

(1584-A)

Resoconti XIX

**BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO
PER L'ANNO FINANZIARIO 1982
E BILANCIO PLURIENNALE PER IL TRIENNIO 1982-1984**

**STATO DI PREVISIONE
DEL MINISTERO DELLA SANITA'
PER L'ANNO FINANZIARIO 1982**

(Tabella n. 19)

(IN SEDE CONSULTIVA)

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

INDICE**MERCOLEDÌ 14 OTTOBRE 1981**

PRESIDENTE	
— Ciacci (PCI)	Pag. 763
— Pittella (PSI)	750
FORNI (DC), relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583	751, 753
MERZARIO (PCI)	751, 763
ORSINI, sottosegretario di Stato per la sa- nità	753

GIOVEDÌ 15 OTTOBRE 1981**(Seduta antimeridiana)**

PRESIDENTE (Pittella - PSI)	Pag. 763, 765, 766
ARGIROFFI (PCI)	766
BELLINZONA (PCI)	765

FORNI (DC), relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583	765
GROSSI (PCI)	766
JERVOLINO RUSSO (DC)	765
MERZARIO (PCI)	763, 765
ORSINI, sottosegretario di Stato per la sa- nità	766

(Seduta pomeridiana)

PRESIDENTE (Pittella - PSI)	Pag. 767, 772, 775
ALTISSIMO, ministro della sanità	775
BELLINZONA (PCI)	775
DEL NERO (DC)	771
GROSSI (PCI)	772, 774
MERZARIO (PCI)	774, 775
PECORINO (MSI-DN)	771, 772, 774
PINTO (PRI)	771
ROSSANDA (PCI)	767

MARTEDI' 20 OTTOBRE 1981

PRESIDENTE (Pittella - PSI)	Pag. 776, 790
ALTISSIMO, ministro della sanità	776, 778, 784 e passim
BELLINZONA (PCI)	778, 781, 784 e passim
CIACCI (PCI)	776, 777, 778
DAL FALCO (DC)	785
FORNI (DC), relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583	777, 788
ROSSANDA (PCI)	790

MERCOLEDI' 21 OTTOBRE 1981

PRESIDENTE	
— Ciacci (PCI)	Pag. 790
— Pittella (PSI)	805
ALTISSIMO, ministro della sanità	800, 802, 803 e passim
DEL NERO (DC)	797, 800, 803 e passim
MARIOTTI (DC)	795
PITTELLA (PSI)	790

GIOVEDI' 22 OTTOBRE 1981**(Seduta antimeridiana)**

PRESIDENTE	
— Ciacci (PCI)	Pag. 812, 821
— Pittella (PSI)	805
ALTISSIMO, ministro della sanità	812, 818, e passim
DEL NERO (DC)	800, 818, 820
FORNI (DC), relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583	805, 808, 820
ROSSANDA (PCI)	808

(Seduta pomeridiana)

PRESIDENTE (Pittella - PSI)	821, 823, 824 e passim
ALTISSIMO, ministro della sanità	824, 829
DEL NERO (DC)	829
FORNI (DC), relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583	821
MERZARIO (PCI)	824
PETRONIO (PSI)	827
ROCCAMONTE (PSDI)	831
PINTO (PRI)	830

MERCOLEDI' 14 OTTOBRE 1981**Presidenza del Presidente PITTELLA
indi del Vice Presidente CIACCI**

I lavori hanno inizio alle ore 12,20.

Presidenza del Presidente PITTELLA

« Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982) » (1583)

(Parere alla 5^a Commissione).

« Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1982 e bilancio pluriennale per il triennio 1982-1984 » (1584)

— Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1982 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione).

(Esame congiunto e rinvio).

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca l'esame della tabella 19 « Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1982 ».

È iscritto all'ordine del giorno, per il parere alla 5^a Commissione, anche il disegno di legge: « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982) ».

Tenendo conto delle direttive della Conferenza dei presidenti dei Gruppi parlamentari e delle conseguenti comunicazioni rese all'Assemblea, dal Presidente del Senato, giovedì 8 ottobre, se non si fanno osservazioni, si procederà all'esame congiunto dei provvedimenti all'ordine del giorno, peraltro limitatamente alla fase della discussione generale.

Prego il senatore Forni di riferire alla Commissione sui suddetti documenti.

M E R Z A R I O. Tengo a rilevare, in via preliminare, che il Ministero della sanità non è rappresentato oggi dal Ministro, mentre, ai sensi dell'articolo 126 del Regolamento, la presenza del Ministro è elemento essenziale per la validità delle sedute.

