

SENATO DELLA REPUBBLICA

— X LEGISLATURA —

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Sanità)

RESOCONTO STENOGRAFICO

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO
PER L'ANNO FINANZIARIO 1991 E BILANCIO PLURIENNALE
PER IL TRIENNIO 1991-1993 (n. 2547)

**Stato di previsione del Ministero della sanità
per l'anno finanziario 1991
e relativa Nota di variazioni (Tabelle 19 e 19-ter)**

DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE
E PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE FINANZIARIA 1991) (n. 2546)

IN SEDE CONSULTIVA

INDICE

MERCOLEDÌ 28 NOVEMBRE 1990
(Antimeridiana)

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1991 e bilancio pluriennale per il triennio 1991-1993» (2547), approvato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1991 e relativa Nota di variazioni (Tabelle 19 e 19-ter)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1991)» (2546), approvato dalla Camera dei deputati

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

PRESIDENTE (Melotto - DC) Pag. 5, 12
DE LORENZO, ministro della sanità 11
IMBRIACO (PCI) 11

MERCOLEDÌ 28 NOVEMBRE 1990
(Pomeridiana)

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1991 e bilancio pluriennale per il

triennio 1991-1993» (2547), approvato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1991 e relativa Nota di variazioni (Tabelle 19 e 19-ter)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1991)» (2546), approvato dalla Camera dei deputati

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

PRESIDENTE (Zito - PSI) ... Pag. 13, 23, 26 e *passim*
ALBERTI (Sin. Ind.) 17, 18, 19 e *passim*
AZZARETTI (DC) 24
BERLINGUER (PCI) 26, 28
CONDORELLI (DC) 16, 21
DE LORENZO, ministro della sanità 19, 29, 30 e *passim*
DIONISI (PCI) 20, 21, 23
IMBRIACO (PCI) 35, 36
MELOTTO (DC), relatore alla Commissione .. 18, 26, 27 e *passim*
MERIGGI (PCI) 13, 26
PERINA (DC) 21, 23
TORLONTANO (PCI) 16
VENTRE (DC) 20

MERCOLEDÌ 28 NOVEMBRE 1990

(Antimeridiana)

Presidenza del Vice Presidente MELOTTO

I lavori hanno inizio alle ore 12,10.

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1991 e bilancio pluriennale per il triennio 1991-1993» (2547), approvato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1991 e relativa Nota di variazioni (**Tabelle 19 e 19-ter**)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1991)» (2546), approvato dalla Camera dei deputati (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: «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1991 e bilancio pluriennale per il triennio 1991-1993» - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1991 e relativa Nota di variazioni (Tabelle 19 e 19-ter) - e «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1991)», già approvati dalla Camera dei deputati.

Onorevoli colleghi, come ogni anno, dobbiamo inviare un rapporto alla 5^a Commissione, per quanto di nostra competenza, sui disegni di legge in titolo.

Nella mia qualità di relatore, riferirò dapprima sul disegno di legge n. 2546, successivamente sulle Tabelle 19 e 19-ter.

Il disegno di legge finanziaria, come ogni anno, si inserisce nella manovra complessiva del Governo, per contenere il disavanzo pubblico, e di conseguenza l'inflazione e presentarsi all'appuntamento del 1993 con una situazione di bilancio credibile.

Tale manovra è finalizzata a finanziare un saldo netto di 118.400 miliardi, da realizzare attraverso una riduzione complessiva di 69.600 miliardi tra maggiori entrate e minori spese, rispetto ad un saldo a legislazione vigente - se non vi fossero delle correzioni - di 188.000 miliardi. Il fabbisogno di cassa è di 132.000 miliardi. Su queste cifre incide il fondo sanitario nazionale, quindi il settore sanità. Tale settore non ha subito aumenti pari al tasso di inflazione programmato, nè al tasso reale che è ben superiore.

In questo ambito è compresa anche la manovra di 6.650 miliardi sul fondo sanitario nazionale, che porta a 8.391 miliardi l'integrazione netta al fondo stesso, che passa da 64.400 miliardi, già iscritti nella legge finanziaria 1990, a 72.791 miliardi nel 1991, come previsto nel disegno di legge finanziaria al nostro esame.

A tale cifra si perviene sottraendo da 85.400 miliardi, cioè lo stanziamento del fondo sanitario nazionale previsto per il 1991 senza manovra e comprensivo della spesa per i contratti, 5.959 miliardi che costituiscono appunto la spesa per i contratti e 6.650 miliardi che costituiscono il risparmio previsto in relazione alla manovra per il 1991, come stabilita dal disegno di legge n. 2509, collegato al disegno di legge finanziaria. Quindi detratte queste due cifre, si arriva alla somma di 72.791 miliardi, che è appunto quella indicata nel disegno di legge finanziaria.

Ora elencherò, per singole voci, l'entità della riduzione di spesa prevista nell'ambito della riduzione complessiva dei 6.650 miliardi. Il contenimento dunque riguarda: l'importo di entrate proprie delle unità sanitarie locali, pari a 1.300 miliardi detratti, come lo scorso anno, alle Regioni a statuto speciale.

Il fabbisogno quindi va depurato di 1.300 miliardi che sono considerati a carico delle Regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano. Poi 5.959 miliardi sono destinati alla copertura degli oneri del nuovo contratto. In questo modo si arriva a 72.791 miliardi.

Nell'ambito della riduzione complessiva di 6.650 miliardi, 700 miliardi riguardano il personale e sono conseguenti alla riduzione dello straordinario, della pronta disponibilità, degli incentivi di produttività delle consulenze, degli *standard* e delle misure amministrative di controllo nell'applicazione del contratto.

Per i beni e servizi, la manovra dovrebbe consentire un risparmio di 1.600 miliardi, in conseguenza della crescita determinata per legge (dopo un'attenta valutazione) della spesa per tali settori con riferimento a quella impegnata per il 1989.

Il risparmio di 1.750 miliardi nell'ambito della spesa farmaceutica è conseguente all'aumento del *plafond* da 30.000 a 40.000 lire, alla determinazione della quota fissa a 1.500 lire per prescrizione, alla revisione delle esenzioni sia per reddito che per patologie. Quindi, la spesa farmaceutica complessiva per il 1991 ammonterebbe a 13.910 miliardi.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera convenzionata, cercando di forfettizzare per patologie ed interventi, si prevede un risparmio di 400 miliardi. Per la medicina specialistica convenzionata esterna (attraverso la revisione del nomenclatore e quindi delle spese inerenti i vari esami) si prevede un risparmio di 600 miliardi. Per altra assistenza in genere, la manovra consentirebbe un risparmio di 1.200 miliardi. Infine, il risparmio sugli interessi passivi e sui mutui sarebbe di 50 miliardi.

Desidero far presente che la manovra sconta il finanziamento del piano sanitario nazionale per 550 miliardi (quindi il piano dovrebbe avere un primo finanziamento vincolato per il 1991). Questa è la manovra che riguarda la parte corrente.

Ritengo opportuno riferire alcuni dati di confronto tra la variazione percentuale della spesa sanitaria e quella dei prezzi al consumo dal 1982 al 1989. Nel 1983, rispetto al 1982, l'aumento della spesa sanitaria è stato del 18,4 per cento, mentre la variazione dei prezzi al consumo è stata del 14,7 per cento. Nel 1984 la spesa sanitaria è aumentata dell'11,4 per cento, rispetto al 1983, mentre i prezzi al consumo sono aumentati del 10,8 per cento. Poi dal 1984 la curva sale vertiginosamente. Infatti, nel 1985, rispetto al 1984, la spesa sanitaria è aumentata del 15,1 per cento contro la variazione del 9,2 per cento dei prezzi al consumo (si registra, quindi, un 6 per cento in più). Nel 1986, rispetto al 1985, la spesa sanitaria è aumentata del 9,1 per cento, mentre l'aumento dei prezzi al consumo è stato del 5,9 per cento. Nel 1987, rispetto al 1986, la spesa sanitaria è aumentata del 16,8 per cento, mentre i prezzi al consumo sono aumentati del 4,7 per cento (ogni volta che scade un contratto o una convenzione, quella curva presenta una ascesa incredibile). Nel 1988, rispetto al 1987, l'aumento della spesa sanitaria è stato del 14,1 per cento, contro l'aumento del 5 per cento dei prezzi al consumo. Infine, nel 1989 si registra un aumento, rispetto al 1988, dell'11,7 per cento, mentre l'aumento dei prezzi al consumo è stato del 5,8 per cento. Quindi, l'anno in cui le cifre si sono quasi accostate è il 1984 (c'è soltanto lo 0,6 per cento di differenza, mentre negli altri anni si assiste quasi ad un raddoppio).

Onorevoli colleghi, ritengo opportuno adesso riferirmi ai contributi accertati dall'INPS (i dati si riferiscono al 1989). Il totale dei contributi ordinari è di 24.809 miliardi, quello dei contributi aggiuntivi Fondo Nazionale Assistenza Ospedaliera di 3.305 miliardi, quello dei contributi dei cittadini non mutuati di 725 miliardi, per un totale di 28.839 miliardi. A questa cifra vanno poi aggiunti 1.923 miliardi di avanzo della gestione. Quindi, tutto il contributo complessivo si attesta (compreso il contributo del fondo ospedaliero, quello ordinario, la tassa della salute, eccetera) su 33.128 miliardi rispetto ad una spesa di 69.674 miliardi.

Delle osservazioni a parte merita il problema del conto capitale. Voi sapete che esso si basa su due voci: una voce ordinaria ed una straordinaria di 30.000 miliardi. La voce ordinaria (dopo aver escluso definitivamente le Regioni a statuto speciale dal riparto del fondo sanitario nazionale di conto capitale) si attesta su circa 1.600 miliardi. La quota di 11.226 miliardi, che rientra nel fondo sanitario nazionale, è stata già ripartita alle Regioni per tipo di intervento (hanno fatto i programmi e li hanno presentati al Ministero). Quindi, abbiamo la seguente distribuzione: per i servizi di igiene pubblica 318 miliardi e 72 milioni (2,83 per cento); per i servizi veterinari 16 miliardi e 560 milioni (0,15 per cento); per i distretti 299 miliardi e 65 milioni (2,67 per cento); per i poliambulatori 418 miliardi e 528 milioni (3,73 per cento); per altre strutture territoriali 136 miliardi e 631 milioni; per le tecnologie e servizi territoriali 148 miliardi e 814 milioni; per gli anziani 2.365 miliardi e 800 milioni (21 per cento); per i disabili 444 miliardi e 267 milioni (3,96 per cento); per gli ospedali complessivamente, tra opere maggiori, minori e tecnologie, 6.000 miliardi e 226 milioni circa; per i servizi generali, tra cui la messa a norma di impianti, il sistema informativo, l'umanizzazione ed altro, complessivamente 750 miliardi e

247 milioni, per i programmi di rilievo nazionale 39 miliardi e 616 milioni (0,35 per cento) e per i programmi di rilievo regionale 62 miliardi e 400 milioni (0,56 per cento). Questi sono gli stanziamenti per linee di intervento relativi alla prima parte dei fondi, pari a 11.226 miliardi. Il quadro delle singole voci credo meriti una certa attenzione, per capire come ci si sta muovendo in questa prima *tranche*.

Il disegno di legge finanziaria si presenta, come per l'anno precedente, «asciutto» e non vi sono nell'articolato norme direttamente concernenti la sanità.

