soli 2-3 mila miliardi, perchè a questa cifra dovremo aggiungere il carico degli interessi. Non riesco a capire perchè non si reperiscono subito i 2-3 mila miliardi necessari, oggi, anzichè pagarne 4-5 mila in futuro.

SIGNORELLI. Signor Presidente, signor ministro, colleghi, ho l'impressione che si continui ad andare avanti nella maniera sbagliata, come facciamo da anni. Nell'articolo 2 della legge di riforma sanitaria erano stati individuati alcuni obiettivi generali per la sanità. Successivamente vi è stata una evoluzione nel senso che il legislatore

ha cercato di definire in maniera più precisa questi obiettivi, inserendo nelle varie leggi finanziarie alcune priorità nel settore della sanità. Ad esempio nella legge finanziaria del 1985, all'articolo 17, erano stati elencati in maniera perfetta questi obiettivi ed era stato abbozzato il concetto di piano finanziario per raggiungerli. Ricordo che abbiamo speso diverse energie mentali e fisiche per giungere alla formulazione di un piano sanitario nazionale. Ma le leggi finanziarie successive che andavano sovrapponendosi alle buone intenzioni iniziali hanno creato solo confusione, perdendosi così di vista i veri obiettivi da raggiungere che consistevano soprattutto in una dignitosa riorganizzazione del personale e dei servizi, finalizzati alle reali necessità della utenza sul nostro territorio. Ancora una volta quindi desidero ricordare che abbiamo disatteso ciò che ci si era prefissi con la legge n. 595 del 1985. Ora non facciamo altro che inciampare tra le varie manovre finanziarie nel tentativo di trovare la risposta sul miglior sistema per risparmiare sulla spesa sanitaria. Ecco la logica perversa con la quale si vuole fare della sanità in Italia. Nell'articolo 17 della legge finanziaria 1985 si parlava già degli interventi sanitari di riabilitazione, di assistenza protesica e di mantenimento dei disabili e degli anziani, di potenziamento dei servizi territoriali per la prevenzione e l'assistenza ai malati di mente e ai tossicodipendenti, nonchè di completamento dell'automazione e dell'attività dei servizi informativi delle unità sanitarie locali. Nello stesso articolo si aggiungeva inoltre che «Per l'utilizzazione delle somme sopraindicate valgono le modalità previste per le attività a destinazione vincolata». Inoltre, erano stati presi in considerazione i problemi attinenti alla maternità ed all'infanzia, ai posti letto ed alle lunghe degenze. Ma dopo tre anni siamo ancora a questo punto. I fondi a destinazione vincolata sono stati regolarmente erogati, ma le USL li hanno consumati per altre cose e poi ogni anno ci hanno messo in conto i loro «splafonamenti». Ma quanto costa l'assistenza sanitaria? Come è pos-

sibile che, mentre risultano in esubero i posti letto, ci siano liste di attesa di mesi per interventi anche urgenti o per ricerche diagnostiche a bassa o media sofisticazione? Non nascondiamoci dietro la nostra italiana povertà: questa assistenza ci costa troppo ed i vari stanziamenti non sono mai riusciti a soddisfare gli standards, individuati dalle leggi finanziarie. Costano troppo i disordini periferici, i comitati di gestione, ci costa troppo la gestione dei fondi dello Stato che viene affidata ad individui e consorterie privi di qualsiasi preparazione e di etica professionale. Perché continuiamo a girare intorno ai problemi? Commissariamo le USL e applichiamo il primo Piano nazionale; fra tre anni avremo finalmente delle risposte adeguate per preparare il successivo. Certo, soffrirà qualcuno, ma preferisco che siano i politici delle partecipazioni alle gestioni lottizzate della USL, i partitocrati a farlo. Forse anche gli utenti verranno in parte coinvolti, ma è nostro compito difendere il cittadino ed è lui quello che soffrirà di meno se da questo Parlamento riusciremo a dar ordine definitivo alla situazione sanitaria del Paese che è allo stato attuale in gran parte attirata dalle grida di tipo manzoniano e ad una avvilente quantità di carteggi che ci sommergono senza che dalla mole di documenti esca una decorosa proposta operativa.

DIONISI. Ritengo che non affrontare, durante l'esame delle parti di nostra competenza del disegno di legge finanziaria, la tematica connessa al decreto n. 27 non sia solo un problema di forma ma anche di sostanza. Mi sembra cioè di poter prendere atto che ci si è ormai resi conto che questo «governicchio» se ne deve andare, deve sgombrare il campo. La mia parte politica aveva posto la condizione di non modificare la «finanziaria»...

PRESIDENTE. Non vorrà che il Governo si dimetta prima che i nostri lavori siano conclusi?

DIONISI. No, anche se sarebbe auspica-

bile e' meglio, in ogni caso. Resta il fatto che la decisione di non voler modificare il disegno di legge finanziaria può costituire un passo per accelerare i tempi, per superare questo Governo che si dimostra ogni giorno non all'altezza del compito, non in grado di gestire i processi economici e sociali e tanto meno di affrontare le riforme istituzionali che sono reclamate dai più. Noi ci permettiamo di interpretare così la decisione di non modificare il testo e di richiamare se necessario le forze politiche della maggioranza all'esigenza di sgombrare il campo per dar luogo alla formazione di un Governo più autorevole.

Ciò premesso penso di dover ora in qualche modo entrare nel merito delle questioni poste dalla manovra sanitaria. Infatti, anche se a mio avviso è inutile, in questa fase, ripetere le stesse cose dette nella prima lettura dei documenti di bilancio, credo sia necessario che ogni Gruppo rifaccia il punto sulla propria posizione. In primo luogo, io giudico scorretto che il Governo riproponga, anche mediante decreto, provvedimenti che sono stati respinti dal Parlamento, perchè ciò manifesta scarso rispetto verso le Camere.

Per quanto concerne il complesso della manovra sanitaria desidero subito dire che concordo con quanto è stato detto dagli altri colleghi, anche della maggioranza. Con questo disegno di legge finanziaria non si fa altro che sottostimare il Fondo sanitario creando complessivamente difficoltà per le strutture periferiche della organizzazione sanitaria che al termine di ogni gestione si trovano ad affrontare problemi di disponibilità finanziaria. Questo è francamente inaccettabile così come inaccettabili sono i discorsi che si fanno sulle colpe delle USL. Così facendo mi sembra che si voglia mettere sotto processo più l'articolazione democratica dello Stato e del servizio sanitario che non l'inefficienza del sistema che andrebbe invece vista con un'accortezza maggiore. Non desidero fare una difesa ideologica della «833», bisogna però riconoscere una notevole dose di strumentalità negli attacchi che ad essa vengono portati dalle forze moderate. Si dice più volte, il

Ministro non perde mai l'occasione per farlo, che il nostro sistema sanitario fa spendere troppo e produce troppo poco.

Vi sono, a mio avviso, alcune contraddizioni da rilevare: intanto va sottolineato che la spesa per la sanità sostenuta dal nostro Paese non è in assoluto esagerata, poi è doveroso decidere definitivamente se il nostro è un Paese povero o se invece — come risulta dagli ultimi dati — è la quarta potenza economica, ed avviare correnti politiche dei servizi senza cambiare strumentalmente ogni volta giudizio. È necessario valutare con attenzione questo aspetto. Non intervenire sulle cause strutturali che provocano l'inefficienza significa fare una scelta di classe, continuare a favorire la speculazione e la medicina privata. L'espressione «scelta di classe» da me usata potrà sembrare a qualcuno ormai superata (comunque non è questa la sede adatta per discuterne); d'altra parte, non riesco a trovare termini più adatti di questi per definire la natura della manovra sanitaria. Basti pensare all'introduzione dei *tickets*, alla campagna che si è svolta nell'altro ramo del Parlamento per riparare al colpo inflitto al Senato alle case farmaceutiche; si pensi alla possibilità di convenzioni per le società per le analisi cliniche e specialistiche: come classificare diversamente tale manovra? A me sembra una manovra — per dirla molto semplicemente — che toglie i soldi dalle tasche dei cittadini, più o meno bisognosi, per trasferirli nelle casse della Farindustria e della società finanziarie che intervengono pesantemente sul «mercato della salute».