Dico questo perchè sono dell'avviso che i nostri lavori, qualora dovessero proseguire senza la partecipazione del Ministro, potrebbero anche non essere validi.

F O R N I, *relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583*. Signor Presidente, onorevole rappresentante del Governo, onorevoli senatori, il dibattito in Parlamento sul disegno di legge finanziaria e sul bilancio dello Stato per il 1982 avviene in un momento carico di incognite per la difficile situazione internazionale. Nessun uomo può guardare con serenità al futuro finchè permangono le tensioni attuali nel mondo, e in particolare nel Medio Oriente e in Egitto, e finchè la corsa agli armamenti impegna i bilanci delle maggiori potenze più che le opere tese al civile progresso e al superamento degli squilibri fra paesi industrializzati e paesi del Terzo Mondo.

Nel nostro Paese, poi, la situazione economica permane grave: la disoccupazione è in aumento, i giovani, in particolare, non trovano sbocchi occupazionali, il problema della casa sta esplodendo, il malessere sociale, difficile da superare, investe strati sempre più larghi di popolazione, mentre la lotta al terrorismo non ottiene i risultati sperati.

Predisporre il bilancio dello Stato in questa congiuntura è opera assai difficile e ancor più difficile è imporre sacrifici solo a chi i sacrifici può fare, con l'accortezza di non colpire i più deboli.

I colleghi hanno avuto modo di riflettere, certamente, sulle relazioni dei Ministri del tesoro e del bilancio, svolte in Aula la scorsa settimana, e da esse possono ricavare tutte le notizie e gli spunti necessari a inquadrare il problema della spesa sanitaria nel più vasto quadro della spesa pubblica.

Vorrei accennare prima di tutto a un problema di metodo. Il Governo, nel proporre al Parlamento il disegno di legge finanzia-

ria a quello di bilancio di previsione dello Stato per il 1982, afferma di voler coinvolgere nelle scelte di politica economica le parti sociali (imprenditori, lavoratori dipendenti e autonomi). Lo scopo è quello di adottare misure efficaci per combattere la inflazione, creando, attorno ad esse, il più ampio consenso e la più attenta consapevolezza.

Il Parlamento, che è l'espressione più autorevole della complessa realtà sociale, oltre che degli orientamenti politici del Paese, ha un compito importantissimo di mediazione e di verifica delle proposte governative, nonchè di affinamento delle stesse. Ad esso spetta ridefinirle, in piena autonomia, conformemente agli obiettivi di riduzione dell'inflazione e di rilancio dell'economia, che sono ritenuti, senza alcuna perplessità, validi e importanti. Purtroppo sulla proposta governativa non è stato finora possibile trovare la convergenza dei sindacati, nè, per alcune parti, degli imprenditori. Lo dimostra il dibattito avvenuto recentemente nel congresso federale della CISL e in convegni promossi dalla Confindustria. La continuazione delle trattative con le parti sociali, mentre il Parlamento inizia lo esame delle proposte del Governo, crea problemi delicati, perchè si tratta di non precludere possibili intese; nè d'altra parte è pensabile una prolungata fase di stallo per recepire alla fine eventuali correzioni concordate. È pertanto importante che il Parlamento stesso si faccia, autonomamente, carico del dibattito in corso e non sia trascurata nessuna delle argomentazioni serie che vengono addotte nel merito dei problemi trattati.

Presidenza del Vice Presidente CIACCI

(Segue **F O R N I**, *relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge numero 1583*). Questo vale in tutti i settori, ma soprattutto in quelli degli interventi previdenziali, della sanità, della finanza regionale e degli Enti locali. Anche io, sulla materia di competenza, formulerò dei rilievi alle

proposte governative e mi permetterò di proporre correzioni, senza per questo venir meno al dovere di solidarietà verso una compagine di Governo la cui stabilità è necessaria per un efficace intervento in campo economico.

Innanzitutto prenderò in considerazione la questione della riduzione del *deficit* di bilancio come mezzo per combattere l'inflazione.

Il Governo, con il disegno di legge finanziaria e con quello di bilancio, propone un contenimento della spesa pubblica. La proposta governativa punta a contenere il fabbisogno per il settore pubblico allargato in 50.000 miliardi per il 1982 (48.000 miliardi per il settore statale, 2.000 miliardi per gli enti esterni al settore statale, al netto del trasferimento di mille miliardi dal bilancio statale all'ENEL).