Passiamo ad esaminare le voci contenute nelle varie tabelle allegate al provvedimento in esame attinenti la sanità. Nella tabella A sono contenute le seguenti voci (che andranno a finanziare i provvedimenti di spesa corrente che si prevede di approvare in corso d'anno): norme sui servizi sociali a favore del personale del Ministero della sanità e dell'Istituto superiore di sanità, voce quantificata in 1,2 miliardi per ciascuno degli anni 1991, 1992 e 1993; censimento, controllo e regolamentazione nel campo delle nuove tecnologie riproduttive e nel campo delle manipolazioni genetiche, voce presente nella legge finanziaria 1989, non riprodotta nella legge finanziaria 1990 nè nel disegno di legge 1991, introdotta alla Camera dei deputati con un emendamento, dunque nuovamente presente con 2 miliardi di stanziamento per ciascuno degli anni dal 1991 al 1993; comunità terapeutiche, voce introdotta alla Camera dei deputati con 10 miliardi di stanziamento per ciascuno degli anni dal 1991 al 1993; prevenzione del randagismo, voce di nuova istituzione, introdotta alla Camera dei deputati e finanziata con 1,2 miliardi, 2 miliardi e 2 miliardi rispettivamente per il 1991, 1992 e 1993; interventi per l'istituzione di servizi per gli anziani, voce già presente nella «finanziaria» 1990 e quantificata in 30 miliardi per il 1991, e 50 miliardi per il 1992 e 1993, inizialmente non presente nel disegno di legge finanziaria, è stata reinserita alla Camera dei deputati; provvedimenti in favore dei portatori di *handicaps*, voce già presente nella «finanziaria» 1990 con 60 miliardi per ciascuno degli anni dal 1991 al 1993, con una modifica alla Camera dei deputati è stata quantificata in 100, 120 e 150 miliardi rispettivamente per il 1991, 1992 e 1993.

Nella tabella B, relativa alle voci da includere nel fondo speciale di conto capitale, contenuta una voce di nuova istituzione, introdotta alla Camera dei deputati, è relativa ad interventi per la ristrutturazione delle comunità terapeutiche, con uno stanziamento di 15 miliardi per il 1992.

La tabella C prevede stanziamenti autorizzati in relazione a disposizioni di legge la cui quantificazione è demandata alla legge finanziaria. In essa sono presenti, oltre alle voci riguardanti il fondo sanitario nazionale di parte corrente e di parte capitale, anche voci relative alla lotta alla droga (voce di nuova istituzione derivante dall'approvazione della legge sulla droga), con uno stanziamento complessivo di 254,8 miliardi per il 1993, nonchè quelle concernenti il centro di ricerca per il cancro (1,3 miliardi per il 1991, 1,35 miliardi per il 1992, 1,35 miliardi per il 1993), il personale dell'Istituto superiore di sanità (3,5 miliardi per il 1991, 3,5 miliardi per il 1992, 3,5 miliardi per il

1993), l'ufficio internazionale delle epizootie, la lega italiana contro la lotta ai tumori ed il sistema informativo sanitario, quest'ultimo con 50 miliardi per ciascuno degli anni dal 1991 al 1993 (nella tabella 19 sono previsti altri 26 miliardi per ciascuno degli anni, per cui in totale si va a 76 miliardi).

Nella tabella F, importi da iscrivere in bilancio in relazione alle spese pluriennali previste dalla legislazione vigente, è inserita una voce quantificata in 4 miliardi per il 1991, concernente il programma di cooperazione italo-americana di lotta ai tumori previsto dalla legge n. 531 del 1987.

Voci di spesa presenti nella «finanziaria» 1990 e non riprodotte nel disegno di legge finanziaria 1991 riguardano: gli oneri connessi con il ripiano dei disavanzi USL per gli anni 1987 e 1988, cui si è già provveduto con apposito provvedimento; la legge-quadro sui trapianti, voce che nella «finanziaria» 1990 era presente con 30 miliardi, e che nel disegno di legge finanziaria 1991 non è stata riprodotta; le norme sull'assistenza per le prestazioni omeopatiche e per la disciplina dell'erboristeria (voce presente nella legge finanziaria 1990 per 3 miliardi per il 1991 e 5,5 miliardi per il 1992, che non è stata riprodotta); le iniziative per favorire metodiche di sperimentazione senza impiego degli animali (voce presente nella legge finanziaria 1990 per 1 miliardo nel 1990 e 4 e 5 miliardi per gli anni 1991 e 1992, che non è stata riprodotta). Queste sono sostanzialmente le voci che interessano la competenza della nostra Commissione.

Prima di concludere il mio intervento, ritengo opportuno fornire dei dati sugli esenti da *tickets* per farvi capire, dopo l'ultima revisione, quale sia la situazione. Il Piemonte si attesta su una media ragionevole, precisamente sul 16,06 per cento; la Val d'Aosta sul 10,71 per cento; la Lombardia sul 12,94 per cento; la provincia di Bolzano sull'11,66 per cento; la provincia di Trento sul 16,83 per cento; il Veneto sul 17,22 per cento (con una punta a Chioggia del 36,66 per cento); il Friuli-Venezia Giulia sul 15,52 per cento; la Liguria (nonostante il numero di anziani presente in quella regione) sul 15,56 per cento; l'Emilia Romagna sul 17,53 per cento (questa regione e il Veneto sono i due cavalli che finiscono sul filo di lana); la Toscana sul 15,23 per cento; l'Umbria sul 15,10 per cento; le Marche sul 19,18 per cento; il Lazio sul 14,21 per cento (con punte del 36,19 per cento a Tarquinia e del 36,97 per cento ad Atina). L'Abruzzo presenta una percentuale del 22,90 per cento; la Campania del 26,40 per cento (con punte a Maddaloni del 47,61 per cento, a S. Bartolomeo in Galdo del 57,55 per cento e ad Anagni del 40,07 per cento). Il Molise presenta un totale regionale del 35,06 per cento (a Boiano si registra il 37,04 per cento e ad Agnone il 43,91 per cento). La Puglia presenta un totale regionale del 37,2 per cento (a Torre Maggiore del 62,85 per cento e a Mesagne del 61,68 per cento); la Basilicata soltanto del 16,88 per cento (pur essendoci Senise con una percentuale del 54,78, mentre Potenza è al 12,66); la Calabria del 39,92 per cento (Valle del Savuto del 65,88 per cento, Serra San Bruno del 61,04 per cento e Crotona del 59,55 per cento); la Sicilia del 37,60 per cento (a Noto del 68,12 per cento, a Nicosia del 61,45 per cento e a Gela del 25,03 per cento). Infine, la Sardegna ha un totale regionale del 25,28 per cento.

Onorevoli senatori, vi ho voluto fornire questi dati perchè possiate avere il quadro della situazione, considerato anche che il problema dei *tickets* è veramente grave.

Prima di concludere l'esame del disegno di legge finanziaria, mi riferirò brevemente alla tabella 19, che non presenta molte variazioni rispetto agli anni precedenti (il Ministero, in attesa di una profonda revisione, va avanti basandosi sulla *routine* ordinaria).

Si passa da un bilancio assestato del 1990 di 775 miliardi in conto corrente e di 22 miliardi in conto capitale ad una previsione di spesa per la parte corrente di 1.029 miliardi e per la parte in conto capitale di 44 miliardi per il 1991. Quindi, si ha una variazione di 254 miliardi per la parte corrente e di 22 miliardi per la parte in conto capitale, per un totale di 276 miliardi. Per quanto riguarda i 254 miliardi di parte corrente, devo dire che si tratta esclusivamente di una operazione contabile. Infatti, parte dell'aumento dello stanziamento in parte corrente, è dovuto alla reiscrizione dello stanziamento per gli asili nido (226 miliardi rispetto al bilancio assestato) che era stata eliminata nel bilancio del 1990, in attesa che venga riscritto definitivamente dal provvedimento che si occupa di inserire tutte queste voci nel fondo comune per le Regioni. Pertanto, si può dire che l'incremento è modesto.

Tra le variazioni degli stanziamenti di competenza per le spese di conto corrente, desidero ricordare quelle relative all'affitto della sede unica del Ministero (di 11 miliardi). A tale proposito desidero chiedere al Ministro a che punto sia la situazione, perchè mi sembra che il contratto di locazione sia stato già fatto (quindi, desidero avere dei chiarimenti da parte del Ministro sulla sede e sul contratto). Inoltre, 1 miliardo è destinato alla istituzione della Commissione per il servizio trasfusionale; 1 miliardo e 800 milioni per il centro europeo di ambiente e salute derivante da un accordo con l'OMS; 250 milioni per il nuovo servizio centrale per le tossicodipendenze. Infine, c'è un capitolo che si riferisce all'attuazione delle direttive CEE in materia di formazione dei medici generici che, in base alla relazione che accompagna la tabella, sarà utilizzato per far fronte alla convenzione con l'Italsice per gestire il sistema informativo per lo svolgimento del tirocinio e per far fronte alle spese connesse con l'acquisizione della strumentazione didattica integrativa a carico del Ministero. L'aumento di 22 miliardi per le spese in conto capitale è dovuto in gran parte alle spese previste dalla legge n. 107 del 1990, per il potenziamento e la razionalizzazione delle strutture preposte alle attività trasfusionali. Come vedete, in pratica è una tabella che si ripete, tranne un modesto aumento dovuto al tasso di inflazione programmato.

Per quanto riguarda i residui, quelli previsti al 1° gennaio 1991 ammontano nel complesso a 234 miliardi, di cui 177 per la parte in conto corrente. I capitoli di bilancio che in misura maggiore presentano residui passivi concernono: gli interventi anti AIDS (80 miliardi); il servizio informativo sanitario (29 miliardi); l'assistenza sanitaria all'estero (13 miliardi, quindi cifra notevolmente ridotta rispetto al passato); studi dell'amministrazione (9 miliardi); formazione dei medici generici (8 miliardi), emergenza sanitaria (5 miliardi); reti di rilevazione della radioattività (5 miliardi); funzionamento dell'Istituto superiore di sanità (15 miliardi).

Comunque è da notare che il riferimento ai residui presunti è approssimativo, in quanto vi è una notevole differenza tra i residui presunti e i residui accertati nel rendiconto. Infatti, al 1° gennaio 1990, i residui presunti erano in totale 175 miliardi, mentre quelli accertati sono risultati 508 miliardi.

Alla Camera dei deputati sono state apportate le seguenti modifiche alla tabella 19: un emendamento del Governo teso ad inserire un capitolo di spesa per memoria destinato alle attività internazionali; un emendamento del Governo teso a trasferire 200 milioni per gettoni di presenza al nuovo Servizio centrale delle tossicodipendenze, detraendoli dagli stanziamenti per la lotta all'AIDS; un emendamento presentato dall'onorevole Tagliabue teso a trasferire 400 milioni agli uffici veterinari di confine, detraendoli dagli stanziamenti per l'emergenza sanitaria.

Questo è quanto avevo da riferire sulla tabella 19. Ringrazio i colleghi per l'attenzione prestata alla mia relazione.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. La relazione del presidente Melotto è stata talmente dettagliata da non richiedere integrazioni da parte mia.

Però, al fine di evitare di tornare sulla questione dell'eventuale sottostima del Fondo sanitario nazionale, vorrei far presente che il dato a consuntivo per il 1989 è accettato anche dalle Regioni. Per quanto riguarda il 1990 (e in parte anche il 1991) le Regioni sostengono che esiste una sottostima per tale anno di circa 4.000 miliardi, rispetto ai 12.000 miliardi dichiarati, ed ora mi permetto di spiegarvene il motivo. Le Regioni valutano l'incremento della spesa sanitaria per il 1990, rispetto al 1989, nel 20,6 per cento per il personale, se poi si considerano le spese per lo straordinario ed altro, tale percentuale arriverebbe al 40 per cento; per i beni e i servizi le Regioni prevedono un incremento del 18 per cento; per la medicina generica valutano l'incremento nel 23 per cento, per la farmaceutica nel 16 per cento, per l'ospedaliera convenzionata nel 23 per cento, per la specialistica convenzionata interna valutano l'incremento nel 30 per cento, il che è assolutamente incomprensibile; per la specialistica convenzionata esterna valutano l'aumento nel 10 per cento, per altra assistenza l'incremento è valutato nel 20 per cento.

Come potete constatare da questi dati, in alcuni casi il tasso di inflazione programmato è moltiplicato per 6. Ecco perchè i dati forniti dalle Regioni non possono essere considerati veritieri. Quindi data la grande discrepanza esistente tra questi dati e quelli del Ministero della sanità, si è costituita una commissione mista tra Ministero della sanità, Ministero del tesoro e Regioni, proprio per valutare la veridicità di tali dati.

IMBRIACO. Signor Presidente, è necessario che questo *trend*, che va dal 1986 al 1989, venga spiegato. Al di là di quanto sostengono le Regioni, l'aumento medio annuo si aggira intorno al 13-14 per cento, senza che sia stato mai innescato un meccanismo che possa correggere le distorsioni più vistose.

