

(N. 1028-A)

Tabella n. 19

**BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO
PER L'ANNO FINANZIARIO 1985
E BILANCIO PLURIENNALE PER IL TRIENNIO 1985-1987**

**STATO DI PREVISIONE
DEL MINISTERO DELLA SANITA'
PER L'ANNO FINANZIARIO 1985**

(Tabella n. 19)

IN SEDE CONSULTIVA

**Resoconti stenografici della 12^a Commissione permanente
(Igiene e sanità)**

INDICE**MERCOLEDI' 5 DICEMBRE 1984****(Seduta antimeridiana)**

PRESIDENTE (Bompiani - DC)	Pag. 2, 13
ALBERTI (Sin. Ind.)	8
DI LORENZO, sottosegretario di Stato per la sanità	13
IMBRIACO (PCI)	4, 5, 6
MELOTTO (DC), relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1027	2, 4, 5 e passim

MERCOLEDI' 5 DICEMBRE 1984**(Seduta pomeridiana)**

PRESIDENTE (Bompiani - DC)	13, 31
ALBERTI (Sin. Ind.)	23
CONDORELLI (DC)	27

IMBRIACO (PCI)	13, 18
JERVOLINO RUSSO (DC)	20
MONACO (MSI-DN)	19
MURATORE (PSI)	19
PINTO Biagio (PRI)	22
RANALLI (PCI)	18, 22

GIOVEDI' 6 DICEMBRE 1984

PRESIDENTE (Bompiani - DC) 35, 37, 49 e passim	
ALBERTI (Sin. Ind.)	47, 50
DEGAN, ministro della sanità 42, 47, 49 e passim	
IMBRIACO (PCI)	49
JERVOLINO RUSSO (DC)	36
MELOTTO (DC), relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1027	37, 52, 53
MURATORE (PSI)	36
RANALLI (PCI)	36, 48, 49 e passim
ROSSANDA (PCI)	35, 49, 50

MERCOLEDI' 5 DICEMBRE 1984

(Seduta antimeridiana)

**Presidenza
del Presidente BOMPIANI**

I lavori hanno inizio alle ore 10,15.

« **Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1985)** » (1027), approvato dalla Camera dei deputati

(Parere alla 5^a Commissione)

« **Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1985 e bilancio pluriennale per il triennio 1985-1987** » (1028), approvato dalla Camera dei deputati

— **Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1985 (Tab. 19)**

(Rapporto alla 5^a Commissione)

(Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. Sono iscritti all'ordine del giorno, per il parere alla 5^a Commissione, l'esame, per quanto di competenza, del disegno di legge: « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1985) », già approvato dalla Camera dei deputati, nonché, per il rapporto, ugualmente alla 5^a Commissione, l'esame della tabella 19 del bilancio dello Stato: « Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1985 », già approvata dalla Camera dei deputati.

In applicazione delle deliberazioni prese dal Senato, nel quadro del calendario dei lavori adottato il 28 novembre, si procederà all'esame congiunto, limitatamente alla discussione generale, dei due documenti, secondo le norme generali e speciali dettate al riguardo dal Regolamento.

Prego il senatore Melotto di riferire alla Commissione sui provvedimenti in titolo.

MELOTTO, relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1027. Signor Presidente, credo che si debba sottolineare

che la relazione tiene conto del fatto che siamo in seconda lettura e quindi dà per scontate parecchie delle cose già discusse nell'altro ramo del Parlamento, anche perché hanno interessato non soltanto quel ramo, ma anche generalmente l'opinione pubblica e le forze politiche, indipendentemente dal ruolo svolto in Commissione e in Aula alla Camera dei deputati. Quindi cercherò di formulare alcune osservazioni e di fornire alcuni chiarimenti per far acquisire ulteriori elementi di valutazione alla Commissione affinché essa possa esprimere un motivato parere in proposito, e sul disegno di legge finanziaria, e su quello del bilancio.

Credo che vada dato atto che, nel faticosissimo cammino di costruzione e di avvio della riforma, oggi, finalmente, per il servizio informativo, almeno per una parte delle attività che riguardano principalmente gli aspetti economico-finanziari, la distribuzione dei fondi per regione e per funzione, siamo arrivati ad avere un quadro sempre più chiaro, tale da poter esaminare gli effetti della spesa in modo molto costruttivo. Almeno per quanto riguarda gli anni 1981, 1982 e 1983 non esiste più la ridda delle cifre, perché esse sono ormai precise e da esse, ovviamente, occorre partire per poter procedere ad una analisi il più possibile coordinata e corretta.

Credo, quindi, che si debba partire dalle entrate per capire esattamente anche qui quale sia oggi la misura dell'intervento dello Stato nel settore, nonché l'entità della contribuzione, « sopportabile » dal sistema, tenendo conto che si è anche trovato il modo, laddove essa non è sopportabile, di fiscalizzare gli oneri sociali. Nel 1980, con una entrata da contributi di 10.489 miliardi, di cui 3.000 fiscalizzati e con una spesa di 18.034 miliardi, il gettito contributivo sulla spesa effettiva si attestava al 58,2 per cento. In tale ultima cifra percentuale non è considerata anche la fiscalizzazione, perché la valuto come contribuzione sul servizio anche se è sempre il bilancio dello Stato che regge la fiscalizzazione, sia pure per finalità diverse da quelle che può avere la contribuzione in materia di assistenza sanitaria.

Il consuntivo del 1981 ha visto, nelle entrate, 14.196 miliardi, di cui 5.600 fiscalizzati, con una spesa di 22.911 miliardi, quindi la contribuzione viene a rappresentare il 62 per cento.

Nel 1982, invece, le entrate sono state di 21.351 miliardi, con 6.871 miliardi di fiscalizzazione, per una spesa complessiva di 28.172 miliardi, per cui la percentuale del gettito, in questo anno, è del 75,8 per cento.

Nel 1983 si passa a 24.548 miliardi di entrate, di cui 7.981 fiscalizzati, con una spesa di 34.286 miliardi prodotta dai rendiconti, quindi ormai accertata, per cui scendiamo ulteriormente (dopo la punta del 1982) e ci attestiamo al 71,6 per cento per quanto riguarda il gettito contributivo sulla spesa effettiva.

Per quanto riguarda, poi, il 1984 e il 1985 (ovviamente per il 1984 si può parlare di preconsuntivo, mentre per il 1985 si tratta di una pura stima) avremo, per il 1984 in entrata 28.407 miliardi, di cui 9.700 di fiscalizzazione, mentre il preconsuntivo di spesa stimato è di 37.706 miliardi, per cui il gettito dovrebbe attestarsi sul 75,3 per cento. Nel 1985 il totale del gettito previsto è di 31.258 miliardi, la fiscalizzazione e da determinarsi, ovviamente, a seguito della legge finanziaria, e la spesa prevista è di 39.200 miliardi.

Questo è il quadro delle entrate che, per gli anni dal 1980 al 1983, sono ormai determinate con certezza e per il 1984 ed il 1985 si basano rispettivamente su proiezioni e stime. Pertanto, quanto meno per gli anni che vanno dal 1980 al 1983, possiamo finalmente avere un quadro preciso su come si sono prodotte le entrate e da quali categorie provengono. Adesso esporrò tali dati alla Commissione per poi consegnare alla segreteria copia di questa documentazione, in modo che rimanga agli atti della Commissione. Circa l'entità delle contribuzioni: il settore dei lavoratori autonomi e professionisti passa dai 573 miliardi del 1980 ai 2.268 miliardi del 1983, ai 3.138 miliardi, in proiezione, per il 1984; il settore dei cittadini non mutuati e stranieri passa dai 91 miliardi del 1980 ai 165 del 1983 (non abbiamo ancora per questi ovviamente il dato del

1984); il settore « altre INPS » passa da 1.096 miliardi per il 1980 a 1.241 miliardi per il 1983; il settore dei dipendenti statali da 1.102 miliardi nel 1980 a 3.277 miliardi per il 1983. I versamenti delle Regioni, delle USL e degli enti locali, in base all'articolo 69 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, passano da 153 miliardi nel 1980 a 194 miliardi nel 1983.

Nelle stesse tabelle, che consegnerò alla segreteria, c'è poi una proiezione grafica che riguarda l'incidenza delle contribuzioni dei lavoratori dipendenti privati e pubblici non statali, dei lavoratori autonomi e professionisti, delle « altre INPS » (avanzo di gestione tbc, eccetera), dei dipendenti statali, delle eccedenze del Fondo nazionale assistenza ospedaliera, dei contributi fiscalizzati e del rapporto spese correnti/contributi, in modo che anche visivamente si abbia la chiara sensazione di quello che è l'andamento delle entrate rispetto alla spesa.

Per quanto riguarda la spesa del triennio, esaminerei il periodo 1981-83, per poi passare al 1984 e alle proiezioni 1985 al fine di studiarne l'evoluzione. Nel 1981 la spesa media *pro capite* sostenuta nel nostro paese era di 399.767 lire; è salita a 499.779 lire nel 1982 ed è aumentata ancora a 604.897 nel 1983; quindi, fatta quota 100 per il 1981, siamo a quota 150,26 per il 1983. Dunque praticamente in due anni la spesa è aumentata del 50 per cento.

Per quanto riguarda gli scarti percentuali della spesa *pro capite* delle singole Regioni rispetto alla spesa media, essi variano, per il 1981, da una maggiorazione rispetto alla media del 23,43 per cento della provincia di Trento, del 17,22 per cento della Liguria, del 16,14 per cento del Lazio, ad una diminuzione del 22,88 per cento del Molise, del 18,48 della Basilicata, del 13,62 della Sicilia. Ho esposto alcune cifre, le più evidenti, proprio per evidenziare che nel 1981 c'erano sbalzi notevoli rispetto alla quota media.

Si tratta di cifre che, tutto sommato, con qualche modesto scarto, vengono confermate nel 1982 e diventano un po' diverse nel 1983, anno in cui ad esempio la provincia di Trento, rispetto alla quota media che era

del 23,43, si porta ad un + 10,24 per cento; il Friuli-Venezia Giulia, che era ad un + 26,56 per cento, scende ad un + 18,89 per cento; la Liguria, da + 17,22 per cento, + 14,75 per cento; l'Emilia Romagna, da + 11,53 per cento, sale a + 15,05 per cento; il Lazio è in posizione pressochè identica; il Molise recupera da + 22,88 per cento a - 20,40 per cento; la Basilicata accentua l'ulteriore divario da - 18,48 per cento a - 23,57 per cento; la Sicilia rimane pressochè stabile.

Queste sono alcune cifre che danno l'impressione dell'andamento della spesa e delle diversità ancora esistenti nel triennio considerato; quindi, nonostante le azioni di riequilibrio che sono state fatte nel quinquennio 1976-1980, erano ancora abbastanza evidenti alcuni squilibri che esistevano precedentemente. Allego anche tutta una serie di tabelle, sempre riferite al triennio, che riguardano le funzioni e quindi l'assistenza di base, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza specialistica ambulatoriale interna, l'assistenza specialistica convenzionale esterna eccetera, per capire esattamente in quali settori si produce il divario, attraverso lo scorporo dei dati.

Penso che si debba fare qualche considerazione su alcune tabelle, per evidenziare che nella misura in cui è consentita discrezionalità lo scarto è notevole. Per esempio la spesa farmaceutica sale da 56.813 lire per abitante nel 1981 a 79.197 nel 1982 e a 98.964 nel 1983. La spesa media *pro capite* farmaceutica quindi, fatta quota 100 per il 1981, passa a 137,17 per il 1982 e a 172,98 per il 1983.

Rispetto a tale spesa media abbiamo, nel 1983, un - 30,23 per cento nella Valle D'Aosta, invece un + 24,37 per cento della Campania, un + 25,49 per cento della Sicilia e un - 20,02 per cento della Sardegna. Quindi anche in questo caso le situazioni sono sempre più varie.

Un altro dato molto importante credo sia quello che riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale interna e quella esterna per valutare qual è la consistenza della struttura ospedaliera rispetto al resto. Ad esem-

pio, nonostante la quota sia modesta, perché passiamo da 3.359 lire del 1981 a 6.456 lire nel 1983, abbiamo un incremento del 90 per cento (cioè si passa da quota 100 a 190), superiore quindi alla quota media 150 di cui abbiamo parlato. Andiamo a guardare i dati di alcune regioni a questo proposito: la Basilicata ha - 59,83 per cento; la Liguria - 61,25 per cento; la Valle d'Aosta - 46,52 per cento; il Lazio + 91,61 per cento; la Sardegna - 26,44 per cento; l'Abruzzo - 40,99 per cento. Questi dati trovano poi riscontro nella specialistica convenzionata esterna (soprattutto grazie alle compartecipazioni). Si passa da 23.595 lire del 1981 a 24.548 nel 1982, per scendere quindi a 22.278 nel 1983. Ciò significa che le compartecipazioni hanno favorito il decremento di spesa nel settore della specialistica convenzionata esterna rispetto al passato, naturalmente con dei divari fra le regioni che non starò qui a menzionare, perchè riflettono più o meno le percentuali che ho già citato.

IMBRIACO. Questo dato è interessante, ma vi è da dire che le compartecipazioni non sono mai state di fatto attuate. Comunque, partendo dalla sua considerazione, e cioè che le compartecipazioni avrebbero giocato un ruolo importante in questo decremento di spesa, con quale meccanismo è avvenuto tutto questo? Quale è stato l'elemento frenante? Cosa è avvenuto laddove queste compartecipazioni non esistono? Ha qualche dato in proposito?

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1027*. Il dato che ho citato prima sulla specialistica ambulatoriale interna — che come cifra assoluta non comprende il costo del materiale e dei servizi perchè questo viene ovviamente inserito nella spesa generale ospedaliera — comprende solo il costo della compartecipazione per produrre la specialistica interna. Per quanto riguarda invece l'assistenza specialistica convenzionata esterna la spesa è maggiore perchè in questa sono comprese la spesa per i beni, i servizi ed il personale. Ma

possiamo constatare che, fatta media sempre 150, mentre per la specialistica interna saliamo da quota 100 a quota 190 nel triennio, nella convenzionata esterna scendiamo da quota 100 a quota 93,76, sempre nel triennio. Quindi non solo abbiamo contenuto l'inflazione, ma siamo addirittura scesi dalla base 100 del 1981.

IMBRIACO. Allora le compartecipazioni sono state capaci di trainare mezza Italia, cioè laddove queste esistono. Questo è un dato clamoroso.

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1027*. Certo, laddove esistono, la spesa media per la specialistica convenzionata esterna è diminuita notevolmente. Vi citerò qualche dato regionale in proposito. Il Piemonte ha —35 per cento; il Veneto —58 per cento; il Friuli-Venezia Giulia —73 per cento; la Basilicata —60 per cento, sempre rispetto alla spesa media del 1983, del 93,76 di cui parlavo prima. Nelle regioni dove non esistono compartecipazioni non vi è neanche stimolo ad una ulteriore produttività preferendosi la convenzionata esterna per le risposte di tipo specialistico. Infatti la Campania ad esempio presenta un +84,14 per cento; la Sicilia un +59,22 per cento. Credo che le cifre parlino da sole.

Passo oltre e vediamo i dati che si riferiscono ad « altra assistenza ». Mi soffermerò su quelli relativi all'assistenza ospedaliera convenzionata perchè presentano una certa corrispondenza con i dati precedenti. Possiamo vedere che a questo proposito si passa da una quota di 39.063 lire del 1981 a quella di 48.841 lire nel 1982 e a quota 58.651 nel 1983. È una quota che gradualmente va aumentando nel triennio fino ad arrivare alla media di 149,10 nel 1983; si è quindi nella media base triennale di 150, anzi un punto in meno rispetto alla media. Anche qui il divario fra le regioni è enorme; questo è risaputo e lo confermano anche le statistiche. Infatti la Valle d'Aosta ad esempio ha —88,26 per cento; il Ve-

neto —59,24 per cento; il Lazio invece +153,31 per cento; la Campania +11,40 per cento; la Basilicata —48,65 per cento, Comunque non vi sono grosse differenze rispetto alla base media di 150.

Passando alla tabella che riporta i dati relativi al personale possiamo notare un incremento, ma sempre al di sotto della media, perchè si passa da quota 100 del 1981 a quota 144 nel 1983, (la spesa media di 175.904 lire del 1981 passa a 255.205 lire nel 1983). Come dicevo prima questi dati trovano rispondenza nella dinamica di quelli precedenti per quanto riguarda le singole regioni. Infatti ad esempio il Lazio, che per la ospedaliera convenzionata presenta una maggiorazione percentuale rispetto alla spesa media di 153,31 per cento, per il personale ha il —6,48 per cento; il Friuli ha il —7,34 per cento per quanto riguarda la prima voce, mentre presenta un +40,32 per cento per il personale (in questo caso la spesa rilevante è rappresentata soprattutto da quella ospedaliera); il Veneto ha —59,24 per cento per la ospedaliera convenzionata, ed il 18,39 per cento per il personale.

Per quanto riguarda i dati relativi ai beni ed ai servizi siamo nella media. Essi riflettono i dati precedenti, per cui non mi soffermerei.

Per ciò che concerne i mutui, sappiamo che non ne sono stati accesi altri; però per i mutui residui, essendo indicizzati, la quota, nel 1983 è salita a 121,93, rispetto alla base 100 del 1981.

E veniamo alle spese a destinazione vincolata. Anche qui vi è stato un notevole calo. Infatti, fatta base 100, nel 1981 la spesa era di 3.906 lire, mentre nel 1983 è stata di 2.815, scendendo quindi al 71,57 per cento. Vi sono naturalmente notevoli divari tra regione e regione: ad esempio la provincia di Trento presenta un +349,26 per cento; l'Abruzzo un +328,27 per cento; la Puglia —65,64 per cento; la Campania presenta il —82,13 per cento; la Sicilia ha —63,97 per cento. Sono spese legate esclusivamente a programmi di ricerca finalizzata e a decisioni prese nel passato. Anche questo tipo di spesa, ovviamente, merita un ulteriore approfondimento.

Per esempio, prendendo in considerazione gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nel 1983, quelli a carattere pubblico hanno speso 465 miliardi e mezzo circa, quelli a carattere privato poco più di 79 miliardi. Gli ospedali classificati hanno speso circa 545 miliardi nel 1983, mentre circa 1.704 miliardi sono stati spesi dalle case di cura private e quasi 400 miliardi dalle cliniche universitarie. Questi dati meritano maggiore attenzione.

Per esempio, la spesa relativa al rimborso dei ricoveri in Italia è stato nel 1983 di circa 68 miliardi, mentre la spesa per i ricoveri all'estero è stata quantificata in circa 29 miliardi. In totale, invece, l'ospedalità convenzionata l'anno scorso ha avuto una quota di 3.291 miliardi circa.

Le tabelle riportano anche i dati concernenti le indennità per i componenti delle assemblee generali, dei comitati di gestione e degli organi collegiali: per esempio, per le assemblee generali (nel 1983) la spesa è stata poco più di 20 miliardi; per i comitati di gestione di circa 25 miliardi; per gli organi collegiali di quasi 3 miliardi e mezzo; le spese di rappresentanza sono state circa 1 miliardo e 335 milioni diviso tra 672 USL. Quindi il totale delle indennità per gli organi istituzionali è stato di poco più di 50 miliardi. Le consulenze, invece (è questo indubbiamente un capitolo che va maggiormente approfondito nell'intreccio e nell'incrocio che esiste tra USL e USL, tra ospedali e ospedali), hanno assorbito poco più di 137 miliardi; i rimborsi circa 57 miliardi. Ecco, queste sono alcune voci che indubbiamente meriteranno di essere seguite, anche per tranquillizzare l'opinione pubblica, perchè non è che demonizzando la sanità si riesca a risolvere i problemi; va invece dato conto esattamente di che cosa si spende, come si spende e, quindi, qual è la media di questa spesa e se valga o no la pena di correggerla.

IMBRIACO. Sui rimborsi per i ricoveri ha dichiarato 68 miliardi in Italia e 28 miliardi all'estero.

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1027*. Sì, esattamente 67.865 milioni per il rimborso per ricoveri in Italia e 28.958 milioni per il rimborso per ricoveri all'estero.

IMBRIACO. Io ho presente, però, la cifra data dal ministro Degan alla Commissione sanità della Camera.

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1027*. Aveva dato la cifra di 127 miliardi.

IMBRIACO. Quindi non faceva riferimento alle cifre da lei date.

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1027*. Non so, ma da queste cifre mancherebbero solo le Marche e la provincia autonoma di Bolzano; non credo che si possa arrivare a 127 miliardi.

IMBRIACO. Concorda, comunque, che si tratta di un dato rilasciato dal Ministro?

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1027*. Certamente.

Venendo al 1984 noi abbiamo una situazione, rendicontata al primo semestre, e già analizzata; i rendiconti del terzo trimestre sono già prodotti, ma non ancora analizzati compiutamente; pertanto i dati su cui si può discutere si fermano al 30 giugno.

In proposito si possono formulare le seguenti osservazioni: mentre sulla base del rendiconto del primo semestre 1984 la spesa è stata di 15.031,728 miliardi, fatte le debite proiezioni per l'intero anno, la spesa effettiva stimata per il 1984 dovrebbe essere di 37.706,831 miliardi. Rispetto invece al consuntivo del 1983, fissato in 34.323,280 miliardi, con il decreto-legge che stabilisce

l'aumento del 10 per cento sul conto di gestione del 1983 si aggiungono 3.432 miliardi. Pertanto il finanziamento per il 1983 dovrebbe aggirarsi sui 37.755 miliardi con un avanzo di 48 miliardi rispetto ai 37.706,831 miliardi di fabbisogno stimato. In pratica l'aumento del 10 per cento di cui si è detto dovrebbe essere sufficiente a coprire l'intera spesa del 1984, anzi con un avanzo di 49 miliardi.

Anche su questo aspetto si potrebbe procedere ad una analisi delle varie voci, cui facevo prima riferimento, ma credo che valga la pena di rinviarla all'anno venturo per vedere esattamente i risultati del consuntivo. Pertanto credo che, esaminando il 1985, facendo riferimento al 1984, si possa ulteriormente capire la forbice che si restringe rispetto al riequilibrio di cui dicevamo.

Credo, poi, che occorra soffermarsi, sempre con riferimento a queste cifre, sulla politica dei *tickets* e quindi sulla spesa farmaceutica; anche questo è un dato che deve essere reso noto alla Commissione.

Nel 1981 la spesa lorda per l'assistenza farmaceutica era di circa 3.663 miliardi; al netto di 435 miliardi costituiti dalle entrate derivanti dai *tickets* e dalle quote fisse, si è avuta una spesa di poco più di 3.228 miliardi, con una percentuale dei *tickets* sulla spesa lorda dell'11,9 per cento. Nel 1982 la spesa lorda è stata di 4.824,766 miliardi; togliendo 367 miliardi derivati dai *tickets*, la spesa netta è stata di circa 4.457 miliardi, con una percentuale dei *tickets* del 7,6 per cento; quindi dall'11,9 per cento, percentuale del 1981, siamo scesi nel 1982 al 7,6 per cento. Nel 1983 la spesa è stata di circa 5.936 miliardi, di cui 482 miliardi derivati dai *tickets* e dalle quote fisse; pertanto la spesa netta è stata di 5.454 miliardi circa.

L'incidenza del *ticket* e delle quote fisse passa dall'8,1 per cento del 1983 all'11,13 per cento per il 1984, mentre la proiezione per il 1985 dovrebbe essere del 14,8 per cento. Credo che questo esame dei *tickets* sia stato necessario per capire esattamente come considerare questa politica.

In conto capitale credo che la spesa sia rimasta quella indicata nel disegno di legge finanziaria. Nonostante le sollecitazioni non è stata variata alla Camera e soprattutto questo primo stanziamento è stato concesso solo per la manutenzione, prevedendo invece che il resto sarà dato attraverso un programma ben preciso e specifico, in base anche a norme di vincolo che nell'articolo 7 sono state incluse. Questo per quanto riguarda il passato e il presente.

Relativamente al 1985, credo che occorra precisare — perchè è un dato estremamente importante nella manovra complessiva di carattere economico — che l'articolo 7 del disegno di legge finanziaria fissa anche per il personale del Servizio sanitario nazionale l'aumento del trattamento economico complessivo nella misura massima del 7 per cento. Circa il blocco delle assunzioni, vengono concesse deroghe, lasciate peraltro alla valutazione della Regione interessata, sulla base di decreti del Presidente del Consiglio dei ministri.

La delibera del CIPE, che in base alla legge finanziaria per il 1983 autorizzava il Governo a incominciare la distribuzione delle risorse secondo il preventivo dell'anno successivo, quindi consentendo a Regioni e USL di essere in regola con il preventivo prima dell'inizio dell'anno, stabilisce tra l'altro una quota non ripartibile per il momento. La stessa delibera ha ripartito tutte le voci che riguardano le spese correnti e che si riferiscono per l'anno in parola alla ricerca scientifica, agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, agli istituti zooprofilattici, alla Croce rossa italiana, al Fondo di sviluppo, alle attività a destinazione vincolata, ai programmi speciali, al recupero dei tossicodipendenti, ai malati di mente e al completamento del processo di informatizzazione delle USL.

Voi sapete che il disegno di legge finanziaria ha predisposto una certa somma a destinazione vincolata, superando la mera affermazione di principio che facemmo l'anno scorso circa la necessità di raggiungere un riequilibrio tra le varie regioni in maniera graduale. Quali sono le correzioni ap-

portate? Si è introdotto il criterio del riparto, secondo una gradualità temporale, a seconda della popolazione, concedendo dunque quote differenziate in base alla popolazione residente in ogni regione. Le correzioni nell'impatto del riequilibrio sono pertanto raggiunte in un triennio e non in una sola volta, cosa che sarebbe certamente esplosiva.