Nel bilancio 1982 le spese di competenza (al netto di alcune partite di giro e di spese per interessi) aumentano rispetto a quelle del 1981 di solo il 24 per cento. In termini di autorizzazioni di cassa le stesse spese sono stimate aumentate del 14,8 per cento, stante la gran mole di residui passivi trascinati dal 1981 al 1982 per effetto della politica seguita dal Tesoro quest'anno.

Il saldo netto da finanziare in conto competenze, che per il 1981 (bilancio assestato, sempre che venga approvato) è calcolato in 68.700 miliardi, diminuirà nel 1982 a circa 63.000 miliardi. In termini di autorizzazioni di cassa, il saldo netto da finanziare si ridurrà a 33.000 miliardi. Per ottenere questo risultato vengono proposti contenimenti e tagli in alcuni settori: non vengono infatti previsti miglioramenti contrattuali per i pubblici dipendenti, salvo gli aumenti dovuti ai meccanismi di indicizzazione, e sono proposti limiti severi al trasferimento di fondi agli enti locali, ai trasferimenti per la spesa sanitaria e al ricorso dell'INPS alle anticipazioni di tesoreria.

Quanto allo specifico problema del finanziamento della spesa sanitaria, prima di illustrare le misure proposte per il suo contenimento vorrei fare alcune osservazioni sul Fondo sanitario nazionale per il 1981.

Nel bilancio dell'esercizio in corso, al capitolo 5941, il Fondo sanitario nazionale era quantificato in 21.400 miliardi per la parte corrente ed era inserito nella tabella relativa al Ministero del tesoro, mentre per la parte in conto capitale, nel capitolo 7082 del Ministero del bilancio veniva stanziata la somma di 510 miliardi. Con delibere del CIPE del 29 aprile e del 6 maggio 1981 sono state ripartite alle Regioni solo le prime due quote trimestrali dello stanziamento in conto capitale, per un importo di 423,760 miliardi. La differenza rimane accantonata.

Nel dibattito avvenuto al Senato sul bilancio 1981, tutte le parti politiche avevano rilevato come il Fondo per il 1981 fosse inadeguato al fabbisogno reale e documentato del settore sanitario. Infatti esso era stato calcolato tenendo conto del trattamento economico in vigore per il personale dipendente e convenzionato con il Servizio sanitario nazionale alla data del 31 dicembre 1980 e, per quanto riguardava l'acquisto di beni e servizi, veniva applicato rispetto al 1980 un aumento del 16 per cento, inferiore di tre o quattro punti all'andamento dell'inflazione. Inoltre, mentre si procedeva alla discussione del bilancio, veniva sottoscritta dalle parti, compreso quindi il Ministro del tesoro, la nuova convenzione con i medici di medicina generale, che da sola, se applicata, avrebbe comportato un aumento di spesa quantificato dal Governo in 627,6 miliardi e dai sindacati in 800 miliardi.

Il Ministro della sanità dell'epoca sostenne che l'intera somma poteva essere coperta con i fondi stanziati nel bilancio, senza alcun aumento aggiuntivo, ma con lo storno di somme da una voce all'altra del Fondo. La tesi suddetta fu contestata dalle Commissioni parlamentari competenti, non potendosi prevedere riduzioni immediate nel settore della spesa ospedaliera e dei farmaci. Del resto, anche l'attuale ministro della sanità onorevole Altissimo, intervenendo al Senato, in questa Commissione, il 23 luglio di quest'anno, ammetteva che non solo non era stato possibile ottenere le riduzioni previste per alcune voci, ma che era esatto il giudizio della Commissione sanità del Senato, in merito all'inadeguatezza del Fondo.

Affermava, inoltre, che la spesa sanitaria non era comprimibile in tempi brevi a discrezione dell'autorità centrale e dava di questa sua asserzione una convincente dimostrazione. Infatti, al 5 luglio 1981 un documento preciso delle Regioni ricalcolava il fabbisogno del Fondo in 22.545,1 miliardi. Di fronte, però, all'aggravarsi della situazione economica, il Governo deliberava alcuni tagli alla spesa pubblica e presentava alla Camera il disegno di legge n. 2726, in data 21 luglio 1981. In esso è prevista, per il cap. 5941 dello stato di previsione del Ministero del tesoro (Fondo sanitario nazionale), una riduzione di 952 miliardi in termini di competenza e di 1.452 miliardi in termini di cassa e, per il capitolo 7082 dello stato di previsione del Ministero del bilancio, sempre riguardante il Fondo sanitaria nazionale, una riduzione di 200 miliardi in termini di cassa per le spese in conto capitale. Le riduzioni per la parte corrente riguardano le seguenti voci:

- a) medicina generale, pediatrica: 314 miliardi;
- b) assistenza farmaceutica: 213 miliardi;
- c) assistenza specialistica ambulatoriale interna: 30 miliardi;
- d) assistenza specialistica convenzionata esterna: 85 miliardi;
- e) assistenza integrativa (termale, protesi): 290 miliardi;
- f) spese a destinazione vincolata (progetti obiettivo): 200 miliardi.