PRESIDENTE. Soltanto nel 1986 si è riusciti ad uscire completamente dal *trend*. Negli altri anni si registra mediamente il 14-15 per cento.

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

I lavori terminano alle ore 13,15.

MERCOLEDÌ 28 NOVEMBRE 1990

(Pomeridiana)

Presidenza del Presidente ZITO

I lavori hanno inizio alle ore 17.

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1991 e bilancio pluriennale per il triennio 1991-1993» (2547), approvato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1991 e relativa Nota di variazioni (**Tablelle 19 e 19-ter**)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1991)» (2546), approvato dalla Camera dei deputati
(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: «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1991 e bilancio pluriennale per il triennio 1991-1993» - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1991 e relativa Nota di variazioni (tablelle 19 e 19-ter) - e «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1991)», già approvati dalla Camera dei deputati.

Riprendiamo l'esame sospeso nella seduta antimeridiana. Ricordo che il senatore Melotto ha svolto la relazione. Pertanto, dichiaro aperta la discussione.

MERIGGI. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli senatori, siamo coscienti delle difficoltà in cui si trova il paese sul piano economico, sia per i venti di recessione e di ripresa dell'inflazione, sia per il continuo aumento del debito pubblico.

Il dibattito sulla legge finanziaria si trova, infatti, a confrontarsi con tre ordini di problemi. Innanzi tutto alla crescita del paese fa da contrappeso il degrado dei servizi e della pubblica amministrazione; la crisi finanziaria dello Stato, in secondo luogo, ha raggiunto livelli tali da imporre ormai una seria ed urgente opera di risanamento; infine, la distorsione profonda delle entrate e della spesa pubblica, ed i fenomeni di evasione ed elusione fiscale fanno da contrappunto a sprechi, dilatazioni di costi, inutili e clientelari, e corruzione.

Di fronte a questa situazione, che noi giudichiamo molto preoccupante, anche per l'esigenza di austerità imposta dalla crisi del Golfo, noi avremmo voluto una manovra economica che ridistribuisse il costo della crisi sulle varie categorie del paese. Invece, purtroppo, il Governo - a nostro avviso - tende a ripetere lo stesso modello puntando esclusivamente su tasse e tagli, cercando di contenere il debito pubblico, caricando il costo di queste difficoltà a senso unico, solo sui lavoratori dipendenti e sulle fasce più deboli.

Comprendiamo le preoccupazioni per la situazione, siamo coscienti dell'esigenza di scelte, perchè (come è stato detto) il paese è con le spalle al muro e deve operare con coraggio per entrare in Europa. Tuttavia, non accettiamo assolutamente la manovra del Governo che mira a puntare per gran parte dell'operazione su tagli senza pietà, in particolare sulla sanità e sullo stato sociale. Ritengo che questa impostazione sia inaccettabile perchè fa sembrare che in quei settori risiedano tutti i mali della finanza pubblica e che soltanto colpendo lì si può risolvere la voragine del debito pubblico.

Vorrei che non si dimenticasse mai che il debito pubblico si aggira su circa 1.200.000 miliardi; quindi, non è certo raschiando il barile in questi settori che si risolve il problema, ma è necessaria un'operazione più drastica, come per esempio una riforma fiscale più equa e seria che da tempo i sindacati richiedono.

Questo discorso sulla sanità trova anche consensi, a causa di una campagna che ha mirato ad additare alla pubblica opinione la sanità come un settore paragonabile al pozzo di S. Patrizio, fonte inesauribile di sprechi e ruberie, un inutile e fallimentare carrozzone. Abbiamo assistito alla martellante campagna dei mezzi di informazione, alimentata anche dall'azione del Ministro, che oltre ad accreditare quella tesi, annunciava stime economiche fasulle e sfondamenti del tetto di spesa. Non veniva detto che quel disavanzo si conosceva in anticipo ed era già annunciato nel dibattito sulla legge finanziaria, nel momento in cui si denunciava la sottostima del Fondo sanitario nazionale. Credo che ciò si ripeterà anche per la legge finanziaria per il 1991.

Nonostante i dati che sono stati riportati questa mattina dal relatore e dal Ministro, noi vorremmo che fosse raggiunto soltanto un risultato in questa situazione indubbiamente difficile: che ciò non diventi il pretesto per svuotare di fatto la legge n. 833 e ribaltare così il servizio sanitario nazionale, basato su valori che riteniamo ancora validi e che purtroppo vediamo vanificati con la legge di riordino. Da ciò deriva la nostra preoccupazione e la nostra opposizione ai contenuti di quel disegno di legge. Inoltre, riteniamo che in questo settore, in cui si intende andare ad una profonda modifica del sistema del finanziamento (per esempio non più il pie' di lista), si debba procedere dopo una operazione verità sulla vera entità del debito e sull'azzeramento dei debiti pregressi, che non possono essere caricati - a nostro avviso - sulle Regioni, ma devono essere accollati allo Stato. Quindi, si deve procedere ad un riconoscimento del reale fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale, derivante dagli attuali livelli delle prestazioni erogate. Questo deve essere un punto fermo affinché, dopo l'entrata in vigore della riforma della legge n. 833, vi sia l'anno zero del finanziamento della sanità.

Quindi, bisogna dare un'effettiva capacità impositiva alle Regioni, se vogliamo attuare il nuovo meccanismo, in quanto è difficile accollare loro i debiti pregressi, data l'impossibilità di farvi fronte. Infatti, il gettito di tutte le imposte regionali, applicate nella misura massima, sarebbe di 2.000 miliardi circa, che non è certamente una cifra tale da poter far fronte alle esigenze della Regione, e non soltanto nel settore della sanità. Pertanto, a nostro avviso, è questo il nodo di fondo ed il problema politico prioritario per poter girare pagina nell'ambito del settore sanitario e partire con il piede giusto.

Sappiamo tutti, inoltre, che ciò che caratterizza l'economia sanitaria in Italia non è tanto l'incremento della spesa, fenomeno comune a tutti i paesi sviluppati (e, se andiamo a vedere bene la situazione, da noi è più contenuto che altrove), ma la sproporzione crescente tra i mezzi impiegati e la qualità dei servizi e la loro efficacia e la tendenza verso una irresponsabilità generale e l'accentuarsi di sprechi e di ingiustizie. Purtroppo da troppo tempo si parla di sanità solo in termini di cifre e costi e raramente in termini di qualità dei servizi e bisogni degli utenti. È quanto dovremo fare martedì nel momento in cui esamineremo il disegno di legge di accompagnamento alla legge finanziaria e anche in quella occasione purtroppo continueremo a parlare e a discutere soltanto in termini di tagli e di *tickets*. È la solita strada che noi condividiamo. Ne parleremo, comunque, martedì; adesso desidero soltanto anticipare un concetto. Per noi è inaccettabile che venga colpito l'utente, con i soliti balzelli e *tickets* come se fosse lui il colpevole di tutti i mali della sanità, del consumo eccessivo di farmaci, dei troppi esami e di tutto il resto. Ciò è inaccettabile soprattutto quando pensiamo che dovremmo invece intervenire sul medico, sul suo modo di operare, in quanto è lui di fatto l'ordinatore di spesa; è su questo aspetto che bisogna intervenire nel modo più corretto e nel rispetto della sua professionalità.

Anche noi siamo d'accordo che è necessario arrivare, senza indugi, ad una nuova normativa che si dovrà definire con il riordino del Servizio sanitario nazionale. Ciò è necessario soprattutto per dare certezza a chi in futuro dovrà amministrare le nuove unità sanitarie locali riformate. Comunque, a nostro avviso, bisogna mettere in atto, con la nuova normativa o anche prima, provvedimenti che mirino a riorganizzare il Servizio, a coinvolgere gli operatori ed in primo luogo i medici, ad attivare controlli efficaci, tali da migliorare il livello dei servizi e diminuire gli sprechi. Allora, in questa logica, chiedo ancora al Ministro, come ho già fatto in Aula in occasione dell'esame del decreto-legge sul ripiano dei debiti, se, alla luce dei risultati dell'indagine conoscitiva sulla spesa sanitaria svolta nel giugno scorso, non si intenda far tesoro di quanto è emerso, che potrebbe essere una indicazione molto valida per le Regioni e per le unità sanitarie locali per una gestione più razionale e più oculata, sin da adesso (indipendentemente dalla riforma), in quanto per le cifre in gioco permetterebbe di far risparmiare migliaia di miliardi. A tale proposito desidero citare un dato. Dall'indagine che abbiamo svolto a giugno è risultato che nelle unità sanitarie locali che hanno un sistema di controllo, per quanto riguarda il consumo dei farmaci, si è andati da una spesa annua *pro-capite* di 136.000 a 196.000 lire, mentre in quelle senza sistema di

controllo, da 242.000 a 345.000 lire. Ho voluto riportare questo dato per far capire, data la dimensione della spesa per farmaci, il risparmio che potrebbe essere conseguito attuando alcuni meccanismi che, se possono essere realizzati in alcune unità sanitarie locali, possono essere fatti anche in altre.

Signor Presidente, in conclusione, manteniamo le nostre riserve di carattere generale sulla reale copertura di parte della legge finanziaria, come già abbiamo evidenziato nell'ambito di questa Commissione. Inoltre, riteniamo che anche il Fondo sanitario nazionale del 1991, nonostante le considerazioni del Ministro e del relatore, sia sotto-stimato.

Quindi c'è il pericolo che per il futuro dovremo intervenire con alcuni provvedimenti particolari di ripiano.

Per quanto riguarda la tabella 19, dobbiamo esprimere forti riserve. Per tale ragioni preannuncio la presentazione di emendamenti ai singoli capitoli.

TORLONTANO. Devo esprimere soddisfazione per gli stanziamenti del fondo speciale per il provvedimento sulla distribuzione del sangue e degli emoderivati, ma devo anche constatare che nel disegno di legge finanziaria sono stati eliminati gli stanziamenti del fondo speciale di parte corrente per il disegno di legge sui trapianti e per la sperimentazione sugli animali. Per quest'ultimo teniamo presente che in alcuni settori non si può fare a meno di usare gli animali per la sperimentazione, se si vogliono fare dei passi in avanti nella ricerca e nella cura di talune patologie.

Ma vorrei soffermarmi soprattutto sul problema dei trapianti, perchè è un problema di notevoli dimensioni nel nostro Paese. Vi sono migliaia di pazienti in attesa del trapianto di rene, per esempio, e anzichè un aumento del numero dei trapianti effettuati vi è una continua diminuzione, con un conseguente aumento dei pazienti che devono fare uso di emodialisi. In Europa siamo il paese con il maggiore numero di reni artificiali, quindi con il maggiore numero di persone che ricorrono alle emodialisi. Questo, naturalmente, comporta un incremento dei costi e delle sofferenze per gli emodializzati. L'attesa per il trapianto di rene credo sia ormai arrivata agli otto anni; teniamo presente che una persona in emodialisi da due anni già costa all'incirca quanto una persona che effettua il trapianto di rene.

Ripeto, questo dei trapianti è un problema gravissimo e la soppressione della copertura relativa al provvedimento che dovrebbe disciplinare il settore la ritengo assurda e inopportuna.

CONDORELLI. Desidero ringraziare il collega Melotto per l'ottima e chiara relazione svolta.

Ritengo fondamentalmente valida la manovra del Governo, che tende ad una contrazione della spesa in un settore in cui evidentemente, come affermava anche l'ex ministro della sanità Donat-Cattin, si registrano taluni sprechi.

Devo però esprimere alcune perplessità. La prima è che i risparmi vengono generalmente realizzati attraverso l'applicazione di oneri sugli assistiti, e su questo concordo con quanto affermava il collega Meriggi,

anche se spesso questi sprechi sono da imputare ai medici. È anche vero che l'attuale meccanismo introdotto con il medico di base spesso rende quest'ultimo succube dell'assistito, per cui il medico viene indotto a prescrivere farmaci e prestazioni inutili per le pressioni dello stesso assistito. Sarebbe quindi opportuno rivedere il meccanismo introdotto per la medicina di base e mettere un po' d'ordine in questa materia.