Certo, quando si afferma la necessità del risparmio e della razionalizzazione della spesa sanitaria, si pone un problema reale, ma riteniamo che non si siano individuati i punti di attacco necessari per soddisfare tale esigenza. Infatti, anche ad un esame superficiale, la manovra proposta dimostra tutti i suoi limiti. Il problema è del modello strutturale e dei comportamenti coerenti.

Vorrei fare un esempio concreto in relazione alla proposta di sopprimere in un anno 36.000 posti-letto ospedalieri. Nel

mese di novembre, a Poggio Mirteto (un piccolo comune della provincia di Rieti), su iniziativa della Pro loco, si è svolta una manifestazione, che ha coinvolto tutto il paese, per l'apertura di un ospedale, che dista circa 20 chilometri da Magliano Sabino, anch'esso nella provincia di Rieti. Il Sottosegretario Marinucci — e mi dispiace che oggi non sia presente — sosteneva questa richiesta (vorrei tra l'altro ricordare che la Presidente della USL interessata è una comunista e si reclamava da essa l'apertura di questo ospedale). C'è coerenza in tutto questo? Come si fa a sostenere in sede di Governo la necessità di sopprimere 36.000 posti-letto, quando poi gli stessi rappresentanti del Governo sostengono in periferia richieste che vanno in una direzione del tutto diversa? Questo è soltanto uno degli esempi che si possono fare per dimostrare, se ve ne fosse bisogno, l'incoerenza di talune posizioni del Governo.

Vorrei comunque precisare che questo non vuole essere un appunto al sottosegretario Marinucci. Immagino infatti che comportamenti analoghi siano propri di chi è più abituato a fare demagogia che non a governare i processi.

Comunque, l'intera manovra è sospetta. Infatti, è stata già approvata dal Parlamento una legge, la n. 595, puntualmente disattesa, proprio per rispondere all'esigenza di razionalizzazione, che tutti riteniamo necessaria.

Quanto alla questione del decreto-legge, poichè in fondo la materia oggetto della discussione è la stessa, come ha detto anche lei, signor Ministro, mi chiedo come si possa parlare del blocco delle assunzioni, dell'adeguamento delle piante organiche al diverso numero dei posti-letto ospedalieri, senza avere il dubbio che il personale dovrebbe essere adeguato non al numero dei posti-letto, ma alla quantità e alla qualità delle prestazioni che la struttura territoriale o ospedaliera eroga ai cittadini.

Vorrei quindi aggiungere un'altra considerazione. Non possiamo pensare che la spesa sanitaria resti invariata nel tempo. È vero che per la sanità, come per altri settori, esiste un problema di quantità della

spesa, ma soprattutto in relazione alla qualità del servizio erogato ai cittadini. Infatti la popolazione invecchia e questo pone dei problemi complessi. Come si fa a dire che è necessario ridurre i posti letto di terapia intensiva? La patologia degenerativa prevalente nell'età avanzata è ovviamente correlata all'incremento degli anziani nella società, conseguenza dell'allungamento della durata della vita. Spesso inoltre negli anziani la patologia è multipla ed i quadri clinici più drammatici. Queste persone di età più avanzata hanno maggiore bisogno di terapia intensiva ed è perciò prevedibile una maggiore necessità di tali strutture terapeutiche e non una loro diminuzione.

Allora come facciamo a prevedere una diminuzione dei posti letto di terapia intensiva o semi intensiva? Da una parte si afferma che per risparmiare occorre ridurre il numero dei posti letto e dall'altra non ci distacciamo da una logica incentrata sull'ospedale. Infatti, nella stessa legge finanziaria vengono previsti 140.000 posti letto per gli anziani. Anche qui, dunque, bisogna scegliere: o il modello della sanità viene incentrato sugli ospedali, cioè sulle strutture chiuse, perciò costose, oppure in qualche modo bisogna potenziare il servizio esterno all'ospedale e frapporre una serie di filtri tra quest'ultimo e il cittadino malato. Solo in questo modo si riuscirà a diminuire il numero dei ricoveri ospedalieri. A questo punto però se è vero che possiamo ridurre i posti letto è anche vero che dovremo potenziare le strutture specialistiche e diagnostiche esterne ed interne agli ospedali. Come si fa a pretendere di risparmiare sulla spesa sanitaria, ospedaliera in particolare, quando non si intravedono i modi per realizzare questo risparmio? Poi, ritengo assurda questa norma per cui il medico di famiglia deve accompagnare il paziente in ospedale o quest'ultimo deve essere provvisto di cartella clinica. Quante volte abbiamo letto sui giornali che un paziente con una patologia acuta grave in atto ha dovuto fare il giro degli ospedali, perchè non ha trovato posto oppure perchè si è imbattuto in qualche sciagurato medi-

co che facendo propria questa logica perversa del risparmio non fa entrare la gente in ospedale? Molto spesso accade, e questo posso dirlo con sicurezza in quanto sono medico anch'io signor Ministro, che il paziente vada in ospedale senza avere il tempo di contattare il proprio medico di famiglia il quale nel frattempo magari è in giro a visitare i propri pazienti. Perciò se una persona si sente male, ad esempio ha la famosa precordialgia o i sintomi di un ictus, questi non può aspettare di sentire il suo medico di famiglia, ma deve farsi condurre con urgenza in ospedale, (se è una persona intelligente, aggiungo). Lo stesso illustre professor Condorelli ai propri studenti insegna che in caso di infarto o di ictus è importantissimo intervenire subito se si vuole limitare i danni o addirittura salvare la vita del paziente che presenti i sintomi di una di queste patologie vascolari acute.

A questo punto vorrei accennare ad un problema essenziale. Il modello sanitario consuma, perchè sostenuto da un certo modello culturale. Non voglio invitare lei, signor Ministro, ad essere per un giorno studente in medicina, ma se si prende la briga di assistere ad una lezione ascolterà certamente che una diagnosi precoce comporta minori spese per l'ospedale, minori sofferenze per il paziente e una notevole riduzione delle patologie. Sentirà sicuramente insegnare che anche un ritardo di pochi minuti può essere fatale per la vita del malato con una patologia acuta in atto. Allora secondo me per giungere ad un reale risparmio è necessario percorrere altre vie. Si debbono potenziare e razionalizzare i servizi extra ospedalieri. Infatti, se vengono individuate in maniera corretta le fasi della preospedalizzazione e della ospedalizzazione domiciliare, e si avviano le strutture intermedie e articolate come filtri che rendono moderna una struttura sanitaria, allora è veramente possibile elevare la qualità del servizio e contemporaneamente ridurre la spesa. Vorrei insistere sul fatto che il Governo si muove in una logica culturale diversa, signor Ministro, e lo dimostra la sua reazione quando noi comunisti, in oc-

casione della precedente discussione sul disegno di legge finanziaria, lanciammo la proposta di ridurre il prontuario farmaceutico. Ricordo che in quella occasione lei ci accusò di voler portare l'Italia a livelli di paese del terzo mondo. In questo modo lei offese non solo i paesi del terzo mondo, ma anche l'organizzazione mondiale che ha redatto una classificazione dei farmaci che è diversa dalla nostra, è più ridotta proprio perchè basata su un diverso modello culturale. In realtà credo che il Governo si muova secondo una logica tendente a proteggere gli interessi del capitale privato. La nostra proposta mirava semplicemente a classificare i farmaci in utili ed inutili o, addirittura, dannosi. Nel settore farmaceutico, signor Ministro, si può risparmiare eliminando dal prontuario i farmaci inutili e rendendo gratuiti quelli utili. Siamo d'accordo che esiste anche una fascia di farmaci non meglio classificabili in quanto la sperimentazione clinica, che è quella più efficace in quanto si basa sulla legge dei grandi numeri, non ha ancora definito in maniera esatta la loro utilità o meno, e possiamo anche immaginare che esista una fascia di farmaci che, pur non essendo indispensabili, possono essere in ogni caso utili o di conforto. Possiamo valutare questi casi. Però esistono migliaia di farmaci inutili per i quali lo Stato italiano spende migliaia di miliardi. Per questo francamente non crediamo a questo tipo di manovra sanitaria, perchè non è coerente, perchè non è credibile, perchè il Governo — mi permetto di insistere su questo punto — aveva l'obbligo di rimodulare e adeguare la struttura sanitaria, per quanto attiene le prestazioni, sulla base di *standards* che vanno fissati e presentati nel Piano sanitario nazionale.