A ciò dobbiamo aggiungere che già opera dall'anno scorso la compensazione con le tre quote di cui parlavamo prima relativamente all'assistenza di base, all'assistenza specialistica e all'assistenza di alta specialità.

Detto questo, per guardare un attimo ancora e più a fondo al rapporto tra il 1984 e il 1985, dobbiamo sottolineare che abbiamo una quota media *pro capite* che, rapportata ad una spesa complessiva di circa 37.706 miliardi, dovrebbe essere di 662 mila 347 lire, all'incirca. Fatta base 100 il 1981, la quota capitaria dovrebbe salire a 165. Nel 1985 invece, sulla base del preventivo stimato, la quota capitaria dovrebbe salire a più di 670 mila lire, arrivando a un incremento di 167,16 rispetto alla base 100 del 1981.

Per vedere però l'azione di riequilibrio che si sta realizzando, credo siano sufficienti alcuni confronti. Infatti, nel 1984 la provincia di Trento ha, rispetto al 1981, un incremento del 166,56 per cento; nel 1985, il dato finale sarà del 141,45 per cento; la curva quindi comincia a scendere e a raggiungere il riequilibrio. Perciò le regioni che hanno avuto di più ovviamente scendono al di sotto della media, mentre le regioni che hanno avuto di meno salgono. Porto altri esempi: il Friuli-Venezia Giulia, che fino al 1984 ha avuto un incremento del 156 per cento sulla sua spesa storica, scenderà al 148 per cento; la Liguria, che aveva 163, scenderà al 154 per cento; l'Emilia Romagna dal 165 scenderà al 164,88 per cento; la Toscana, dal 175,98, scenderà al 158,64 per cento; il Lazio dal 170 scenderà al 158 per cento; il Molise, invece, dal 167, salirà al 210,90 per cento (sempre per quanto riguarda la spesa storica), per avvicinarsi alla media nazionale. Così pure la Basilicata pas-

serà dal 162 al 181 per cento; la Calabria scenderà dal 174 al 171 per cento; la Sicilia passerà dal 153 al 181 per cento. Indubbiamente le divaricazioni che si produrranno nel 1985 sarebbero ancora più marcate se non ci fossero queste correzioni; infatti, ad esempio, la Lombardia, che aveva avuto già un incremento deciso dal 1983 al 1984, sale ulteriormente dal 1984 al 1985, perchè passerà dal 159 al 169 per cento.

ALBERTI. Scusi, senatore Melotto, non ho ben compreso i dati relativi alla Calabria.

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1027*. La Calabria, diceva poco fa, per quanto riguarda la spesa del 1985, scenderà dal 174 per cento del 1984 al 171; diminuirà solo di qualche punto rispetto alla Basilicata, perchè la Calabria si avvicina maggiormente alla media nazionale, avendo, per il 1985 una spesa *pro capite* di 692.100 lire. Bisogna tener presente che su tale media nazionale influisce la compensazione per l'emigrazione ospedaliera, le cure termali e tanti altri fattori ineliminabili, ma comunque l'attuale forbice si è notevolmente ristretta.

Quindi, riassumendo, lo stanziamento per il 1985 comprende: 829 miliardi a finanziamento differenziato, 13.090 miliardi per la assistenza programmata *pro capite*; 22.000 miliardi per l'assistenza ospedaliera con la compensazione della mobilità; 1.815 miliardi per spese generali dati in proporzione ovviamente alla popolazione; 150 miliardi per il fondo di sviluppo; 550 miliardi per attività finalizzate a programmi stabiliti dall'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Quest'anno la delibera del CIPE è accompagnata da una serie di *standards* tendenziali con cifre stabilite in base alla qualità dei servizi che vengono erogati ai cittadini. Vi è quindi un indirizzo e un coordinamento da parte del Ministero per erogare una « assistenza e una consulenza tecnica », fra virgolette, alle regioni meridionali e insulari, onde riequilibrare i servizi

sanitari. Di ciò il Ministero tende a farsi carico attraverso i propri uffici, il Consiglio sanitario nazionale e gli istituti di cui dispone affinché si possa superare lo squilibrio che vi è oggi nella qualità dei servizi più che nella ripartizione delle risorse. È un programma sufficientemente mirato per le regioni meridionali e insulari al fine di realizzare non solo un riequilibrio di carattere economico, ma anche nei servizi.

Il disegno di legge finanziaria presso l'altro ramo del Parlamento ha subito una significativa revisione, dalla quale sono emersi, per quanto riguarda la sanità, tre articoli particolarmente sintetici. L'articolo 15 conferma l'aumento della quota fissa per ogni ricetta da lire 1.000 a lire 1.300. L'articolo 16 fissa l'obbligatorietà per le Regioni e Province autonome, anche a stralcio dei rispettivi piani sanitari, dell'approvazione, entro 120 giorni, di programmi di riorganizzazione della rete ospedaliera, fissando alcuni parametri già a noi ben noti. Blocca infine la costruzione di nuovi ospedali, l'appalto di opere di completamento di ospedali in costruzione e di ampliamento di quelli esistenti, salvo deroghe. Questo articolo ha una lunga storia e sembra che questa volta, dopo una sufficiente pulizia, sia stato finalmente formulato in modo quasi lapidario. Probabilmente potrà consentire il riordino della rete ospedaliera. Ciò ovviamente rafforzerà, lo abbiamo sempre saputo, l'autorità periferica quando sorgerà quel contrasto fatale fra necessità di razionalizzare la rete ospedaliera e necessità occupazionali alle quali oggi la popolazione è molto sensibile; quindi sorgeranno dei problemi in questo senso.

L'articolo 17 eleva il fondo di parte corrente, rispetto alla proposta, per gli anni 1985, 1986 e 1987 introducendo due norme ben precise che mirano ad attestare programmaticamente le attività a destinazione vincolata. Esse riguardano l'assistenza ai tossicodipendenti, ai servizi psichiatrici, nonché l'applicazione della normativa comunitaria in materia di risanamento sanitario degli allevamenti e di profilassi delle malattie infettive e diffuse, fissando per que-

ste azioni 500 miliardi per il 1985, 525 miliardi per il 1986 e 550 miliardi per il 1987.

È inoltre previsto lo stanziamento di 250 miliardi per il 1985, 265 miliardi per il 1986 e 275 miliardi per il 1987, finalizzato ad interventi sanitari di riabilitazione, di assistenza protesica e di mantenimento dei disabili e degli anziani, nonché al potenziamento dei servizi territoriali per i malati di mente, per i tossicodipendenti e per il completamento dell'automazione, ed infine all'attività dei servizi informativi delle USL.

Per queste attività le Regioni e le Province autonome, sulla base delle direttive del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, presentano programmi che saranno verificati congiuntamente dai Ministri della sanità, del tesoro e del bilancio, prima dell'erogazione delle quote di competenza, così come avviene per il resto delle attività di investimento regionale.

Credo sia importante procedere gradualmente, evitando programmi generici, conoscendo, invece, il divario culturale esistente; credo che fissando delle cifre sulla carta, perseguendo determinati obiettivi, stanziandoli ovviamente delle risorse necessarie, stimolando appunto programmi concreti, si potrà cominciare a dare attuazione ad un'impostazione che ci ha visto unanimemente sensibili e che è una via di mezzo tra il sanitario e il sociale. Una siffatta impostazione non può trovare risposte compiute se non si affrontano in modo congiunto le questioni, sia sul piano sociale che su quello sanitario.

Nella discussione avvenuta in Aula alla Camera, a mio avviso, sono emerse sostanzialmente due questioni importanti. La prima questione riguarda l'articolo 15, comma secondo, del testo del Governo che limitava l'assistenza in forma indiretta esclusivamente agli interventi chirurgici di alta specializzazione. Furono presentati due emendamenti tendenti alla soppressione: uno da parte del Partito comunista, a firma Palopoli ed altri, e l'altro della stessa Commissione.

Il Ministro, nella discussione in Aula, invitava a ritirare gli emendamenti nella necessità di contenere la spesa derivante da

questo tipo di assistenza; ma, nonostante questo invito, insistendo il relatore nel sostenere l'emendamento della Commissione sanità, la Camera approvava all'unanimità la soppressione di quel comma. E questo è un fatto veramente importante e da tenere in considerazione.

La seconda questione riguarda la soppressione del decimo comma dell'articolo 17 del testo del Governo, che elevava il termine per l'esame degli atti delle USL da parte dei comitati regionali di controllo a 40 giorni. Dopo una lunga discussione la Camera faceva propria la riformulazione fatta dalla Commissione dell'intero comma, non accogliendo la richiesta del Governo, ma dichiarando nulli di diritto gli atti delle USL ove non venisse indicata idonea copertura finanziaria. Quindi è stata ripristinata la possibilità di rendere esecutivi gli atti delle USL (che era stata tolta), ma viene inserito l'obbligo di portare a conoscenza degli atti anche i revisori; viene poi riconfermato il termine di 20 giorni da parte dei comitati regionali di controllo, e credo che questo sia estremamente positivo, perchè il voler prorogare quel termine da 20 a 40 giorni significava voler mettere nell'incertezza un'attività che, invece, per la sua dinamicità, abbisogna di termini assai ridotti.

Il quarto comma dell'articolo 49 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (come modificato dalla successiva normativa), è sostituito dal seguente: « Gli atti delle USL sono nulli di diritto se per la relativa spesa non è indicata idonea copertura ». Ho letto i resoconti del dibattito dell'Assemblea della Camera, da cui appunto emergono le importanti modifiche apportate da quel ramo del Parlamento al testo del Governo.

Sul collegio dei revisori ho già detto.

Un'altra decisione della Camera riguarda, poi, lo stralcio di alcune norme concernenti il processo di verifica della spesa farmaceutica, quindi il bollino autoadesivo, la lettura automatica delle ricette, eccetera, che erano previste nel progetto governativo con contributi a carico del Fondo sanitario nazionale. Essa ha stralciato completamente tutta questa parte facendone un disegno di legge *ad hoc*.

Per quanto riguarda il servizio informativo, ferma rimanendo ancora la necessità di misure di potenziamento, mi è parso si stia collocando su un livello di controllo della spesa tale che si possa incominciare a valutare con molta serietà tutti i flussi e quindi capire qual è in fondo la politica sanitaria in questo paese. Direi che, dopo i dibattiti dello scorso anno, sarei anche favorevole al discorso del riordino urgente della rete ospedaliera, perchè indubbiamente (vedendo anche il processo di programmazione non solo nostro, ma anche delle singole Regioni) credo che questo accelererebbe la possibilità — che a mio avviso è consistente — di risparmio in un notevole numero di Regioni, proprio per poter complessivamente affrontare i problemi che riguardano la qualità dei servizi da erogare ai cittadini.

Vorrei aggiungere una nota che conclude la relazione e che riguarda la proiezione per il 1985 e quindi la stima o la sottostima del fondo.

Ritengo che lo stanziamento di 39.200 miliardi per il 1985 non sia sufficiente. Nel pre-consuntivo 1984 è stata stimata una spesa di 37.706 miliardi; l'aumento del 7 per cento previsto dalla legge finanziaria dovrebbe essere di 2.639 miliardi che, sommati ai suddetti 37.706, fanno 40.345 miliardi; conseguentemente si dovrebbe registrare un disavanzo di 1.145 miliardi. Si può discutere, ma secondo me questa stima è attendibile, anche se il Ministro del tesoro afferma che non si tratta del 7 per cento moltiplicato per tutte le voci di spesa, bensì del 7 per cento come tetto massimo per alcune voci soltanto. Io credo, ad esempio, che la voce riguardante il personale ovviamente non possa che essere del 7 per cento effettivo; così come credo che già esista la firma della convenzione, conclusa quest'anno e valida anche per l'anno venturo, con l'ospedalità privata e convenzionata.

Perciò solamente tra queste due voci arriviamo praticamente a circa il 60 per cento della spesa totale. Chiedo al Governo di fornirci una volta per tutte (vista anche la sentenza della Corte costituzionale) una stima di spesa certa, sulla quale sollecitare la corresponsabilizzazione della periferia. Deve

finire una volta per sempre la ridda delle voci in cui ognuno chiede di più proprio perchè mancano dati precisi.

Passo ora all'esame della tabella 19. Il bilancio si attesta su 471.655 milioni di cui 3.000 per la parte in conto capitale, con un aumento rispetto al 1984 di 26.226 milioni peraltro riguardante esclusivamente la parte corrente. Le spese per il personale in servizio e in quiescenza vengono valutate con un incremento dell'8 per cento; il personale oggi in servizio del Ministero della sanità è di ben 5.959 unità.

Le spese per acquisto di beni e servizi presentano una variazione in aumento: la spesa di assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, agli stranieri in Italia e al personale navigante è di 88.000 milioni; il sistema informativo sanitario ha uno stanziamento di 13.000 milioni; il funzionamento dell'Istituto superiore di sanità prevede una spesa di 12.000 milioni; l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro ha uno stanziamento di 5.000 milioni; i contributi alla Croce rossa italiana sono di 30.000 milioni; il fondo integrativo per gli asili nido è di 141.000 milioni.

Relativamente ai 3 miliardi di conto capitale, essi riguardano esclusivamente spese per la ricerca scientifica. Noto che per il Consiglio sanitario nazionale l'aumento previsto è di soli 20 milioni; quindi la dotazione annua è di 410 milioni. Il dato più macroscopico — a mio avviso estremamente negativo, dopo il dibattito che si sviluppò in questa sede — riguarda i 40 milioni per la estensione della relazione sullo stato sanitario del paese. Ora non so se con 40 milioni si possa effettuare una relazione degna di questo nome e che soprattutto interessa la generalità dei cittadini.

Tale finanziamento lo dovrei considerare come memoria, altrimenti 40 milioni per una relazione (a meno che non si voglia proporre la fotocopia di quella realizzata in passato) non credo siano sufficienti.

Sul problema dei residui passivi devo ammettere che si è registrato un notevole miglioramento: infatti si scende da più di 139 miliardi, previsti al 1° gennaio 1984, a 62 mi-

liardi circa al 1° gennaio 1985. Da questi dati si deduce che vi è stata una accelerazione del pagamento, soprattutto per quanto riguarda i trasferimenti che se non vengono diluiti nel tempo alla fine si autoeliminano con gli interessi che determinano.

Per ciò che concerne il personale — questione di cui ci occupammo già lo scorso anno — i dati che ho potuto rilevare sono i seguenti: si hanno 166 nuovi assunti tramite concorsi; vi è poi un certo numero di persone vincitrici, per le quali però non vi è ancora il decreto formale di assunzione; inoltre sono stati banditi concorsi (che devono però seguire il loro *iter*) per coprire altri 474 posti. Si ha quindi un totale di 990 persone: di queste una parte è già in servizio, un'altra sta per entrarvi, mentre la restante parte verrà assunta nel giro di un semestre. Questo, ovviamente, indica che vi è stato un notevole miglioramento dell'attività ministeriale.

Fra i problemi che necessitano — occorre sottolinearlo — una rapida o quanto meno sollecita soluzione, vi è quello del riordino del Ministero della sanità. Nella relazione ciò è sottolineato, e viene anche esplicitato l'orientamento del Ministero nel presentare uno schema di disegno di legge recante norme finalizzate all'istituzione di un corpo organico di principi direttivi per una compiuta legislazione delegata: credo che questa sia la via maestra perchè non è pensabile fare altrimenti. Di recente si è discusso ampiamente di questo problema.

Credo che si debba sottolineare con forza che se oggi vogliamo attestare questo processo di riforme, in maniera che si possa avere un servizio veramente qualificato, occorre che il Ministero non sia ancorato a sistemi del passato, ma divenga il centro propulsore, un momento cioè di coordinamento e di indirizzo di tutte le attività sanitarie.

Per quanto riguarda il Consiglio sanitario nazionale credo che un altro punto meriti di essere sottolineato — e faccio mia la sollecitazione avanzata in Commissione sanità della Camera dei deputati — cioè che si provveda all'auspicata ristrutturazione di

questo organismo per tutta quella serie di ragioni emerse durante la nostra indagine conoscitiva. Una è senz'altro quella di dare una maggiore rappresentatività al Consiglio sanitario, perchè diventi momento di sintesi di tutta la politica sanitaria italiana.

Un'altra questione è rappresentata dalla veterinaria. Questo campo, oggi, viene largamente trascurato e ciò provoca problemi non solo di ordine economico (vi è infatti uno spreco notevole di miliardi per il fatto che non vi è una vera sanità a monte), ma anche di garanzia sanitaria per gli stessi animali, cosa molto sentita dalla popolazione di questo paese. Quindi è necessario prevedere, oltre a quelle esistenti, una sezione per la veterinaria verso cui confluirebbero altri settori che devono essere accorpati.

Per quanto concerne il Servizio centrale di programmazione sanitaria credo meriti di essere registrata in senso positivo la volontà di proseguire nella sua evoluzione. Nella relazione si afferma che: « Si dovrà, pertanto, operare sul comportamento prescrittivo dei medici attraverso: rinegoziazione delle convenzioni su nuove, aggiornate basi; l'adozione di protocolli diagnostici e terapeutici o, quanto meno, di *standards* medici assistenziali, quali strumenti concordati di mediazione tra le esigenze di efficacia medica e quelle di economicità delle gestioni; l'adozione delle prescrizioni a lettura automatica, utilizzando i dati ricavati per la programmazione dei servizi, la farmacovigilanza, la repressione delle frodi e degli abusi, eccetera; l'attuazione di programmi di aggiornamento professionale ».

Con il sistema informativo sanitario e quindi con la rilevazione e la elaborazione dei dati ed il collegamento con la periferia, si incomincia ad intravedere che è forse questa la migliore forma di autocontrollo per poter imbrigliare la materia. Infatti, credo che oggi siano già pervenuti i rendiconti delle unità sanitarie locali, i dati di struttura e di attività delle stesse, la relazione sullo stato sanitario del paese. Tale servizio costituisce inoltre, un momento portante nella elaborazione di alcune analisi: prescrizioni a lettura automatica standardizzata;

censimento dei medici; gestione amministrativa dei farmaci; rapporti economici relativi all'assistenza sanitaria all'estero.

Per quanto riguarda l'ufficio per l'attuazione del Servizio sanitario nazionale vorrei pregare il Sottosegretario di farsi portavoce presso il Ministro della mia opinione in proposito. Sono convinto infatti che sarebbe necessario abolirlo almeno come voce, perchè ha una denominazione molto pomposa, ma in realtà assolve solo al compito di erogare assistenza ai cittadini italiani all'estero e al personale navigante marittimo ed aeronavigante. Credo che mantenere in piedi un ufficio di attuazione del Servizio sanitario nazionale solo per questa parte di stretta competenza del Ministero sia poco conveniente. Si può ovviare in modo più conforme a questo tipo di esigenze sanitarie.

Per quanto riguarda la Croce rossa italiana, di cui con il decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 613, era stato stabilito lo scorporo ed il riordino, si afferma che alla Presidenza del Consiglio vi è un riesame della materia. Vorrei pregare il Governo, dato che ormai sono già passati quattro anni e la risoluzione del problema si fa sempre più pressante, di decidere al più presto sulla questione. Devo aggiungere comunque che non si tratta solo di scorporo o di riordino, ma di qualcosa di più complesso data l'importanza che la Croce rossa italiana riveste nella tradizione del paese e nel contesto di carattere internazionale. È un discorso che non può essere lasciato a « bagnomaria » in attesa che qualcuno prenda delle decisioni.

Il degrado in cui si trova attualmente la Croce rossa italiana, nonostante le risorse stanziato dallo Stato, è evidente, e credo meriti qualche riflessione.

Mi permetto di tornare sull'argomento dell'ISPESL, perchè ancora non ho riscontrato un chiaro decollo dell'attività, nè registro chiari e continuativi momenti di collaborazione con la periferia, nonostante l'incremento di spesa. Lo scopo principale dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro era quello di sostenere gli organismi periferici come le USL, onde

evitare il formarsi di una ridda di istituti che provocherebbero solo una dispersione del patrimonio scientifico e tecnologico, che deve essere ad ogni costo accentrato.

Un'ultima considerazione: prendo atto volentieri che nella relazione si dica che sono annessi al presente stato di previsione i conti consuntivi relativi all'esercizio 1982 degli enti cui lo Stato contribuisce in via ordinaria, e si tratta di tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, sia pubblici che privati, finanziati, ovviamente, con contributi dello Stato. Tuttavia tali rendiconti non sono stati materialmente allegati.

DI LORENZO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. I rendiconti sono stati da me consegnati alla Commissione sanità della Camera dei deputati. Bisognerà richiederli a quella Commissione.

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1027*. Ne prendo atto e chiedo al Presidente di poter avere i rendiconti dei dodici istituti di ricovero e cura a carattere scientifico per capire in che cosa si estrinsechi la loro attività, così da avere un quadro completo dei loro rapporti.

Spero e mi auguro di averli al più presto possibile, per poter esprimere anche sugli stessi un motivato parere.

PRESIDENTE. La Presidenza si farà carico di acquisire tempestivamente tali rendiconti.

La ringrazio, senatore Melotto, per la sua esposizione che ha messo in evidenza con molta chiarezza tutti i problemi che riguardano la legge finanziaria e la tabella 19, attraverso l'analisi approfondita dei dati e le conseguenti valutazioni anche di ordine politico sulla complessa materia.

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

I lavori terminano alle ore 12.

MERCOLEDÌ 5 DICEMBRE 1984

(Seduta pomeridiana)

**Presidenza
del Presidente BOMPIANI**

I lavori hanno inizio alle ore 16,40.

« **Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1985)** » (1027), approvato dalla Camera dei deputati

(Parere alla 5^a Commissione)

« **Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1985 e bilancio pluriennale per il triennio 1985-1987** » (1028), approvato dalla Camera dei deputati

— **Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1985 (Tab. 19)**

(Rapporto alla 5^a Commissione)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame congiunto del disegno di legge: « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1985) », già approvato dalla Camera dei deputati, e della tabella 19 del bilancio dello Stato: « Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1985 », già approvata dalla Camera dei deputati.

Riprendiamo l'esame sospeso nella seduta precedente.

Dichiaro aperta la discussione generale.

IMBRIACO. Vorrei partire da una considerazione che ha fatto questa mattina il relatore di maggioranza, senatore Melotto, e che non mi trova consenziente, circa la necessità di prendere il provvedimento che è al nostro esame, cioè lo strumento finanziario principale per la politica sanitaria del 1985, un po' sotto gamba, dando per scontata una serie di fatti, solo perchè questi stessi fatti sono stati esaminati e sviscerati in prima lettura nell'altro ramo del Parlamento. Conoscendo il nostro collega, questa dichiarazione francamente — almeno per me

— ha costituito motivo di sorpresa, nel senso che mi è parso di capire e di interpretare queste parole come una forma di rassegnazione rispetto alla non possibilità di incidere in qualche misura sulle scelte effettuate in sede governativa e in gran parte sottoscritte nell'altro ramo del Parlamento.

Non è solo una considerazione di ordine personale, perchè evidentemente dietro ci sono ragioni di carattere politico molto serie e non so se l'atteggiamento del relatore di maggioranza sia il frutto di una rassegnazione rispetto allo svilupparsi degli avvenimenti o se egli sia addirittura intimidito da una specie d'appello — lo considero così — che il Ministro della sanità ha fatto nell'altro ramo del Parlamento (credo nella seduta dell'11 novembre 1984) e che è ricco di implicazioni e carico di rischi e di pericoli per quanto riguarda la riforma sanitaria. Infatti il ministro Degan ha avanzato l'invito a far presto perchè effettivamente esiste un certo rischio di assedio al Servizio sanitario nazionale con intenti di smantellamento; sono le parole precise con le quali il Ministro della sanità si è espresso in modo drammatico (le ho prese dal resoconto e quindi non credo non siano rispondenti alle dichiarazioni realmente fornite dal Ministro in quella sede).

D'altro canto questa frase non è del tutto frutto di una sua improvvisa drammatizzazione. Se si riflette su ciò che il Ministro del tesoro va dicendo da un po' di tempo a questa parte, cioè che ormai questa sanità costa troppo, per cui converrebbe a tutti i cittadini ridurre la contribuzione per garantire semplicemente le prestazioni ospedaliere ed i grandi rischi legati alla prevenzione, oltre alla protezione delle fasce meno abbienti, evidentemente cominciamo a capire che effettivamente la riforma sanitaria (questa grande conquista effettuata negli anni '70) ha sopra di sé delle spade di Damocle di non lieve conto.

È probabilmente in questa luce e in questo quadro che va letta la strana relazione del senatore Melotto, il quale, buttandosi sul versante tecnico e producendosi peraltro in un pregevole sforzo di sintesi delle tabelle governative, non ha potuto, nè voluto, se

non con un codicillo abbastanza asfittico, sottolineare la valenza politica di alcune scelte o di alcune non scelte effettuate nel capitolo sanitario, che di fatto ripropongono tutte le questioni che l'anno scorso abbiamo abbondantemente dibattuto.

Tra l'altro devo dire che l'atteggiamento della Democrazia cristiana, almeno in Commissione sanità alla Camera, è stato nella fase iniziale molto più attento e per certi versi molto più battagliero, se è vero che la relazione di maggioranza per moltissimi aspetti poteva tranquillamente essere sottoscritta da gran parte dei colleghi dell'opposizione. Mi riferisco agli aspetti della congruità del fondo, dei meccanismi delle entrate, del principio di una programmazione che non deve essere confusa e diluita in una legge di programmazione.

Invece in questo ramo del Parlamento ci troviamo di fronte ad un atteggiamento tutto sommato rassegnato; ma noi non possiamo abdicare al nostro compito, accettare per buona la situazione così come è, e crediamo invece che vada portata avanti una battaglia fino in fondo per mettere tutti in guardia contro i rischi di degenerazione, di contro-riforma che sono in atto, raccogliendo dunque l'appello del Ministro della sanità. Questo non per fare presto, ma perchè, attraverso la correzione di scelte a nostro giudizio sbagliate, non vada avanti quell'opera di smantellamento del Servizio sanitario nazionale che in alcuni ambienti politici ha preso forma.