La seconda perplessità si ricollega con quanto affermato questa mattina dal Ministro. Egli infatti ha dichiarato che le Regioni, nel valutare la spesa, hanno quasi certamente gonfiato eccessivamente le cifre. A questo punto però se effettivamente i bilanci di previsione delle Regioni non sono reali, questo può solo significare che le Regioni non sono più in grado di stimare il reale fabbisogno, e questo è molto grave secondo me, perchè denota una carenza amministrativa a livello regionale. Sarebbe opportuno che nel decreto sui comitati di gestione delle unità sanitarie locali si tenga conto anche di questo problema, inserendo nelle amministrazioni regionali del personale adeguatamente qualificato, in modo che le Regioni siano poste nelle condizioni di fornire dati attendibili di previsione di spesa. Devo esprimere però anche il timore che la stima del fabbisogno fatta dalle Regioni sia reale, in tal caso il problema sarebbe di una gravità estrema e non sarà facile porvi riparo.

Nonostante queste perplessità preannuncio che voteremo a favore del disegno di legge finanziaria.

Un'ultima questione sulla quale anch'io devo esprimere preoccupazione - e in questo concordo con quanto sosteneva il collega Torlontano - è quella relativa alla soppressione della copertura per il disegno di legge sui trapianti d'organo. È un problema enorme: ancora siamo senza una legge. A tale proposito desidero ricordare ai colleghi che proprio in questi giorni ci sarà una riunione dei rappresentanti della maggioranza. Il presidente Zito ha già sottolineato in maniera energica questa carenza: non soltanto manca una legge, ma addirittura sono stati distolti i finanziamenti. Tutto ciò mi sembra molto grave. Allora forse sarebbe necessario colmare questa situazione presentando un emendamento oppure un ordine del giorno. È necessario trovare i fondi perchè mancano proprio i finanziamenti che sono molto utili.

ALBERTI. Signor Presidente, devo dire innanzi tutto che condivido le considerazioni e le valutazioni politiche del senatore Meriggi sul disegno di legge finanziaria. In effetti, sembra che quest'anno la somma stanziata sia molto vicina alle previsioni. Poi, di fatto, come si vanno ad accertare gli stanziamenti e i meccanismi di formazione del Fondo sanitario nazionale, ci si accorge che la somma è frutto di un criterio che è sempre lo stesso: si tratta di previsioni poco probabili e comunque di ulteriori tagli che graveranno, per il costo della sanità pubblica, sui malati e sulle classi più povere.

Inoltre, desidero fare alcune considerazioni sulle proposte del senatore Condorelli. Quando si è parlato di commissariamento delle unità sanitarie locali, ho detto che potremmo approfittare di questo periodo di transizione per accertare con sicurezza quale è il reale *deficit* di queste e come si formano i disavanzi. Alcune volte si formano per sottostime del fondo, più raramente - a mia avviso - per malversazioni

(infatti le cifre in ogni caso sarebbero modeste rispetto ai grossi disavanzi del Servizio sanitario nazionale) e infine per quei meccanismi contabili a cui si è riferito il Ministro. Comunque, questa situazione andrebbe accertata definitivamente.

L'altra osservazione che condivido del senatore Condorelli e del senatore Torlontano è quella che riguarda il disegno di legge sui trapianti. Bisogna prendere una ferma posizione nei confronti dei colleghi della Camera dei deputati. Mi è stato detto che, a prescindere dalle diverse perplessità, si è manifestato un certo consenso sulla prima parte del disegno di legge; allora è necessario fare delle controproposte o quanto meno muoversi in tal senso. Infatti, l'esame di questo disegno di legge ormai è fermo da tanto tempo (non si capisce il motivo), con grave turbamento delle famiglie e dei pazienti e anche con nostro disagio in quanto non sappiamo in effetti come affrontare il problema. La Camera dei deputati non ha risposto ad una nostra proposta che andava valutata dopo una discussione.

Per quanto riguarda la spesa tendenziale per il 1991, svolgerò alcune brevi considerazioni sui risparmi che intende realizzare il Governo attraverso questa manovra. È stato detto che c'è la possibilità di risparmiare 700 miliardi in relazione al personale. La stima prevista sarebbe di 88.000 miliardi; se togliamo i 6.000 miliardi a carico del Tesoro, per quanto riguarda il contratto, arriviamo a 82.000 miliardi; se togliamo 1.600 miliardi per le unità sanitarie locali, mi sembra che la stima stanziata dovrebbe essere di 80.400 miliardi.

MELOTTO, *relatore alla Commissione*. La manovra di contenimento e di risparmio dovrebbe essere di 6.650 miliardi.

ALBERTI. Senatore Melotto, a tale proposito desidero avere alcuni chiarimenti ed esprimere qualche preoccupazione e raccomandazione. Il risparmio di 700 miliardi dovrebbe essere conseguito con la riduzione degli straordinari, della pronta disponibilità e degli incentivi per il personale. Per quanto riguarda gli incentivi, credo che si possano ottenere dei buoni risultati per il fatto che il contratto prevede un aumento dell'orario di lavoro. Invece, non sono d'accordo sullo straordinario. Sicuramente si sono registrate delle anomalie nella concessione degli straordinari ed è per questo motivo che sono assolutamente contrario allo straordinario facoltativo, quello che viene richiesto dal personale sanitario, in alcuni ospedali addirittura a ruota libera, e che viene pagato a pie' di lista - come diciamo noi amministratori - ed è quanto è capitato nella mia USL. Tuttavia, mi preoccupa il fatto che lo straordinario venga eliminato e mi riferisco non a quello facoltativo, ma a quello obbligatorio. In sostanza, la mia preoccupazione è in relazione ai turni di guardia e a quelli di pronta reperibilità. Le ore destinate ai turni di guardia, specialmente quelle notturne, sono difficilmente recuperabili nell'ambito dell'orario generale in quanto i medici fanno turni di guardia a rotazione. In questa situazione è difficile che tutti i medici siano presenti nello stesso momento nel reparto. Questo è un problema che bisogna affrontare. Per questo motivo non possiamo sopprimere lo straordinario o ridurlo. Certamente si può fare dell'economia sullo straordinario, anche su

quello obbligatorio, festivo e notturno. Comunque, è difficile accorpate i gruppi dei reparti; anche realizzando una guardia di dipartimento è difficile evitare che la guardia notturna venga frazionata in più reparti. Sono tutti aspetti che in questo caso hanno una scarsa rilevanza, ma che di fatto hanno una forte incidenza nella funzionalità e nell'assistenza ospedaliera.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica il Ministro ha detto che si possono risparmiare 1.750 miliardi e ciò dovrebbe avvenire attraverso la revisione delle esenzioni dai *tickets* per patologie; su ciò devo dire subito che non sono favorevole.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Su questo aspetto la Commissione si esprimerà; già è stato mandato il parere del Consiglio superiore di sanità.

ALBERTI. Quel decreto venne chiesto da questa Commissione al Ministro di allora, onorevole Degan, il quale lo concesse dopo una lunga discussione avvenuta sia in Commissione che in Assemblea; ho portato con me i resoconti di tale discussione.

Comunque mi pare difficile e improbabile che si possa ottenere un grande risparmio con la riduzione delle esenzioni dai *tickets* per patologie e per fasce di reddito, perchè a proposito di queste ultime, in Italia e soprattutto nel Sud, sono numerosi i cittadini che rientrano nelle fasce di reddito con diritto all'esenzione. Non bisogna prendere ad esempio i comuni della Lombardia o del Piemonte, ma andiamo a guardare il reddito *pro capite* di numerosi comuni del Mezzogiorno e ci renderemo conto che non sarà possibile avere dei grossi risparmi in questo settore. Certo, anch'io ho sorriso stamattina quando il collega Melotto ha riferito che a Mesagne il 61 per cento circa della popolazione è esente dai *tickets*, ma questo è uno dei pochi casi in cui i dati possono essere superiori a quelli reali. In numerosi altri casi i cittadini che hanno diritto all'esenzione sono realmente in una percentuale assai elevate.

Una questione sulla quale vorrei dei chiarimenti da parte del Ministro riguarda la previsione di una riduzione delle degenze nelle cliniche convenzionate, da cui ci si attende risparmi per 400 miliardi di lire. Come si pensa di giungere a risparmiare una somma di questo genere quando ancora oggi, perlomeno nella mia zona, vi è una caduta della ospedalità pubblica? Ma anche in altre zone, non credo che gli ospedali siano diventati improvvisamente dei luoghi confortevoli e ben attrezzati per meritare di essere scelti dai cittadini. Come può la gente rinunciare alle cliniche convenzionate nella situazione in cui si trovano oggi gli ospedali pubblici? La manovra del Governo è stentata e porterà solo ad una riduzione dei livelli di assistenza negli ospedali pubblici, quindi è molto probabile che le degenze nelle cliniche convenzionate continueranno ad aumentare in maniera esponenziale, specie se consideriamo che il contratto concluso dal Governo non può certo produrre un aumento della produttività negli ospedali pubblici, sia da parte dei medici sia da parte del restante personale. Quindi la manovra del Governo sarà realizzabile solo sulla carta e la situazione finanziaria si farà così pesante che troveremo il pretesto per scaricare, ancora una

volta (soprattutto per quanto riguarda la spesa farmaceutica) gran parte delle spese sulla gente. Se si considerava il problema in una visione più ampia, per esempio con una metodologia diversa nella gestione delle unità sanitarie locali, forse qualcosa di positivo si poteva realizzare per migliorare la sanità pubblica.

Quelli che ho espresso sono i miei rilievi e la mia posizione nei confronti dei provvedimenti al nostro esame.

VENTRE. Signor Presidente, molto brevemente devo dire che concordo con il collega Alberti quando affermava che vi è una caduta della ospedalità pubblica; egli parlava della sua zona, ma devo aggiungere che questo avviene in tutto il Mezzogiorno. A questo proposito vorrei invitare il senatore Alberti a votare il mio emendamento presentato al disegno di legge di riordino del Servizio sanitario nazionale. In tale provvedimento è stato introdotto dalla Camera dei deputati un meccanismo che prevede negli ospedali a gestione diretta e convenzionati una quota non superiore al 10 per cento dei posti letto per la istituzione di camere a pagamento. Ebbene, con il mio emendamento invece propongo di fissare tale quota in misura non inferiore al 10 per cento, perchè con il meccanismo previsto in tale disegno di legge si verrebbe a creare una medicina per i ricchi ed una per i poveri. Mi auguro che lei, senatore Alberti, darà il suo consenso su questo emendamento da me presentato.

ALBERTI. Posso dichiarare che sono disponibile a discuterne, senatore Ventre, a prescindere da ogni ideologia politica.

DIONISI. Signor Presidente, onorevole Ministro, colleghi, intervengo nel dibattito per svolgere alcune considerazioni di carattere generale. Mi sembra che la discussione che si è sviluppata fino ad ora abbia del «già visto». Sono andato a consultare i verbali dell'esame dei documenti di bilancio del 1987, del 1988 e del 1989 e posso dire che gli interventi di allora potrebbero benissimo riferirsi anche alla discussione di oggi. Il relatore ed il Ministro potrebbero obiettare che, siccome la situazione non cambia, è obbligatorio e necessario che sia così. A mio avviso, anche questa volta ci troviamo di fronte alla stessa sottostima del Fondo sanitario nazionale; essa varia quantitativamente, ma il meccanismo e gli effetti sono sempre gli stessi. L'unica differenza è che, in passato, gli effetti della sottostima venivano scaricati sulle unità sanitarie locali e quindi sui cittadini, mentre oggi si scaricano sulle Regioni (e perciò sulle aziende se la legge di riordino riesce ad essere approvata) e ugualmente sui cittadini come inefficienza e disagi.