Ci rifiutiamo di fare un ragionamento sulla organizzazione sanitaria su singoli provvedimenti; non che ogni volta non entreremo nel merito, ma ogni volta continueremo ad insistere su questo punto fino a quando il Governo non avrà presentato il Piano nazionale sanitario, perchè quello è il punto di riferimento che riteniamo indi-

spensabile per il riequilibrio territoriale della organizzazione sanitaria e per fissare gli *standards* delle prestazioni da fornire ai cittadini.

Voglio infine trattare il problema dell'abuso delle indagini cliniche. Lo sviluppo tecnologico ha introdotto grandi novità nella medicina. Da una parte, ha aumentato i costi del servizio, ma dall'altra sono aumentate le garanzie per i cittadini. Ho molto rispetto e ascolto con grande attenzione quello che afferma il professor Condorelli, però non mi sento di condividere le sue affermazioni a sostegno della eticità nel rapporto tra medico e paziente. È probabile che esista un rapporto di fiducia tra il medico di famiglia e il paziente, però, se cerchiamo di fare un ragionamento politico come dobbiamo fare in questa sede, ci accorgiamo che tale rapporto si è modificato, in quanto è cambiata la cultura della gente. Mentre un tempo il paziente che si rivolgeva al medico, si fidava e seguiva passivamente i suoi suggerimenti, oggi — secondo me fortunatamente — non è più così, perchè la tecnologia e la accresciuta cultura di massa hanno messo i cittadini nelle condizioni di verificare i risultati e valutare l'azione del medico. Così, ad esempio, il paziente non va più in sala operatoria perchè l'ha detto il medico di famiglia, ma perchè la TAC e/o la ecografia ha dimostrato l'esistenza di una determinata malattia, una presenza reale, verificata attraverso i sistemi tecnici attuali. Tutto ciò incide sulla spesa, ma ribalta il rapporto fra paziente e medico: mentre una volta si trattava di un rapporto fideistico e il paziente era oggetto passivo dell'opera del medico, oggi il paziente, cittadino e utente consapevole, attraverso la possibilità di documentare la diagnosi, è in grado di stabilire un rapporto dialettico, critico nei riguardi del medico di famiglia, da oggetto ridiviene soggetto titolare della gestione della sua salute e del suo corpo.

Tutto questo però incide sulla spesa e comporta l'exasperazione di un modello per cui, se non interveniamo attraverso un'adeguata educazione sanitaria, un'informazio-

ne critica di massa e una organizzazione del servizio che privilegi la prevenzione, alla fine, il paziente diventerà in qualche modo autoprescrittore e non sarà più il medico a tenere le redini del rapporto con il paziente. Il paziente andrà dal medico per farsi prescrivere non solo i farmaci, ma anche le indagini cliniche. Questo continuerà fino a quando la cultura dominante...

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Si tratta di una elaborazione elaborata di un rapporto ingiustificato.

DIONISI. Non si tratta di una elaborazione elaborata. Conosco benissimo i meccanismi che inducono i medici a prescrivere farmaci e analisi costose e se lasciamo alle case farmaceutiche di curare la formazione culturale del medico, allora il medico non acquisterà mai autonomia culturale, ma avrà una cultura subalterna a quella del farmaco e delle indagini di laboratorio. Se le scuole di medicina fossero organizzate in modo tale da insegnare come nasce la patologia e quali sono i modi di prevenirla e poi curarla, avremmo un altro tipo di medico; se, invece di incentrare l'organizzazione sanitaria sulla figura del medico, recuperassimo il valore di altre culture e professionalità sanitarie da affiancare alla figura del medico, ridurremmo il suo potere e la sua centralità e probabilmente miglioreremmo anche il servizio sanitario: parlo della sproporzione esistente tra il numero dei medici nel nostro Paese e il numero degli infermieri professionali, ed il ruolo subalterno che si fa svolgere a questi operatori. Introduciamo le incentivazioni legate al costo delle indagini cliniche e delle varie prestazioni e non alla qualità, per cui il laboratorista, oppure l'analista che fa un'indagine radioimmunologica o il radiologo, a parità di percentuale, prende un compenso significativo e il medico internista che fa la visita a costo zero prende un compenso irrisorio. Questo è un sistema assurdo. Se leghiamo le incentivazioni al costo dell'esame praticato, mettiamo in moto un meccanismo per cui si prescriveranno indagini sempre più costose.

Queste sono le motivazioni strutturali che non permettono di correggere le disfunzioni e che incidono sull'aumento delle spese del sistema sanitario.

Per ultimo — e finisco — mi permetto di ribadire questa mia forse maliziosa e cinica affermazione, questo mio atteggiamento perfido. Non credo affatto che tutto possa essere il frutto di non avvedutezza o ignoranza, ritengo invece si tratti di vostre precise scelte di campo. Io come cittadino, se non come senatore, non posso pensare che autorevoli rappresentanti di questo Governo, quali il Ministro della sanità, non si rendano conto che i costi, gli sprechi, le inefficienze sono insiti e organicamente connessi a questa organizzazione della sanità più che alla sua gestione. I comitati di gestione delle USL infatti possono essere più o meno efficienti (è vero anche che alcune USL in passato hanno finanziato impropriamente partite di calcio), ma non è quella la fonte dello sperpero sanitario. Al contrario, mi sembra che le ragioni degli sprechi debbano essere individuate nelle motivazioni più profonde, più sostanziali che mi sono sforzato di rappresentare. Mi scuso per aver rubato tanto tempo.

PRESIDENTE. Ha la parola il senatore Perina che, se ben ricordo, ha sempre mostrato una straordinaria capacità di sintesi. Se anche questa volta riuscirà a contenere i tempi del suo intervento ed altrettanto faranno i colleghi che ancora debbono prendere la parola, non escludo che si possano terminare i nostri lavori questa mattina stessa.