Partendo da questa premessa, questo disegno di legge a noi pare una ripetizione quasi in fotocopia della legge dello scorso anno che ha tenuto scarsamente presenti i dibattiti che ci furono allora e che per le tre questioni fondamentali (il tetto del fondo, i meccanismi per la politica delle entrate e i problemi di cui parlavo prima a proposito della programmazione sanitaria) ripropone appunto tutti i problemi che erano già stati discussi.

Abbiamo infatti una sottostima del finanziamento per la parte corrente e per la parte in conto capitale. Abbiamo il blocco dei meccanismi attinenti alla politica delle en-

trate, fatta salva la questione del *ticket* sulla ricetta che viene portato a 1.300 lire e fatta salva quella che è una novità per la politica delle entrate, costituita dall'obbligo per i cassintegrati di pagare quest'anno per la prima volta i contributi di malattia. C'è una stortura a nostro giudizio che riguarda le disposizioni straordinarie per la spesa ospedaliera; questi provvedimenti stralciati e scissi da un piano organico sono illusori.

C'è anche una novità che non tiene conto della recente sentenza della Corte costituzionale a proposito delle competenze dei poteri regionali; novità data dal fatto che in alcuni riparti dei fondi si propone, contraddicendo appunto quello che dice la Corte costituzionale, una norma che espropria di fatto le Regioni di loro competenze a favore del Ministro della sanità.

Su questi tre punti voglio sviluppare molto rapidamente un ragionamento nella speranza di riuscire in qualche misura a ribadire tesi già note e cercare di avviare una dialettica indispensabile, al fine appunto di non rendere sterile e inutile questo confronto solo perchè siamo in seconda lettura.

Si parlava della sottostima del finanziamento. Del resto, su questo ha convenuto anche il relatore senatore Melotto, quando stamattina, sia pure a denti stretti e facendo dei conti che grosso modo ci trovano consenzienti, metteva in evidenza che ci troviamo di fronte ad un disavanzo di 1.145 miliardi. Secondo noi invece, facendo dei conti che riteniamo più esatti, il disavanzo del 1985, rispetto al fabbisogno reale, dovrebbe aggirarsi intorno ai 2.500 miliardi. Non sappiamo sulla base di quale calcolo sia scaturita la cifra di 39.200 miliardi, perchè i conti non quadrano nè aggiungendo il 10 per cento rispetto allo stanziamento del 1983, nè aggiungendo il 7 per cento a questo 10 per cento previsto con i recenti decreti convertiti in legge.

Tenendo presente che vi sarà il rinnovo dei contratti del personale dipendente e il rinnovo di quelli degli ospedalieri convenzionati, si rischia di ripetere la stessa operazione fatta nel corso di quest'anno per poter integrare lo stanziamento e coprire un disavanzo sommerso; lo avevamo preannun-

ciato lo scorso anno in sede di discussione del disegno di legge finanziaria e lo riaffermiamo oggi con estrema lucidità e realismo. A proposito del rinnovo dei contratti al personale dipendente e del rinnovo delle convenzioni, vorrei ricordare che nel corso del 1984 vi è stato un avvio di trattative per uno stralcio di norme, nonostante tutti gli impegni in senso contrario che vi erano stati in Parlamento, relative ad una convenzione-ponte col settore della medicina generale, in attesa del contratto unico che dovrebbe partire da giugno 1985. I colleghi ricorderanno che allora il Senato approvò l'articolo con cui si dava il via alla possibilità di trattare questa convenzione. Vi è stato, se non ricordo male, un ordine del giorno con il quale ci si impegnava a concludere le trattative purchè queste non comportassero alcun onere finanziario. Invece l'onere finanziario vi è stato e in nessuna delle tabelle finora esaminate riusciamo a capire quale sia. Alcuni affermano che la cifra si aggira intorno ai 150 miliardi, altri dicono 300 miliardi.

Per quanto riguarda i farmaci, il relatore stamattina ha letto delle proiezioni molto precise per il 1985, ma devo dire che anche su questo punto non è stato fatto un discorso realistico. Vorrei dei chiarimenti sul nuovo metodo di determinazione dei prezzi e sulla elaborazione del piano di settore. Se ne parla molto, ma fino ad oggi il Governo non ci ha dato puntuali ed esatte informazioni. Si dice che l'aumento dei farmaci dovrebbe aggirarsi intorno al 20-25 per cento. Sono stime campate in aria o il nuovo metodo di determinazione dei prezzi costituirà veramente un calmiera per quella spinta in avanti che abbiamo registrato negli ultimi anni? Finora vi è stato un contenimento parziale della spesa solo perchè si è elevato il *ticket* fino all'11,2 per cento; quest'anno, secondo le stime del relatore, tale aumento dovrà toccare il 14 per cento o forse più. A questo punto, quindi, è evidente che siamo costretti a ribadire quanto più volte abbiamo sostenuto: la governabilità del servizio sanitario di fronte alle incertezze e a questo balletto sistematico delle cifre re-

sterà un miraggio. Dobbiamo registrare ancora una volta la responsabilità del Governo per la sua ostinazione a voler sottostimare il Fondo, che finirà col riprodurre le condizioni per la formazione di un debito sommerso delle USL, dei pie' di lista, dei piani formulati nei modi più disparati. Questo per quanto riguarda la parte corrente.

Per quanto riguarda la parte in conto capitale, poi, non si è fatto nemmeno un minimo sforzo di adeguamento: siamo rimasti a quanto si era preventivato lo scorso anno. Vorrei invitare i colleghi a leggere a questo proposito quanto ha scritto la relatrice di maggioranza alla Camera dei deputati, per capire quanto questo problema sia serio e come non possano esistere diversificazioni politiche di parte su un tema che, in fondo, ci trova uniti nel giudizio e, soprattutto, nelle soluzioni da adottare. Come si può parlare di una sanità pubblica degli anni 2000 in grado di sostenere i bisogni della collettività e le esigenze di sviluppo tecnologico e di ricerca, quando la politica del settore si discosta dai costanti e continui progressi scientifici, teorizzando, per le note ragioni di crisi economica, che il bilancio di quest'anno deve far fronte solo all'innovazione dei settori produttivi? Ed essendo il bene salute un settore non produttivo non si possono fare investimenti in proposito perchè sarebbe un lusso. In Italia la sanità è considerata un settore di secondaria importanza; cioè la salute, uno dei beni primari dell'uomo, viene considerata, non dico alla stregua di un bene di lusso, ma, addirittura, come cosa da prendere in considerazione solo in fase di benessere economico.

Colgo l'occasione per ricordare ai colleghi della Democrazia cristiana che solo partendo da queste premesse, cioè considerando questo settore « non produttivo », si può giungere alle conclusioni cui è pervenuto il ministro Gorla, ossia che è necessario tornare ad un regime assicurativo per quanto riguarda i grandi rischi e sgravare dei contributi la maggior parte dei lavoratori dipendenti. Questa è una assurdità che ci fa tornare indietro di 30 anni. Sempre su questa concezione parte anche l'ipotesi di una

riforma istituzionale che punta sul principio aziendale in una visione produttivistica che permetta al servizio sanitario di acquistare credibilità e mantenersi al passo con i paesi più avanzati. Questa, secondo noi, è una visione sbagliata e miope che rischia di aggravare tutti i mali e di farci retrocedere sul piano della civiltà e della tutela dei diritti fondamentali dei cittadini.

Queste sono alcune delle motivazioni che ci spingono a riproporre gli emendamenti che abbiamo già presentato alla Camera dei deputati, ritenendo che, per il 1985, il Fondo sanitario nazionale debba essere adeguato congruamente e portato quanto meno a 41.500 miliardi. Proporremo, inoltre, con una serie di emendamenti, l'aumento della spesa in conto capitale, ed una diversificazione degli impegni di spesa che punti verso certi obiettivi che rivestono primaria importanza nel Piano sanitario nazionale.

Vorrei fare alcuni brevi accenni sul fatto che è stata riproposta la stessa politica delle entrate dello scorso anno, introducendovi l'obbligo, per i cassintegrati, di pagare i contributi sanitari. È una scelta che, secondo me, marcia in direzione di una penalizzazione dei ceti più deboli, e lo stesso discorso vale per i *tickets*. Questa è l'unica scelta sicura per il Governo, mentre per quanto riguarda i grandi temi, quale quello della perequazione dei contributi, della lotta all'evasione e all'erosione, non si fa cenno nel disegno di legge finanziaria, come pure non vi è traccia di come si aumenterà lo stanziamento per il Fondo sanitario se dovesse passare il decreto del ministro Visentini.

Viene poi il tema su cui credo che alla Camera si sia dibattuto a lungo, e riguarda la famosa programmazione sanitaria inserita in maniera anomala nel bilancio.

Credo che non si debbano dire molte parole per affermare che questo tentativo (reiterato perchè l'anno scorso era già stato fatto e riuscimmo ad espungerlo trovando il modo, poi, di farlo confluire in quel piano sanitario che è a tutt'oggi presente sui nostri tavoli) di programmazione inserita nel bilancio non è credibile e men che mai è realizzabile.

È difficile definire *standards* e parametri dell'assistenza ospedaliera senza conoscere gli obiettivi che la politica di piano intende raggiungere e senza conoscere preventivamente i livelli assistenziali che si vogliono garantire.

I provvedimenti, giusti di per sè, in teoria, restano improduttivi e sterili. Si ripete, quindi, in sostanza, a nostro giudizio, l'operazione del 1984, con qualcosa in più, che pure va sottolineata in questa sede.

Noi abbiamo visto che, rispetto al testo governativo, sono stati espunti parecchi commi di questo famoso articolo 16; tra l'altro, è stato espunto il secondo comma dell'articolo 15 che faceva riferimento all'assistenza indiretta, insieme ad altri che portavano norme di razionalizzazione nella vita delle strutture ospedaliere.

Ora, per qualche comma si è avuto un voto unanime, perchè i nostri colleghi alla Camera hanno giustamente proposto che tutta la parte che faceva riferimento alla programmazione sanitaria venisse stralciata e inserita nel piano sanitario, con impegno di approvarlo in tempi stretti e rapidi, anche riservando una corsia preferenziale, così come era accaduto l'anno scorso.

Di fatto, invece, è successo che la maggioranza ha mantenuto in piedi la parte ospedaliera della programmazione sanitaria, cioè quella che sicuramente non si realizzerà in alcun modo e non sortirà alcun effetto finanziario, eliminando quelle norme che, tuttavia, qualche modesto temperamento potevano produrre nell'organizzazione dei servizi.

Siamo in presenza, quindi, di una **maggioranza che dimostra di non credere assolutamente a qualunque tentativo di pianificazione seria**. E ci sembra di capire che il Governo, con questo atteggiamento, non solo non crede alla propria capacità e volontà di far avanzare un processo programmatico, ma cerca anche degli alibi per mascherare in qualche modo il debito sommerso che già oggi sappiamo si determinerà a metà anno; un alibi, quindi, per riuscire a presentare le carte in una maniera accettabile, almeno in questa fase del discorso.

Ora sia ben chiaro: noi da sempre siamo stati sostenitori di una linea di razionalizzazione della rete ospedaliera, come momento fondamentale per la qualificazione, per il governo, per la riconversione della spesa sanitaria. Ma è pura illusione, colleghi senatori, pensare che questo obiettivo si possa attuare al di fuori di una proposta organica di riordino del servizio sanitario. In teoria le proposte avanzate (peraltro difformi da quelle scritte nel piano sanitario) sono giuste — lo dicevo anche prima — ma vengono vanificate e contraddette dal fatto che si ripropone un'operazione drastica di riduzione dei servizi ospedalieri, senza tener conto di tutta la contraddittorietà che ha caratterizzato il processo di sviluppo della riforma sanitaria in questi anni; senza che si sia avviato minimamente il processo di organizzazione, a monte degli ospedali, di quelle strutture-filtro che dovevano servire a frenare la tendenza verso l'ospedale come unico porto-rifugio e a determinare le condizioni per cui la malattia venisse bloccata lì dove nasceva.

Senatore Melotto, vorrei solamente darle questo dato, visto che lei, stamattina, ce ne ha forniti tanti e ritiene che queste argomentazioni ormai lasciano il tempo che trovano, anche perchè si tratta di una questione che investe un po' la responsabilità di tutti noi.

In una di queste norme di programmazione si propone di raggiungere un tasso di spedalizzazione del 140 per mille in 120 giorni. Premesso che noi oggi siamo già ad un livello del 175 per mille, per raggiungere questo obiettivo in 120 giorni dovremmo diminuire ben due milioni di giornate di degenza; affidare alle Regioni questo compito, senza aver preventivato minimamente gli strumenti alternativi che possano filtrare la domanda di ricovero e bloccare la tendenza alla spedalizzazione che è diventata di fatto l'unica riserva o risorsa in molti spazi e in molti ambiti del nostro paese, non è una cosa seria.

Ora questo non significa che noi non siamo favorevoli a una riduzione drastica dei ricoveri; siamo, infatti, tra quelli che da

sempre chiedono la riforma sanitaria per superare l'epoca mutuo-previdenziale, proprio perchè la prevenzione delle malattie è uno degli obiettivi principali che anche in termini finanziari un paese civile deve porsi, se vuole risparmiare ed avviare una politica di tutela della salute a minor costo.

Quindi l'esigenza è di una programmazione organica, di prevedere adeguati mezzi per le spese d'investimento, allo scopo di far fronte alla definizione e all'avvio di strutture destinate ai pazienti da deospedalizzare. Invece questo articolo, fuori da questo contesto organico, risulterà privo di risultati; quindi dobbiamo leggerlo come un modesto, banale e poco serio paravento governativo per giustificare la sottostima del fondo sanitario.

RANALLI. E poi non succederà nulla.

IMBRIACO. Infatti. E, se non ricordo male, questa sottostima ce la portiamo avanti da diversi anni.

Abbiamo avuto, nel 1983, per i debiti pregressi, i buoni poliennali del tesoro; nel 1984 il Ministro del tesoro ha inventato i mutui presso la Cassa depositi e prestiti; nel 1985 vedremo quale coniglio uscirà fuori dal cappello del prestigiatore Ministro del tesoro. Questa è la situazione reale.

In ogni caso questi emendamenti noi li riproporremo, e vogliamo che sia chiaro (oltretutto quest'anno c'è la sentenza della Corte costituzionale che ha dichiarato illegittima la norma della legge finanziaria 1984 che impegnava comunque le Regioni a sanare eventuali sfondamenti, e questi sfondamenti ci sono stati e ci saranno anche quest'anno) che il Governo si è assunto la responsabilità di iscrivere, ad inizio d'anno, un debito sommerso nella legge finanziaria 1985.

Vorrei sottolineare, ora, qualche altro aspetto del discorso che riguarda i *tickets* su cui, ormai, abbiamo speso decine e decine di sedute durante l'anno trascorso.

Ho già chiesto notizie sul piano di settore per l'industria farmaceutica e sul nuovo meccanismo per la determinazione dei prezzi.

Vorrei ora sapere che cosa intende fare il Ministro alla luce della revisione, cioè del nuovo meccanismo per la determinazione dei prezzi in materia di revisione del prontuario farmaceutico; vorrei anche qualche chiarimento in ordine al fatto che quest'anno il CIP ha adottato una delibera sui prezzi dei medicinali destinata a provocare un notevole aumento del prezzo dei farmaci, con conseguente crescita dei *tickets* e della spesa pubblica. In più c'è anche lo scandalo del CIP che ha consentito l'applicazione dell'aumento dei prezzi anche alle scorte dei medicinali di riserva. E su questa vicenda si sono pronunciati il TAR e la Corte dei conti.

In ogni caso questo aumento anche delle scorte dei medicinali che erano stivati in magazzino ha favorito un aumento cospicuo della spesa pubblica, e da più parti tale aumento è stato valutato in cifre superiori alle stesse entrate derivanti dai *tickets*.

Noi vorremmo che su questo aspetto del discorso qualche spiegazione ci venisse fornita dal Ministro della sanità che è qui presente. Credo che il nostro discorso si possa articolare e sviluppare su questi tre punti. Vogliamo avvertire la maggioranza che vi sono grossi rischi e che, se è vero che il relatore questa mattina era più o meno rassegnato e convinto che in seconda lettura non vada perso tempo, perchè i giochi ormai sono fatti e bisogna andare avanti, tuttavia è necessario che il relatore si renda conto che questa strada di rassegnazione è quella che porta allo smantellamento del Servizio sanitario nazionale, e noi vogliamo opporci a queste misure.

Riteniamo che la revisione di questi punti fondamentali, cioè lo stralcio delle parti di programmazione da affidare al piano o a provvedimenti da esaminare con corsie preferenziali se volete (sulle quali dichiariamo la nostra totale disponibilità) e l'adeguamento del fondo secondo le stime concrete, se trovasse accoglimento, contribuirebbe a mettere in piedi gli strumenti per poter poi provvedere al riordino istituzionale, così come del resto la stessa sentenza della Corte costituzionale ci ha ricordato nei giorni scorsi.

MONACO. Io non riesco ad orientarmi molto nelle cifre del bilancio e nelle cifre statistiche così come non riesco ad orientarmi sul concetto della funzione politica che questa Commissione dovrebbe avere nel settore della sanità. Mi domando se sia giusto stabilire le cifre che debbono andare alla sanità e come si debbono amministrare, senza prima stabilire quali debbano essere i compiti della sanità stessa. O se sia giusto invece l'inverso, cioè stabilire cosa servirebbe per far funzionare la sanità solo una volta che ne siano fissati i compiti.

Trovo al contrario un'inversione del procedimento, perchè da un lato si approva una legge sanitaria per adempiere al diritto dei cittadini di essere curati e dall'altro lato ci si accorge poi che i soldi non bastano: come si può in queste condizioni arrivare alla quadratura del cerchio?

Allora forse il ministro Gorla ha ragione affermando di voler tornare all'antico. D'altra parte anche oggi assistiamo allo strano fenomeno che chi veramente ha bisogno di un'assistenza sanitaria, almeno in molte parti d'Italia, finisce per farsi curare privatamente; ciò non corrisponde al concetto della riforma sanitaria. Infatti ci dovrebbero essere strutture pubbliche tali da indurre il cittadino a ricorrere a queste per avere la sicurezza di essere curato bene. Esistono certamente delle eccezioni, come a Napoli il centro di elettrostimolazione cardiaca in un ospedale pubblico che pure funziona benissimo. Ma anche dove queste strutture funzionano bene è necessario poi conoscere una via particolare per arrivare a farsi curare lì.

Non è possibile continuare a fare questi discorsi sull'impossibilità di gestire economicamente ciò che invece va gestito proprio con criteri di economicità. Ecco perchè sono contrario alla riforma sanitaria e alle USL che hanno contribuito a degradare i meccanismi di assistenza sanitaria.

I colleghi Ranalli, Imbriaco e Melotto vogliono sapere cosa ho contro le USL. Ripeto che secondo me anche queste hanno contribuito a degradare il meccanismo che dovrebbe far funzionare l'assistenza sanitaria ospedaliera pubblica, privata, conven-

zionata, eccetera. Insomma bisogna trovare il modo di far giungere l'assistenza sanitaria al cittadino bisognoso e di trovare i soldi per far funzionare tutto il sistema.

MURATORE. Desidero esprimere il mio apprezzamento al senatore Melotto per la relazione ampia, chiara e puntuale, ma soprattutto per lo sforzo di far digerire cifre non sempre rispondenti alle esigenze della sanità. Non v'è dubbio che dalla relazione si evince la strategia di contenimento complessivo della spesa, nel quadro di un indirizzo volto a mettere ordine in una materia così difficile e travagliata.

Anche se le cifre sono state alla base del suo intervento (e non poteva essere diversamente considerato che discutiamo di bilancio e di legge finanziaria), egli ha trattato gli argomenti in maniera da non ridurre il tutto ad un conto ragionieristico, ma in modo da tirar fuori un'espressione di volontà politica del Governo, volta a invertire la rotta e ad avviare un processo di razionalizzazione.

Certo il senatore Imbriaco ha fatto una analisi cruda della situazione. D'altra parte vi è scetticismo giustificato dal passato e dal presente, ma riteniamo che sforzi comuni debbono essere fatti nella direzione della razionalizzazione in modo da iniziare la politica della qualità dei servizi da erogare ai cittadini.

In questo quadro si inserisce il riordino del Ministero della sanità, che deve esercitare finalmente un'azione di coordinamento e di indirizzo. Così come acquista significato il riordino del Consiglio sanitario nazionale; anzi a questo proposito anch'io mi associo alla richiesta che in altra sede è stata avanzata, di dar vita ad una apposita sezione del Consiglio sanitario nazionale per la veterinaria e la zoiatria. A tal proposito, desidero ringraziare il senatore Melotto che mi offre l'occasione per spendere qualche parola sui servizi veterinari.

Opportuno, a mio modo di vedere, è stato il richiamo al potenziamento dei servizi veterinari pubblici e privati e alla scarsa attenzione che ad essi viene posta ai vari livelli di responsabilità. Vi è insoddisfazio-

ne, è vero, anche se è doveroso dire che un'azione complessivamente positiva è stata svolta sul piano zooprofilattico. Non vi è dubbio che occorre potenziare i servizi veterinari, non solo per le implicazioni di ordine economico, ma anche e soprattutto per le conseguenze di carattere igienico-sanitario legate alla sanità animale, in stretta connessione con le malattie trasmissibili all'uomo.

I problemi sono in costante aumento a causa delle importazioni, e mi riferisco alle malattie respiratorie e gastrointestinali, per non parlare dell'ipofertilità bovina, così come una grande importanza, ai fini di nuove patologie, hanno le nuove tecniche di allevamento e di alimentazione. Occorre potenziare gli istituti zooprofilattici che rappresentano il presidio più importante per una veterinaria moderna in grado di dare assistenza diagnostica, di fare ricerche associate e quindi vaccini e sieri atti a combattere malattie infettive.

A questo proposito desidero richiamare l'attenzione sulla necessità di approvare con tempestività il disegno di legge sugli istituti zooprofilattici e mi auguro che gli stanziamenti di tre miliardi per il 1985, cinque per il 1986 e cinque per il 1987 siano in grado di soddisfare le esigenze del personale in servizio presso questi istituti. È necessario rivedere tutta la materia, adeguare i servizi alla nuova tecnologia che avanza sia in sede nazionale che in sede comunitaria e fare in modo, inoltre, che anche questo importante settore della sanità e dell'economia entri appieno nella filosofia di Governo, a tutti i livelli decisionali e di gestione dove, comunemente, viene considerato un servizio marginale.

Riservandomi, quindi, di intervenire in sede di esame del provvedimento, mi dichiaro fin d'ora d'accordo con le modifiche all'articolo 17 per la parte riguardante il controllo, con l'augurio che finalmente si imbocchi la strada dell'efficienza della gestione.

JERVOLINO RUSSO. Signor Presidente, il momento nel quale si discutono i disegni di legge finanziaria e di bilancio direi che è

sempre un momento molto delicato, in quanto vi è la messa a nudo di ciò che si è fatto e delle molte difficoltà che si incontrano nel momento in cui si tenta di ottimizzare le risorse contenendo al massimo la spesa. È per questa ragione che, indubbiamente, può trasparire un certo pessimismo.

Vorrei fare, innanzitutto, un rilievo che, al contrario di quanto dicevo prima, è del tutto ottimistico, almeno per quanto riguarda la parte a cui mi riferisco. Questa mattina — come ha rilevato poco fa anche il senatore Muratore — il senatore Melotto, con la sua relazione molto precisa, ci ha presentato una serie di dati che ci hanno dimostrato come il servizio informativo sia completamente a regime o quasi; è comunque in grado di offrirci quel *plafond* conoscitivo che credo sia indispensabile per poter governare il settore e, soprattutto, governarlo in una logica di programmazione. Infatti, sia in questa legislatura che nella precedente, spesso ci siamo trovati a vagolare nel buio. Ora, invece, dobbiamo prendere coscienza di questo dato che ritengo estremamente positivo. D'altronde se il Parlamento vuole avere una visione non demagogica della programmazione, una reale visione di governo della spesa e di ottimizzazione delle risorse, deve conoscere in modo analitico l'andamento storico della spesa sanitaria al fine di evidenziarne la fenomenologia del passato e, contemporaneamente, prendere decisioni politiche essenziali per il futuro. Premesso questo, devo ammettere che dalla relazione del senatore Melotto emergono alcuni dati senza dubbio positivi. Vi è, ad esempio, quello del graduale raggiungimento del riequilibrio territoriale, che tenta non solo di portare le Regioni ad un uguale livello di spesa, ma anche di manovrare questa in modo che le Regioni che hanno avuto meno possano recuperare il *gap* che ha caratterizzato gli anni precedenti. Questo, in una logica di giustizia non limitata solo ad alcune Regioni.

Un'altra questione che mi ha impressionato favorevolmente è quella relativa alla modesta entità del costo per il funzionamento degli organi istituzionali della sanità; credo

che ciò meriti una sottolineatura ed un rilievo politico dato che ci accingiamo a rivedere alcuni meccanismi istituzionali della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Naturalmente teniamo presente che un minor costo non dà come risultato un funzionamento ottimale. Sono d'accordo con il relatore quando afferma che questo dato va evidenziato e reso pubblico al fine di portarlo a conoscenza di quanti fanno del facile allarmismo (stampa, pubblica opinione), cioè di coloro che in sostanza demonizzano gli organi di governo della riforma sanitaria attribuendo a questi la colpa della difficoltà anche economica del settore.