Il senatore Melotto, durante il proprio intervento, ha sottolineato che la finalità del disegno di legge finanziaria è quella di ridurre il disavanzo, l'inflazione e di farci entrare in Europa. A tale proposito, vanno fatte alcune considerazioni di carattere generale. Onorevoli colleghi, il Governo non ha più molta credibilità per diversi motivi. Non voglio fare riferimento ad episodi che c'entrano poco con il settore della sanità, tuttavia devo sottolineare che vi sono alcune turbative nella vita istituzionale che portano questo Governo ad essere apparentemente forte (oserei dire quasi autoritario) e proprio in quanto tale meno

credibile. È meno credibile anche rispetto alla presente manovra finanziaria. I fatti dimostrano che in questi anni si è optato per la scelta degli sperperi e della gestione allegra ed irresponsabile e non si è approfittato di un periodo di congiuntura positiva per modificare le strutture e per modernizzare l'apparato produttivo ed i servizi. Al contrario, sono state fatte le scelte che potevano alimentare il sistema di potere ed aumentare il consenso della maggioranza.

Se oggi effettivamente sono necessari dei sacrifici, ritengo che la scarsa credibilità del Governo non possa favorire la partecipazione dei cittadini a tale scelta, tanto più quando i sacrifici non sono distribuiti con equità tra le varie categorie. Ciò è dimostrato dal fatto che negli ultimi tempi si è verificata una ripresa della protesta da parte di diverse organizzazioni e di vari strati sociali, una protesta che non sempre è stata guidata dall'opposizione, definita «truculenta» e «vetero-comunista».

CONDORELLI. Chi l'ha detto?

DIONISI. Qualcuno lo dice. È stata commentata in questo modo l'ultima manifestazione organizzata dal Partito comunista italiano relativa alla vicenda «Gladio». In una manifestazione sostanzialmente pacifica, si sono rivisti i poliziotti schierati con i mitra verso la gente come non si verificava più da almeno quindici anni.

Tornando al nostro tema: la manovra che ci è stata presentata è inefficace ed ingiusta e non è ispirata al rigore. Valga come esempio tra tanti lo sperpero di denaro pubblico per organizzare i Campionati mondiali di calcio, l'ultima grande abbuffata di qualche mese fa. Ci siamo divertiti, ma tutta l'operazione è stata in perdita. Sono state costruite strutture sportive invece di quelle produttive.

PERINA. Sono state realizzate anche delle opere importanti e necessarie.

DIONISI. Non tutto quello che è stato fatto era necessario. Vogliamo confrontarci seriamente sulla manovra finanziaria e sui problemi ed avanzare le nostre proposte che sono alternative rispetto alle scelte che sono state fatte sia sul terreno generale che in materia sanitaria.

Ancora una volta è stata riproposta una manovra economica restrittiva, che non affronta i nodi strutturali della spesa pubblica e le cause dagli sprechi e dell'inefficienza. È stata abbandonata definitivamente qualsiasi scelta programmatica; le risorse disponibili vengono finalizzate non per la modernizzazione e la umanizzazione delle strutture e dei servizi, ma per alimentare il sistema di potere.

Le scelte di fondo che noi contrasteremo, non soltanto qui in Senato, ma anche nel paese, sono quelle che continuano sulla strada degli interventi a pioggia, della logica dell'emergenza e della sottostima, che continuano a far convivere un sistema produttivo, un apparato amministrativo e servizi sociali arretrati con alti costi, che continuano a considerare l'erogazione di servizi non come diritti dei cittadini ma come privilegi e merce di scambio per costruire il consenso. La spesa

pubblica incontrollata e la inefficienza dei servizi pubblici sono due nodi strutturali del sistema di potere di questa maggioranza.

I costi vengono ancora scaricati sui più deboli, come diceva giustamente il senatore Meriggi, attraverso i *tickets*, il mantenimento di un sistema fiscale insopportabilmente ingiusto e soprattutto attraverso una tale inefficienza dei servizi erogati da costringere gli utenti ad ulteriori spese per rivolgersi alle strutture private.

Vi accingete a smantellare lo stato sociale proprio mentre la minaccia di recessione, che si potrà combinare in maniera perversa con l'inflazione, diminuisce le garanzie dei cittadini più deboli. «La festa è finita» e il conto viene presentato a coloro che stavano fuori a guardare invece che a quelli che se la sono goduta. Tutto ciò avverrà, come diceva ancora il senatore Meriggi, anche con il consenso di chi dovrà poi sopportare questo peso, un consenso estorto - siamo veramente in una democrazia formale - con un argomento molto subdolo e sottile: il sacrificio è necessario perchè potrebbe verificarsi il peggio. E in qualche modo questo vostro argomentare ha successo, fa presa anche negli strati sociali più deboli. È già accaduto in occasione del *referendum* del 1985 sulla scala mobile, quindi può accadere - mi auguro di no - anche in questa fase. I cittadini subiranno ed accetteranno ancora sacrifici. Ma fino a quando? State attenti a non tirare troppo la corda.

Il settore in cui più evidenti sono le storture e le contraddizioni è sicuramente quello sanitario. Non potete venire a dire che i mali della sanità vi hanno convinto della necessità di un cambiamento, perchè con questa legge di riordino i cambiamenti sono peggiori del male.

Abbiamo ancora la speranza che una vostra riflessione critica sulle proposte che ci presentate possa portarvi a riconsiderare le vostre scelte.

Il ministro De Lorenzo non perde mai occasione per ripetere in questa Commissione, ma anche alla stampa, che la spesa sanitaria non può essere una variabile indipendente. Questo non lo si può negare, però rifiutiamo il principio che, parlando di salute, le scelte debbano essere condizionate dalle logiche del Tesoro. Questo non significa ovviamente che rifiutiamo un suo tentativo di razionalizzare e migliorare il servizio. Noi siamo convinti che questo sia ormai un dovere non dilazionabile e perciò avanza delle proposte capaci sia di contenere la spesa sanitaria che di razionalizzare e migliorare il servizio garantendo così il diritto alla salute dei cittadini.

Entrando brevemente nel merito delle questioni, non si ripeterà mai abbastanza che i costi del nostro sistema sanitario non sono patologici se confrontati con i costi delle altre nazioni sviluppate come la nostra. D'altra parte l'incidenza della spesa sul prodotto interno lordo è tra le più basse dei paesi europei. Ciò che è intollerabile è il rapporto tra la spesa e l'efficacia del servizio. È per questo motivo che proponiamo la fiscalizzazione del Fondo sanitario ad una riforma fiscale organica, che faccia giustizia attraverso l'imposizione sui redditi e l'allargamento anche della base imponibile, sopprimendo i contributi sanitari a carico delle imprese e dei lavoratori e sostituendoli con una imposta sul valore aggiunto destinata ai consumi finali, con la introduzione della tassazione a fini ecologici, con una riforma della

imposizione indiretta che introduca l'aliquota normale dell'IVA e con una coerente riforma della finanza locale.

Riteniamo che vada anche recuperata una logica di programmazione attraverso il piano sanitario nazionale ed i piani sanitari regionali.

PRESIDENTE. Le ricordo, senatore Dionisi, che il tempo a sua disposizione è scaduto.

DIONISI. Mi sto avviando alla conclusione, signor Presidente. Ho voluto accennare brevemente agli argomenti che poi svilupperemo meglio in Commissione bilancio e in Assemblea quando illustreremo i nostri emendamenti.

Quindi recuperare una seria programmazione anche attraverso la fissazione di *standards* a fronte di risorse certe; responsabilizzare gli operatori e gli utenti; individuare precisi centri di spesa e oggettivi meccanismi di controllo e riproporre, ancora una volta, una cultura ed una pratica sanitaria totalmente alternativa a quella che ispira la vostra proposta, che privilegi la prevenzione sulla cura e la diagnosi costosa, che privilegi la diffusione dei servizi territoriali, dove si esprime il bisogno dei cittadini, sulle strutture che vengono abitualmente definite autoreferenti più finalizzate alle esigenze del profitto e dei lavoratori che vi operano che alla salute dei cittadini.

PERINA. Vorrei accennare brevemente al problema relativo alla spesa farmaceutica. Poichè sono giusti i dati riportati sulle unità sanitarie locali sottoposte a controllo e su quelle non sottoposte a controllo (con il cento per cento di differenze in alcuni casi), desidero suggerire al Ministro di usare parte di quei 76 miliardi, di cui si parlava prima, per il Servizio informativo sanitario, per rendere obbligatorio il controllo dei farmaci nelle varie unità sanitarie locali. Si tratta di un controllo già collaudato, che viene svolto per principi attivi, per farmaci e per medici; in tal modo sarebbe facile capire quali sono le zone ove è presente un eccessivo divario. Questo è un sistema, ripeto, già collaudato, che se venisse attivato su tutto il territorio nazionale consentirebbe un notevole risparmio nel campo della spesa farmaceutica.

Vorrei fare ora una breve riflessione sulla annosa questione della incomprimibilità della spesa sanitaria pubblica. Devo constatare che se da un lato vi è questa incomprimibilità della spesa pubblica, dall'altro lato vi è un contestuale aumento della spesa sanitaria privata. Probabilmente in questo meccanismo esiste una certa responsabilità degli operatori sanitari. Allora, non capisco perchè non si coglie l'occasione per abbandonare ogni burocratismo. Per esempio la questione del flusso orario e delle ore straordinarie non è altro che un riconoscimento «naturale» di un lavoro non svolto. Questo è nella realtà quanto avviene. I dipendenti dei comuni si riconoscono del lavoro straordinario che poi non fanno, perchè sindacalmente è stato acquisito questo fatto. Allora non capisco per quale motivo parte dei 20.000 miliardi che vengono spesi per la sanità privata non possano essere recuperati, soprattutto nel momento in cui definiamo le unità sanitarie locali come aziende.

Il problema è che la professione di medico deve rendere al medico e alla azienda che gli dà il lavoro, il titolo e la carriera. Questa sarebbe una vera e propria inversione di tendenza rispetto alle irresponsabilità complessive che non sono solo dei politici. Si trova sempre questo capro espiatorio e si continua contro quest'ultimo, mentre la nebbia delle irresponsabilità continua ad essere diffusa soprattutto a livello degli operatori (e lo sa benissimo chi ha lavorato nell'ambito ospedaliero). Se realizziamo una riacquisizione di responsabilità diretta da parte degli operatori, ritengo che la cosiddetta incongruità della spesa potrebbe diventare un'altra cosa e potremmo forse effettivamente far conseguire delle entrate alle unità sanitarie locali, entrate che non vediamo all'orizzonte in nessun'altra maniera.

AZZARETTI. Signor Presidente, mi ero ripromesso di non intervenire in questo dibattito anche perchè quanto è stato osservato è quello che sostanzialmente viene detto ogni anno. Ci sono i soliti ritornelli, quasi che l'esame del disegno di legge finanziaria rappresentasse l'occasione ed il momento per sfogarsi. Tuttavia, dopo aver ascoltato i colleghi, a costo di ripetermi, devo far presente ancora una volta la mia opinione.

Innanzitutto devo dire che mi trovo a disagio, per la semplice ragione che vivo l'esperienza da entrambe le parti e, quindi, oggettivamente è poi difficile conciliare le diverse posizioni. Comunque, alla luce di quanto ho ascoltato in questi anni in Senato, mi convinco sempre di più che se la riforma, alla quale ho creduto e continuo a credere, non fosse stata realizzata e fosse stata semplicemente attribuita all'INAM l'assistenza sanitaria per tutti i cittadini, con tutta probabilità oggi non ci troveremmo in questa situazione. In continuazione ripetiamo la stessa cosa: mancano i controlli. Se c'era un compito che l'INAM svolgeva correttamente era proprio quello del controllo. In ogni sede, non dico provinciale, ma periferica, c'era un medico *ad hoc* dell'INAM che controllava quotidianamente l'andamento delle spese, non soltanto farmaceutiche, ma anche in relazione ai ricoveri ospedalieri, alle visite specialistiche, e se accertava che un medico usciva dalla «media» lo mandava a chiamare e gli chiedeva spiegazioni; se queste ultime non erano soddisfacenti lo pregava di ritornare in media entro otto giorni, altrimenti veniva «espulso» dal convenzionamento. Con la riforma questo meccanismo è stato eliminato. È questo un aspetto fondamentale ed io continuo a dire che la responsabilità non è tanto della periferia e neanche della Regione, ma è del livello nazionale. Con l'attuale andamento della spesa storica e del pagamento a pie' di lista, quale presidente di USL o quale assessore regionale pone dei limiti? Sono stato presidente di una USL di oltre 150.000 abitanti. A fine anno, dal momento che gli accrediti avvengono saltuariamente, mi sono trovato con 1.500.000.000 di «economie». Cosa fare? Mi sono consultato con gli altri che mi hanno detto: «Fai come fanno tutti; cerca di "camuffare" le spese, altrimenti l'anno successivo ti danno il bilancio dell'anno precedente, decurtato del risparmio ed aumentato dell'inflazione». Questo è quanto è successo su tutto il territorio nazionale. Sono convinto che, se applichiamo l'articolo 1 del disegno di legge di riordino del Servizio su tutto il territorio nazionale, il problema si

risolverebbe automaticamente (bisogna dare a ciascuno quanto gli spetta in maniera che questi possano gestire la situazione, risparmiare, eccetera). In questo modo per forza le Regioni dovranno procedere ad un controllo, altrimenti saranno loro a dover coprire il debito. Inoltre, le unità sanitarie locali avranno la certezza di poter investire il proprio risparmio.