PERINA. Signor Presidente, onorevole Ministro, cercherò di essere sintetico anche se, specialmente dal punto di vista culturale, le sollecitazioni a dilungarmi sono notevoli. Premetto subito che a mio avviso il modello disegnato in campo sanitario dalla legge n. 833 è fino a prova contraria ormai acquisito e che pertanto è più conveniente soffermarsi sulla sua realizzazione e sulle sue fasi operative. Mi dichiaro inoltre d'accordo col signor Ministro circa il discorso della manovra e mi dispiace che per arrivare al più presto alla conclusione di que-

sto lunghissimo *iter* del disegno di legge finanziaria ci limitiamo ad un giudizio politico transeunte senza entrare nella specificità dei vari temi. Qualche annotazione però va ugualmente fatta e pertanto dico subito che la manovra posta in essere è giusta. Aggiungo inoltre di condividere la motivazione che ha ispirato il decreto sugli ospedali e che, pur essendo a favore di finanziarie più asciutte, avrei visto volentieri inserita la normativa da esso prevista nel disegno di legge in esame. Condivido questa tematica dunque perchè realmente, al di là dei discorsi esoterici, di ideologia e di classe, di fatto sul piano nazionale non possiamo negare l'assoluta evidenza, specialmente nelle strutture ospedaliere di alcune sovrabbondanze che, fra l'altro, provocano un sovrapprezzo gravissimo. Non dimentichiamo inoltre che stiamo assistendo a livello internazionale ad una deospedalizzazione sempre più diffusa e che analogo fenomeno si è manifestato da noi ad esempio in campo pediatrico. Ciò vuol dire che, al di là delle nostre dichiarazioni, sta dunque avvenendo una razionalizzazione della medicina che dobbiamo giustamente inseguire. Aggiungo ancora che il richiamo ai 6,5 posti-letto ogni 1.000 abitanti è un richiamo giusto che collima con le indicazioni mediche esistenti a livello internazionale. Senza entrare nel tema del decreto, ribadisco quindi di dividerne lo spirito in quanto esso tende a fermare l'attenzione su una situazione sbagliata. Certo, ciò non toglie che, laddove dovessero individuarsi delle zone d'ombra, con un numero di posti-letto insufficienti, bisognerà compensare. Ma razionalizzare significa proprio questo: sfrondare da una parte per rimettere in piedi da un'altra, secondo un criterio equanime e sereno. Io sono veneto e francamente devo dire che, nella mia regione, dove peraltro le unità sanitarie locali funzionano molto bene c'è una sovrabbondanza di posti letto, sovrabbondanza che, guarda caso, coincide però con una certa penuria di strutture preventive, ambulatori o altro.

Ciò detto vorrei ora introdurre il discorso sui famigerati *tickets*. Mi meraviglia, senatore Dionisi, che lei, da medico, parli di farmaci dannosi quando i testi universitari

fanno riferimento a droghe e a principi attivi. Tenga presente che non esiste farmaco non dannoso...

DIONISI. Non giochiamo con le parole, c'è un rapporto rischio-benefici da considerare.

PERINA. Il discorso rischio-beneficio, che è quello che porta all'uso di tali farmaci, si trascina dietro delle formulazioni ben precise come quella che ci torna dalla Camera dove, per esempio, si parla di automedicazione. Noi ci scandalizziamo del discorso dei *tickets*, signor Ministro, ma io non mi scandalizzo affatto. Tengo invece a far presente che, dal punto di vista percentuale, le farmacie italiane traggono dal 30 al 50 per cento dei loro introiti monetari dalle automedicazioni, il che vuol dire che l'automedicazione travalica ogni inquadramento dal punto di vista della sanità pubblica, che c'è un'educazione sanitaria sbagliata e si fa un errato uso dei farmaci. Io ritengo quindi che il criterio del *ticket*, quando il tempo dal punto di vista politico sarà sufficientemente maturato, vada riportato in auge perchè può costituire una forma di autoeducazione di cui abbiamo molto bisogno. Badate infatti che l'automedicazione non si limita agli antiemicranici, ma c'è invece un diffusissimo e pericoloso criterio di automedicazione con gli psicofarmaci.

Mi dispiace poi che sia stato accantonato il discorso legato all'informatizzazione perchè esso serviva moltissimo nel campo dei farmaci in quanto per esempio...

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Lo finanziamo diversamente.

PERINA. Il raccordo fra le prescrizioni ospedaliere, degli specialisti e le prescrizioni di base deve essere acquisito, altrimenti le contraddizioni di questi tre passaggi si riveleranno clamorose e porteranno ad ulteriori abusi nel campo dei farmaci, non solo sul piano monetario.

In conclusione, signor Ministro, nel dichiararmi favorevole all'approvazione delle parti di nostra competenza del disegno di

legge finanziaria, richiamo la necessità di introdurre questi due elementi legati rispettivamente alla razionalizzazione degli ospedali e al discorso, culturalmente molto vasto che faremo in seguito, sui farmaci sui quali non vogliamo intenderci. Di fatto invece l'uso dei farmaci costituisce un abuso a molteplici gittata.

È un abuso nell'introduzione pletrica di farmaci nel prontuario; è un abuso nel tipo di prescrizioni fatte dai medici. Non sono affatto convinto che, qualora si decidesse, ad esempio, di riportare il prontuario farmaceutico ai soli 300 principi attivi indicati dall'OMS, vi sarebbe una diminuzione dei costi. Infatti oggi osserviamo che, nel caso degli antibiotici ad esempio, viene sempre scelto l'ultimo ritrovato, con conseguente sensibile aumento di spesa, indipendentemente dal numero di farmaci previsti nel prontuario; tant'è vero che oltre il 60 per cento dei farmaci prescritti è ascrivibile alla categoria degli antibiotici, il che significa che vi è un abuso enorme di questi, al di là di tutti gli altri discorsi.

Non capisco perchè per le patologie gravi esistano protocolli internazionali seguiti da tutti mentre per le malattie più comuni il medico sia lasciato libero nella scelta del farmaco, che molto spesso è più dettata da fattori contingenti che non da conoscenze culturali.

NATĀLI. Signor Presidente, noto che vi è una tendenza a ridiscutere sempre tutto. Contribuirò anch'io a questo, ma cercherò di farlo il più sinteticamente possibile.

Anzitutto, vorrei sottolineare che continuiamo ad approvare leggi che possono essere sia utili che dannose per la riforma. La Commissione sanità dovrebbe considerare questa legislatura come quella della riforma della riforma e del piano sanitario nazionale. Certo, capisco che ragioni di urgenza possono spingere ad approvare leggi, però non si può portare avanti una politica che possa mettere in discussione una riforma organica.

Vi è il problema delle USL. Come ho già avuto occasione di rilevare, se vi fosse un referendum sul mantenimento o meno di

questi organi, l'esito sarebbe senz'altro favorevole alla loro soppressione. Non si sa perchè, ma l'opinione pubblica ha un pessimo concetto delle unità sanitarie locali.

Si registra inoltre una sempre più evidente difficoltà di rapporti tra le USL e gli ospedali; quindi, l'autonomia di questi ultimi deve essere attuata al più presto. Vi sono infatti due consigli di amministrazione; è anche una questione di potere, per cui dobbiamo tenere conto di questo.

Vi sono poi altri problemi, signor Ministro, che devono essere risolti. Ricordo ad esempio che al Policlinico di Milano si sta verificando quanto avevo previsto nell'interrogazione da me presentata rivolta al Ministro della sanità, in cui si chiedevano le ragioni del mancato rinnovo del consiglio di amministrazione: oggi al Policlinico di Milano vi è uno stato di agitazione che non riguarda soltanto i medici ma tutto il personale sanitario. E un uomo soltanto — che peraltro nel caso specifico conosco bene ed è un buon amministratore — non può affrontare il grande problema della ristrutturazione del Policlinico; cioè il commissario non è un elemento di aggregazione, ma di divisione. La prego quindi, signor Ministro, di voler considerare tale questione; non è certo un capriccio mio nè di altri milanesi, che vedono il loro più prestigioso presidio ospedaliero deteriorarsi ogni giorno di più. È un errore politico e amministrativo lasciare un presidio sanitario così importante nelle mani di una sola persona, anche se si tratta, come in questo caso, di un buon amministratore, ripeto, e lo ha dimostrato anche in passato. Infatti, continuando così, il giorno in cui si dovesse procedere al rinnovo del consiglio di amministrazione — e si dovrà pur farlo, signor Ministro, magari tra dieci anni, anche se la legge parla di sei mesi di tempo per il commissario — questa persona non otterrebbe certamente la nomina di Presidente, e ciò sarebbe ingiusto oltre che umiliante per lui.