Il senatore Melotto ci ha fornito notizie interessanti riguardo all'andamento della spesa farmaceutica e all'incidenza dei *tickets*. Anch'io mi sono occupata di questo problema dato che sono stata relatore in occasione della conversione dei vari decreti sulla spesa farmaceutica. Mi unisco perciò alle richieste avanzate dai colleghi perchè il Governo ci dia notizia sui tempi di presentazione del nuovo piano di settore e sui tempi di messa a regime del nuovo metodo di determinazione dei prezzi dei medicinali. Più volte in questa Commissione e nella stessa Aula del Senato si è sottolineata l'urgenza di questa normativa. Mi è sembrato interessante e positivo il fatto che il relatore abbia preso in considerazione l'adozione di criteri che tengano conto dell'età della popolazione presa in esame. È evidente che occorre tener conto anche di questo dato se vogliamo essere equi perchè il tasso di invecchiamento diventa un fenomeno in continua espansione, soprattutto in alcune regioni (ad esempio in Liguria). Trovo giusto quindi che la popolazione sia considerata non solo nella sua entità numerica, ma anche secondo l'età.

Dai dati forniti dal relatore risulta che lo stanziamento della spesa sanitaria è passato dai 10 mila miliardi del 1980 ai 39 mila e 200 miliardi previsti per il 1985. È indubbio che lo stanziamento della spesa sanitaria è insufficiente anche al di là dell'adeguamento al tasso di inflazione programmato. Anche questo rilievo è dunque positivo per chi, come noi, crede nella sanità come

settore produttivo in termini di salute pubblica; però si devono compiere maggiori sforzi per rendere ottimale il risultato di questa spesa. Desidero fare alcuni rilievi particolari sui singoli articoli del disegno di legge finanziaria. Per quanto riguarda l'articolo 16, dobbiamo realisticamente prendere cognizione della sua storia. Già l'anno scorso, in sede di esame della legge finanziaria, stralciammo questo articolo ritenendo logicamente e a ragione che questo dovesse inserirsi più obiettivamente all'interno del piano sanitario nazionale. Anche allora ogni Gruppo politico, in perfetta buona fede, si dichiarò disposto a dare al piano sanitario nazionale una corsia preferenziale. Rendiamoci conto che a un anno di distanza ci troviamo nella stessa situazione di allora, ossia a ripeterci gli auspici del dicembre 1983 ed a fare dei rilievi problematici sui 39.200 miliardi, ciò che rende più che mai necessaria la messa a fuoco di tutti quei meccanismi che possono in qualche modo aiutare a contenere la spesa. Lo scorso anno il Ministro affermò che per contenere la spesa erano necessari criteri di programmazione ospedaliera.

Credo che queste considerazioni ci debbano indurre a vedere positivamente l'inserimento nel disegno di legge finanziaria dell'articolo 16, anche se ognuno di noi può avere dei dubbi sulle singole disposizioni.

Per esempio, prima, è stato rilevato il dato dei due milioni di giornate di degenza in meno, ed è un dato che mi spaventa, così come mi spaventa anche la durata media della degenza prevista in dieci giorni; non sono medico, ma per la verità dieci giorni mi sono parsi abbastanza pochi; così come una qualche perplessità mi è nata nel momento in cui si fa divieto alle Regioni, quando si supera il tetto del sei per mille, non solo di procedere alla costruzione di nuovi ospedali, o all'ampliamento di quelli esistenti, ma addirittura di dare in appalto opere di completamento di ospedali già in costruzione. Allora quelli che sono già costruiti per metà che fine faranno?

Qualche dubbio, quindi, la stesura di questo articolo presenta, anche se credo che

non si possa dire che non esistono obiettivi per la programmazione ospedaliera; infatti ritengo che, pur non essendoci ancora il piano sanitario nazionale, gli obiettivi per la programmazione ci sono, e sono quelli stabiliti nei primi articoli della legge n. 833, perchè gli ospedali sono parte integrante del Servizio sanitario nazionale e quindi hanno gli stessi obiettivi.

Devo dire, poi, che vedo con estremo favore la riserva di alcune somme a progetti-obiettivo speciali, soprattutto per i tossicodipendenti, per i malati di mente, per i disabili, per gli anziani; inoltre mi sembra giusto il tipo di destinazione, tra l'altro rispondente a quei progetti-obiettivo che erano previsti nel piano sanitario nazionale fin dalla prima stesura redatta nell'ottava legislatura. Senza dubbio l'entità degli stanziamenti desta qualche perplessità, perchè non so che cosa sia possibile fare rispettivamente con 500 e con 250 miliardi, a meno che, come ha detto il relatore, noi non prendiamo questi stanziamenti sostanzialmente come indicazione dell'inizio di un metodo nuovo che ci auguriamo possa poi consolidarsi; ma certamente negli anni futuri occorrerà trovare, nella legge finanziaria, stanziamenti sempre più cospicui.

Vorrei fare un ultimo rilievo che, diciamo, avrebbe anche dei riscontri, che farò in modo più analitico quando si affronterà il bilancio dello Stato, sulla parte riguardante lo stanziamento in conto capitale.

È stato già detto che, sia per quanto riguarda il disegno di legge finanziaria, sia per quanto riguarda il bilancio, lo stanziamento in conto capitale rimane sempre molto basso e, per il fatto che si aumentano gli stanziamenti per la parte corrente, aumenta anche la forbice tra stanziamento in conto capitale e stanziamento per la parte corrente, la qual cosa desta notevoli perplessità.

Per esempio, per quanto riguarda il bilancio, si sottolinea che lo stanziamento in conto capitale è finalizzato soprattutto alla ricerca scientifica, e poi viene fuori che, per

quanto riguarda l'anno scorso, vi è addirittura un residuo sullo stanziamento in conto capitale; quindi ci si domanda, effettivamente, quanta ricerca scientifica è stata fatta. La risposta è che certamente non ne è stata fatta molta, e questo desta qualche perplessità per il futuro del Servizio sanitario nazionale nel suo insieme.

Con queste osservazioni, rispetto alle quali certamente il Governo vorrà dare delle risposte, ringrazio nuovamente il relatore per il suo sforzo; ci apprestiamo ad esaminare serenamente due strumenti che sono fra i più seri che un Parlamento debba affrontare nel corso di un anno.

PINTO Biagio. Signor Presidente, dirò alcune parole sul punto centrale di questa discussione, e cioè sulla spesa.

Da 18 anni sono membro del Parlamento e ogni anno sento parlare, in sede di bilancio del Ministero della sanità, di aumentare la spesa per la sanità stessa.

Il Partito comunista dice che la spesa per la sanità non è calcolata sufficientemente rispetto a quelle che sono le esigenze. Questo è vero, e sono d'accordo. Ma sta di fatto che ci deve anche dire se, quando in sede sindacale si accetta la politica dei redditi, anche in sede politica bisogna accettarla, cercando di essere coerenti con le proprie azioni.

Stando così le cose il Partito comunista ci deve dire come trovare la cifra che noi dovremmo spendere in più per il bilancio della sanità. Non si può dire, infatti, di aumentare la spesa senza indicare i mezzi per fronteggiare tale aumento.

Dirò di più, signor Presidente, ed invito i colleghi a meditare su questa osservazione: credo che prima di presentare in Parlamento un emendamento che comporti un aumento di spesa, bisognerebbe indicare la copertura finanziaria per lo stesso, altrimenti si arriverebbe soltanto ad aumentare il disavanzo dello Stato, con il conseguente aumento dell'inflazione e del disagio dei lavoratori e dei cittadini tutti.

Quindi dico che effettivamente la copertura finanziaria non c'è; perciò, prima di proporre aumenti di spesa, bisogna dire dove reperire le somme necessarie a dare stabilità al bilancio dello Stato e alla vita sociale dei cittadini.

Per quanto riguarda la spesa vorrei fare delle brevissime osservazioni: siamo d'accordo che allo stato c'è una difficoltà di spesa, ma ci siamo mai domandati quanto siamo impegnati, in sede periferica, a vedere come vengono fatte queste spese?

Ma pensate: è vero, o non è vero, che c'è un ospedale con 220 posti-letto che ha 160 unità di personale a gettone? Ma vi rendete conto di che cosa significhi questo? È vero, o non è vero, poi, che stiamo discutendo di una sanatoria attraverso la quale mettiamo in ruolo 100.000 soggetti che vanno a carico della spesa sanitaria? Ma sono veramente tutti necessari?

In questa sede feci una denuncia in cui dicevo che il presidente di una USL aveva assunto dei medici dopo la presentazione della legge dicendo (risulta dagli atti del Senato) espressamente: « Non vi preoccupate, tanto il Parlamento italiano allungherà i termini, e voi resterete in ruolo come tutti gli altri ». Quindi sono stati assunti come personale a gettone, sapendo che poi sarebbero entrati in ruolo perchè il nostro Parlamento sarebbe andato oltre il termine del 31 marzo, per il quale mi sono tanto battuto. Questi medici furono assunti dopo il 31 marzo, e adesso vanno in ruolo. Sono veramente necessari? E la regione Campania che adesso fa un concorso per 4.000 assunzioni? C'è la copertura finanziaria? Nessuno lo dice, perchè si ha paura di perdere voti. Ma io dico: c'è la copertura finanziaria per questi 4.000 posti messi a concorso?

Voi tutti sapete che a Napoli, adesso, c'è un concorso per 2.000 posti di autista ed infermiere, per titoli ed esami. E il titolo sapete qual è? L'aver prestato servizio dopo aver pagato la tangente. Ebbene, queste spese vogliamo eliminarle?

Quindi bisogna ridurre la spesa. Stiamo discutendo da anni del piano sanitario na-

zionale e il Presidente, la cui amicizia ho l'onore di avere, sa benissimo che sono sempre stato contrario a questo piano, perchè nella nostra realtà sociale prevedere con un piano delle prevenzioni, delle riabilitazioni, delle cure ed anche nuove strutture significherebbe raddoppiare la spesa. Anzi questo piano avrebbe un unico fine per i nostri rappresentanti delle USL, cioè quello di aumentare l'occupazione. Si procederebbe alle assunzioni e si accumulerebbe una spesa enorme.

Allora direi di rivedere questa organizzazione periferica delle USL e cercare di limitare la spesa entro certi termini. Bisogna rendere operante il Consiglio sanitario nazionale, del quale voi sapete tutti che non prevede nella sua composizione nessun medico. Facciamo invece in modo che questo Consiglio possa effettivamente operare, dirigere e fornire indicazioni per la nuova politica della sanità.

Cerchiamo di ridurre la spesa entro i limiti della necessità. Se al contrario si decide di aumentarla, bisogna però indicare la copertura dei fondi.

ALBERTI. Signor Presidente, signor Ministro, onorevole relatore, innanzitutto vorrei dire che quando si parla della legge n. 833, man mano che passano gli anni, si va in direzione contraria a quella che si dovrebbe seguire: non è un'affermazione polemica, bensì vorrei che la Commissione prendesse atto di quanto sto dicendo e pensasse a fornire risposte alle questioni che porrò.

Ovviamente se abbiamo una spesa sanitaria così ripartita e divisa in modo capillare e finalizzata secondo gli obiettivi dei provvedimenti finanziari di cui stiamo discutendo, vorrei sapere i limiti e gli ambiti entro i quali le USL possono in qualche modo programmare. Cosa dovrebbero programmare le USL dal momento che tutto è già definito, anche in modo preciso, per quanto riguarda la spesa vincolata e per quanto riguarda la spesa in conto capitale?

A questo punto mi pare che le USL vengano a perdere di significato. Ad esempio

le assemblee le possiamo già abolire se si seguono questi criteri e i comitati di gestione svolgerebbero semplicemente funzioni di contabilità. Inoltre, se si riflette più a fondo, si osserva che la sottostima del Fondo sanitario nazionale non lascia assolutamente spazio per la creazione di altri servizi.

Mi domando ad esempio, dal momento che quest'anno avremo un disavanzo di 1.145 miliardi, se il relatore Melotto, che sa meglio di me che questa cifra è stata ricavata dalla spesa complessiva degli anni precedenti, aumentata di una certa percentuale (che il Ministro mi spiegherà a cosa si riferisce, perchè ancora non l'ho capito), si rende conto che nelle singole cifre non si prevedono risorse per realizzare la prevenzione e la riabilitazione; infatti la spesa storica non prevede nessuno stanziamento per tali fini. Le USL dove dovrebbero trovare i mezzi per attivare queste prestazioni che sono estremamente importanti per l'attuazione della legge di riforma sanitaria, per la medicina curativa?

Quindi — ripeto — mi sembra che, andando a vedere nella realtà delle cose, le USL abbiano perso di significato. Non fanno forse le stesse cose che erano di competenza delle mutue prima della riforma sanitaria? O c'è qualcosa di diverso? Le USL in qualche modo hanno operato per tirare avanti, pur essendo in condizioni di finanziamento estremamente precarie.

Vorrei poi sapere dal ministro Degan in che modo saranno reperite le risorse se nel corso del 1985 si verificherà lo « sfondamento » dei 1.145 miliardi preventivato dallo stesso relatore dal momento che abbiamo già impegnato in qualche modo determinate somme a carico del Fondo sanitario nazionale per gli anni futuri, cioè per gli esercizi che vanno dal 1985 al 1994; andremo forse all'anno 2000? Mi rendo conto che ci sono delle possibilità che la spesa sia più contenuta in effetti, ma se si lascia la ripartizione delle risorse così come è stabilita e se la struttura della spesa rimane quella dello scorso anno, allora è evidente che l'unico sistema per poter calcolare la spesa futura è proprio quello di prendere in considerazione la spesa storica e calcolare un minimo

di deflazione, cioè appunto il 7 per cento. Oppure si pensa che, nell'ambito di quei capitoli di spesa, si possano ottenere dei risparmi?

La spesa farmaceutica certamente non si manterrà nell'ambito del 7 per cento e del resto quali saranno quelle spese sulle quali potremmo ricavare dei risparmi come compensazione? Non esistono. Quindi, se è vero che riusciremo a spendere 1.145 miliardi in meno, ci riusciremo tagliando feroce-mente sull'assistenza: non c'è dubbio.

In un ospedale, che prevede un organico di 1.000 dipendenti e che ne ha 600 in meno, è chiaro che si possono rapidamente ridurre le spese; ma quale assistenza diamo a quei malati? Mi domando se è utile tenere in piedi degli ospedali che forniscono una assistenza di questo tipo.

Senonchè viene usato il solito sistema, che consiste nel dettare alcune norme che servono da alibi per poter dire poi che queste esistono, ma che non vengono applicate. E la colpa di questo, naturalmente, si dà alle Regioni e alle USL. L'anno scorso, ad esempio, signor Ministro, le avevamo fatto presente che le norme istituite per il contenimento della spesa e in particolare quelle per l'istituzione di commissioni di controllo sui medici, non potevano essere applicate (e questo lo aveva sottolineato anche il Presidente) se non nel momento in cui si stipulava il nuovo contratto con i medici; e, nello stesso provvedimento, si stabiliva che questo contratto lo avremmo stipulato nel 1985. Come poteva funzionare quella norma?

Quest'anno è accaduta la stessa cosa con le norme stabilite dall'articolo 16. Scusate, ma non riesco a capire come si è giunti a scrivere questo articolo. Probabilmente vi è qualcuno che la domenica non ha altro da fare e si mette a scrivere norme per il contenimento della spesa; non può essere altro che così. Queste cose ci indignano, signor Ministro. Qualcuno, nel leggere questo articolo 16, sarebbe portato a credere che le leggi vengono preparate da persone distratte, per non dire incompetenti.

Questo articolo stabilisce che, al fine di ridurre i costi e di contenere la spesa complessiva entro i limiti di stanziamento di

cui all'articolo 17, entro 120 giorni le Regioni devono preparare un piano. Certo, il piano si può anche mettere a punto in 120 giorni, ma che con questo sistema si possa poi risparmiare sui ricoveri mi sembra molto improbabile. Allora accadrà che le Regioni pubblicheranno un volume (perchè ogni Regione ha un suo volume) che costerà qualche centinaio di milioni, lo distribuiranno ai medici e lo invieranno al Ministero della sanità. Ma alla fine come si giungerà ad un riequilibrio del sistema ospedaliero? Si può anche dire: blocchiamo la costruzione di altri ospedali (e di conseguenza il numero dei posti-letto) in attesa di riorganizzare la rete ospedaliera. Ma è stato fatto di peggio perchè si è stabilito di bloccare gli organici senza tener conto che nel Sud questi sono carenti, mentre nel Nord sono eccedenti, per cui a questo proposito la situazione è rimasta congelata al 1981.

Qualcuno mi deve spiegare come si è proceduto, con quale criterio è stato inserito questo articolo 16 che, a mio avviso, andava stralciato nel modo più assoluto. Qui, ad esempio, si stabilisce che si deve giungere ad una riduzione dei posti-letto fino al 6 per mille. Ma in quanto tempo signor Ministro? Avrei giustificato la norma se si fosse stabilito che questo doveva avvenire nel tempo. Lo stesso piano sanitario nazionale prevedeva una cosa ben diversa, se non ricordo male. Quindi, si poteva prevedere, nel triennio, una progressiva riduzione fino al 6 per mille per quelle regioni con una dotazione di 8 posti-letto per mille abitanti e, in un ulteriore triennio, l'adeguamento al parametro 6 per mille per quelle regioni che avessero una dotazione superiore all'8 per mille. Mi sia consentito dire che questa norma è ispirata da un meccanismo estremamente rozzo, significa non avere conoscenza o non avere fatto adeguati accertamenti su quella che è la situazione attuale nelle varie regioni.

Si vuole ridurre fino al 50 per cento i posti-letto delle strutture private convenzionate, sempre per l'adeguamento al parametro 6 per mille. Ma qualcuno si è doman-

dato dove andrà a finire il personale che opera in queste case di cura private? Parlo soprattutto del personale paramedico che, secondo norme disposte, dovrebbe venire inserito nelle piante organiche degli ospedali. Ci siamo chiesti però, signor Ministro, se questi sono in grado di assorbire tutto questo personale? Vi è da aggiungere che ciò penalizza soprattutto il Sud, perchè le case di cura convenzionate sono concentrate soprattutto nei capoluoghi di questo territorio; per cui se in un capoluogo vi sono 900 posti-letto convenzionati questi dovrebbero essere ridotti a 450. È un'operazione ideata senza alcun discernimento e prendendo solo in considerazione la situazione delle regioni più ricche dove vi sono dotazioni diverse, dove è possibile ristrutturare. Nel Mezzogiorno si chiudono strutture, pubbliche e private, che magari funzionano bene, solo per raggiungere un riequilibrio che potrà essere attuato solo con il tempo e con una certa razionalità, che tenga conto anche della diversa situazione regionale. Fortunatamente le Regioni meridionali non saranno in grado di applicare alla lettera queste norme, perchè se ciò dovesse accadere con tempestività e solerzia, sarebbe la fine del Mezzogiorno. Certo, se in queste regioni non ci fossero i grossi problemi che tutti conosciamo non staremmo qui a discutere di queste cose, sarebbe sufficiente — se avessimo appunto una spesa equilibrata — dare un *tot* per ogni abitante in tutta Italia e lasciare che le USL spendano poi questa somma come meglio credono; lo Stato dovrebbe solo ripartire gli stanziamenti e poi non occuparsi più di come vengono governati questi stanziamenti, perchè chi non governa bene paga di tasca propria; lo Stato non dovrebbe più rimetterci una lira. Ma questo non si può fare per tutta una serie di motivi che conosciamo bene e che in parte ho ricordato, come ben sa anche il senatore Melotto che è un convinto assertore della necessità di riequilibrare le strutture ospedaliere.

Mi sento in dovere di aggiungere, inoltre, che attualmente in Italia la degenza media è di 10 giorni, ma con la riduzione dei posti-

letto vi sarà negli ospedali una maggiore concentrazione di malati gravi e di malati sotto terapia intensiva, per cui questa media di degenza salirà notevolmente perchè non sarà compensata dalle degenze inferiori ai 10 giorni. Quindi, ad un numero di posti-letto inferiore a quello attuale (con degenza media di 10 giorni) corrisponderà una degenza più lunga.

Ma allora compenseremo riducendo il numero dei posti-letto e, quindi, riducendo i costi ed utilizzando le risorse per curare meglio i malati di terapia intensiva?

Faccio questa domanda perchè sono convinto che di questo provvedimento noi non modificheremo nulla, perchè il Ministero è già la terza volta che ripropone questo articolo, e noi lo abbiamo discusso molto serenamente; e lei, signor Presidente, lo ricorda benissimo. Però, quando vedo che questo articolo viene riproposto, devo ritenere che nell'ambito del Ministero vi sia una perfetta convinzione che esso sia fondamentale ai fini della ristrutturazione della sanità in Italia. Allora io insisto per conoscere la logica e la filosofia che è stata seguita nell'emanazione di queste norme.

Infatti, alla lettera e) dell'articolo 16 c'è scritto: « soppressione o trasformazione delle divisioni o sezioni autonome con tasso di utilizzazione mediamente inferiore al 50 per cento nel triennio 1982-1984 » Mi scusi signor Ministro, ma dopo c'è scritto che la Regione può aprire degli altri posti-letto disattivandone alcuni là dove ci sia una maggiore concentrazione. Ma se andiamo nelle città del Sud, si troverà che in tutti i capoluoghi di provincia c'è il 75-85 per cento di utilizzazione dei posti-letto. Mentre, se si va negli ospedali periferici, tutti i reparti insieme, nel triennio 1982-1984 non hanno nemmeno il 50 per cento di media di degenza. Il discorso credo sia molto chiaro.

Quindi, seguendo questa logica, come facciamo a dire che questi reparti periferici hanno meno del 50 per cento di utilizzazione di posti-letto dal momento che essi agiscono in concorrenza con l'altissima concentrazione di posti-letto che esiste nelle città (17 per mille), cioè la cifra più alta

di tutta l'Europa? Come facciamo a dire che queste divisioni, queste sezioni avevano meno del 50 per cento di utilizzazione di posti-letto dal momento che esse subivano la concorrenza degli ospedali centrali e quindi non è stato mai possibile un riequilibrio se non disattivando i reparti che avevano una percentuale del 75-85 per cento di utilizzazione di posti-letto nelle città capoluogo? È una norma molto contraddittoria.

Ci troviamo di fronte ad una situazione che è estremamente complessa, ed ho avuto modo di dirlo già in diverse occasioni. Che cosa bisognava fare, invece? Bisognava lasciare alle Regioni, nell'arco di tempo di tre anni, di avere i sei posti-letto per mille abitanti, così come era stato detto. Ma lasciamole una buona volta programmare in santa pace queste Regioni! Non ritengo, infatti, che gli amministratori regionali siano degli handicappati. Ritengo, invece, che siano in condizione di usare i servizi di coordinamento del Ministero della sanità. E se poi il Ministero volesse dar loro una mano, perchè non mette a disposizione delle Regioni meno dotate di quadri e di *managers* i suoi organi? La Regione chiede al Ministero delle consulenze, e voi di consulenti ne avete, ed anche di grande livello. La norma, invece, così come è fatta, servirà soltanto a sentirsi dire, da qui a tre mesi, che la spesa sanitaria cammina per i fatti suoi perchè non siamo riusciti a mettere in atto le norme, perchè le Regioni non l'avranno fatto, perchè le USL sono colpevoli. Ma di che cosa? Questa è la mia domanda.

È inutile, poi, andare a leggere le spese e la sottostima del Fondo sanitario nazionale, perchè ne abbiamo già parlato. Ma, per quanto riguarda le attività a destinazione vincolata, il Ministero della sanità è sempre sottoposto a protezione, e non ho capito bene perchè tutte queste cose debbano essere viste dal Ministero della sanità sentito il Consiglio sanitario nazionale, e verificate congiuntamente con il Ministero del tesoro e con quello del bilancio e della programmazione economica. Ma questo Ministero è forse di serie « B »?

E non ho capito neanche il perchè le Regioni non possano vedersela da sole.

Ho sentito l'intervento del senatore Melotto non più di un'ora fa, in sede di Commissione per le questioni regionali. Senatore Melotto, lei non può fare un discorso in quella sede ed un altro discorso qui, in Commissione sanità. Si tratta di discorsi che debbono essere fatti con coerenza. E mi sono meravigliato — pur complimentandomi con lei per l'ottimo lavoro svolto, perchè i dati che lei ci ha indicati doveva fornirceli il Ministero prima che noi iniziassimo la discussione di questi due importantissimi documenti, anche se non voglio far polemiche sulla questione — per il fatto che non ho sentito le critiche che lei sicuramente avrebbe fatto se ci fossimo trovati in sede diversa, cioè le critiche al disegno di legge finanziaria che limita fortemente le autonomie locali e l'autonomia delle stesse USL. A che servono più queste USL? Io non l'ho capito. Se continuiamo così, non riusciremo a combinare niente in materia di prevenzione, e non faremo niente in materia di riabilitazione, perchè le Regioni sono soffocate nell'ambito della spesa corrente e saranno alla sua rincorsa.

Vorrei fare, poi, un'osservazione su un rilievo del senatore Pinto. Io sono convinto che noi siamo già al finanziamento ottimale, solo che bisognerà ricorrere, naturalmente, alla ripulitura del Fondo sanitario nazionale. Mi parlate ancora di *tickets*, ma abbiamo dei dati molto precisi che ci dicono che, malgrado i *tickets*, la spesa sanitaria è andata aumentando; abbiamo soltanto aumentato le entrate derivanti da *tickets*. Ma quanti soldi avrebbero recuperato i cittadini e quanti il Fondo sanitario nazionale, se noi avessimo espulso dal prontuario tutti i farmaci inutili?

Noi continuiamo a tener in piedi farmaci che servono semplicemente per un certo tipo di utilizzo. E lo sappiamo tutti questo.