Onorevoli senatori, dobbiamo uscire dall'ambiguità in cui continuiamo a dibatterci. Personalmente ho sempre sostenuto che se è questa la filosofia, e mi sembra che lo sia, probabilmente nel 1991 si ripeteranno le anomalie che si sono verificate in tutti questi anni, in quanto la ripartizione del fondo avviene ancora in base al vecchio sistema. Non mi stupisco del fatto che le Regioni abbiano fornito dei dati gonfiati al Ministro, per il semplice motivo che se poi vedessero accolte le proposte che sono state fatte, potrebbero non partecipare al ripiano del debito nella misura che è stata concordata. Non c'è dubbio, però, che queste anomalie si ripeteranno inevitabilmente se i meccanismi del 1991 saranno quelli degli anni precedenti, anzi con tutta probabilità il rischio che corriamo è che siano addirittura peggiori.

Non si può dire, a mio avviso, che il Fondo sanitario nazionale quest'anno sia stato sottostimato; ritengo che sia abbastanza equo e mi sento ottimista, anche se sono convinto che, con uno stanziamento di 72.000 miliardi, potremmo avere una sanità migliore. Il problema è che continuiamo a dire che bisogna introdurre dei meccanismi di controllo, però non lo facciamo e introduciamo invece degli elementi disincentivanti per il controllo stesso. Per esempio, non riesco a capire per quale motivo continuiamo a insistere sulla scelta dei *tickets*. A tale proposito condivido quanto hanno sostenuto i senatori Condorelli e Meriggi sulla questione dei *tickets*: alla fine il capro espiatorio di tutti i mali del nostro paese è sempre il «povero diavolo» che si ammala veramente. Noi continuiamo a parlare di azienda; diamo all'azienda quanto gli compete e poi essa si regoli di conseguenza!

Per quale motivo dobbiamo stabilire che bisogna applicare un *ticket* omogeneo su tutto il territorio nazionale? Alcune Regioni potrebbero anche decidere di non applicare i *tickets*, perchè hanno risparmiato da qualche altra parte. La competitività aziendale si deve verificare nel modo di gestire l'azienda! Ho invece la sensazione che si vuole imporre una tutela, immaginando che a livello periferico siano tutti incapaci o pronti a ordire cose illecite. Questo non è vero, ma siamo noi che, imponendo vincoli senza regole, creiamo a livello periferico il disinteresse e facciamo quasi sorgere il desiderio di sfidare lo Stato, con un conseguente comportamento inadeguato.

Credo che se riuscissimo a stabilire delle regole e a rendere effettiva l'autonomia e la responsabilità di cui tanto parliamo, probabilmente renderemmo più efficaci le aziende periferiche. Se queste, infatti, sapessero di poter investire l'eventuale risparmio, forse riuscirebbero ad ottenere dei buoni risultati. Secondo me dovrebbe essere esaltato e rivisto soprattutto il meccanismo delle compensazioni, perchè se tutto va a finire nel «calderone» nazionale, l'anno prossimo ci troveremo qui a ripetere nuovamente le stesse cose. Probabilmente continueremo a ripeterle, perchè esiste una sorta di condizionamento psicologico: da una parte desideriamo che le cose vadano bene, dall'altra, nei comportamenti, facciamo di tutto perchè le cose vadano male.

Mi auguro che, almeno durante la discussione del disegno di legge di riordino, questi concetti vengano chiariti, in modo da risolvere alcuni problemi fondamentali.

Anch'io condivido le affermazioni dei colleghi Perina e Ventre sulla necessità di ampliare al massimo lo spazio della professione negli ospedali. In tal modo non vi sarebbe più bisogno di incentivazioni, di lavoro straordinario, nè di tutti i balzelli che hanno creato solo distorsioni. Vi è solo bisogno di alcune regole chiare e precise, ma attuabili, questa è la via da seguire. Il problema è che quando ne discutiamo fra noi ci convinciamo che questa è la strada giusta, quando si tratta poi di mettere in pratica e seguire questa via a livello istituzionale, subentrano problemi soprattutto di natura ideologica che non favoriscono la soluzione di queste problematiche. Invece la sanità necessita di azioni concrete, di soluzioni reali e non certo di discussioni ideologiche che non portano a niente di buono.

MERIGGI. Signor Presidente, vorrei chiedere al Ministro di dare comunicazioni in ordine alle iniziative, eventualmente assunte dal Governo, sul riordino della Croce rossa italiana.

PRESIDENTE. Su questo problema le risponderà il Ministro durante la sua replica, senatore Meriggi.

Dichiaro chiusa la discussione.

MELOTTO, *relatore alla Commissione*. In genere quando i documenti di bilancio ci giungono in seconda lettura, la discussione è sempre più attenuata e si tende ad approvarli così come ci pervengono dalla Camera dei deputati, che li ha approvati e modificati in prima lettura. Ritengo però che quest'anno vi è anche un altro motivo che ci spinge a non modificare questi documenti, ed è costituito dal fatto che occorre inquadrare la discussione di tali documenti nella situazione complessiva.

Per quanto riguarda la discordanza delle cifre fra Regioni e Ministero della sanità sarebbe opportuno un serio e reale confronto.

Per ciò che concerne il Fondo sanitario nazionale, secondo me questo dovrebbe essere congruo se la manovra contenuta nel disegno di legge n. 2509 sarà approvata anche dal Senato.

Come abbiamo sottolineato anche durante la discussione del disegno di legge di riordino, è necessario prevedere ogni anno una verifica dell'andamento della spesa sanitaria, mettendo a confronto i dati delle Regioni e quelli del Ministero. In questo modo verranno responsabilizzate anche le Regioni, che staranno più attente ad evitare le omissioni e gli sprechi, perchè anche nella sanità come in altri settori queste cose possono essere presenti, se non si fanno dei controlli seri. Quindi concordo con quanto affermavano i colleghi Azzaretti e Perina su questo punto. Per quale ragione i controlli sono stati attivati solo in poche unità sanitarie locali? Forse perchè è più comodo lasciare che le cose vadano come vanno.

BERLINGUER. Più probabilmente perchè il controllo non porta voti.

MELOTTO, *relatore alla Commissione*. Collega Berlinguer, approfittando della sua interruzione per portare un esempio. Nella USL cui appartengo esiste un farmacista-capo che ha sempre avuto il «pallino» del controllo delle prescrizioni fatte dai medici.

Ebbene, rispetto ad altre unità sanitarie locali della mia regione, in questa si spende meno, e vi assicuro che questo non influisce sui voti; viene semplicemente adottato un sistema che evidentemente funziona, perchè il medico si sente in qualche modo controllato nella prescrizione dei farmaci, quindi lo fa con maggiore attenzione, a differenza di quello che avviene in altre sedi.

Ritengo che tutto sommato abbiano delle motivazioni anche gli amministratori, contro il parere di chi vuole limitare l'autonomia e la libertà. Forse sarebbe opportuno fare un bollettino informativo che mensilmente descriva a tutti i medici che cosa hanno ordinato, che tipo di medicinale, la qualità e il prezzo. Potrebbe essere una reciproca informazione che autolimita in relazione a delle prescrizioni che a volte sono dubbie.

Le Regioni, in fin dei conti, non possono gestire la sanità come se fosse un qualcosa di dovuto, perchè tanto c'è sempre qualcuno che paga. Le Regioni devono riappropriarsi di questo settore e governarlo sia nell'evoluzione che nei tagli necessari. Chiudere un ospedale non è difficile; rappresenta, però, un fatto non di poco conto. Ultimamente sto seguendo, attraverso il sindaco di San Felice sulla Padana, in Emilia Romagna, la chiusura dell'ospedale, dove vengono tenute assemblee tre volte alla settimana. Piano piano, si sta arrivando alla conclusione che bisogna chiudere quell'ospedale perchè comporta una inutile spesa in più e l'ospedale vicino può garantire gli stessi servizi ad un più alto livello o quanto meno allo stesso livello.

Comunque, la verifica che con la legge di riordino si farà il 31 luglio, per attestare, finalmente in modo serio, la quantità del fondo che deve essere disponibile, credo che rappresenti un salto di qualità.

Per quanto riguarda il provvedimento sui trapianti, già questa mattina ho segnalato tale questione ai colleghi (in quanto mi sembrava doveroso farlo) e ho confermato la non disponibilità della Camera. Comunque, ritengo che come abbiamo trovato una disponibilità da parte dei rappresentanti della Camera dei deputati per il provvedimento sulle trasfusioni, la troveremo pure sui trapianti, anche se ho l'impressione che una simile iniziativa dovrà partire da questa Commissione. Non dico che il Presidente debba fare un richiamo, che non è nelle nostre competenze, ma un caldo invito va rivolto all'altro ramo del Parlamento per superare quei momenti di disquisizione da Azzecagarbugli rispetto ad un problema che oggi deve essere affrontato. Spero che il Ministro si faccia carico di tale questione. Uno dei primi provvedimenti che abbiamo approvato in questa legislatura è stato proprio quello sui trapianti, il cui esame è bloccato presso l'altro ramo del Parlamento. Ritengo che l'esperienza scientifica che oggi abbiamo acquisito in tale materia possa consentirci di fare un passo in avanti nel nostro Paese, approvando quel provvedimento e, soprattutto, sapendo cogliere la solidarietà della gente che si manifesta con la donazione.

Per quanto riguarda la questione della riduzione dello straordinario, devo dire al senatore Alberti che nutro le sue stesse perplessità.

Tuttavia, come ha detto giustamente il senatore Perina, se analizziamo la situazione delle unità sanitarie locali o delle Regioni e vediamo come viene amministrato lo straordinario, ci rendiamo conto come in alcune realtà esso raddoppia il trattamento economico. Non penso che ci siano delle persone che debbano lavorare il doppio di altre; infatti, se analizziamo la qualità dei servizi che viene erogata, vediamo che non è corrispondente. Allora, queste situazioni debbono cessare. Ultimamente è stato concluso un contratto che, rispetto alla situazione generale del paese, è abbastanza avanzato; per esempio, i metalmeccanici non sono riusciti a firmare un contratto come quello per la sanità. Allora non è pensabile che attraverso straordinari e incentivazioni, indipendentemente dalla produttività e dalla qualità della prestazione, si possa ottenere tacitamente la triplicazione o quanto meno la duplicazione del trattamento economico. Alla fine è la comunità che paga questi costi, è la gente più debole. Inoltre, dobbiamo tener presente che il contratto prevede un aumento delle ore lavorative da 36 a 38 ore settimanali; e queste due ore moltiplicate per un certo numero di persone, non possono essere ininfluenti rispetto allo straordinario che prima veniva erogato, altrimenti anche questa diventerebbe un'operazione-finzione che non serve a niente.

Prima di concludere il mio intervento devo dire al senatore Dionisi che questa discussione non ha del «già visto». Innanzi tutto dobbiamo tenere presente che l'esame dei documenti di bilancio è in seconda lettura presso il nostro ramo del Parlamento e che poi, indubbiamente, quest'anno sono in discussione provvedimenti molto importanti, come il disegno di legge di riordino del servizio sanitario con il quale, a prescindere da chi è più o meno convinto, posso dire tranquillamente che i rimedi non saranno peggiori. Se la situazione non cambia, sono sempre più convinto che ci sia una sola alternativa: il privato specializzato.