Se è necessario, presenterò un'altra interrogazione. Ricordo che nel corso del convegno dei socialisti milanesi, è stato approvato un ordine del giorno in tal senso.

Aggiungo che la legge n. 833 del 1978 deve essere paragonata in campo sanitario alla Costituzione: è un insieme di norme che si ispirano a principi elevati, ben strutturate; non è vero quindi che la legge n. 833 non sia espressione di una cultura; anzi essa esprime ai massimi livelli la cultura umanitaria di uno Stato consapevole della sua responsabilità verso i cittadini.

Certo, alcune delle norme in essa contenute si sono dimostrate non attuabili per cui devono essere riviste, anche perchè oggi i cambiamenti avvengono con maggiore rapidità rispetto al passato e ad essi occorre adeguarsi continuamente.

Ho sentito dire da parte di qualche Ministro, anche socialista, che la riforma della riforma sanitaria e il piano sanitario nazionale difficilmente potranno trovare una rapida definizione in questa legislatura. A mio avviso, sarebbe un grave errore non considerare tra i problemi fondamentali da risolvere del nostro sistema democratico la questione sanitaria, che è certamente tra le più importanti non solo perchè riguarda tutti i cittadini, non un solo settore quindi, ma anche perchè viviamo in un periodo in cui si pongono gravi problemi per i crescenti pericoli per la salute pubblica derivanti dall'inquinamento.

Quindi, la questione della riforma sanitaria è proritaria secondo me e, se necessario, la Commissione sanità potrà anche esercitare una forte pressione sul Governo di oggi o di domani — avremo pur sempre un Governo — anche se oggi ci sembra di non averlo — affinché in questa legislatura si affronti questo problema: questa, ripeto, deve essere la legislatura della riforma sanitaria.

Vorrei sottolineare anche un aspetto procedurale: per quanto riguarda la durata degli interventi, sono favorevole a limitarla a non più di dieci minuti, che ritengo più che sufficienti in linea di massima, anche se poi certamente vi possono essere delle eccezioni. Un razionale impiego del tempo è fondamentale: infatti spesso vengono ripetute le stesse considerazioni, che si accompagnano in qualche caso a sfoggi di erudizione (perchè a volte di questo si tratta).

Ritengo che in una discussione della riforma veramente possiamo affrontare i problemi con una certa passione; oggi questo non è possibile in quanto ci troviamo di fronte ad una «finanziaria» francamente molto deludente, soprattutto per chi ha dovuto — come noi — affrontarla nel settore sanitario e forse anche per coloro che hanno dovuto esaminarla per altre questioni.

ALBERTI. Signor Presidente, sarò breve, dato che le nostre opinioni le abbiamo già espresse in occasione della prima lettura di questo disegno di legge finanziaria che, secondo me, è molto «pasticciata»: non si sa più da dove cominciare a discutere e non sappiamo più di cosa stiamo discutendo, questa è la cosa più grave; esiste ancora un tenue filo di logica, ma fra qualche ora di discussione andrà perso anche quello. Questa è diventata una farsa, signor Presidente, si stanno avvilendo le istituzioni parlamentari, perchè di fatto ci troviamo di fronte ad una «finanziaria pasticciata», con decreti che vanno e decreti che vengono. Ad esempio, nella manovra finanziaria è previsto un decreto che poi avrà il suo iter, ma non si sa bene quale sarà il suo destino.

PRESIDENTE. Senatore Alberti, probabilmente anche il Parlamento avrà contribuito a creare questo «pasticcio».

ALBERTI. Certo, ma il contributo maggiore lo ha dato il Governo. Qui bisogna chiarire, una volta per tutte, chi è il responsabile di questo stato di cose. Intanto non è accettabile l'idea che nel provvedimento vengano inserite alcune norme programmatiche solo perchè si dice che il Parlamento funziona male in quanto i disegni di legge si «impaludano», si perdono per la strada, ma questo non è esatto. È vero, invece, che il Parlamento lavora quasi esclusivamente sui decreti-legge, perchè qui si discute e si parla solo di questi. Ricordo che per approvare la famosa legge n. 595, ormai dimenticata, impiegammo più di un anno, dopodichè quella legge non venne neanche tenuta in considerazione.

Ora, sono convinto che se il Parlamento approverà questo disegno di legge, sicuramente perderà poi del tempo per discutere sul nuovo ripiano dei debiti delle Usl, su questo non ci sono dubbi. Quindi a fine anno 1988 ci troveremo ancora una volta a discutere su un altro decreto di sanatoria, nel quale poi il Governo inserirà anche tutta una serie di nuove misure urgenti per la sanità. Quanti decreti per misure urgenti sono stati emanati dal 1983 ad oggi? Ieri sera, mentre controllavo alcuni dati sul terminale, mi sono trovato di fronte ad una serie interminabile di decreti contenenti misure urgenti per la sanità. Vi è da aggiungere poi che la discussione su questi provvedimenti vanno e vengono tra Camera dei deputati e Senato della Repubblica per almeno 5-6 volte. È ciò che è accaduto — come tutti sapete — al decreto sui *tickets*, emanato nel 1987, che è stato rinnovato per ben 7 volte. Ancora oggi, quindi, continuiamo a governare la sanità a suon di decreti-legge. Non ce l'ho con lei personalmente, signor Ministro, perchè lei costituisce solo l'ultimo anello di una catena perversa che si allunga dal 1978 ad oggi. Se andiamo a fare una piccola indagine fra tutti i senatori qui presenti — perlomeno quelli presenti dalla scorsa legislatura — ne scaturirà, come affermava anche il senatore Natali, una enorme demotivazione e l'impressione di stare qui a perdere del tempo. Vorrei scusarmi con i colleghi se dico queste cose, ma non è mia intenzione offendere nessuno; credo, anzi, che molti di voi mi diano ragione.

Vorrei sottolineare che la Commissione bilancio ha dimostrato di non tenere in nessuna considerazione il parere di questa Commissione, tanto è vero che la relazione del senatore Melotto — che era quella di maggioranza e sulla quale abbiamo espresso parere contrario — una volta giunta all'esame della 5a Commissione non è stata presa nemmeno in considerazione. A che serve, allora, continuare a fare dei lunghi discorsi? Resto dell'avviso, signor Ministro, che molte norme dovevano essere stralciate da questo disegno di legge finanziaria e, a questo punto, non so neanche se valga la

pena aprire una discussione sulla possibilità di presentare degli emendamenti. In realtà di cose da emendare ve ne sarebbero molte. Una di queste, ad esempio, è quella cui accennava poco fa il senatore Dionisi e relativa al sistema previsto nel provvedimento per il ricovero urgente in ospedale. Secondo me questa norma è poco attuabile e non doveva essere inserita nella «finanziaria», come sono poco attuabili altre norme in essa contenute. Voglio ricordarle, signor Ministro, che per risolvere il problema sanità in Italia occorre innanzitutto riequilibrare le strutture sanitarie a livello nazionale e, soprattutto, razionalizzarle nelle regioni meridionali, e non parlo solo della Calabria o della Sicilia, ma di tutto il Meridione. L'offerta sanitaria nel nostro Paese non è bassa ma è semplicemente male distribuita. Prendiamo l'esempio dei centri per fare i trapianti, secondo il professor Condorelli — che è un esperto — erano sufficienti 4 centri per tutto il territorio, invece ne sono stati creati dieci. Questi centri naturalmente necessitano di attrezzature altamente sofisticate. Questo significa che si riesce a trovare i soldi per creare queste strutture, ma non si riesce a trovarli per altre cose ugualmente importanti. A questo punto — torno a ripeterlo — mi sembra evidente che un Piano sanitario nazionale è sempre più necessario. Si parla tanto di riduzione dei posti letto, ma in quali Regioni verranno ridotti? E come la mettiamo con l'articolo del disegno di legge finanziaria che prevede il blocco delle assunzioni?