Se avessimo fatto pulizia nel prontuario, i 2.000 miliardi che ci mancavano sarebbero stati recuperati dalla minore spesa farmaceutica; così, invece di spendere più di 6.000

miliardi (quanti ne spenderemo per l'anno 1984), ne avremmo spesi 4.000, e anche il senatore Pinto sarebbe stato contento, dal momento che non avremmo chiesto una lira in più sul Fondo sanitario nazionale.

Invece, continuando con questa politica, ogni anno saremo costretti a chiedere sempre di più e, quand'anche non lo chiedessimo, il Ministro della sanità sarebbe costretto comunque a prendere nuovi provvedimenti più o meno legittimi.

Ho fatto delle domande precise perchè bisogna puntualizzare delle questioni. Vorrei sapere come è stata concepita la cifra del Fondo sanitario nazionale, tenuto conto del fatto che, se avessimo applicato il criterio dell'aumento del 7 per cento, saremmo arrivati alla cifra che ha indicato esattamente il senatore Melotto.

Inoltre, qual è la filosofia che ha portato alla formulazione dell'articolo 16? Non credo che sia dignitoso — mi consenta — per questa Commissione approvare un articolo di questo tipo.

CONDORELLI. Sarò brevissimo; anche perchè per la nostra parte politica hanno già parlato molto bene il relatore e la senatrice Jervolino Russo.

Innanzitutto vorrei dire che ho visto con molto piacere l'introduzione dell'articolo 16 nella legge finanziaria, perchè quando discutemmo in Commissione del piano sanitario alcuni di noi ebbero la preoccupazione che queste norme fossero un po' declamatorie e che non potessero avere quindi attuazione pratica. Perciò vedere poi una parte di queste norme inserite in effetti in una legge dello Stato non può che fare piacere.

Posso comprendere la perplessità di certi colleghi circa l'applicazione di queste norme, in quanto l'Italia presenta una diversità notevolissima (lo abbiamo affermato più volte) tra le varie regioni dal punto di vista sanitario. Però credo che questa sia la volta buona per cominciare a definire criteri di orientamento generali. In seguito, nell'ap-

plicazione pratica, si vedranno i difetti e si cercherà di capire se si potranno correggere.

Tuttavia la mia preoccupazione riguarda la capacità delle Regioni di attuare tali disposizioni. È un problema che sollevò lo stesso relatore quando presentò il piano sanitario. Direi che si tratta di un punto essenziale, di un problema istituzionale; tanto è vero che si disse che bisognava trovare un qualche meccanismo che potesse introdurre il criterio del sistema sostitutivo dei poteri (a favore dell'autorità centrale) in caso di inadempienza da parte delle Regioni. Vorrei sapere cosa si propone il Governo a tale riguardo. Del resto ritengo che tale articolo nel suo complesso sia un fatto molto positivo e sia veramente il mezzo per pungolare le Regioni inducendole ad attuare finalmente certe disposizioni relative ad una programmazione sanitaria seria e realistica. Certo, qualche preoccupazione — leggendo questo articolo — nasce.

La senatrice Jervolino Russo, secondo me, ha detto bene quando ha parlato della degenza dei dieci giorni. Infatti, se parliamo di una degenza media regionale, allora dieci giorni sono più che sufficienti; però dobbiamo tenere presente che abbiamo il grosso problema dei malati cronici che aumenteranno sempre di più. Vorrei ricordare ad esempio la patologia delle cirrosi epatiche che hanno bisogno di cure mediche quotidiane; infatti se questi malati vengono dimessi e mandati a casa muoiono sicuramente. Allo stesso modo hanno bisogno di cure continue i cardiopatici scompensati.

Dunque ci sono malati che hanno bisogno dell'osservazione continua e quotidiana dei medici. Di conseguenza bisognerebbe trovare delle soluzioni per questo problema.

Qualche rilievo vorrei farlo sull'articolo 17. Certo, i tempi sono quelli che sono, i soldi mancano; però in realtà le somme stanziare per la ricerca nei campi segnalati dall'articolo 17 sono modeste. Inoltre vorrei sapere per quale motivo si devono privilegiare i servizi per la prevenzione e l'assistenza ai malati di mente ed ai tossicodipendenti e non invece altre patologie importantissime. Abbiamo parlato in questi giorni del problema dei trapianti e abbiamo ri-

volto un appello al presidente Bompiani affinché si facesse promotore, a nome di tutta la Commissione, di un emendamento alla legge finanziaria che riguardasse proprio il problema della disfunzione del finanziamento dell'assistenza sanitaria per i trapianti e il miglioramento delle strutture in cui si eseguono i trapianti stessi. Lo stesso discorso vale anche per il problema della prevenzione delle malattie renali.

Abbiamo infatti detto che almeno nel 50 per cento dei casi possono essere prevenute quelle malattie renali che poi nella fase terminale richiedono un trapianto. Vorrei poi non dimenticare la questione delle malattie cardiovascolari, che rappresentano la causa prima di morte nel nostro paese.

Questi sono gli aspetti che desidero sottolineare, ma ritengo — concludendo questo brevissimo intervento — sia un fatto molto positivo che questa volta sia stata inserita nella legge finanziaria una parte del piano sanitario: credo sia fondamentale perché credo al piano sanitario, soprattutto se inserito in una legge e non solamente limitato ad un ordine del giorno che finirebbe con il non avere nessun valore e consisterebbe in una dichiarazione priva di possibilità pratiche.

RANALLI. Non mi occuperò degli articoli 15, 16 e 17 del disegno di legge finanziaria, ma svolgerò qualche breve considerazione sullo stato di previsione del Ministero della sanità. Dico brevi perché alcune delle cose cui accennerò sono già state discusse lo scorso anno.

La prima questione che voglio prendere in considerazione riguarda la mancata riforma del Ministero della sanità. Dal 30 giugno 1979 sono trascorsi 5 anni; da allora si discetta su un modello che sembra ancora non ben individuato. Nella relazione viene suggerita l'ipotesi di un disegno di legge di delega al Governo che definisca un corpo unico di principi direttivi per l'attuazione di alcune trasformazioni riorganizzative e di coordinamento del Ministero. A questo punto devo dire che sorgono delle perplessità, anzi il protrarsi nel tempo di questa

situazione ha ormai superato ogni limite di tollerabilità, se mi si consente l'espressione. Tuttavia, desidero fin d'ora fare una osservazione. Dalla relazione si evince che il Ministero deve avere una doppia funzionalità, con settori o divisioni (poi si vedrà quale termine adottare) di indirizzo e settori o divisioni di gestione. Ecco, è questa seconda parte quella che mi pare possa suscitare, perlomeno in me, qualche preoccupazione. Sono dell'opinione che occorre studiare una riforma del Ministero che sia coraggiosamente collocata all'interno del decentramento alle Regioni e ai Comuni, cosa che, peraltro, era prevista dalla legge n. 833 del 1978, senza sviluppare una tendenza retrograda che porterebbe nuovamente il Ministero ad assumere posizioni e funzioni centralistiche. E in qualche misura ciò è già avvenuto, signor Ministro, qualche deviazione vi è stata, è emersa una certa tendenza alla degenerazione. Recentemente anche la Corte costituzionale per ben due volte si è dovuta occupare di prevaricazioni da parte del Governo e del Ministero della sanità nell'area di autonomia costituzionale delle Regioni. Vorrei a questo proposito che si ripristinasse realmente una cultura regionalista, un certo ordinamento autonomistico.

La seconda questione riguarda la politica dei farmaci. Nella relazione si indica ciò che si è fatto e che si sostanzia soprattutto in tre provvedimenti: il decreto che disciplina la propaganda e la pubblicità dei farmaci; il provvedimento per la informazione scientifica dei medici in proposito; per quanto riguarda il terzo si è ammesso (onestamente devo dire) che si è proceduto alla revisione generale del prontuario terapeutico nazionale con criteri nuovi, ossia quelli dettati dall'articolo 32 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, riconoscendo di avere disatteso gli articoli 28, 29 e 30 della legge n. 833. Questa è una ammissione risultante dalla relazione che il Ministro ci ha sottoposto. Alle cose che abbiamo già detto, a proposito del prontuario, voglio solo aggiungere che il nostro Gruppo ovviamente è contrario all'attuale politica dei *tickets*, che costituisce una pressione fiscale per i cittadini. Infatti,

mi pare di aver capito, senatore Melotto, che la voce a questo riguardo, per il 1985, prevede il 14 per cento sugli incassi lordi.

Credo, signor Presidente, signor Ministro, che, al punto in cui siamo, solo sulla base di una riflessione coordinata sulla produzione e distribuzione dei farmaci — quindi sulla assunzione di responsabilità anche finanziarie da parte del Fondo sanitario nazionale — è possibile realizzare consistenti progressi, a prescindere dalle pressioni dell'industria farmaceutica che lamenta il ritardo nella omologazione di 1.409 nuove specialità e a prescindere dagli attacchi (direi piuttosto forsennati) della Farminindustria e di altri settori interessati contro quella che viene chiamata la « uccisione » della ricerca nel campo della salute. È possibile realizzare consistenti progressi in un contesto di educazione sanitaria più programmata e specifica e di autocontrollo anche da parte dei medici nel campo della prescrizione. Tutto questo deve realmente attuarsi, altrimenti ci troveremo in una situazione che sarà tale da rendere fatalmente il Ministero della sanità non dico succubo, ma comunque subordinato alle pressioni esercitate dal settore dell'industria farmaceutica.

Il terzo punto su cui desidero soffermarmi è quello dei residui passivi. Concordo con il senatore Melotto laddove egli rileva che vi è una riduzione prevista al 1° gennaio 1985 rispetto a ciò che si è registrato nell'anno precedente. Non so se tale risultato è dovuto ad uno snellimento delle procedure o all'inserimento di nuovi meccanismi di spesa. Tuttavia devo dire che mi sorprende nel constatare che, per quanto riguarda le spese in conto capitale, registreremo, al 1° gennaio 1985, 2.710 milioni di residui passivi; questo perchè sui 4.569 milioni che avrebbero dovuto essere si è proceduto ad un taglio di ufficio di 1.859 milioni. Ecco, è questo taglio d'ufficio che non capisco. Controllate anche voi, al titolo II, la parte riguardante la spesa in conto capitale. Vorrei capire i motivi che hanno portato in questo settore ad una tale velocità di spesa, e se in qualche misura è stata modificata

per qualche inceppamento od ostacolo particolare. Secondo me, invece, le spese in conto capitale sono quelle che si dovrebbero privilegiare maggiormente.

Per quanto riguarda la quarta questione, il personale, si prende atto con qualche preoccupazione, da parte mia, signor Ministro, che si è andati ad un incremento non trascurabile: più 166 unità già registrate, e quindi in esercizio; più 285 unità le cui graduatorie sono in formazione ed entreranno rapidamente in attività; più 474 unità per le quali sono in corso di svolgimento i relativi concorsi. Si tratta di altre 945 unità che, sommate alle 5.900 già esistenti, portano a circa 7.000 i dipendenti del Ministero della sanità.

Sottolineiamo, però, anche che un certo miglioramento si è registrato nella qualificazione e formazione professionale; tuttavia rilevo la scarsità e l'insufficienza della risorsa finanziaria destinata ai corsi di specializzazione del personale sanitario della pubblica Amministrazione, il cui incarico è demandato, per legge, all'Istituto superiore di sanità, risorsa che è quantificata in 60 milioni. Non ci si può lamentare del fatto che la preparazione del personale è inadeguata ed insufficiente; non si può ritenere che bisogna fare di più in questa direzione (e credo che tutti siamo d'accordo) e poi concretare questa volontà politica con i soliti 60 milioni, che già nello scorso anno erano iscritti e che vengono ripetuti senza alcun adeguamento nel corso degli anni successivi. Quindi, senatore Melotto, pur essendo stato un incremento di 26 miliardi nel bilancio totale del Ministero rispetto al 1984, noi non registriamo in questa voce alcun aumento.

Vorrei, poi, togliermi una curiosità: ho esaminato nel dettaglio la tabella del personale che viene allegata e vi pregherei di spiegarmi come mai l'unica voce del personale nella quale si registra non solo una parità con i posti istituiti in organico, ma addirittura un superamento del numero di tali posti, riguardi quella dei dirigenti generali. Infatti i posti risultanti dalle tabelle organiche sono otto, mentre al

10 aprile 1984 risultano essere in servizio 10 dirigenti. Mi chiedo, quindi, se due dirigenti sono precari. È una domanda, signor Ministro, che le rivolgo perchè mi preoccupa la formazione di un precariato anche a quel livello.

Vorrei poi criticare l'ulteriore rinvio dello scorporo della Croce rossa italiana. Ho letto da qualche parte che esisterebbe un disegno di legge d'iniziativa del Ministro della sanità, che giacerebbe presso la Presidenza del Consiglio. Potrebbe essere questa l'occasione in cui la Commissione sanità esprime, attraverso anche un ordine del giorno, la sollecitazione affinché sia inoltrata all'esame del Parlamento questa proposta di scorporo della Croce rossa e di trasferimento delle sue funzioni sanitarie alle Regioni e ai Comuni.

Vorrei ancora aggiungere che, rispetto al Consiglio sanitario nazionale e all'Istituto superiore di sanità, si dice nella relazione che: « le somme stanziare sono più congrue e più corrispondenti alle esigenze verificate ». Vorrei ricordare ai colleghi che nelle audizioni svolte, tanto il direttore Pocchiari, quanto il presidente del Consiglio sanitario nazionale, ci sottoposero un tabulato di doglianze e di rivendicazioni. A nostro giudizio si potrebbe fare qualcosa di più già nell'approvazione di questo bilancio soprattutto per quanto riguarda, ad esempio, la spesa prevista per lo stato di salute del popolo italiano.

Diversa, invece, la nostra posizione nei confronti dell'ISPESL, per il quale non ci sembra necessario sollecitare stanziamenti più congrui quanto piuttosto promuovere un funzionamento più corrispondente ai suoi compiti, anche con un rapporto più ampio con le Regioni e con le USL; del resto si prevede una somma piuttosto notevole (mi pare 5 miliardi) per i tecnici e i funzionari dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro. Allora, se tutto questo c'è nel bilancio, bisognerebbe ottenere da questo istituto un risultato più costruttivo e positivo.

Noto anche che, per quanto riguarda il capitolo educazione sanitaria, in verità si

va ad un incremento di 600 milioni per il 1985; ci sembrerebbe utile, però, che il Ministro ci segnalasse meglio che cosa si fa con questi soldi; qual è il bilancio che si è avuto nel 1984; come sono stati spesi questi denari. È ovvio che la direzione è giusta; complessivamente la somma destinata per questo settore è scarsa e trascurabile, tuttavia sarebbe utile sapere a che cosa servono questi soldi, che cosa ci si è fatto e che cosa, in particolare, ci si vuol fare. Aggiungo, poi, che a me pare pomposa e inutile la terminologia: « Ufficio di attuazione della riforma sanitaria », con riferimento ad un ufficio che, come è noto, si occupa dell'assistenza sanitaria ai residenti all'estero, o degli stranieri che vengono in Italia, o dei naviganti. Ma questo è di fatto un ufficio di gestione delle materie residue al Ministero dopo l'avvenuto trasferimento alle Regioni e alle USL; perchè non chiamarlo con il suo vero nome, per quel che realmente fa, anzichè affibbiargli questa pomposa denominazione che non serve a niente?

Da ultimo, signor Ministro, la prego di spiegare perchè, dopo aver detto lo scorso anno che lei condivideva l'osservazione da me fatta (e anche da altri) di andare ad una unificazione di tutti i vari capitoli riguardanti le spese di ricerca, di studio e di statistica, questa unificazione, poi, non è avvenuta? Noto che vi è una riduzione dello stanziamento di 65 milioni per il centro studi del Ministero della sanità e debbo capire perchè. Noto anche, però, che vi sono 15 capitoli dispersi nel bilancio del Ministero della sanità con i quali si assegnano fondi di studio, di ricerca e di statistica che riguardano vari rami, vari settori e vari campi, a mio giudizio, senza una sufficiente guida e senza una sufficiente sintesi più complessiva e generale.

Detto questo, dico alla Presidenza e ai colleghi che ci orientiamo a presentare alcuni emendamenti: il primo riguarda il capitolo 1585, di cui chiedamo la soppressione, perchè questi 89 milioni, gestiti dall'unico commissario governativo, che è quello del Friuli-Venezia Giulia, non ci convincono; gli 89 milioni possono rimanere in bi-

lancio e devono essere assegnati alla Regione competente per territorio che, evidentemente, saprà gestirli con uguale oculatezza. Emendamenti anche al capitolo 4101, dove proponiamo degli incrementi di spesa per il funzionamento del Consiglio sanitario nazionale ed anche per la redazione del rapporto annuale sullo stato di salute del popolo italiano; emendamenti infine ai capitoli 4505, 4506 e 4537 che riguardano l'Istituto superiore di sanità, perchè riteniamo che, soprattutto per quanto riguarda gli stanziamenti propri dei movimenti delle missioni all'interno e all'esterno di questo istituto, si sia ancora troppo avari rispetto a quello che invece si è fatto nei confronti dell'ISPESL, e io sono informato che questo è un dato che oggettivamente crea difficoltà alla vita e al funzionamento dell'Istituto superiore di sanità.

PRESIDENTE. Se il Ministro mi consente, vorrei esprimere molto brevemente un punto di vista personale. Che vi sia questa esigenza, sempre più pronunciata, di far coincidere le previsioni di spesa con il fabbisogno reale finanziario, mi sembra assolutamente dimostrato e condivisibile. Però ritengo si possa dire (e del resto la relazione del senatore Melotto lo ha sottolineato), che ormai ci si avvicina molto di più alla realtà del fenomeno.

Credo che sia per noi doveroso constatare che, leggendo la Tabella allegata alle disposizioni in materia sanitaria (Titolo X, articoli 15, 16, 17) nella quale vengono confrontate le aliquote del Fondo sanitario nazionale del 1985 rapportate a quelle degli anni precedenti, abbiamo uno stanziamento corrispondente al 5,61 per cento del prodotto interno lordo, che rappresenta una cifra intermedia fra quelle degli anni precedenti. Se però si passa ad esaminare la previsione di spesa assestata per il settore sanitario in rapporto al prodotto interno lordo, vediamo che si tocca nelle proiezioni di assestamento il massimo storico: cioè il 6,04 per cento. Questo fatto va sottolineato come positivo, se si crede che l'investimento sanitario frutti. Del resto,

tutto il problema nasce da questa pregiudiziale psicologica, che è collegata però al riconoscimento della qualità della spesa.

Tuttavia, che vi sia ancora oggi un investimento in conto capitale per il fondo abbastanza ridotto, dobbiamo riconoscerlo onestamente; e questo non è certamente un modo per rilanciare o per portare al pieno sviluppo il Servizio sanitario nazionale. Con queste percentuali prestabilite non si creano delle novità, ma si mantiene la gestione, eventualmente migliorandola, operando dei ritocchi; però un vero salto di qualità è difficile farlo in queste condizioni. Mi rendo conto che nella situazione del bilancio attuale dello Stato è complicato fare di più, ma va sottolineata l'insufficienza di questi stanziamenti per investimenti, almeno in ossequio alla onestà mentale di ciascuno di noi.

Passando all'articolato, mi sta bene che si proponga una serie di interventi organizzatori per il controllo dei flussi di spesa; però non mi sta bene che ci siano misure organizzative vere e proprie sugli ospedali assunte con la legge finanziaria. Lo dico per onestà di rapporti verso il Ministro e verso i membri della Commissione. Del resto si tratta di un problema già affiorato lo scorso anno, lo hanno ricordato in parecchi: nella precedente discussione sulla legge finanziaria 1984 si era completamente d'accordo con la Commissione bilancio sull'idea di stralciare questa materia, per inserirla nel piano sanitario nazionale.

Voglio dare atto al Ministro delle sue intenzioni, considerando queste norme come uno stimolo alla programmazione per le Regioni. Mi riferisco dunque ad una esigenza, sottolineata anche dal senatore Condorelli e che io condivido. Però faccio presente che nel momento in cui esamineremo in profondità questa materia, dovremo necessariamente introdurla nel piano sanitario nazionale, essendo la riorganizzazione degli ospedali una materia tecnica che spetta sia al piano sanitario nazionale, sia a quelli regionali. In quella sede è chiaro che quanto decidiamo oggi con la legge finanziaria dovrà subire delle modifiche e perciò dob-

biamo essere consci di questo fatto considerando il testo dell'articolo sugli ospedali non definitivo: per lo meno io la penso in questo modo.

L'avviare questo processo subito può servirci probabilmente per avere fra tre mesi delle ipotesi regionali. Saranno utilissime, a mio parere, anche per vedere come si muovono le Regioni nella loro autonomia di programmazione, sia pure sulla base di queste indicazioni di cornice che vengono dall'articolo 16. Però sta di fatto che dovremo riesaminare il tutto e probabilmente apportare delle modifiche allo stesso articolo 16. È chiaro che ci sono delle esigenze di ordine generale per anticipare oggi queste tematiche, e non credo che, per quanto riguarda la maggioranza, non si valutino sufficientemente queste esigenze del Governo.

Per dirla in termini chiari, non si tratta oggi di un problema di voto, ma della necessità di sottolineare alcuni problemi che andranno rimessi sul tappeto, per un esame più approfondito.

Vorrei passare ad un aspetto tecnico, che è stato già evidenziato e che riprenderemo nella discussione sui singoli articoli. Il famoso coefficiente generico dei 6 posti-letto per 1.000 abitanti — indicato nell'articolo 16 — ha limitato valore in termini tecnici, essendo un numero anche elevato se riferito agli acuti ed estremamente ridotto se si fa riferimento oltre che ai malati acuti anche a quelli cronici. Non voglio fare processi sotto l'aspetto tecnico alla proposta, però posso rilevare una certa disattenzione nell'approvare questo testo da parte dei colleghi dell'altro ramo del Parlamento.

Detto ciò, vorrei aggiungere che anche relativamente al commento, sulla tabella del bilancio presentata dal Governo, si notano sentimenti di demonizzazione o viceversa di mitizzazione nei riguardi del piano sanitario nazionale. Tutto questo mi sembra molto pericoloso. Si sottolinea il fatto che non è stato ancora attuato l'adempimento legislativo sul piano sanitario nazionale. Ma, allora, rendiamoci conto apertamente delle grosse difficoltà esistenti. I parametri sono sempre gli stessi. Vi sono infatti divergenti

ispirazioni tra le forze politiche di maggioranza, che considerano il piano come uno strumento di programmazione sanitaria, e quelle di opposizione, che vedono la sua attuazione come un contributo all'evoluzione della riforma sanitaria in una direzione ben determinata di ulteriore strutturazione. È quindi considerato, da un certo punto di vista, una base di partenza funzionale e dall'altro lato un punto di arrivo politico.

La difficoltà di quantificare la spesa sanitaria è il secondo aspetto.

Per fortuna oggi, per merito del Ministro della sanità, c'è meno incertezza relativamente ai flussi di spesa. Ripeto che di questo va dato atto — con molta sincerità — all'azione sviluppata in quest'anno dal Ministro; finalmente abbiamo certezza (o per lo meno migliore attendibilità) in ordine all'andamento dei flussi di spesa per le varie USL. Si tratta di un successo e quindi anche la pianificazione risulterà più facile, quando potremo tirare tutte le conseguenze da questo stato di cose che si è verificato nelle ultime settimane.

Il terzo fattore che ci ha sempre impedito di fare progressi sostanziali per l'approvazione del piano sanitario nazionale è quello dei rapporti tra autonomie regionali e azione dei poteri centrali. La nuova sentenza della Corte costituzionale (n. 246) ci offre un punto di riferimento per interpretare e verificare in che direzione dobbiamo muoverci all'interno del piano sanitario nazionale. Sappiamo cioè qualcosa di più sulla linea da seguire tra l'autonomia regionale e l'azione dello Stato, e da questo potremo derivare forse un vantaggio, nel senso cioè di essere facilitati a chiudere la questione della legge di programmazione nazionale.

Molte volte ho inteso parlare in Assemblea, lo scorso anno, circa la disponibilità di vari Gruppi politici al « canale privilegiato » per l'approvazione del piano sanitario nazionale.

Allora rendiamoci conto cosa significhi il termine « canale privilegiato ». In concreto ed in termini regolamentari significa approvazione in Commissione in sede redigente o deliberante: non vi sono altre forme rego-

lamentari possibili. Pertanto, se vogliamo essere coerenti con questa formulazione di principio, dobbiamo parlare perlomeno di sede redigente, ossia trovare una formula sulla quale siano d'accordo tutti i partiti, poiché sappiamo che a norma di Regolamento è sufficiente l'opposizione del rappresentante di un solo Gruppo politico perchè non si possa giungere a tale sbocco. Dunque, non è questione di richiesta della maggioranza o della minoranza, ma di interpretare le modalità con le quali realizzare il cosiddetto canale privilegiato. Perciò vi invito, anche in questa occasione, a prendere coscienza di ciò che ho affermato, perchè poi alle parole seguano i fatti.

Per quanto riguarda i *tickets*, rilevo con soddisfazione che in proposito abbiamo ormai a disposizione qualche dato. È evidente che anch'io non condivido, nella sua filosofia di fondo, questa politica; però ho sempre sostenuto, e in questo credo di essere coerente, che se deve essere portata avanti una politica di questo tipo, deve essere perlomeno remunerativa per lo Stato. Perciò, se non era sufficiente la percentuale del 7,6 per cento (come si era stabilito per il 1982), per ottenere un risparmio sulla spesa farmaceutica, entrando in questo ordine di idee deve essere valutato positivamente l'aumento fino a circa il 15 per cento stabilito per il 1985. Se deve avere una funzione deterrente sul consumo ingiustificato dei farmaci è bene aumentare questa quota. Vi è da aggiungere che, se non vi fosse il *ticket*, non sapremmo a quanto sarebbe giunta la espansione di spesa in questo settore. Il concetto di *ticket* moderatore d'altronde è presente in quasi tutti i paesi europei ed extra-europei.