BERLINGUER. Non è una convinzione personale, ma è comune a tante persone.

MELOTTO, *relatore alla Commissione*. Infatti, per la salute, la gente non si ferma a disquisire sulle questioni istituzionali, che noi prendiamo in esame, ma va da chi può dargli una risposta. Allora, come giustamente diceva il senatore Perina, i nostri ospedali possono ridursi a lavorare soltanto qualche giorno? Dopo tante spese, dopo tanti investimenti, vogliamo mettere in condizione l'operatore di fare anziché dieci botteghe soltanto una e da quest'ultima trarre il proprio alimento con dignità e serietà? Si tratta soltanto di questo. Allora, cerchiamo di vedere concretamente se tali spese, che hanno comportato migliaia di miliardi di investimenti sul piano tecnologico e scientifico, possano produrre qualcosa sul piano della qualità e della quantità.

Senatore Meriggi, per quanto riguarda il riordino della Croce rossa italiana, spero che il Ministro ci possa dare qualche notizia confortante. Con il provvedimento sul sangue abbiamo spostato il centro trasfusionale e spero che ciò avvenga definitivamente (infatti in un primo tempo i centri erano stati trasferiti ma non gli operatori). Siccome la burocrazia

tende sempre a spaccare il capello in due, prego l'onorevole Ministro di tranquillizzarci su tale aspetto.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Alla luce delle novità contenute nel disegno di legge di riordino del Servizio sanitario nazionale, e dovendo procedere ad un azzeramento dei debiti e ad una inversione di tendenza rispetto alla definizione della spesa, nel disegno di legge finanziaria di quest'anno il Governo ha dovuto tenere conto di queste nuove esigenze, quindi ha previsto una spesa sanitaria totale di circa 88.000 miliardi a legislazione vigente, che corrisponde al 6,28 per cento del prodotto interno lordo; se poi consideriamo anche la spesa privata, tale percentuale va oltre l'8 per cento. Occorre quindi procedere ad una seria razionalizzazione della spesa tenendo conto che per il futuro, con l'aumento del numero degli anziani e della possibilità di disporre di terapie più moderne e di biotecnologie più avanzate, non si può non prevedere un aumento dei costi per la Sanità.

Quindi, come sottolineava anche il relatore, è necessario credere nella manovra finanziaria proposta dal Governo, che è quella di una riduzione della spesa di 6.650 miliardi. Naturalmente se le misure previste per ridurre la spesa sanitaria non sono credibili, è chiaro che occorre considerare in maniera diversa la validità della previsione fatta.

Un'altra novità, che ritengo molto positiva, è rappresentata dal finanziamento specifico di 550 miliardi per il piano sanitario nazionale. Questo consentirà al Governo di presentare un progetto definitivo, che in passato non è stato in grado di presentare per la mancanza di risorse e di finanziamenti adeguati. Quindi quest'anno, rispetto agli scorsi anni, avremo la certezza che il piano sanitario nazionale potrà decollare.

Per quanto riguarda la previsione della spesa, vorrei sottolineare che, indipendentemente dalle valutazioni fatte dalle Regioni e da altri livelli istituzionali, indubbiamente in alcuni casi la stima non corrisponde alla spesa reale, perchè la programmazione sanitaria basa la previsione di spesa unicamente sugli aspetti fisiologici e sulle corrette applicazioni delle delibere (quindi delle norme e dei contratti), ma non può prevedere le deformazioni nell'applicazione di queste. Infatti le stesse Regioni hanno riconosciuto che le normative del contratto del personale spesso non vengono applicate in maniera uniforme. Per esempio, se si va a vedere qual è per ciascuna Regione la media programmata di spesa per cittadino relativa al 1989, secondo la previsione del Ministero è di 1.034.000 lire. Ebbene, la Regione che maggiormente si avvicina a questa cifra è la Basilicata, con 1.074.000 lire; seguono il Molise con 1.081.000 lire, il Piemonte con 1.084.000 lire la Lombardia con 1.095.000 lire; mentre altre Regioni superano 1.300.000 lire. Evidentemente, a livello periferico, vi è una gestione della sanità che non dipende dalle possibilità di controllo e di programmazione centrali. Questo è attestato dalle società di certificazione che hanno inviato una documentazione scritta, mettendo a confronto le unità sanitarie locali che hanno attivato i meccanismi di controllo e quelle che non li hanno attivati. Questi dati delle società di certificazione contenuti in una relazione credo siano in possesso anche della Commissione, in quanto so che sono stati inviati al presidente Zito.

Nella relazione si sostiene che se si generalizzassero i controlli attualmente svolti solo da alcune unità sanitarie locali, la spesa diminuirebbe del 10 per cento.

Il problema dei contratti ha visto Governo e Regioni impegnati in alcune modifiche sostanziali. Al senatore Alberti devo dire che non è vero che nulla è cambiato rispetto al passato. Per esempio, quest'anno non si pagheranno gli incentivi al personale se non opereranno le commissioni per il miglioramento della qualità del servizio, proprio per evitare ciò che è avvenuto in passato. Ovviamente si è creato un conflitto di interessi tra chi vuole che queste commissioni operino e chi invece non lo vuole. Nel nuovo contratto, fra le altre cose, è previsto un aumento dell'orario di lavoro che inciderà sul contenimento delle ore straordinarie (nel contratto si prevede di scendere da 80 milioni di ore straordinarie a 35 milioni). Inoltre nel contratto sono cambiate anche le competenze degli infermieri professionali il cui numero, grazie all'istituzione della figura dell'addetto all'assistenza, si ridurrà notevolmente. Quindi il decreto ministeriale relativo agli *standards* del personale va visto in un'ottica diversa

Non credo si possa dubitare della validità della impostazione data dal Governo all'esenzione dei *tickets* sulla farmaceutica; su questo hanno concordato anche i sindacati. Il Governo con tale impostazione ha voluto evitare che vi fossero troppi esenti senza averne titolo, che sarebbero ben 5 milioni secondo le ultime stime fatte dai comuni in base ai controlli sulle autocertificazioni.

Vorrei dare al senatore Alberti una risposta in un certo senso tranquillizzante. Il Governo deve fare conoscere preventivamente, per volontà del Parlamento, il parere del Consiglio superiore di sanità, quindi sentire le Commissioni per quanto riguarda le esenzioni. Ho inviato al presidente Zito tale parere, ma per un probabile disguido non gli è giunto. Mi premurerò di inviargliene un'altra copia al più presto.

Il grande principio di cambiamento rispetto al passato è che l'esenzione si riconosce per la specifica malattia e non per tutte come nel passato. Per i diabetici non si mette in discussione il diritto ad avere l'esenzione per i prodotti specifici, ma chi non è esente per reddito per le altre malattie paga il *ticket*. Questa è la logica che il Governo ha voluto introdurre.

ALBERTI. Però per la terapia dei malati di cancro è difficile distinguere tra i prodotti specifici e gli altri prodotti.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Parleremo di questo, tuttavia il problema è che non è più possibile dare tutto a tutti; bisogna arrivare a delle forme di garanzia per la tutela della salute che siano di un livello accettabile e con una modulazione delle Regioni che possa essere non solo in difetto ma anche in aggiunta, per cui quello che non dà lo Stato a livello centrale lo può dare ogni singola Regione. Da questo punto di vista credo si cambi pagina rispetto al passato.

Anche nel campo della farmaceutica mi pare ci sia un salto rispetto al passato. Abbiamo valorizzato i prodotti galenici sui quali non c'è *ticket* e per i quali c'è una possibilità di prescrizione per ricetta senza limitazione. I prodotti galenici vanno valorizzati perchè la prescrizione

di molti antibiotici a prezzi alti molto spesso corrisponde a delle esigenze di mercato, soprattutto quanto si tratta di costosi prodotti dell'ultima generazione. Se invece si prescrive un prodotto galenico, un antibiotico di base utile per una banale infezione, si può evitare di andare ad utilizzare l'antibiotico dell'ultima generazione. È questa la ragione per cui si è ritenuto di riportare il *plafond* a 40 mila lire, livello che tiene conto dell'aumento generalizzato dei prezzi. Anche da questo punto di vista riteniamo di aver svolto una manovra che non può incidere negativamente alterando lo stato sociale, ma piuttosto assicurare prestazioni proprie dello stato sociale, ed evitare che si ricorra all'assistenza indiretta quando, venendo meno le risorse a causa di abusi e sprechi, si danneggiano le fasce più deboli della popolazione.

Per quanto riguarda il problema degli altri contenimenti della spesa a cui si è fatto riferimento, vorrei ricordare che l'ospedialiera convenzionata è stata ridotta, sia pure di una quota non tanto significativa, a dimostrazione che, proprio per quello che diceva il senatore Azzaretti, non si fanno più controlli. Non abbiamo introdotto questa limitazione per ricoveri in ospedialiera convenzionata ma è stata concordata con l'AIOP, che ha aderito a questa posizione; ci sono alcune rette sostanzialmente basse per l'ospedalità privata, in alcuni casi si compensava questo aspetto con un aumento della degenza. Invece intervenendo nel modo sopraindicato, si riduce il tempo della degenza in un'ottica che va a favore della stessa ospedialiera convenzionata.

In questa materia c'è stata qualche Regione che ha anticipato la legge. In Lombardia l'assessore ha fatto un accordo anticipatore rispetto alla legge nel senso che ha concordato con l'AIOP che per periodi di degenza superiori alla media si pagherà il 50 per cento della retta. Le Regioni già avevano strumenti di contenimento della spesa per un cambiamento della logica delle responsabilizzazioni che oggi la legge di riordino affronta e che è importante.

Non a caso questa legge di riordino si affianca alla «finanziaria» perchè dobbiamo incidere sui meccanismi di formazione della spesa. Probabilmente questa spesa non sarà contenuta in questo anno perchè i meccanismi di controllo che le Regioni dovranno svolgere non potranno essere attuati per tempo. Ho già detto in Aula delle centinaia di lettere che il Ministero della sanità, trovando un grande scostamento rispetto alle previsioni, ha scritto alle Regioni senza aver risposta. Si tratta di centinaia di lettere che pregano di provvedere, perchè c'è l'impossibilità del Governo centrale di intervenire; in esse c'è il richiamo al rispetto soprattutto delle norme contrattuali che sono disattese molto pesantemente con avanzamenti di molti gradi e in questo senso la Corte dei conti ha fatto delle denunce.

Esiste il problema dei controlli che noi cercheremo di intensificare attraverso i nuclei ispettivi del Ministero, ma oggi la maggior responsabilizzazione è quella delle Regioni. Siamo intervenuti con i poteri sostitutivi in Abruzzo, Campania e Sardegna introducendo i lettori ottici delle ricette e ora da parte del Ministero verrà effettuata una gara non solo per l'acquisto ma anche per far funzionare questi lettori ottici, avendone messo uno presso il NAS e andando in giro per l'Italia a raccogliere queste prescrizioni per portarle alla lettura del lettore ottico al livello centrale.

Queste sono tutte misure volte a ottenere una maggiore attenzione da parte del medico e la norma di prevedere la decadenza del medico dal convenzionamento con determinate garanzie credo sia utile. Ogni medico dovrebbe rendere nota questa eventualità perchè molto spesso i medici generici sono costretti a subire pressioni da parte degli assistiti che altrimenti cambiano medico - e non si può modificare questa norma di libertà del cittadino - per avere la prescrizione dei farmaci che chiedono. Se introduciamo la norma che non possono essere prescritti i farmaci in esenzione a coloro che non ne hanno diritto perchè altrimenti il medico rischia il posto, è un meccanismo per l'avvio di una forma di contrasto a livello terminale che può portare ad una riduzione del consumo dei farmaci. Di questo problema il sindacato è a perfetta conoscenza anche se in talune sedi deve far finta di niente.