Come affrontiamo il problema del personale? Vi è tutta una serie di contraddizioni, si tratta di norme non chiare e che servono soltanto a dare giustificazioni ad una legge finanziaria che fa acqua da tutte le parti; si tratta di giustificazioni di copertura in quanto poi quasi nulla verrà attuato. Enfatizziamo il Piano sanitario nazionale? No, il Piano è la premessa per una legge di comparto, una legge finanziaria di comparto che ci avrebbe consentito di non inserire queste norme nella legge finanziaria. Allora, il riequilibrio si poteva e si può fare se sappiamo dove vanno gli investi-

menti, perchè è chiaro che non possono andare secondo la spesa storica, devono essere effettuati in rapporto ai bisogni delle varie Regioni.

È stato scritto anche sulla stampa che la regione Calabria si trova in una situazione particolare e non sono io a ripeterlo continuamente tanto per farmi dire dal collega Melotto che sono un meridionale o un meridionalista. Ho fatto una richiesta precisa, attraverso il Presidente, al Ministro della sanità affinché ci dica come e quando intende presentare il Piano, se è vero che il Piano sanitario sarebbe pronto o quasi. Se tutto ciò è vero, non vedo perchè dobbiamo stare qui a discutere su cose vaghe quando, nel giro di un mese, potremmo prendere in esame il piano sanitario, discuterne. Così facendo, signor Ministro, lei avrebbe la giustificazione per proporre anche decreti-legge a raffica, ma si tratterebbe di una giustificazione, perchè avremmo la possibilità di capire che quei decreti-legge sono inseriti in un disegno programmatico vero e proprio e che non si tratta di decreti-legge che servono esclusivamente a tamponare le falle del sistema, perchè di questo si tratta e non di altro.

Anche le norme inserite nella legge finanziaria — lo sa meglio di me — non saranno per nulla efficaci per la spesa sanitaria. D'altra parte, abbiamo già ampiamente discusso nel precedente esame, ma insisto perchè si faccia luce sul problema del Piano, tenuto conto che non sono tanto le Regioni settentrionali ad essere direttamente interessate al Piano, perchè in esse si tratta di tagliare o modificare l'offerta, quanto soprattutto le Regioni meridionali per il fatto che devono crescere e senza questa crescita credo sarebbe estremamente difficile varare norme efficaci per mettere a posto la situazione sanitaria italiana.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella n. 19 e sul disegno di legge n. 470-B*. Signor Presidente, signor Ministro, interverrò in modo rapido, sfrondando dalla mia replica tutto quello che appartiene ad altri argomenti e accettando quindi per buona l'idea del Ministro di non trasfe-

rire nella legge finanziaria il decreto. Se del caso, credo valga la pena accettare per buona l'affermazione del Presidente di riunirci di nuovo per discuterne in quanto credo che il decreto, facendo parte della manovra, debba essere discusso in questa Commissione.

Per il resto, credo vi siano alcuni punti da sottolineare. Il primo riguarda il finanziamento. Ne hanno parlato tanti colleghi, in particolare il senatore Azzaretti ha detto che bisogna saldare il momento periferico per incominciare un certo riequilibrio, in quanto, altrimenti, difficilmente si potrà esercitare autorità sulla politica delle entrate e su quella della spesa in quanto, se i due concetti non combaciano, sarà difficile regolarli. La dilatazione è evidente, vorrei ricordare a me stesso e al collega Dionisi che il discorso del *ticket* non credo sia finito, anche se occorrerà limitarlo.

Osservo l'ultimo dei dati in mio possesso: la relazione del laboratorio di analisi cliniche dell'ospedale di Verona. Tale laboratorio è in grado di rispondere a qualsiasi richiesta esterna senza prenotazioni; ognuno al mattino può recarvisi e fare qualsiasi richiesta di analisi. Nel 1986 e nel 1987 abbiamo aumentato del 22 per cento il numero dei pazienti e del 39,7 il numero degli esami. Non credo che tutto questo, proprio in virtù del discorso dell'autoprescrizione, sia giustificabile; credo invece che lo spostamento di risorse verso l'esagerazione di alcune cose e, quindi lo spreco, impedirà interventi seri, perchè non avremo le risorse per farli. Poichè i desideri possono essere infiniti, bisogna scegliere.

Non vi è stato un analogo incremento, per quanto riguarda la diagnostica strumentale. Sarà «l'effetto Chernobyl», sarà quel che si vuole, ma di sicuro vi è un autocontrollo da parte dei cittadini per quanto riguarda i servizi radiografici. Vi è dunque un processo di educazione che dobbiamo accompagnare, che via via dobbiamo adattare, senza di che diventerebbe impossibile e ingestibile il meccanismo sanitario.

Per quanto riguarda il problema dei posti letto, ne discuteremo esaminando il decreto, credo comunque che la manovra sia

complessiva e rappresenti una delle colonne portanti. Ho sempre auspicato di vedere il Piano sanitario approvato dai due rami del parlamento, però credo che, se non imbrigliamo l'assistenza ospedaliera, rischiamo di arrivare quando i « buoi sono usciti dalla stalla ». Credo sia urgente integrare alcune realtà, ma è anche urgente dar forza a procedimenti di ristrutturazione che, lasciati esclusivamente alla periferia, difficilmente troveranno risposta.

Sul problema delle risorse, in questo continuo andirivieni della legge finanziaria fra i due rami del Parlamento, prendo atto delle integrazioni fornite dal Ministro, dico però che vi è ancora un « buco » di circa 300 miliardi. Probabilmente con l'assestamento sarà possibile farvi fronte e quindi il discorso può anche essere rinviato nel tempo, ma, per nostra responsabilità, è giusto far emergere anche questo dato.

Mi rendo anche conto della situazione politica esistente ed è inutile voler fare tutte le battaglie quando il quadro d'insieme non è ben definito. Credo invece che tutti dobbiamo accelerare la chiarezza di quel quadro per avere punti precisi di riferimento sui quali — e concordo perfettamente col senatore Natali — lavorare. In questa legislatura, dai dibattiti, dagli incontri, dagli approcci culturali spesi in quella passata si dovrà passare ad aggiustare la legge n. 833 laddove essa merita di essere aggiustata, urgentemente. Aggiungo e concludo che una programmazione ha senso se non si limita solo a recepire le istanze della periferia, ma detta anche precisi obiettivi dall'alto.

Spero di essere rimasto nei limiti del dibattito e di aver risposto a tutti. Ritengo che gli altri temi potranno essere discussi in sede di esame del decreto.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Sul tema in discussione, ossia sulle variazioni apportate dalla Camera dei deputati, ho notato soltanto un accenno del senatore Dionisi. Il cambiamento ha in oggetto la riproposizione di un articolo vertente sulla parte farmaceutica che era stato presentato dal Governo. Il senatore Dionisi afferma

che si è trattato di una battaglia a favore della Confindustria, io gli rispondo semplicemente che il testo adottato dalla Camera ha avuto come primo firmatario un comunista, l'onorevole Tagliabue. Mettetevi d'accordo tra voi dunque per decidere chi è contro e chi è a favore della Confindustria. Il testo del Governo era basato sul buon senso, sulla volontà di intervenire in questa materia, senza però ridurre la nostra medicina ai livelli dei paesi del Terzo mondo. Lo dico senza voler offendere nessuno, intendo solo spiegare che ci sono dei paesi fuori del circuito commerciale per quanto riguarda la distribuzione di farmaci. È quanto afferma del resto l'Organizzazione mondiale della sanità che si pronuncia dando delle indicazioni di necessità essenziali, strette. Non so se siamo il quarto o quinto paese industrializzato, apparteniamo comunque al mondo « capitalista », come il senatore Dionisi lo definisce, e non mi pare che ci siano delle grosse incoerenze rispetto a tale appartenenza, perchè dal punto di vista sanitario ci troviamo in una condizione diversa e migliore rispetto ad altri. La riforma sanitaria è stata adottata nel 1978 e dobbiamo operare degli aggiustamenti, mi guarderei però dal parlare di riforma della riforma, perchè i principi rimangono gli stessi. In quest'ambito, anche per quel che riguarda i farmaci, era e rimane designata una manovra che ha una sua importanza e rilevanza. Io comunque condivido il cambiamento introdotto dalla Camera che corrisponde sostanzialmente, tranne qualche piccola variazione, alla proposta del Governo.