Circa l'omogeneizzazione nei livelli di assistenza che si sta verificando — pur lentamente — tra una regione e l'altra, mi sembra un fatto molto positivo e credo si debbano accentuare gli sforzi in questa direzione.

Per quanto riguarda i programmi di azione socio-sanitaria — lo hanno sottolineato anche la senatrice Jervolino ed il senatore Condorelli — le cifre stanziare a questo proposito non sono eccezionali: è bene dire

chiaramente che sono appena sufficienti perchè si dia inizio ad una azione che abbia un minimo di concretezza. Se decideremo di sviluppare anche quei programmi di « azione coordinata » — per fare un esempio quello contenuto nella bozza dell'articolo primo del piano sanitario nazionale che riguarda i trapianti — ben altre saranno le cifre che dovranno essere stanziare. Ci auguriamo che nel corso dell'anno — con variazione di bilancio — o in occasione del prossimo bilancio, si possa fare qualcosa di più.

Giudico inoltre positivo — e lo ha sottolineato anche il relatore — l'aver introdotto dei criteri di ripartizione da parte del CIPE delle quote del Fondo sanitario nazionale ed aver stabilito dei criteri interni di autocontrollo della spesa, degli indicatori, che, pur essendo molto approssimativi, abitano comunque all'utilizzazione di questi strumenti, che naturalmente dovranno essere sviluppati in sede periferica e centrale.

Passando a commentare il bilancio di previsione del Ministero della sanità, devo rilevare con piacere che ci si avvia ad un miglioramento qualitativo della professionalità del personale, perlomeno in certi settori. Infatti le carenze non solo quantitative, ma anche qualitative sono molto sentite e ho avuto occasione di ascoltare, a questo proposito, le lamentele di alcuni direttori generali.

Vedo che sono in programma concorsi ad esempio per ingegneri: questo lo trovo giusto, dato che dal 1939 non sono mai state aggiornate le norme tecniche per le costruzioni ospedaliere. Ben vengano dunque i tre ingegneri nell'organico del Ministero, se saranno deputati a questo scopo. Però, per quanto riguarda l'inserimento in ruolo di 45 ragionieri, devo dire che mi viene il dubbio che sarebbe stato più utile diminuire questo numero per inserire invece qualche operatore per i settori dell'informatica e della statistica.

Desidero fare qualche osservazione a proposito del problema dei residui passivi. Andando a guardare i dati, ho potuto constata-

re che, pur diminuendo in misura globale, i residui passivi rimangono ingenti nel settore degli investimenti culturali e di ricerca: 2.700 milioni di residui passivi per spese di studi e indagini nel campo dell'assistenza ospedaliera o non ospedaliera; 2.218 milioni per spese di studi e investimenti nel campo igienico-sanitario e malattie infettive, e così via. Il relatore o il Ministro ci spieghino, se sono in grado di farlo, se tale fenomeno dipende da intralci burocratici, perchè se così fosse è bene rendere più snelle e valide le procedure di assegnazione, per realizzare una maggiore produttività per questi investimenti. Torna ottima l'occasione per ricordare a voi tutti che questa Commissione si è impegnata a procedere ad una valutazione della ricerca scientifica nel campo biomedico-sanitario, argomento che reputo di grande interesse. Devo constatare che in questo ultimo anno è migliorata la situazione degli istituti pubblici di ricovero e cura a carattere scientifico, perchè finalmente — dopo qualche anno di attesa — hanno ricevuto finanziamenti per la ricerca. Non abbiamo dati per quanto concerne il settore privato di tali istituzioni e, a questo proposito, siamo ansiosi di avere presto qualche informazione.

Rilevo con soddisfazione che è migliorata la qualità e la produttività — evidentemente è migliorata anche la gestione dopo la modifica organizzativa — dell'Istituto superiore di sanità: vi è stata infatti una riduzione dei residui passivi e questo è un dato positivo. Ciò significa che sono state ampiamente messe a frutto le possibilità finanziarie che sono state assegnate a questo Istituto.

In conclusione, poichè il bilancio è lo specchio di un anno di attività e costituisce dunque l'occasione per valutare globalmente la politica sanitaria attuata nel 1984, pur nelle luci ed ombre che ciascuno di noi ha cercato molto onestamente di mettere in evidenza, possiamo dire che qualcosa è stato realizzato e che vi è la tendenza a considerare con maggiore serietà ed attenzione tecnica i problemi relativi alla sanità. Quindi credo che da parte nostra non

vi saranno difficoltà ad approvare i testi in esame così come ci sono pervenuti dalla Camera dei deputati. Purtuttavia questo dibattito — e su questo punto non condivido quanto affermato dal senatore Imbriaco — deve costituire una base di partenza, ed una valida premessa per un confronto di idee, che porti a conclusione positiva gli impegni che questa Commissione si è assunta.

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

I lavori terminano alle ore 19.

GIOVEDÌ 6 DICEMBRE 1984

**Presidenza
del Presidente BOMPIANI**

I lavori hanno inizio alle ore 9,55.

« **Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1985)** » (1027), approvato dalla Camera dei deputati

(Parere alla 5^a Commissione)

« **Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1985 e bilancio pluriennale per il triennio 1985-1987** » (1028), approvato dalla Camera dei deputati

— **Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1985 (Tab. 19)**

(Rapporto alla 5^a Commissione)

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto)

L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame congiunto del disegno di legge: « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1985) », già approvato dalla Camera dei deputati, e della tabella 19 del bilancio dello Stato: « Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1985 », già approvata dalla Camera dei deputati.

Riprendiamo l'esame sospeso nella seduta pomeridiana di ieri.

ROSSANDA. Prescindendo da altri, e gravi, problemi del comparto sanitario, sui quali sono già intervenuti nella precedente seduta i colleghi Imbriaco, Ranalli e Alberti, desidero soffermarmi in particolare sui gravi fenomeni di emarginazione sociale aggravatisi negli ultimi anni, e tra essi la situazione conseguente all'abuso di alcool e droghe illegali, nonché la mendicizia nei grandi aggregati urbani.

Tali fenomeni, al cui aggravarsi ha contribuito l'afflusso di immigrati da taluni paesi del Terzo mondo, afflusso causato dalla crescente povertà e dalle malattie e privazioni alimentari cui per sottosviluppo e per calamità naturali quelle popolazioni sono esposte, non hanno trovato risposta da parte delle strutture socio-sanitarie; la unica risposta al fenomeno — in realtà — è consistita negli interventi volti alla repressione dei reati minori collegati a tali forme di emarginazione. L'assistenza agli immigrati clandestini, in particolare, non può essere lasciata solo ad organizzazioni caritative che — comunque — non sarebbero in grado di accollarsi i pesanti oneri degli interventi resisi necessari per provvedere alla situazione venutasi a determinare negli ultimi anni.

Su questi temi, insieme ai colleghi Imbriaco, Ranalli, Meriggi, Cali, Botti e Alberti, desidero sollecitare l'impegno del Governo, con il seguente ordine del giorno:

« La 12^a Commissione permanente del Senato,

considerato che negli ultimi anni si sono ulteriormente aggravati alcuni fenomeni di emarginazione sociale, quali l'abuso di alcool e droghe illegali, e la mendicizia nei grandi aggregati urbani;

che a ciò ha contribuito l'afflusso di immigrati dal Sud del mondo sempre più povero ed esposto a fame e malattie;

che la risposta basata sulla repressione dei reati minori e diffusi ha prodotto un forte aumento del numero di detenuti in carceri sovraffollate e spesso invivibili, mentre lo sviluppo dei servizi sociali e sanita-

ri delle comunità territoriali ha subito un grave rallentamento per insufficienza di finanziamento, di formazione delle competenze e per la precarietà del personale, nè la riserva di una quota del Fondo sanitario nazionale per le tossicodipendenze costituisce risposta adeguata;

impegna il Governo:

ad affrontare in tempi brevi il problema nel suo complesso, in collaborazione con regioni ed enti locali, riconoscendo l'esigenza di predisporre una varietà di strumenti educativi, abitativi, di collocazione nel lavoro, oltre che servizi sanitari adeguati ed efficienti, e identificando con oggettività le risorse necessarie allo scopo ».

(0/1027/1/12)

JERVOLINO RUSSO. Condivido pienamente la sostanza dell'ordine del giorno presentato dalla senatrice Rossanda. Il problema dell'immigrazione clandestina, e della situazione di emarginazione e disadattamento che si vengono a creare spesso a seguito di tale fenomeno, è particolarmente grave ed esige urgente soluzione: desidero appena ricordare in questa sede il disegno di legge volto a garantire la possibilità per gli immigrati di accedere al lavoro in condizioni di parità. A tale proposito, ritengo non sia accettabile la recente circolare del Ministero del lavoro, con la quale si preclude — nei fatti — a tali immigrati qualsiasi accesso ad attività lavorative nel territorio italiano.

Ritengo peraltro che l'esame di problemi tanto delicati vada piuttosto affrontato in Assemblea, nel corso della discussione del disegno di legge finanziaria: in tale prospettiva dichiaro la piena disponibilità del Gruppo democratico-cristiano ad un dialogo costruttivo con tutte le forze politiche, volto alla ricerca di soluzioni idonee ad essere trasfuse in un testo comune.

MURATORE. Anch'io condivido in pieno i contenuti dell'ordine del giorno illustrato dalla senatrice Rossanda. Pare più opportu-

no, peraltro, rinviare al momento in cui la « finanziaria » sarà discussa dall'Aula, l'esame di tali argomenti in vista — concordo in ciò con la senatrice Jervolino Russo — di soluzioni unitarie.

RANALLI. Signor Presidente, con l'ordine del giorno di cui darò ora lettura desidero invitare il Ministro, anche sulla base di sue dichiarazioni fatte lo scorso anno a ridurre il numero dei capitoli di spesa riguardanti gli studi, le indagini, le ricerche e le statistiche, perchè ciò provoca una disseminazione ai fini di un progetto culturale e scientifico unificato del Ministero della sanità. Di ciò potrà essere tenuto conto nella elaborazione del bilancio di previsione per gli esercizi futuri, secondo una certa logica e ragionevolezza. Tale logica ed orientamento mi pare che in qualche misura emergessero anche da una considerazione fatta ieri dal relatore.

Raccomanderei, quindi, l'accoglimento del seguente ordine del giorno, che credo abbia il consenso di tutti:

« La 12^a Commissione permanente del Senato,

concludendo il dibattito sullo stato di previsione del bilancio del Ministero della sanità per il 1985;

rilevato che i capitoli di spesa riguardanti gli studi, le indagini, le ricerche e le statistiche sono quindici, quindi, in numero tale da provocare una disseminazione pericolosa ai fini di un progetto culturale unificato;

considerata l'opportunità di procedere ad un riordino della spesa nel settore;

invita il Ministro della sanità:

a tener conto della suindicata esigenza nella elaborazione del bilancio di previsione per gli esercizi futuri.

(0/1028/1/12-Tab. 19)

RANALLI

ALBERTI. Signor Presidente, signor Ministro, il Centro internazionale di ricerca per il cancro, con sede a Lione, in cui opera tra l'altro il professor Tommasi, illustre scienziato italiano, è un istituto che funziona solo con il contributo di venticinque paesi. È un centro che ha alti meriti scientifici e sociali. Ad esempio, qui sono state individuate numerose sostanze cancerogene che possono essere eliminate dagli alimenti e dall'ambiente che ci circonda.

Lo scorso anno ho presentato in Assemblea un emendamento tendente ad aumentare il contributo dell'Italia per questo Centro, dato che il nostro paese è quello che stanziava il contributo più basso, rispetto agli altri paesi (devo aggiungere, inoltre, che tale somma viene erogata sempre con notevoli ritardi). Il ministro Gorla mi prego, allora, di ritirare il suddetto emendamento, assicurandomi nel contempo il suo impegno perchè tale contributo fosse aumentato. Oggi, devo constatare che il Ministro ha mantenuto la sua promessa, ma devo anche aggiungere che l'aumento è stato di 30 milioni di lire, una cifra veramente esigua.

Il nostro contributo, lo scorso anno, era di 1 miliardo e 20 milioni, quest'anno è di 1 miliardo e 50 milioni; la nostra intenzione era di giungere ad 1 miliardo e 500 milioni. Dobbiamo renderci conto che è necessario incentivare questo tipo di ricerche e, soprattutto, riconoscere gli alti meriti di questo Centro dove, fra l'altro, operano ben 120 ricercatori italiani.

Credo che il presentare un ordine del giorno in tal senso sia un atto dovuto da parte della Commissione, affinché il Governo si impegni con maggiore attenzione a considerare problemi di questo genere, e desidero ringraziare tutti i rappresentanti dei Gruppi politici perchè ho trovato in loro un consenso unanime ed una grande sensibilità verso questo argomento. Do lettura dell'ordine del giorno:

« La 12^a Commissione permanente del Senato,

considerato che il Centro internazionale di ricerca per il cancro, con sede a Lione

opera ad alto livello scientifico nel campo della cancerogenesi e quindi nel campo della prevenzione dei tumori, con il contributo di 25 paesi fra cui l'Italia: che il nostro Paese continua ad erogare contributi fra i più esigui in confronto agli altri paesi contribuenti;

impegna il Governo a voler aumentare il contributo per l'anno 1985, in fase di assestamento del bilancio ».

(0/1028/2/12-Tab. 19)

ALBERTI, MURATORE, LOPRIENO,
MELOTTO, ROSSI, JERVOLINO
RUSSO, CALÌ, ROSSANDA, RANALLI, BOMPIANI

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

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1027*. Onorevole Presidente, signor Ministro, credo che la mia replica si limiterà ad alcuni argomenti, lasciando al Ministro, nel suo intervento, di dar risposta alle domande che a lui sono state rivolte direttamente, e che credo certamente potranno completare il quadro esaminato da questa Commissione, sia in riferimento al disegno di legge finanziaria, sia in riferimento al bilancio più specifico della Sanità.

Ringrazio tutti i colleghi che sono intervenuti cordialmente, anche con stimoli, provocazioni, qualche puntualizzazione, proprio perchè mi danno modo di precisare — se non sono stato chiaro — alcune riflessioni che, in ordine a questo problema, andiamo facendo.

Credo che la mia relazione non sia stata nè rassegnata, nè rinunciataria: davo forse — questo sì — per scontate alcune discussioni tra di noi; misurandoci, per esempio, sul piano sanitario nazionale. Credo che così abbiamo avuto modo di precisare con larghezza il pensiero e quindi la volontà di ordinare la materia.

Essendo anche in seconda lettura, non davo per rassegnazione il ruolo che questa Camera, sugli argomenti in esame, è chiamata a svolgere. Credo che l'aver portato — e ne do atto ancora positivamente al Ministero, all'Ufficio centrale della programmazione e al Ministro — tutta una serie di dati che finalmente ci consentono, nella ridda delle voci precedenti, di incominciare a vedere esattamente che cosa sia questo settore, come esso viene gestito e amministrato, per passare successivamente alle scelte conoscendo il fenomeno e quindi cercando di governarlo con completezza, credo, ripeto, che questo sia un passaggio che, rispetto agli anni precedenti (perfino all'anno scorso) vada registrato positivamente.

Pregherei quindi il Ministro, proprio su questi dati, tra qualche mese, mettendo dentro esattamente anche il 1984, di poter chiedere all'Ufficio centrale della programmazione di pubblicare un volume che cominci a dare certezza dei dati di tutto il Servizio sanitario nazionale dal 1981 in poi, della sua evoluzione e, quindi, delle prospettive per il 1985, per scorporare il più possibile tante voci, così da cominciare a chiarire quello che rappresenta questo Servizio. Quindi, ad un certo punto, credo molto a questo autocontrollo delle cifre, che costituirà una fase successiva, ma spero abbastanza sollecita, USL con USL, situazione con situazione, situazioni omogenee con situazioni omogenee, per cui da questo confronto possa scaturire quell'educazione che è la premessa più importante per il governo della sanità nel nostro paese.

Quindi, al collega Imbriaco dico che sono ancora fermo (se mi è consentito, anche più di ieri) nel credere nella possibilità concreta di affermazione, di attuazione della legge n. 833 in questo paese.

Nonostante le disomogeneità, nonostante le tradizioni e le sensibilità diverse, se oggi riusciamo ad arrivare attorno al sei per cento del prodotto interno lordo e a dedicarlo alla Sanità e, su quella massa di risorse, chiamare gli amministratori e i cittadini a gestire la propria salute, credo che

riusciremo nella misura in cui realisticamente ci metteremo di fronte ormai a questo problema.

Infatti, la spinta ideologica che ha permesso al Parlamento di poter approvare, nel lontano 1978, la riforma sanitaria, dopo un ventennio di discussioni, oggi va sfrondata un momentino da qualche dogma per porci realisticamente di fronte all'impatto e al servizio che dobbiamo offrire ai cittadini tutti. Quando frequento qualche tavola rotonda, ho sempre la preoccupazione, spesse volte mi capita, di assistere ad una dialettica fra iniziati, oppure tra persone che certamente sono coperte, nella tutela della loro salute; se non altro per le amicizie di cui ci onoriamo, risultiamo facilmente coperti dal Servizio sanitario nazionale, ma sono molto preoccupato, dicevo, per coloro che stanno al di là del tavolo, per coloro che devono fare la fila, che sono trasferiti da destra a manca, a piacere di qualcuno, perchè il servizio che chiedono è sempre rinviato. Preservare la salute, per costoro, tante volte significa di necessità rifuggire nel privato, con tutte le conseguenze che, ovviamente, conosciamo bene.

Spero, e mi auguro, che la volontà di ciascuno di noi, registrata in tante occasioni, sia ancora per l'attestazione di un servizio per la generalità dei cittadini, e quindi, sfrondata dai desideri, ma rispondente ai bisogni.

Sull'articolo 16, che detta norme di programmazione, dove indubbiamente ci sono state e si sono appuntate le maggiori e più pregnanti critiche all'impostazione del disegno di legge finanziaria, dirò che lo considero una norma urgente, entro « parametri e principi » — aggiungerei — « tendenziali » e non « categorici », perchè, se diventano categorici *a priori*, abbisognano certamente di tutta una serie di tempi e di modalità per essere raggiunti.

Ma, quando tutto il testo è retto dall'invito alle Regioni che, entro 120 giorni, debbono, anche a stralcio dei rispettivi piani sanitari, operare attraverso programmi che ristrutturino la rete ospedaliera, entro que-

sti parametri e principi, credo che la definizione del programma non è la esecuzione materiale di quanto è scritto, ma un programma che abbisogna di tempi e di metodi entro i quali raggiungere quelle finalità.

Detto questo credo che oggi si prospetti la necessità, come è stato più volte sostenuto ieri dai senatori Jervolino, Condorelli, Imbriaco, Alberti e dal presidente Bompiani, di riportare la materia nella sua sede naturale, ossia il piano sanitario nazionale, che deve fissare ovviamente non solo le finalità, ma anche i tempi, i modi e le responsabilità per raggiungerle, perchè senza quelle finalità credo che il piano sanitario non possa considerarsi tale. Su questo punto abbiamo avviato una discussione, si è costituito un comitato ristretto, però, dobbiamo riconoscerlo onestamente, la soluzione finale non è dietro l'angolo, non si troverà nel giro di pochi giorni. Questo è un argomento che ci ha coinvolto tutti e sul quale credo che il confronto dovrà essere reale, cioè al di fuori di quel rituale politico per cui da una parte vi è una maggioranza che approva e dall'altra una opposizione che si dissocia. Solo così riusciremo a trovare adeguate soluzioni al riguardo, perchè la realizzazione del piano è importante. Se ne discute da anni!

Ma, a questo punto si rende necessario un maggiore coinvolgimento dell'intera Commissione per giungere a dei risultati positivi, senza forzature inutili ma con un reale confronto. Credo, sia questa la strada da seguire.

Ribadisco, inoltre, la necessità di sollecitare quelle Regioni che ancora non si sono organizzate affinché attuino realisticamente questo programma di ristrutturazione, dato che è questo il settore dove i costi sono più elevati e gli sprechi più evidenti. Chiedo perciò al Ministro di prendere in considerazione, programmi, parametri e principi (tendenziali non certo categorici a priori) che siano vincolanti per le Regioni, magari anche a stralcio, ma che le spingano verso la ristrutturazione della rete ospedaliera.

È chiaro che 6 posti-letto per mille abitanti è un programma attuabile, ma solo nel momento in cui riusciremo a trovare adeguate soluzioni a ciò che comporta un simile programma che, in definitiva, non è poi così irraggiungibile.

Per quanto riguarda gli stanziamenti in conto capitale vediamo che si passa dai 1.200 miliardi per l'esercizio 1985 a 1.600 miliardi per il 1986 e circa altrettanti per il 1987; direi che un tale aumento per un triennio non è poca cosa, tenendo presente e riconoscendolo onestamente, che i programmi non sono stati presentati e le ristrutturazioni vengono spesso rinviate. E, a questo ultimo proposito, devo fare una considerazione. È nella logica della riforma sanitaria considerare gli investimenti nel settore della salute e in generale nel campo ospedaliero come un qualcosa che necessita di continue riflessioni; invece occorre introdurre al più presto innovazioni tecnologiche e seguire l'indirizzo avviato già da tempo in altri paesi. Questo processo è stato stimolato, soprattutto alla periferia, con diverse leggi finanziarie, anche mediante questo sistema triennale di finanziamento in conto capitale e le diverse voci cui si riferisce (manutenzione, innovazione tecnologica, eccetera), che consente un'ampia possibilità di ristrutturazione. Ma, dato che la risposta a questi stimoli è piuttosto lenta, prudentemente devo dire che i 1.200 miliardi stanziati per il 1985 sono necessari e sufficienti. Però lo stesso Ministero della sanità credo possa spingere le Regioni ad un maggiore dinamismo in tal senso, altrimenti fra lungaggini, inflazione, rinvii e slittamenti alla fine sì e no riusciremo a concludere il 50 per cento di ciò che era nelle nostre intenzioni. Se invece si verificherà una ripresa degli investimenti credo che gli stanziamenti per gli anni 1986 e 1987 andranno incrementati con la prossima legge finanziaria, proprio per dare un significato a questa ristrutturazione che dovrà raggiungere i più alti livelli.

Per quanto riguarda il problema della stima del Fondo, sul quale i colleghi sono tutti largamente intervenuti, prese le cifre

in assoluto e aumentate del 7 per cento, secondo il tasso di inflazione programmato, mancano all'appello 1.145 miliardi. La giustificazione che il Ministro del tesoro dava alla Camera dei deputati in proposito consisteva nel fatto che probabilmente qualche voce non prevede questo aumento del 7 per cento. Ieri, però, confrontando le cifre, ho notato che alcune voci, all'interno del comparto sanitario, sono aumentate ben al di sotto del tasso programmato di inflazione, ad esempio le voci che si riferiscono alla specialistica interna ed esterna. Comunque, in linea di massima, ritengo che l'aumento del 7 per cento sia una limitazione notevole per quanto riguarda l'incremento del Fondo sanitario e lo stesso rendimento presunto del 1984 prevede una esiguità di stanziamenti, quindi vi è una possibilità di manovra estremamente limitata. Per questi motivi sono convinto che il Fondo debba essere governato attentamente fin dal primo trimestre per vederne eventuali spostamenti, perchè da qualche anno a questa parte, soprattutto dall'ultimo, ci si accosta, sia pure con gradualità, ad una stima del Fondo che lo rende finalmente governabile. Il 1985 dovrà darci questa certezza con la speranza che non vi sia più uno scarico di responsabilità fra centro e periferia e quindi darci fin dall'inizio la possibilità di un contenimento entro preventivi certi e che diano la possibilità di gestire il Servizio sanitario nazionale.

Il problema è di consentire l'avvio. Credo che, rispetto al 1984, abbiamo fatto un ulteriore passo in avanti nell'accorciamento della forbice. Il primo trimestre dell'anno successivo ci darà la possibilità di un confronto concreto per vedere se riusciamo a non lasciar scivolare le cose, ma ad imbrigliarle, in modo che ci sia la possibilità di innestare nel preventivo delle scelte relative ad una linea politica che offra maggiore certezza in ordine all'ammontare dei limiti di spesa riconducibili al fondo sanitario, nella prospettiva della realizzazione di programmi di riforma di ben più ampia portata.

Sul problema dei programmi con finanziamenti vincolati, vorrei rispondere al col-

lega Condorelli, circa il suo riferimento al problema dei trapianti, e al collega Alberti, che ricordava il mio discorso nella Commissione affari regionali valutandone la coerenza. Spero e mi auguro che tale coerenza esista, nel senso che anche in quella Commissione affermavo che occorreva ripristinare il fondo comune regionale per dare alle Regioni stesse la possibilità di scelta e di intervento nei limiti delle loro competenze. Il momento integrativo diverrà concreto con la capacità e l'autonomia impositiva, riservando del resto allo Stato l'utilizzazione del Fondo per gli investimenti e l'occupazione proprio per superare quegli squilibri che ancora esistono in questo paese.

Non credo che oggi i vincoli debbano essere, per quanto riguarda l'attuazione della riforma sanitaria, posti alle Regioni se non entro i limiti delle risorse a loro disposizione. Rimane poi il problema di esaminare la qualità del servizio che si va ad erogare: credo che sia il problema in cui si possa far rientrare tutta la materia sanitaria. Nel Comitato ristretto ci siamo detti — trovandoci unanimemente d'accordo — che nel piano sanitario deve essere previsto un capitolo riguardante le specialità. Questo è giustificato dalle notevoli preoccupazioni che ho su questo punto relativamente alla periferia, che per ragioni di prestigio il più delle volte espande questa attività oltre misura.