Per quanto riguarda le osservazioni formulate dal relatore questa mattina in relazione al provvedimento sui trapianti (a cui si è riferito anche il senatore Condorelli nel proprio intervento), ho intenzione di proporre alla Commissione (soprattutto per superare l'*impasse* che si è venuta a creare) l'introduzione di una norma che consenta la realizzazione di un unico centro di riferimento in Italia. Tutti i paesi della Comunità economica europea hanno un unico centro di riferimento. Se noi non provvediamo alla realizzazione di questo centro, prevedendo le dovute forme di collaborazione, i trapianti in Italia non funzioneranno mai (così si sono pronunciati anche gli esperti del settore); al contrario, ciò ci consentirà una congrua programmazione in tale settore. Per esempio, per i trapianti del cuore o dei polmoni, ci deve essere un unico bacino, non possono essere effettuati soltanto in due o tre regioni, altrimenti non siamo coerenti con le ragioni della scienza. Quindi, dobbiamo cercare di utilizzare meglio le disponibilità presenti, tenendo conto che in Italia c'è una controtendenza rispetto agli altri paesi della Comunità economica europea: il numero di trapianti sta diminuendo, mentre aumenta negli altri paesi. Nel Mezzogiorno d'Italia (chi è di quelle regioni lo sa benissimo) non si fanno più trapianti, neanche quelli di reni, quando dobbiamo tener presente che oggi il trapianto è una terapia. Sottopongo tale questione anche al relatore affinché la prenda in considerazione: il centro di riferimento unico forse può anche innescare un meccanismo di progresso per i trapianti nelle aree meridionali.

Per quanto riguarda il finanziamento di tale provvedimento, anch'io sono preoccupato. Tuttavia, dobbiamo tener presente che sono previsti 550 miliardi per il piano sanitario nazionale, che per le spese di funzionamento abbiamo una riserva e che la legge di riordino destina ai progetti a livello nazionale il 5 per cento. Allora, sotto un'altra forma, si riuscirà a trovare il finanziamento. Quindi, non sono preoccupato tanto del finanziamento, quanto della grande resistenza politica ed ideologica che si è manifestata alla Camera dei deputati. Infatti, presso l'altro ramo del Parlamento, si è impedito, con la raccolta del prescritto numero delle firme, che il provvedimento fosse esaminato dalla Commissione in sede deliberante. Più volte ho fatto presente questo problema al Presidente della Commissione; mi risulta, comunque, che i diversi rappresentanti dei Gruppi parlamentari sono riusciti a pervenire ad un accordo, anche se poi l'esame del disegno di legge è stato rinviato.

Sottolineo, quindi, che l'aspetto economico non rappresenta un problema e che comunque può essere risolto all'interno del Ministero. Inoltre desidero far presente ai senatori che a gennaio ho intenzione di organizzare una riunione con i Presidenti delle due Commissioni ed il Governo per evitare che questo importante disegno di legge sia sottoposto più volte all'esame dei due rami del Parlamento, prolungandone così l'iter.

Durante la discussione generale mi sono stati richiesti dei chiarimenti sulla sede del Ministero. Indubbiamente il Ministero è frazionato in tanti uffici con sedi diverse e questo è un problema che dovrà essere risolto. Presso il Ministero sono state fatte più proposte ed offerte, per cui è stata istituita una commissione che ha lavorato con il Ministero del tesoro che, in attesa della costruzione di un edificio che permetta di soddisfare le esigenze del Ministero, ha consentito a prevedere nella tabella 19 la somma necessaria per l'affitto dell'attuale sede, con la speranza che le autorizzazioni procedano per avere una utilizzazione immediata e diretta. Sicuramente è necessario che il Governo dia un segnale del proprio reale impegno ai fini di una futura sede unica che dovrà avere spazi per 90.000 metri quadrati, sufficienti per 3.500 unità di personale. Il problema del riordino del Ministero è urgente, in quanto si presenta con una struttura e una organizzazione vecchia rispetto alle attuali esigenze. Pertanto, anche la legge di riordino darà la possibilità di una revisione complessiva del funzionamento del Ministero, che oggi presenta una carenza nell'organico di 118 medici (d'altra parte non possiamo fare i concorsi per il blocco delle assunzioni) e di un rilevante numero di funzionari in altri uffici.

Per quanto riguarda l'altro problema sollevato in questa sede in relazione alla Croce rossa italiana, credo che sia necessario pervenire a delle definizioni. Tenuto conto della delicatezza della materia, dell'urgenza della soluzione di tale questione e trattandosi di una materia che riguarda più Ministeri (a seguito degli incontri del Presidente del Consiglio con il presidente della Croce rossa internazionale), la Presidenza del Consiglio ha assunto l'iniziativa di istituire una Commissione ristretta per la revisione dello statuto. La bozza del nuovo statuto è stata inviata al Consiglio di Stato per il parere. Questa è una iniziativa della Presidenza del Consiglio, alla quale il Ministero ha dato il proprio contributo tecnico attraverso l'ufficio legislativo. È stato anche espresso parere favorevole da parte del Ministero della difesa. Quindi, si sta aspettando il parere del Consiglio di Stato; desidero sottolineare che le decisioni sono comunque di competenza del Presidente del Consiglio. Non sono informato sui più recenti sviluppi della situazione, so soltanto che la nuova bozza è stata inviata al Consiglio di Stato per il parere.

Per quanto riguarda la tabella 19, è stato inserito uno stanziamento aggiuntivo che si riferisce, per ora a futura memoria, ad una serie di direttive della CEE. Infatti, mi auguro che il 13 dicembre venga decisa dalla Comunità economica europea una maggiore responsabilizzazione a livello comunitario nel campo sanitario. Nell'ambito della Comunità economica europea noi abbiamo portato avanti un discorso politicamente molto significativo. A tale proposito desidero sottolineare che abbiamo portato avanti la tesi di rendere più solido il ruolo del Consiglio dei ministri della sanità nell'ambito della Comunità economi-

ca europea. Infatti, una serie di norme che riguardano il settore della sanità, ma che sono di competenza di altri Ministri, non vengono sottoposte all'esame dei Ministri della sanità; mi riferisco, per esempio, al controllo dei prodotti alimentari. Allora non soltanto abbiamo fatto una serie di programmi sull'alimentazione e sui problemi cardiovascolari, ma abbiamo concordato, convincendo anche i rappresentanti dell'Inghilterra, la previsione di un documento politico, che dovrebbe essere approvato lunedì prossimo in sede di Consiglio dei ministri della Comunità economica europea, che contiene inoltre una richiesta formale rivolta al presidente Andreotti di modificare il trattato di Roma per inserire non i problemi della sanità nel suo complesso, ma i problemi della cosiddetta sanità pubblica, cioè non in relazione alla cura, ma alla prevenzione. Se questa iniziativa viene realizzata rappresenterà un rilevante evento politico e sarà una delle iniziative più significative della Presidenza italiana.

Naturalmente quando si parla di queste cose bisogna essere sempre molto prudenti finché non si realizzano; esiste anche un documento, che ritengo sia stato accettato dal Commissario CEE, che va in questa direzione. Per questa ragione abbiamo ritenuto di dover inserire una norma che ci consentirà eventualmente di partecipare al centro europeo di ambiente e salute, derivante da un accordo con l'Organizzazione mondiale della sanità, che è l'unico centro esistente a livello europeo, insieme a quello olandese, ed è già operativo. Tale centro ci conferirà grande prestigio; in esso confluiranno esperti da tutta l'Europa che avranno la funzione di discutere e mettere insieme una serie di argomenti e parametri inerenti la salute e l'ambiente.

PRESIDENTE. Poiché non sono stati presentati ordini del giorno, passiamo all'esame degli emendamenti presentati alla tabella 19 del bilancio.

Sono stati presentati i seguenti emendamenti:

Alla tabella 19, stato di previsione del Ministero della sanità, al capitolo 2600, aumentare gli importi degli stanziamenti di competenza e di cassa di 32 miliardi di lire.

Tab.19.1

IMBRIACO

Alla tabella 19, stato di previsione del Ministero della sanità, aumentare gli importi degli stanziamenti di competenza e di cassa dei seguenti capitoli:

Cap. 2074: 1 miliardo;

Cap. 6537: 200 milioni.

Conseguentemente alla stessa tabella, al capitolo 4201, ridurre gli importi degli stanziamenti di competenza e di cassa di 1.200 milioni di lire.

12^a-20.Tab.19.2

IMBRIACO

Alla tabella 19, stato di previsione del Ministero della sanità, al capitolo 4201 ridurre gli importi degli stanziamenti di competenza e di cassa di 500 milioni di lire.

Conseguentemente alla stessa tabella 19, al capitolo 4036, aumentare gli importi degli stanziamenti di competenza e di cassa di 500 milioni di lire.

12^a-20.Tab.19.3

IMBRIACO

Istituire un capitolo con la seguente denominazione: «Spese per la riforma del Ministero della sanità» e il seguente importo per la competenza e la cassa: lire 100.000.000.

Conseguentemente, al capitolo 2585 (Croce rossa italiana) ridurre gli stanziamenti di competenza e cassa da lire 33.130.000.000 a 33.030.000.000.

12^a-20.Tab.19.4

BERLINGUER, TORLONTANO, RANALLI, ZUFFA

Al capitolo 4036 (Farmaci di uso veterinario) aumentare le previsioni di competenza e cassa da lire 50.000.000 a 500.000.000.

Conseguentemente, al capitolo 2585 (Croce rossa italiana) ridurre gli stanziamenti di competenza e cassa da lire 33.130.000.000 a 32.680.000.000.

12^a-20.Tab.19.5

DIONISI, RANALLI, MERIGGI

Al capitolo 4042 (Spese relative a studi, indagini e rilevamenti eseguiti da Istituti zooprofilattici sperimentali) aumentare le previsioni di competenza e cassa da lire 300.000.000 a 500.000.000.

Conseguentemente, al capitolo 2585 (Croce rossa italiana) ridurre gli stanziamenti di competenza e cassa da lire 33.130.000.000 a 32.930.000.000.

12^a-20.Tab.19.6

RANALLI, ZUFFA, IMBRIACO

Al capitolo 6537 (Spese per aggiornamento e formazione personale ISPELS) aumentare le previsioni di competenza e cassa da lire 300.000.000 a 850.000.000.

Conseguentemente, al capitolo 4201 (Spese per il sistema informativo sanitario) ridurre gli stanziamenti di competenza e cassa da lire 76.800.000.000 a 76.250.000.000.

12^a-20.Tab.19.7

RANALLI, MERIGGI, IMBRIACO

I primi tre emendamenti sono stati presentati dal senatore Imbriaco, ma faccio presente al collega che il primo di questi (Tab.19.1), è inammissibile in quanto non è compensato.

IMBRIACO. Gli altri due emendamenti da me presentati alla tabella 19 ritengo si illustrino da sè.

MELOTTO, *relatore alla Commissione*. Signor Presidente, esprimo parere contrario su tutti gli emendamenti.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Anch'io esprimo, a nome del Governo, parere contrario su tutti gli emendamenti.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione.

Metto ai voti il secondo emendamento, presentato dal senatore Imbriaco.

Non è approvato.

Metto ai voti il terzo emendamento, presentato dal senatore Imbriaco.

Non è approvato.

Metto ai voti il quarto emendamento, presentato dal senatore Berlinguer e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti il quinto emendamento, presentato dal senatore Dionisi e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti il sesto emendamento, presentato dal senatore Ranalli e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti il settimo emendamento, presentato dal senatore Ranalli e da altri senatori.

Non è approvato.

L'esame degli emendamenti è così esaurito.

Resta ora da conferire il mandato per il rapporto alla 5^a Commissione permanente.

Propongo che tale incarico sia affidato allo stesso relatore alla Commissione.

IMBRIACO. Signor Presidente, a nome del Gruppo comunista dichiaro il voto contrario e preannuncio la presentazione di un rapporto di minoranza.

ALBERTI. Signor Presidente, anch'io a nome del mio Gruppo dichiaro il voto contrario.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare per dichiarazione di voto, il mandato a redigere il rapporto sullo stato di previsione del Ministero della sanità e sulle parti ad esso relative del disegno di legge finanziaria è conferito, a maggioranza, al senatore Melotto. Prendo atto che il Gruppo comunista ha preannunziato la presentazione di un rapporto di minoranza.

I lavori terminano alle ore 20.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il referendario parlamentare reggente l'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIOVANNI LENZI