Poichè è questa l'unica domanda che mi è stata rivolta circa le modifiche apportate dalla Camera, dovrei finire qui la mia replica, senonchè mi sono state rivolte altre domande, ad esempio quella riguardante gli istituti di ricovero e cura con carattere scientifico, compreso il Policlinico di Milano. In proposito ho solo questo da dire: bisogna che gli enti locali prendano l'abitudine di rispondere alle richieste di inviare i nominativi, altrimenti non si possono fare i decreti. Io so cosa vuol dire fornire in ritardo le risposte, ma se non mi danno i

nomi non posso fare i decreti. È possibile presentare mille interrogazioni, ma solo se gli enti locali indicano i nominativi che sono stati loro richiesti possono essere varati i decreti.

Faccio poi presente che nella parte di manovra collegata al decreto n. 27 non ci troviamo di fronte a cose tanto pasticciate come qualcuno sembra pensare. Nel decreto infatti non si parla soltanto di riduzione, ma anche di «Evitare attese di ricovero per i casi non urgenti superiori di norma a quindici giorni». Quindi se la razionalizzazione prevede complessivamente un taglio perchè c'è una sovrabbondanza di posti-letto scarsamente utilizzati, ciò non significa che diminuiamo i ricoveri. Diminuiamo semplicemente un'offerta che non trova una domanda corrispondente. Ci proponiamo inoltre di affrontare i casi, non tutti innocenti, nei quali c'è una domanda che diventa sempre più grande rispetto all'offerta fino a che l'utente si rivolge altrove o, se non ha i mezzi, crepa o sta male. Sono queste le tre soluzioni e tutte e tre sono negative.

L'ex articolo 28, sia pure elaborato diversamente per rispetto formale delle norme, non lo ripresentiamo per oltraggio alla Corte, come sembra pensare il senatore Dionisi, bensì perchè fa parte della manovra. Io non mi sento di affrontare il programma di investimenti che ho sollecitato di 30.000 miliardi e che avrei voluto di 50.000, senza aver razionalizzato la base esistente, senza disporre di una struttura che sia la più razionale possibile. Quindi c'è una logica riguardo alla razionalizzazione dell'esistente ed essa passa anche attraverso il collegamento medico di base-ospedale. So con quanta difficoltà abbiamo «strappato» in contratto questa norma, ed essa è stata portata in legge perchè è un contratto contestato in se stesso.

Riguardo al resto si tratta di discorsi che abbiamo ripetuto cento volte. So benissimo che non c'è paziente che vada in ospedale per conto suo, in quanto deve avere l'impegnativa della USL e, quando non l'ha, perchè si ricovera d'urgenza, deve farsela dare in seguito. Sempre però il medico è infor-

mato e ciò si collega con il programma degli investimenti che è stato promosso per riequilibrare Nord e Sud del paese. Mi rendo conto che la «finanziaria» non è la sede adatta per affrontare questi temi e noi avremmo preferito trattarli nel programma nazionale sanitario o nella legge di settore. Ci è stato chiesto però di inserirli nel disegno di legge finanziaria e noi lo abbiamo fatto. Naturalmente gli effetti si avranno solo in parte quest'anno, ma il blocco del personale si farà sentire subito e sarebbe un guaio se così non fosse, perchè avremmo un intasamento in determinati punti mentre non sappiamo ancora qual è la distribuzione degli impianti. Quindi, sotteso alla manovra, non c'è alcun pasticcio, bensì una logica precisa.

Per quanto riguarda il discorso sui *tickets*, sul quale pure sono state adottate delle variazioni introducendo l'aumento della ricetta, ripeto le mie convinzioni: finchè il sistema è finanziato attraverso i contributi o le imposte dai cittadini, non vedo la ragione per cui essi debbano pagare due volte; già versano i contributi per questo. Certo, vi sono anche categorie di lavoratori, ben protette in Parlamento, che non vorrebbero pagare nemmeno una volta i contributi, che definiscono «tassa sulla salute», e riescono ad ottenerne comunque la diminuzione (che devo accettare facendo parte del Governo, ma che non condivido molto).

Quindi, nella nuova contabilità (se arriveremo a farlo) verranno distinti i conti dei lavoratori tra dipendenti ed autonomi al fine di evidenziare chiaramente il contributo da corrispondere e il servizio previsto per gli uni e per gli altri.

Il *ticket* ha valore come moderatore della spesa, non può significare partecipazione alla spesa; si partecipa alla spesa aumentando le imposte, responsabilizzando le Regioni per quanto riguarda il mantenimento di un certo equilibrio, altrimenti non si può parlare di autonomia regionale ma di un sindacato regionale che si rivolge ad un padrone per chiedere i soldi.

Pertanto, un *ticket* moderatore non può superare certi limiti; essendo stato adottato

nel 1987, credo si possa affermare che non ha prodotto aumenti rispetto a quanto stabilito.

Vi è poi la questione della formazione dei medici, ma questa riguarda il Ministro della pubblica istruzione e il Ministro per il coordinamento delle iniziative per la ricerca scientifica e tecnologica. Non posso istituire scuole mediche per aggiungerle alla struttura universitaria e dire come si fa a conoscere le patologie e ad impiegare, ad esempio, 100 anziché 10.000 medicinali. Non posso adottare le tesi di una scuola minoritaria rispetto all'opinione prevalente in materia. Sono tenuto a rispettare la normativa vigente, nonché la delibera approvata dal CIPE sul piano farmaceutico.

Quello che manca — che ha portato un notevole squilibrio anche nella previsione del 1987 — è il *ticket* sulla diagnostica specialistica. Ciò ha determinato un clamoroso sfondamento — risulta chiaramente sul quale tuttavia, il Governo non è intervenuto per ragioni di natura politica, cioè per l'accordo con i sindacati. Però la mancanza, non di partecipazione, ma di ogni moderazione in questa direzione dovrebbe farci riflettere tutti, maggioranza, opposizione, sindacati. Ogni volta che mi incontro con qualche rappresentante sindacale, faccio presente che secondo me è assai sciocco insistere da parte dei sindacati nel non volere intervenire su questo tema, tanto più che avevamo prospettato la possibilità di ottenere alcune facilitazioni, ad esempio per quanto riguarda le marche da bollo, di mantenersi su livelli moderati in questa direzione. Comunque, bisogna porre un freno per evitare quella che potremmo definire «l'incetta dei visitandi e dei laboratorizzandi». Con la gratuità dei servizi si arriva al punto di andare a prendere a casa il paziente con la macchina per portarlo a fare gli esami di laboratorio ritenuti necessari, esami che costano ognuno anche 100.000 lire: il prossimo anno, invece degli «scuola-bus», avremo i «diagnosi-bus», e anche il sindacato dei conducenti di questi ultimi, che naturalmente vorranno essere inseriti nel sistema sanitario nazionale, magari con provvedimenti di dero-

ga per gli organici per i trasporti, e così via.