Penso che si tratti di spese notevoli che non possono non essere governate con una visione di insieme nell'ambito centrale e attraverso il piano sanitario nazionale. Non so se ci sia il sostegno culturale per queste scelte o se invece rappresentano solo un momento di isolamento e di deserto, non retto da quegli elementi integrativi che, al contrario, necessitano se si vuole dare sostanza e concretezza all'attività sanitaria. Proprio per questo credo che la sede naturale di determinate scelte non possa non essere il piano sanitario nazionale. Quindi escluderei dall'ambito degli interventi finalizzati e programmati nella legge finanziaria quel tipo di attività e di interventi sollecitati dal collega Condorelli.

Solo in questo modo si potranno affrontare i problemi relativi a quei settori che sono a cavallo tra il sociale e il sanitario, altrimenti certe soluzioni rimarrebbero semplicemente scritte sulla carta. Oggi parlare di decongestionare il residuo psichiatrico senza creare momenti di alternativa è pia illusione; parlare di riabilitazione e di reinserimento dei tossicodipendenti, senza creare strumenti alternativi al mero servizio ospedaliero, credo sia lasciare i problemi sulla carta.

Così come parlare oggi di disabili e non pensare ad una riabilitazione che non si ferma a questa fase, ma che tende al reinserimento scolastico, sociale e lavorativo di questa gente, non serve a nulla. Per non parlare poi degli anziani, cioè di una popolazione che cresce a vista d'occhio. Quanti ricoveri impropri abbiamo oggi nelle strutture ospedaliere e soprattutto quanti ne abbiamo in determinate strutture ospedaliere? Se non creiamo alternative, anche la percentuale del 6 per mille, relativamente ai posti-letto, può aumentare come andiamo a verificare nella realtà quotidiana.

Quindi fissare una determinata somma per certe attività non significa imbrigliare le Regioni, bensì vuol dire partire da un dato reale. Non tutte le Regioni sono in grado di provvedere a questi interventi e di programmarli concretamente. Credo che anche qui occorra misurarsi effettivamente con dei programmi rapportati agli stanziamenti necessari e via via espanderli, allargando il finanziamento negli anni futuri. Del resto la struttura della sanità pubblica in Italia presuppone necessariamente una sede di indirizzo e di coordinamento a livello unitario, senza la quale si rischia il completo fallimento degli obiettivi della riforma.

Credo sia un momento decisivo, che può rimettere in sesto la sanità, se riusciremo a fornire strumenti diversi per domande diverse; alla fine riusciremo a contenere la spesa sanitaria entro il proprio argine, ma soprattutto a riqualificare il servizio sanitario depurandolo di attività improprie, di fronte alle quali oggi ci troviamo impotenti. Credo che questi siano gli argomenti sui

quali i colleghi hanno puntato i loro interventi. Penso che andremo a votare il parere con queste osservazioni e per questo, con tali motivazioni può essere positivo. Infatti, ritengo che finalmente sia stato fatto un passo in avanti dalla legge finanziaria del 1984.

Per quanto riguarda il bilancio, concordo con molte delle osservazioni svolte dal collega Ranalli, che erano contenute del resto nella mia relazione. Credo che occorra affermare soprattutto due cose. Abbiamo già dato atto ieri positivamente che l'azione legislativa quest'anno incomincia con maggior dinamismo. Credo però sia oggi necessario ed urgente (la relazione lo annuncia, ma chiederei al Ministro di concretizzarlo a breve termine) un progetto di legge che preveda il riordino del Ministero e una ristrutturazione del Consiglio sanitario nazionale, perchè in quella sede deve esserci una sintesi delle voci che contano in questo settore.

Mi trovo anche d'accordo con il collega Muratore sulla necessità di prevedere per il Consiglio sanitario nazionale una sezione rivolta soprattutto alla veterinaria e alla zoiatria. Oggi però il Ministero ha bisogno di superare le difficoltà burocratico-organizzative con le quali tanti Ministeri sono sorti, per essere invece l'anima di questa riforma, se vuole identificarsi come momento di coordinamento, di indirizzo e di sostegno per quelle attività che meritano particolarmente di essere sostenute.

Chiederei, da ultimo, al Ministro, se fosse possibile avere, dal momento che vedo che la spesa si dilata continuamente indipendentemente dalla demografia, una completa relazione sugli asili nido — quantità, ubicazione regione per regione, costo complessivo e per bambino — proprio per capire esattamente oggi il servizio come si è attestato in questo paese e, soprattutto, ovviamente da questo angolo di visuale, considerare questo problema nella sua completezza e non soltanto nell'ambito di qualche regione.

Quindi, con queste osservazioni, noi ci apprestiamo ad esprimere il parere. Ringrazio tutti i colleghi, e credo che essere coe-

renti, collega Imbriaco, nell'attestare la riforma, oggi sia lo sforzo maggiore che ciascuno di noi deve fare; rispetto anche ai voti ripetuti che si susseguono alla Camera dei deputati, i più disparati. Qualche volta può venir meno la fede in questa scelta, collega Imbriaco, però credo che dobbiamo ancora resistere, perchè questa Camera alta ha ancora fra le sue competenze — a mio avviso — non scritte, questo dovere (rispetto alla ridda del clientelismo che taglia un po' tutti) di avere una visione d'insieme. Credo che abbiamo bisogno di una visione d'insieme e quindi, in questo senso, è stata la mia relazione, spero sia la mia replica ed anche il chiarimento che vi dovevo.

Passando agli ordini del giorno illustrati all'inizio della seduta, non posso che condividere le motivazioni sottostanti all'ordine del giorno presentato al disegno di legge finanziaria dalla senatrice Rossanda. Vorrei far notare, peraltro, che i problemi sollevati con il documento in parola sono di tale momento e coinvolgono competenze anche estranee a quelle della nostra Commissione, cosicchè parrebbe opportuno riservare l'ordine del giorno stesso all'esame dell'Assemblea, fermo restando che il Gruppo democratico-cristiano e pienamente disponibile a cercare in materia soluzioni unitarie.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno del senatore Ranalli esprimo parere favorevole, anzi anch'io desidero invitare il Ministro ad accorpare i capitoli di spesa riguardanti gli studi, le indagini, le ricerche e le statistiche proprio nell'ambito di quella discussione che si è svolta in ordine alla ristrutturazione del Ministero. Non si tratta di lire in più o in meno — anche se propenderemmo per le lire in più — ma si tratta di evitare che le somme relative a questi capitoli vengano disperse in tanti rivoli.

Per quanto riguarda il secondo ordine del giorno, quello del senatore Alberti, essendo cofirmatario mi dichiaro perfettamente concorde. Desidero, inoltre, ringraziare il senatore Alberti per la sensibilità dimostrata nei confronti del problema sollevato con

tale ordine del giorno. Credo che vi sia, in proposito, ampio consenso anche da parte degli altri membri della Commissione.

DEGAN, *ministro della sanità*. Signor Presidente, onorevoli senatori, sono particolarmente lieto di aver potuto presenziare al dibattito e di aver ascoltato la replica del relatore (e con lui mi scuso per non aver ascoltato anche la relazione introduttiva). Ringrazio anche tutti gli intervenuti e dirò che non sono sicuro di dare risposte puntuali a tutti i problemi che sono stati qui sollevati, perchè ne ho annotati una gran parte, ma forse qualcuno potrebbe anche essermi sfuggito, e ne chiedo fin d'ora venia.

Vorrei cominciare dall'annotazione rilevata dal resoconto della Camera dei deputati da parte del senatore Imbriaco: l'appello è rivolto ad affrontare con urgenza i problemi, per evitare che la cittadella del Servizio sanitario nazionale ed i principi attorno ai quali si è voluto costruirla attraverso la riforma sanitaria, essendo assediata, abbia a crollare. Non credo che ci dobbiamo nascondere la verità delle cose; non è che io faccia riferimento a forze oscure; mi riferisco a stati di diffusa insoddisfazione dell'opinione pubblica; o forse pensate che non leggiamo le « Lettere al direttore » pubblicate su tanti giornali?

La richiesta crescente, da parte delle forze sociali, sia di lavoro autonomo, sia di lavoro dipendente, è quella di creare formule mutualistiche integrative e, talora, perfino sostitutive del Servizio sanitario nazionale. Infatti, quando si parla del privato io so, per esempio, che la CGIL si è opposta ad un certo capitolo del contratto Enel, ma non si è opposta in altre sedi dove, anzi, si è fatta protagonista essa stessa per formule analoghe a quella alla quale, invece, si è opposta in sede di contratto con l'Enel.

Si dovrebbe, poi, guardare fuori dalle nostre frontiere, perchè non possiamo disattendere il fatto che siamo inseriti, ad esempio, nella Comunità economica europea. E io vi devo dire che, giorni fa, dopo sei anni per la verità, il Presidente *pro tem-*

pore, il Ministro della sanità irlandese, ha realizzato un incontro dei Ministri della sanità della CEE. Si è trattato di una riunione informale, perchè come voi sapete la Sanità non rientra nel Trattato di Roma; siamo coinvolti spesso, ma per decisioni diciamo confluenti con altri Ministeri: dal punto di vista della veterinaria per le direttive nel settore agricolo; nel settore industriale per le componenti che riguardano il settore industriale nel suo complesso, e cioè quei capitoli che possono riguardare l'igiene pubblica, la antitossicità, eccetera; per la mobilità delle persone e delle merci da un punto di vista sanitario. Non esiste, quindi, il capitolo sanità e di conseguenza non c'è da gridare allo scandalo se la riunione è avvenuta dopo anni ed a livello informale. Ma i problemi con i quali ci confrontiamo noi sono esattamente gli stessi con i quali si confrontano tutti gli altri paesi. E in tutti gli altri paesi è in corso una affannosa, preoccupata rimediazione delle loro esperienze. E direi che la parola più usata da alcuni dei miei colleghi era: « frustrazione », per la difficoltà che riscontravano nel tentativo di comparare le attese dell'opinione pubblica con le disponibilità di bilancio e con la necessità di uno sforzo reale di ristrutturazione dei propri sistemi sanitari.

Il sistema sanitario inglese ha a disposizione solo il 5 per cento del prodotto interno lordo; quindi anche l'antesignana Inghilterra stanziava meno, in termini percentuali sul prodotto interno lordo, di quanto non sia devoluto dalla stessa società italiana alla sanità. A proposito dell'articolo 16 del disegno di legge finanziaria, di cui si è parlato molto in questa discussione, desidero portare l'esempio dell'Olanda. Infatti il Ministro della sanità olandese ha dichiarato la volontà di aggredire il settore ospedaliero con una riduzione dei posti-letto entro il prossimo triennio e viceversa provvedere alla necessità di una riqualificazione, controllo e rieducazione sanitaria sia per la popolazione che per i medici di famiglia. Quindi questo sforzo, sia pure iniziale, è presente in molti paesi europei, non solo in Italia, e questo riguar-

da anche il settore della prevenzione e riabilitazione (momento non certamente facile).

Perciò l'attenzione politica del Ministro della sanità attualmente è volta soprattutto a salvaguardare i principi generali della riforma sanitaria, difendendoli anche attraverso iniziative produttive ed utili. E le difficoltà operative che si incontrano — soprattutto per chi non è addetto ai lavori — sono tali che si rischia di travolgere questi principi. Poichè questi non sono in gran numero, dobbiamo riuscire ad individuarli e ragionevolmente agire perchè siano applicati laddove sia possibile. Solo così possiamo giungere a qualcosa di positivo, ed evitare il crollo totale di questi: se, ad esempio, il campanile di San Marco crollasse, difficilmente potrebbe essere ricostruito come era e dove era. Anche se gli articoli e gli strumenti che riguardano la riforma sono tanti, i principi in definitiva si riducono a due o tre e fra questi spicca l'indispensabilità di assicurare l'unità di governo in tutti i momenti della tutela sanitaria. Questa unità di governo coinvolge anche gli operatori del settore che potrebbero attuare lo scorporo di particolari servizi attraverso la riprivatizzazione di particolari fasce. Purtroppo questa unità nel tutelare la salute è messa da più parti in discussione, questa è la realtà delle cose. Sono convinto, invece, che sia un principio essenziale, perchè consente un'efficace programmazione degli interventi e di garantire la perfetta equità di trattamento nei confronti dei cittadini, qualunque sia il luogo di residenza od il ceto sociale di appartenenza. Quest'ultimo costituisce certamente un grosso problema in quanto, di fronte al burocratismo eccessivo, alcune categorie di malati, se ne hanno la possibilità, si rifugiano nell'assistenza privata, mentre altri che non hanno le stesse possibilità economiche si sentono penalizzati perchè non possono fare altrettanto. Questa è senza alcun dubbio una questione difficile, che dovrebbe spingerci con determinazione e celerità ad affrontare tutta la complessa materia. Intanto, questa discussione sul disegno di legge finanziaria e sul bilancio può costituire l'occasione

per fare un rendiconto, una specie di riepilogo di ciò che si è fatto finora e di quelli che saranno i programmi futuri. Mi auguro che all'inizio del prossimo anno il Governo possa presentare un disegno di legge che dia al Ministero una funzione di indirizzo, di coordinamento ed anche di gestione per taluni aspetti. A quest'ultimo proposito, la stessa riforma sanitaria ha lasciato al Ministero la gestione (forse non nel senso strettamente operativo), almeno per quanto riguarda i rapporti internazionali, dell'assistenza ai valichi di frontiera, mentre vi è la tendenza a decentrare anche in queste situazioni. Credo si debba rilevare che il Ministero della sanità ha assunto iniziative anche importanti nel corso dell'anno al fine di migliorare il servizio informativo sanitario. Non ne siamo ancora soddisfatti, perchè si può finalizzarlo meglio e si può fare di più. Ad esempio, si è avviata una penetrante attività di controllo, analogamente a quanto si fa per il settore dei farmaci, per quanto riguarda i presidi medici, chirurgici e diagnostici, perchè, cosa che mi ha anche sorpreso, gran parte di questo mercato si esercitava in maniera non controllata e non certificata. Credo che il 15 dicembre verrà emesso il decreto sul controllo dei *pace-makers* e mi auguro di celebrare il cinquantennale della legge del 1934 varando il regolamento sui presidi chirurgici.

Vorrei ricordare la nostra disponibilità alla iniziativa legislativa attraverso atti che continuo ad affermare essere certamente aperti, ma che mi auguro possano anche diventare conclusivi, perchè ad un certo momento debbono pure chiudersi. Ho già accennato — e non ne parlerò più — al piano sanitario nazionale. Si è fatto riferimento criticamente alla recente presentazione del disegno di legge sulla ridefinizione delle USL. Lasciatemi dire che credo che finalmente il Governo abbia assunto una iniziativa che consente ed impone di cominciare a discutere su un argomento intorno al quale il dibattito è notevole. Le critiche si sono appuntate in grandissima misura attorno alle USL e al loro modo di operare. Si è arrivati (mi pare un po' meno in quest'ultima fase,

ma certo vi sono reviviscenze) alla demonizzazione in assoluto delle USL.

Non ho mai sposato questa tesi, ma devo affermare realisticamente che non è immaginabile che questa nasca solo da un disegno machiavellico di qualche circolo anti-riformistico. Queste sensazioni, se sono così largamente diffuse, se trovano un'udienza così larga, vuol dire che un minimo o un tanto di verità esiste. Del resto se ne è avuto qualche riflesso anche qui in alcuni interventi che sono stati fatti.

Sono profondamente convinto che occorra dare un chiarimento sul piano giuridico, sul piano istituzionale, sul piano organizzativo e che questo non significhi la riforma della riforma, perchè non si vuole stravolgere e riconsiderare tutta la legge n. 833. Però bisogna ammettere che le unità sanitarie locali sono un tassello fondamentale della riforma sanitaria e che costituiscono un punto debole di questa, essendo nate in una determinata stagione politica che ha fatto sì che di esse non fosse indicata la natura e non fosse sostanzialmente qualificata la struttura, senza cioè una specificazione precisa. Discuteremo di questo problema mi auguro presto. Ognuno si confronterà e mi pare che non si possa non farlo e che anzi sia opportuno non assumere l'atteggiamento della fuga in avanti solo perchè qui bisogna discutere di altre cose. Il gioco delle scatole cinesi ad un certo momento diventa sostanzialmente immobilistico.

Se conveniamo intorno ad alcune posizioni chiare della riforma sanitaria, credo poi sia produttivo ed utile andare a toccare i singoli tasselli in funzione dell'esperienza, delle opportunità di correzione e delle necessità di adeguare alle esperienze gli strumenti a suo tempo immaginati. Certo, ci sono molte altre condizioni che devono essere affrontate. Mi auguro che la Camera approvi velocemente il disegno di legge sulla formazione del personale paramedico. C'è la necessità da questo punto di vista di dare chiarezza, di omogeneizzare le iniziative e le attività delle Regioni.

C'è il dovere, anche di fronte alla recente sentenza della Corte di cassazione, di defi-

nire chiaramente questo settore, anche perchè si collega in qualche modo all'aspro dibattito sul numero programmato o meno delle facoltà di medicina. Sono convinto — e ne ho sempre parlato alla collega Falcucci, sia pure all'interno di un altro campo importante come quello dell'adeguamento alla normativa CEE delle scuole di specializzazione in Italia — che sia importante avviare un dibattito anche su questo settore: mi auguro in maniera concludente. Spero così che non saremo soggetti ad una continua pressione che inevitabilmente si esercita, nel senso che il Servizio sanitario nazionale tende quasi per forza di cose a costruirsi piuttosto in funzione delle attese di coloro che sono o che potenzialmente potrebbero essere gli operatori, invece che degli utenti (parola non bella, ma legittima, usata dalla legge n. 833 per indicare i cittadini che devono far uso del Servizio sanitario nazionale).

Certo, restano altri importanti capitoli da affrontare, e ne voglio citare due: uno riguarda tutta la contrattualistica in questo settore, che dovremo affrontare nel corso del 1985, perchè si va verso i rinnovi delle convenzioni e dei contratti. Loro sanno che nella filosofia della legge finanziaria del 1985 sostanzialmente non vi sono — e anche la previsione del Fondo sanitario nazionale a questo si attesta — previsioni di oneri a carico del bilancio dello Stato per il rinnovo di contratti e convenzioni, immaginando che questi oneri vadano a slittare al momento in cui saranno definiti per tutto il comparto pubblico, ivi compreso il comparto sanitario, e cioè quando tutti insieme verranno valutati nelle diverse sedi.

Ma, al di là dei fatti economici, non c'è alcun dubbio che vi sono importanti fatti normativi che non possono non essere presi in considerazione, sia per quanto riguarda la convenzione, sia per quanto riguarda il contratto.

Qui si tratta realmente di trovare progressivamente le formule adeguate ad assicurare il massimo di professionalità, avendo attenzione anche alle dimensioni libero-professionali che debbono certamente essere valutate con grande rispetto e con attenzio-

ne, ma, contemporaneamente, anche con grande chiarezza, perchè qualche volta, leggendo queste articolate convenzioni e questi articolati contratti, si ha la sensazione che si siano sommate e giustapposte caratteristiche della libera professione e del pubblico impiego.

Non sarà un confronto facile, e mi auguro che anche dalle sedi parlamentari si seguano queste vicende con la massima attenzione, per un giusto equilibrio e temperamento, probabilmente anche con la necessità di qualche compromesso, ma evitando questa tecnica della giustapposizione e della sommatoria dell'uno e dell'altro aspetto che sono presenti necessariamente nell'uno e nell'altro settore.

L'altro grande aspetto che si apre è quello conseguente alla recente sentenza della Corte costituzionale. Certo, questo problema va affrontato in sede di piano sanitario nazionale. Infatti, per quanto riguarda la legge finanziaria 1984, tenete presente che la sentenza della Corte costituzionale dichiara incostituzionale l'obbligo delle Regioni, qualora debbano compensare le differenze e i *deficit*, di ricorrere al fondo globale, ma non dichiara incostituzionale la creazione di una specie di area impositiva autonoma prevista dalla legge finanziaria 1984. Si creano notevoli problemi, come sempre quando la Corte sentenza nel dichiarare l'incostituzionalità, ma infine la costruzione di un edificio compete al Parlamento; certamente, però, si tratta di una tematica che, a seguito della sentenza della Corte costituzionale, mantiene alcuni aspetti di contraddizione che debbono trovare una loro soluzione, perchè la affermazione del diritto alla salute è uguale per tutti i cittadini, da una parte e dall'altra; essendo tale diritto uguale per tutti i cittadini a livello nazionale, in qualche modo compete allo Stato garantire tale diritto sul piano finanziario. Lo Stato, a sua volta, però, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, non può far altro che lasciare alle Regioni la gestione in concreto di questo tipo di diritto, esercitando un potere di indirizzo e di coordinamento che, peraltro, non può essere penetrante più di tanto. Quindi la composizione di tutti questi

principi di natura generale e, conseguentemente, di natura finanziaria, è certamente non facile, e trova il suo punto di consolidamento più articolato, più preciso e più utile nel piano sanitario nazionale, ma anche — è un tema che si dovrà discutere — nell'individuare una fascia di relazione finanziaria e di prestazioni connesse che siano lasciate alla disponibilità autonoma delle Regioni nell'esercitare la propria autonomia. Altrimenti è chiaro che diventa giuridicamente necessaria l'applicazione del pie' di lista; ma, poichè l'applicazione del pie' di lista va comunque superata, allora è chiaro che c'è qualcosa in questo mosaico che deve essere meglio coordinata, in maniera che consenta che il controllo avvenga senza necessariamente dover ricorrere al pie' di lista.

Mi rendo conto di non aver fatto un discorso estremamente lucido e chiaro, ma la complessità dei problemi è effettivamente notevole.

Il disegno di legge finanziaria 1985 si correla a queste volontà politiche che mi sono permesso di indicare, e questo forse per gli aspetti che sono stati già indicati dal relatore e che, per quanto mi riguarda, tenterò ulteriormente di chiarire.

Definizione del fondo: è, grosso modo, un combinato disposto di alcune serie di analisi basate, tra l'altro, su dati presuntivi, perchè nessuno di noi possiede il dato del 1984 in maniera certa, ed infatti anche il dato del 1983 è stato soggetto a qualche sballottamento nelle ultime fasi. Il decreto di fine agosto ha determinato alcuni ulteriori sballottamenti che sarà necessario sottoporre anche a qualche verifica. I 33.500 miliardi circa del consuntivo 1983 sulla base dei rendiconti sono diventati 34.000 miliardi abbondanti a seguito dell'applicazione delle normative del decreto di fine agosto.

Partendo da questi dati, con la maggioranza del 10 per cento ai sensi del citato decreto e di un ulteriore 7 per cento, si arriva alle determinazioni fatte dal relatore. Si sono analizzati anche altri dati e, sulla base dei rendiconti e delle proiezioni per il 1985 di alcuni capitoli di spesa, si è rilevato che, obiettivamente, vi è stato un maggiore con-

tenimento rispetto al tasso di inflazione, per cui ci si è orientati verso una cifra di circa 39.000 miliardi. Poi, in seguito a quel naturale confronto che sempre esiste tra i vari dicasteri ed il Ministero del tesoro, si potranno individuare quei settori — in parte indicati dal senatore Melotto ed emersi già nel corso del dibattito sulla legge finanziaria del 1984 — che necessitano di interventi più consistenti, come ad esempio quello dei tossicodipendenti, il settore della psichiatria e, in modo particolare, la riabilitazione. Perchè ciò sia possibile è necessaria una corretta informazione del Servizio sanitario nazionale: si tratta di una questione che riveste grande importanza.

Il Servizio sanitario è il servizio pubblico che maggiormente deve confrontarsi quotidianamente con tutti i cittadini — sia residenti in Italia che all'estero — e necessita quindi di tutti gli strumenti necessari per una organizzazione efficace e produttiva; non si può certo paragonarlo al servizio dei trasporti (anche perchè questo ultimo è costituito per il 70 per cento da privati). Quindi il sistema informativo è forse lo strumento più importante. Del resto anche l'esperienza delle varie USL sparse in Italia ci indica che è indispensabile un programma finalizzato in questo senso. Credo che anche i più pessimisti debbano ammettere che sono stati compiuti dei passi in avanti in questa direzione. E dunque nella funzione specifica del Ministero utilizzare i dati che ci derivano da una corretta informazione per verificare i comportamenti e l'attuazione di programmi da parte delle Regioni.

Mi auguro che a fine anno vi sia, non dico un combaciamento perfetto, ma una certa correlazione fra stanziamento e spesa effettiva per il 1985, tenendo presente ovviamente che non si è tenuto conto della parte relativa al rinnovo contrattuale e dei relativi oneri finanziari che questi dovessero determinare. Per quanto riguarda il complesso della specialistica convenzionata devo dire che a fine luglio si è registrato un aumento di costo inferiore al 4 per cento calcolato sugli impegni contabili del 1983; quindi, dato che per il 1984 in questo settore siamo a'

di sotto del 10 per cento, per il 1985 questa voce non si è correlata al tasso di inflazione programmato.

Sono d'accordo con le osservazioni formulate dal senatore Melotto in ordine all'articolo 16 del disegno di legge finanziaria. Infatti la rete ospedaliera è il settore che maggiormente necessita — sia in Italia che all'estero — di una urgente opera di ristrutturazione. Per questo motivo dunque vi è stato un maggiore assorbimento di fondi in questa direzione. Devo, inoltre, specificare che tale ristrutturazione dovrà essere attuata entro un triennio: tutto ciò che riguarda il capitolo sanità ed i programmi connessi è triennale; questo volevo farlo presente al senatore Alberti.