Comunque, a parte queste mie considerazioni ironiche, tornando al discorso, manca questa voce, che comporta un costo di almeno 1.500 miliardi.

Per quanto riguarda il resto, vorrei a questo punto ricordare che il preconsuntivo del 1987 è stato di 52.500 miliardi, sempre in relazione alle cifre che possiamo avere, e dico questo perché, mentre possiamo avere poco, si pretende poi molto dal Ministero della sanità, che è stato spogliato di molti poteri dalla riforma sanitaria e che ha soltanto quello di «alto» indirizzo, quindi non tocca le cose reali. La suddetta cifra è poi arrivata a 52.600 miliardi. Quindi, in base agli stanziamenti previsti in bilancio per la sanità, che ammontano a 52.650 miliardi, dovremmo avere quanto previsto nel bilancio dello scorso anno più 50 miliardi, cioè nemmeno la fluttuazione della svalutazione, che è del 4 per cento circa. Se quel bilancio fosse aumentato del 4 per cento, si arriverebbe a 54.700 miliardi. È per questo che vi è accordo con il Tesoro circa il finanziamento con fondi del 1989 dell'ultima parte dell'anno. Comunque, si potrà arrivare a 54.320 e non a 54.700 miliardi, quindi siamo sempre al di sotto di un aumento del 4 per cento.

Giustamente si afferma che anche quest'anno ci sarà il ripiano, ma ciò è dovuto anche al ritardo registrato nella definizione della legge finanziaria. Se non ci fosse stato questo ritardo, con una crisi di Governo che si è aggiunta ad un'altra, probabilmente ci troveremo già di fronte ad un testo di quadro generale del Piano sanitario nazionale e ad alcuni piani finalizzati. Questo infatti era l'impegno da me assunto di fronte alla Commissione affari sociali della Camera dei deputati — dove ho avuto occasione di discutere più a lungo di questa materia — la quale, a maggioranza, mi ha autorizzato a procedere in questo modo.

Faccio presente che l'inserimento nel Piano sanitario nazionale della questione dei posti letto così come era, portava ad un documento che non aveva valore di legge, secondo quanto prevede la legge n. 595 del

1985. Successivamente però si doveva predisporre un documento con forza di legge comprendente la spesa. Quindi, ad un certo punto abbiamo preferito inserire la questione nella «finanziaria» pensando che alla data del 31 dicembre 1987 il dispositivo sarebbe stato operativo. Comunque, anche se ciò avverrà entro il 31 marzo prossimo, ritengo che il passaggio del Piano sanitario nazionale, per stralcio (dopo verranno gli altri piani) anche se è soltanto un documento che non ha valore di legge, pesi nel momento dell'approvazione della legge finanziaria di accompagnamento. Non riesco infatti a concepire un Piano sanitario senza una previsione di spesa, ed è per questo che occorre tempo per predisporlo. Infatti, un piano senza spese (come richiesto in definitiva dalla suddetta legge n. 595, affidando essa al Ministero soltanto il compito di predisporre una normativa di indirizzo) posso consegnarvelo quando volete, anche se a mio avviso non serve assolutamente a nulla.

Abbiamo elaborato un piano che si può definire «temporizzato, localizzato e quantizzato», che necessita di una legge di spesa comportando pesanti oneri per la sua attuazione, non tanto per il primo anno (salvo che per la parte delle costruzioni), quanto per il secondo e in particolare per il terzo anno, soprattutto in riferimento alla questione degli anziani, per cui si prevede un aumento del 2 per cento del PIL, se vogliamo provvedere in materia in modo adeguato. Non parliamo di somme particolarmente rilevanti; la cifra era già stata indicata nella legge di settore e ammontava al 7,5 per cento del PIL entro il 1990, cifra che riteniamo congrua per far fronte adeguatamente alle esigenze sanitarie di un paese moderno.

Anche noi siamo preoccupati dell'incidenza della spesa farmaceutica e poichè i soldi che si prelevano dalle tasche dei cittadini non sono sufficienti per far fronte alle spese farmaceutiche, mediche, ospedaliere, è chiaro che il *ticket* costituisce solo un elemento moderatore. Voglio dire che non esiste una qualche provvidenza che miracolosamente riesca a mettere insieme la cifra

necessaria, togliendola ai cittadini per far fronte alla spesa e il Ministero del tesoro aggiungerebbe solo la parte restante. Il bilancio della sanità, non dimentichiamolo, si inquadra sempre nel bilancio generale dello Stato, quindi non possiamo sfuggire alle nostre responsabilità. Secondo me si può parlare di legge di settore solo per quanto riguarda alcune questioni come quella relativa alla definizione e posizione giuridica delle unità sanitarie locali.

Sono convinto che, se in qualche modo riuscissimo a razionalizzare le strutture sanitarie, riusciremmo ad eliminare gli sprechi compreso quello di una offerta eccessiva rispetto alla domanda. Solo così credo si possa operare al meglio sul piano delle risorse.

Un'altra questione che vorrei sottolineare e che ritengo ugualmente importante riguarda il personale. Il rapporto con quest'ultimo deve essere meno rigido e di tipo privatistico.

Ora, abbiamo questo sfondamento, ma di questo non si può incolpare il Ministro della sanità, *ad impossibilia nemo tenetur*. Se colpa vi può essere, questa è da imputare da una parte, agli effetti del rinnovo contrattuale e dall'altra, all'abolizione del *ticket* sulla diagnostica strumentale e di laboratorio.

Poichè la situazione politica attuale rende difficile fare dei pronostici per il futuro, sarebbe utile approvare subito i documenti al nostro esame in modo da non prolungare ulteriormente questo stato di cose ed andare verso una rapida risoluzione della crisi, quindi ad un chiarimento politico.

PRESIDENTE. Resta ora da conferire il mandato per il rapporto alla 5^a Commissione sulla tabella 19.

Propongo che tale incarico sia affidato all'estensore designato del rapporto.

RANALLI. Signor Presidente, noi desideriamo confermare il nostro orientamento che, del resto, abbiamo espresso anche in altre occasioni. Non abbiamo presentato emendamenti e non intendiamo farlo in sede di Commissione bilancio, a condizione

però che anche il Governo e i rappresentanti della maggioranza facciano altrettanto. In caso contrario anche noi presenteremo degli emendamenti. Vorrei quindi invitare tutti voi a non presentare modifiche al fine di consentire una rapida approvazione del disegno di legge finanziaria. Sono d'accordo, infatti, con il Ministro che è bene giungere rapidamente ad una soluzione della crisi politica attuale, quindi ad un chiarimento e ad una svolta politica.

Desidero ribadire le ragioni di fondo — che abbiamo più volte espresso e che quindi non ripeterò — della nostra contrarietà a questo disegno di legge finanziaria nel suo complesso e più specificamente alle disposizioni previste in materia sanitaria.

Prendo atto, signor Ministro, delle sue dichiarazioni in merito alla predisposizione del Piano sanitario nazionale: ne ha previsto i tempi di presentazione e ne ha quantificato il lato finanziario. Ce lo presenti, signor Ministro, si liberi della responsabilità di non avere presentato prima questo

Piano sanitario, ci metta nella condizione di poterne prendere visione, perchè solo così il Ministero della sanità dimostrerà di esercitare la sua efficace iniziativa e presenza nel settore della sanità.

Con queste ragioni noi confermiamo il nostro dissenso e la nostra contrarietà al disegno di legge finanziaria al nostro esame.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro chiede di parlare per dichiarazione di voto, se non si fanno osservazioni, il mandato a redigere il rapporto sulla tabella 19, nonchè sulle parti di competenza del disegno di legge n. 470-B, resta conferito al senatore Melotto.

I lavori terminano alle ore 13,45.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il Consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici
DOTT. ANTONIO RODINÒ DI MIGLIONE