Il Presidente ricordava che finchè non sarà approntato il piano sanitario nazionale vi potranno essere delle continue modifiche. Questo è vero, devo riconoscerlo, però si può ugualmente iniziare una ristrutturazione e fare qualcosa in questa direzione, incentivando e stimolando le Regioni. Il senatore Alberti affermava giustamente che è necessario procedere in questa direzione se si vuole che la spesa storica trovi spazi sufficienti per la prevenzione e la riabilitazione. Però, credo sia materialmente impossibile continuare a mantenere le strutture esistenti e contemporaneamente organizzare e mantenere nuovi servizi, con la prospettiva futura di disattivare i primi. Questo processo necessita di un programma adeguato e di soluzioni organiche che solo il piano sanitario potrà garantire. Come dicevo prima, comunque, qualcosa intanto si può fare in attesa di una programmazione più generale.

Allora anche le norme di blocco sulle costruzioni con le opportune deroghe sono una direzione necessaria da seguire. Altrimenti ricorriamo all'illusione di poter immaginare che si debba mettere in piedi tutto il resto per poi cominciare a muoversi in questa direzione.

Neanche gli Stati Uniti, che dedicano a questo settore l'11 e mezzo per cento del prodotto interno lordo, riescono a fare una simile cosa. Sono proprio andato a vedere la situazione americana, soprattutto su sugge-

rimento degli antiriformisti. Lì sono i privati che stanno facendo questo: si mettono insieme e si ristrutturano, quindi non creano prima nuovi strumenti e poi cominciano a ristrutturarsi.

ALBERTI. Bisognerebbe andare in giro a vedere la realtà del paese.

DEGAN, *ministro della sanità*. Sono infatti andato in giro ed è necessario che si dicano queste cose con grande forza, affinché l'opinione pubblica comprenda gli sforzi che vanno fatti in questa direzione.

Sono state poste domande a proposito del settore dei farmaci. Credo di poter dire che usciamo da un periodo di moratoria finanziaria sui prezzi e sul prontuario terapeutico durata circa un anno, un anno e mezzo. Bisogna tornare ad una situazione di normalità: c'è una pressione nel senso di una ricostituzione delle posizioni precedenti.

Il nuovo sistema di formazione dei prezzi credo sia un elemento utile perchè la disincaglia dal valore della materia prima. Si tiene conto della materia prima per quello che essa è, ma tutto il resto non viene parametrato sul valore della stessa, bensì viene valutata ogni singola voce con particolare attenzione cercando dei modi possibili per evitare censure della Comunità e per agevolare la ricerca in Italia.

Come piano di settore si va verso un coordinamento, per cui il tutto in qualche maniera si va collegando: l'evoluzione dei prezzi, il prontuario terapeutico, l'applicazione della legge 17 febbraio 1982, n. 46, sulla ricerca. Si tenta di andare ad un collegamento e dico coscientemente la parola « tenta », perchè certamente andare ad un coordinamento di politiche che finora si sono svolte in maniera diversificata non è un processo facile. Credo che a cavallo tra il dicembre e il primo mese dell'anno prossimo ci si possa muovere in questa direzione.

Quanto si prevede nell'evoluzione della spesa del settore nel corso del 1985 non è gran cosa rispetto all'esperienza del 1984.

Del resto i nuovi *tickets*, il nuovo prontuario, eccetera, hanno avuto efficacia; un'efficacia addirittura che fa gridare allo scandalo da parte di tutto il settore industriale, che si è sentito minacciato da questa serie di iniziative del Governo. Credo che il settore si possa programmare in maniera coordinata, equilibrando le politiche del Ministero della sanità, del Ministero dell'industria e del Ministero della ricerca scientifica. Abbiamo chiesto e stiamo ottenendo un coinvolgimento sempre più ampio anche nel settore del commercio estero e soprattutto nel settore della gestione dei fondi a favore dei paesi in via di sviluppo, perchè riteniamo che il settore sanitario sia rilevante sotto questo punto di vista.

Collaboriamo quindi per far sì che l'industria nazionale possa uscire dalla condizione di dover costantemente ricorrere alle sovvenzioni pubbliche.

A proposito del fondo investimenti in conto capitale, sarebbe auspicabile poter ottenere qualcosa di più, ma mi rendo conto che non è facile chiedere uno stanziamento maggiore quando vi sono dei residui passivi così consistenti. Il Consiglio sanitario nazionale ed il CIPE hanno varato una determinata somma per il successivo triennio: una possibilità di movimento c'è, soprattutto se teniamo conto che si aggiungono le spese gestibili per le entrate proprie. Credo oltre tutto che la distribuzione del fondo in conto capitale sia avvenuta anche tenendo conto delle necessità di riequilibrio proprio in funzione dell'articolo 16, che è richiamato da una certa lettera dell'articolo 17 dello stesso disegno di legge finanziaria. La quota capitale ha un senso se è prevista anche una quota capitale fisica, altrimenti è abbastanza difficile ottemperare a certi impegni.

Allora è chiaro che man mano che si ottiene fisicamente un maggiore equilibrio, si può anche andare ad una distribuzione delle somme del fondo di parte corrente. Quindi c'è una relazione che tiene conto dell'evoluzione che ci auguriamo possa essere indotta proprio dall'applicazione dell'articolo 16. Del resto le soluzioni previste dal

Governo circa la ripartizione dei compiti tra Regioni, Ministero della sanità e Tesoro renderanno più agevole l'erogazione dei fondi stanziati.

Per quanto riguarda il Ministero, intanto ho sollevato il problema dei fondi per gli studi, le indagini e così via. Abbiamo svolto nel corso del 1984 un'opera di unificazione, tentando di individuare alcuni filoni e incentiveremo nel corso del 1985 ulteriormente queste attività. Il fatto che i capitali siano dispersi presso diverse direzioni generali costituisce, da una parte, elemento di difficoltà, ma, dall'altra, è elemento necessario, perchè è anche giusto che nei diversi settori siano fatte presenti le particolari esigenze.

Che i residui siano consistenti nasce anche dalla enorme difficoltà di pervenire al momento dell'erogazione, perchè bisogna prima fare il contratto, poi andare alla Corte dei conti, qualche volta ci vuole il parere anche del Consiglio di Stato e quindi per arrivare ad erogare effettivamente passa sempre veramente troppo tempo. Questa, però, è la prassi generale adottata nel nostro Stato.

A proposito di erogazione, poi, qualcuno ha sollevato il problema del controllo misto Sanità-Tesoro-Bilancio. Desidero far rilevare che questo è a vantaggio del Ministero della sanità e delle Regioni, perchè è la erogazione che, in questo modo, viene ad essere controllata mentre, fino a questo momento, era un fatto ristretto tra il Ministero del tesoro e le Regioni. Tutto ciò mi è parso utile, in un certo senso, per recuperare una attenzione del Ministero della sanità anche nella fase erogativa, oltre che in quella di pura programmazione.

Passo, quindi, ad esprimermi sugli emendamenti. E dirò al senatore Ranalli che il Ministro vorrebbe poterli accogliere tutti, ma ciò, in questa sede, cioè in sede di approvazione del bilancio, richiederebbe un emendamento compensativo, almeno questo.

RANALLI. Si tratta di aggiungere 715 milioni in un capitolo stornandoli da un altro capitolo.

DEGAN, *ministro della sanità*. Per la verità c'è un capitolo che si espande ben al di là dei tassi d'inflazione programmata e che, allo stato dei fatti, per le notizie in nostro possesso, è al di là perfino delle necessità, ed è il capitolo degli asi-nido.

Sto raccogliendo tutti i dati necessari, e poi presenterò la relazione chiesta dal senatore Melotto.

IMBRIACO. Si espande perchè si era talmente sotto prima che adesso che si comincia a vedere qualcosa si ha un'impena.

DEGAN, *ministro della sanità*. Adesso, però, siamo veramente a un rapporto fra personale, dati fisici e frequenza che è assolutamente disastroso.

RANALLI. Si tratta di lievi ritocchi.

DEGAN, *ministro della sanità*. Credo, comunque, che la cosa migliore da farsi sia approvare così com'è il bilancio e, successivamente, siccome vi sarà l'assestamento a metà anno, andare a verificare, in quel momento, come stanno le cose per poter, eventualmente, procedere alle correzioni. Anche per verificare quei capitoli, indicati dal senatore Ranalli, che certamente hanno un qualche interesse.

Infine, chiedo alla senatrice Rossanda di voler ritirare l'ordine del giorno da lei dianzi illustrato. Ne apprezzo decisamente le motivazioni e il contenuto, ma ritengo che i problemi sollevati possano trovare una soluzione nell'ambito della discussione del disegno di legge sulle comunità terapeutiche presentato dal Governo. Faccio inoltre presente che i fondi stanziati per il 1985, appaiono sufficienti a far fronte anche alle necessità a cui si fa riferimento nel documento in questione.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno del senatore Ranalli, chiedo al presentatore di sopprimere il riferimento al numero dei capitoli di spesa in esso ricordati; in tal caso lo accoglierei senz'altro come racco-

mandazione. Parimenti come raccomandazione accolgo l'ordine del giorno del senatore Alberti.

RANALLI. Accetto la correzione proposta dal Ministro all'ordine del giorno da me presentato

PRESIDENTE. Vorrei ringraziarla, ministro Degan, per questa ampia disamina di tutta la materia che riguarda la sanità, oltre che i due provvedimenti al nostro esame.

A mia volta vorrei darle, rapidissimamente, alcune notizie sul « bilancio » e sui programmi della Commissione sanità del Senato.

Lei ci ha parlato dei programmi del Ministero, ed io le confermo che noi siamo impegnati a portare al più presto possibile a compimento l'esame del piano sanitario nazionale, nei termini e con lo spirito già evidenziati dal senatore Melotto.

Abbiamo poi la massima disponibilità circa l'iniziativa di revisione (sul piano giuridico, istituzionale ed organizzativo) delle USL, e questo è dimostrato non solo dall'indagine conoscitiva svolta (che ci auguriamo possa essere presto disponibile in forma stampata), ma anche dalla presentazione, da parte di una delle forze politiche attiva in questa Commissione, di un preciso progetto di legge a questo riguardo.

ROSSANDA. Non è che questo dimostri la necessità.

PRESIDENTE. Non ho parlato di necessità, ma di una disponibilità.

Vorrei inoltre aggiungere che, mentre la Commissione sta lavorando sul problema dei trapianti d'organo (tanto importante ed urgente nell'ambito della politica sanitaria), ha anche realizzato tutta la fase istruttoria preliminare su due grossi provvedimenti di legge che ci sono stati affidati, cioè quello relativo all'ordinamento e alla regolamentazione della professione di psicologo e quello relativo alle scuole di specializzazione per

la formazione dei medici specialisti, ai quali lei ha fatto riferimento.

In ordine a questo progetto di legge abbiamo, in questi giorni, distribuito a tutti i senatori, ed inviato anche a lei, alcuni atti di documentazione che nel giro di due mesi siamo riusciti a portare a buon fine. Altrettanto è stato fatto per il provvedimento riguardante gli psicologi. Quindi siamo pronti ad iniziare il dibattito.

Certo, se la Commissione potesse lavorare intensamente, senza essere spesso travolta dal contingente e dall'urgente, come è avvenuto quest'anno, con una serie a raffica di decreti-legge, noi potremmo anche dare un apporto più organico alla soluzione dei problemi di fondo della sanità.

Comunque ci auguriamo di poter riprendere presto anche questa attività.

Passiamo ora all'esame degli ordini del giorno.

Il primo, n. 0/1027/1/12, si riferisce alla legge finanziaria ed è stato presentato dalla senatrice Rossanda e da altri senatori. Chiedo ai presentatori se dopo aver ascoltato il parere del relatore e del Governo intendono mantenerlo.

ROSSANDA. Sono lieta che i colleghi Jervolino Russo e Muratore, nonché il relatore Melotto, abbiano manifestato apprezzamento in ordine al problema da noi sollevato nell'ordine del giorno, dichiarando la disponibilità per una soluzione unitaria. Prendendo atto di ciò e accogliendo l'invito formulato da ultimo anche dal Ministro, ritiro l'ordine del giorno, che mi riservo di presentare nuovamente all'Assemblea.

PRESIDENTE. Passiamo agli ordini del giorno alla tabella 19.

Il primo è del senatore Ranalli. Do lettura del testo con la correzione apportata su richiesta del Ministro:

« La 12^a Commissione permanente del Senato,

concludendo il dibattito sullo stato di previsione del Ministero della sanità;

rilevato che i capitoli di spesa riguardanti gli "studi, le indagini, le ricerche, le statistiche" sono in numero tale che possono provocare una disseminazione pericolosa ai fini di un progetto culturale unificato;

considerata l'opportunità di procedere ad un riordino della spesa nel settore,

invita il Governo:

a tenere conto della suindicata esigenza nell'elaborazione degli stati di previsione della spesa per gli esercizi futuri ».

(0/1028/1/12-Tab. 19)

Segue l'ordine del giorno dei senatori Alberti, Muratore, Loprieno, Melotto, Calì, Jervolino Russo, Rossi, Rossanda, Ranalli, Bompiani, n. 0/1028/2/12-Tab. 19, del quale ho dato precedentemente lettura.

DEGAN, ministro della sanità. Il Governo, come ho già detto in sede di replica, accetta come raccomandazione sia l'ordine del giorno del senatore Ranalli, che quello dei senatori Alberti ed altri.

RANALLI. Prendo atto del parere del Governo e non insisto per la votazione.

ALBERTI. Anch'io non insisto per la votazione, dichiarandomi soddisfatto dell'accoglimento dell'ordine del giorno da parte del Governo.

PRESIDENTE. L'esame degli ordini del giorno è così esaurito.

Si è in tal modo conclusa la fase dell'esame congiunto dei due provvedimenti all'ordine del giorno.

Si procederà ora separatamente all'esame degli emendamenti al disegno di legge n. 1027.

I lavori proseguono in sede consultiva sul disegno di legge n. 1027 dalle ore 11,30 alle ore 12,30.

PRESIDENTE. Riprendiamo il dibattito sulla tabella 19. Passiamo all'esame e alla votazione degli emendamenti.

I senatori Ranalli, Cali e Meriggi hanno presentato i seguenti emendamenti:

Al capitolo 1082 (Spese di rappresentanza) alle cifre: « 19 milioni » per la competenza e: « 20 milioni » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 10 milioni » e: « 10 milioni ».

Al capitolo 1097 (Fitto di locali ed oneri accessori) alle cifre: « 3.000.000.000 » per la competenza e: « 3.000.000.000 » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 2.310.844.000 » e: « 2.310.844.000 ».

Al capitolo 1098 (Manutenzione, riparazioni e adattamento di locali e dei relativi impianti) alle cifre: « 190.000.000 » per la competenza e: « 190.000.000 » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 175 milioni » e: « 175.000.000 ».

Al capitolo 1100 (Spese postali e telegrafiche) alle cifre: « 700.000.000 » per la competenza e: « 700.000.000 » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 698.156.000 » e: « 698.156.000 ».

Al capitolo 4101 (Spese per la predisposizione della relazione sullo stato sanitario del Paese) alle cifre: « 40 milioni » per la competenza e: « 40 milioni » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 150 milioni » e: « 150 milioni ».

Al capitolo 4102 (Spese per studi, indagini e rilevamenti ai fini dell'attività propositiva e consultiva del Consiglio sanitario nazionale, ivi compresa l'attività concernente lo stato sanitario del Paese) alle cifre: « 50 milioni » per la competenza e: « 50 milioni » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 200 milioni » e: « 200 milioni ».

Al capitolo 4505 (Indennità e rimborso spese di trasporto per missioni nel territorio nazionale) alle cifre: « 185 milioni » per la competenza e: « 185 milioni » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 300 milioni » e: « 300 milioni ».

Al capitolo 4506 (Indennità e rimborso spese di trasporto per missioni all'estero) alle cifre: « 200 milioni » per la competenza e: « 200 milioni » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 400 milioni » e: « 400 milioni ».

Al capitolo 4537 (Spese per l'attuazione di corsi di preparazione, formazione, aggiornamento e perfezionamento del personale dell'Istituto superiore di sanità e per l'attuazione di corsi di aggiornamento ed addestramento tecnico del personale addetto ai servizi di sanità delle Amministrazioni pubbliche. Partecipazione alle spese per corsi indetti da enti, istituti e amministrazioni varie) alle cifre: « 60 milioni » per la competenza e: « 60 milioni » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 200 milioni » e: « 200 milioni ».

RANALLI. Signor Presidente, desidero, innanzitutto, far presente che ho redatto un rapporto di minoranza sullo stato di previsione del Ministero della sanità.

Per quanto riguarda gli emendamenti vorrei far osservare che questi tendono ad un trasferimento di spesa da un capitolo all'altro di soli 715 milioni. Ed in particolare ad accrescere i capitoli 4101, 4102, 4505, 4506 e 4537 e a diminuire conseguentemente i capitoli 1082, 1097, 1098 e 1100. Queste variazioni sono destinate ad un migliore funzionamento e mobilità del Consiglio sanitario nazionale da una parte e dell'Istituto superiore di sanità dall'altra.

Devo dire che in seno a questi due Istituti ho trovato pieno consenso e, in alcune occasioni, anche delle sollecitazioni perchè si pervenisse a queste modifiche. Sarebbe inoltre auspicabile, dato che l'Istituto superiore di sanità ha ormai 50 anni di vita, un finanziamento più concreto.

Con questi emendamenti non si creano stravolgimenti in quanto si farebbero delle detrazioni di spesa in settori che possono tollerare questo lieve assottigliamento. Ad esempio, signor Presidente, non credo possa suscitare preoccupazione il fatto di non erogare 89 milioni di lire a favore delle istituzioni sanitarie private del Friuli-Ve-

nezia Giulia; anzi, dovrebbe invece preoccupare il fatto che questa somma viene erogata tramite un commissario di Governo, creando quindi un nuovo soggetto istituzionale erogatore di somme in campo sanitario.

Inoltre, un assottigliamento delle spese di rappresentanza, che — devo riconoscerlo — non sono eccessive, non produrrebbe alcun turbamento.

Per quanto riguarda il capitolo 1097, relativo al fitto di locali ed oneri accessori, credo si possa fare un prelievo consistente e ne spiegherò la ragione. Lo scorso anno la maggioranza decise lo stanziamento di 1 miliardo e 600 milioni per l'acquisto di una nuova sede del Ministero della sanità; quest'anno si è aumentato tale capitolo di 700 milioni. Poichè le procedure di acquisto ed affitto saranno piuttosto lunghe, credo che non crei turbamenti il fatto di prelevare una parte delle somme stanziare per l'esercizio di questo capitolo di spesa. Quindi, come vedete, non si tratta di stravolgimenti; inoltre questi prelievi colpiscono capitoli di spesa che sono in grado di tollerarli. Penso che il fine che ci proponiamo possa essere condiviso da tutti, in quanto si tratta di migliorare il funzionamento di due importanti istituti, il Consiglio sanitario nazionale e l'Istituto superiore di sanità. Vorrei pregarvi di non darmi una sbrigativa risposta, motivata con il fatto che, se approvassimo questi emendamenti, bisognerebbe tornare alla Camera: è il caso di manifestare nei confronti di un'opposizione, che peraltro concorre in maniera costruttiva all'esame approfondito della questione, una maggiore sensibilità.

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella 19*. Nei confronti di questo gruppo di emendamenti sono molto sensibile e l'ho detto ieri in modo chiarissimo. Sono d'accordo ad aumentare il contributo al Consiglio sanitario nazionale per la redazione della relazione sullo stato sanitario nazionale, perchè con 40 milioni credo sia impossibile pensare ad una relazione che abbia quelle risposte ad ampio respiro di cui si parlava. Sono altrettanto sensibile al discorso relativo alle spese per stu-

di, indagini e rilevamenti. Faccio osservare che già l'Istituto superiore della sanità nel corso dell'esercizio 1984 ha significativamente visto aumentare il contributo e che, per la previsione 1985, il contributo stesso è stato ulteriormente aumentato.

Allora su questi tre capitoli direi di invitare il Ministro nel corso dell'anno a verificare il problema di tali specifiche voci che gli emendamenti Ranalli hanno voluto evidenziare. Il problema delle spese per le missioni è diverso, ma per queste tre voci direi di lasciare al Ministro l'opportunità di verificare in sede di assestamento. Si tratta infatti di un confronto a carattere scientifico che merita di essere sottolineato.

Relativamente alla possibilità di togliere dei fondi dalle già molto esigue spese di rappresentanza per rimpinguare altri capitoli, credo che questo significherebbe porre in ginocchio anche questa voce. Quindi ripeto che lascerei al Ministro, con queste segnalazioni, con queste raccomandazioni, con questo invito, il compito di verificare nell'assestamento le necessità delle voci che sono state qui ricordate attraverso la presentazione degli emendamenti e vedere quali possano essere le risposte a tali problemi.

DEGAN, *ministro della sanità*. Non sono in grado di accettare gli emendamenti relativi a diminuzioni di alcuni capitoli. Però in sede di assestamento andremo a verificare le eventuali possibilità compensative, anche vedendo quale sarà l'andamento del bilancio generale dello Stato.

Del resto i recenti colloqui con il Ministro del tesoro sembrano aver fornito delle indicazioni positive, nel senso dell'esistenza di una volontà in sede di assestamento di ritoccare alcune voci. Quindi direi alla Commissione di lasciare il bilancio così com'è, impegnandomi ad una maggiore attenzione su questi capitoli nel corso dei primi mesi dell'anno per vedere le eventuali possibilità di recupero o tramite dislocazioni interne o per mezzo di recuperi dall'esterno a favore dei suddetti capitoli.

RANALLI. Onorevole Presidente, ci sembra che, proprio per aiutare la conclusione

positiva di questa operazione, forse c'è bisogno che questi temi siano sottoposti all'esame della 5^a Commissione. Quindi, prendendo atto peraltro della disponibilità e del consenso espressi dal relatore e anche in buona misura dal Ministro, è necessario trovare il modo di far pervenire tali questioni alle sedi in cui vengono prese le relative decisioni, altrimenti rischiamo di aver fatto solo un inutile confronto tra di noi, di aver ascoltato impegnative dichiarazioni, di cui teniamo conto e delle quali potremo sempre in sede politica chiedere conto al Ministro ed al relatore (e questo pure è un risultato), che rimarrebbero tuttavia tra di noi.

Perciò è necessario che tali questioni arrivino in Commissione bilancio e che si riapra la discussione in quella sede. È utile a mio giudizio che si sappiano e si conoscano le strettoie nelle quali si viene a trovare il Ministero. Non si può chiedere di ritirare emendamenti sulla cui sostanza siamo d'accordo.

MELOTTO, *relatore alla Commissione, sulla tabella 19.* Non parlavo di un rinvio alla 5^a Commissione, quanto di un rinvio in sede di assestamento per le opportune verifiche.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, passiamo alla votazione degli emendamenti presentati dai senatori Ranalli ed altri. Ne do nuovamente lettura:

Al capitolo 1082 (Spese di rappresentanza) alle cifre: « 19 milioni » per la competenza e: « 20 milioni » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 10 milioni » e: « 10 milioni ».

Non è accolto

Al capitolo 1097 (Fitto di locali ed oneri accessori) alle cifre: « 3.000.000.000 » per la competenza e: « 3.000.000.000 » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 2.310.844.000 » e: « 2.310.844.000 ».

Non è accolto

Al capitolo 1098 (Manutenzione, riparazioni e adattamenti di locali e dei relativi impianti) alle cifre: « 190.000.000 » per la competenza e: « 190.000.000 » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 175 milioni » e: « 175.000.000 ».

Non è accolto

Al capitolo 1100 (Spese postali e telegrafiche) alle cifre: « 700.000.000 » per la competenza e: « 700.000.000 » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 698.156.000 » e: « 698.156.000 ».

Non è accolto

Al capitolo 4101 (Spese per la predisposizione della relazione sullo stato sanitario del Paese) alle cifre: « 40 milioni » per la competenza e: « 40 milioni » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 150 milioni » e: « 150 milioni ».

Non è accolto

Al capitolo 4102 (Spese per studi, indagini e rilevamenti ai fini dell'attività propositiva e consultiva del Consiglio sanitario nazionale, ivi compresa l'attività concernente lo stato sanitario del Paese) alle cifre: « 50 milioni » per la competenza e: « 50 milioni » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 200 milioni » e: « 200 milioni ».

Non è accolto

Al capitolo 4505 (Indennità e rimborso spese di trasporto per missioni nel territorio nazionale) alle cifre: « 185 milioni » per la competenza e: « 185 milioni » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 300 milioni » e: « 300 milioni ».

Non è accolto

Al capitolo 4506 (Indennità e rimborso spese di trasporto per missioni all'estero) alle cifre: « 200 milioni » per la competenza e: « 200 milioni » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 400 milioni » e: « 400 milioni ».

Non è accolto

Al capitolo 4537 (Spese per l'attuazione di corsi di preparazione, formazione, aggiornamento e perfezionamento del personale dell'Istituto superiore di sanità e per l'attuazione di corsi di aggiornamento ed addestramento tecnico del personale addetto ai servizi di sanità delle Amministrazioni pubbliche. Partecipazione alle spese per corsi indetti da enti, istituti e amministrazioni varie) alle cifre: « 60 milioni » per la competenza e: « 60 milioni » per la cassa, sostituire rispettivamente le altre: « 200 milioni » e: « 200 milioni ».

Non è accolto

Ricordo ai presentatori che tali proposte potranno essere ripresentate, nell'ulteriore corso dell'esame, dinanzi all'Assemblea.

L'esame degli emendamenti è così esaurito.

Resta ora da conferire il mandato per il rapporto favorevole alla 5ª Commissione permanente. Propongo che tale incarico sia affidato allo stesso relatore alla Commissione.

RANALLI. Preannuncio la presentazione di un rapporto di minoranza.

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

I lavori terminano alle ore 12,55.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici
DOTT. ANTONIO RODINÒ DI MIGLIONE