Nel frattempo la convenzione con i medici di medicina generale veniva fatta slittare, per gli effetti economici, al 1° gennaio 1982. I tagli previsti venivano giustificati anche con l'emanazione di due decreti-legge, il n. 250 e il n. 252, del 29 maggio 1981, riguardanti l'aumento del *ticket* sui farmaci il primo e l'istituzione della compartecipazione per le prestazioni specialistiche, erogate presso ambulatori e laboratori convenzionati, il secondo.

Non essendo stati convertiti in legge i suddetti provvedimenti, il loro contenuto normativo veniva riproposto con altri due de-

creti-legge, il n. 399 e il n. 398, del 29 luglio 1981. Per quanto riguarda le prestazioni specialistiche il *ticket* veniva esteso a tutte le prestazioni, comprese quelle erogate presso i presidi pubblici, creando complicazioni burocratiche, oltre che malcontento. Si è riscontrato, infatti, che il costo per la riscossione del *ticket* era di gran lunga superiore al ricavo derivante dal *ticket* stesso.

O R S I N I , sottosegretario di Stato per la sanità. Chi l'ha riscontrato?

F O R N I , relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583. Il Governo, quando non ha ripresentato il documento!

O R S I N I , sottosegretario di Stato per la sanità. Non è vero!

F O R N I , relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583. Allora non è stato ripresentato perchè se ne è dimenticato qualcuno dell'ufficio!!

O R S I N I , sottosegretario di Stato per la sanità. Nessuno ha riscontrato che la spesa era « di gran lunga » superiore al gettito!

F O R N I , relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583. Ciò è stato detto dal ministro Altissimo alla Camera, in assenza, evidentemente, dell'onorevole Orsini: quanto meno l'onorevole Sottosegretario dovrebbe leggere i resoconti parlamentari!

Decaduti anche questi due ultimi decreti-legge prima citati, è stato emanato il decreto-legge 26 settembre 1981, n. 538, che, mentre aumenta il *ticket* sui farmaci, abbandona il *ticket* sulle prestazioni specialistiche, eliminando anche l'obbligatorietà dell'autorizzazione per l'accesso, dopo tre giorni dalla prescrizione, alle strutture convenzionate.

In questa situazione, mentre permangono le divergenze fra Ministero e Regioni sulla

quantificazione per il 1981 del fabbisogno per alcuni settori, come l'assistenza farmaceutica e quella ospedaliera — e qui voglio ricordare che sono state nominate due apposite commissioni per accertare la spesa in tali settori — le unità sanitarie locali cominciano a denunciare l'insostenibile situazione finanziaria.

Al 30 settembre 1981 i rendiconti chiudono quasi tutti in passivo e si prevede una paralisi dell'attività se non si provvederà per tempo a compiere un'operazione di verifica fra Ministero della sanità, Ministero del tesoro e Regioni, che insistono nel quantificare il fabbisogno del Fondo in 22.545,1 miliardi contro i 20.268 disponibili per la competenza sul bilancio dello Stato, se fosse approvato il disegno di legge di assestamento ancora in sofferenza alla Camera. Infatti, i riparti fra le Regioni sono già attestati sui 20.268 miliardi senza, però, che il Parlamento abbia ancora approvato la legge di assestamento del bilancio (quando si vuole, si anticipano anche le leggi dello Stato).

A mio avviso, il Governo deve dire una parola definitiva sul Fondo sanitario per il 1981, per non lasciare gli amministratori locali in gravi angustie. Non è possibile, infatti, prevedere che il deficit delle USL possa essere coperto dai Comuni, che devono affrontare essi stessi gravi incombenze; nè è immaginabile costituire un nuovo debito sommerso delle USL dopo che, con molti sforzi, si stanno ultimando i pagamenti dei debiti pregressi degli enti mutuo-assistenziali e degli ospedali.

Una rideterminazione della spesa per il 1981 è pienamente giustificata, se non altro, per gli stessi motivi già ricordati dalla Commissione sanità nel discutere il bilancio 1981 e recentemente evidenziati dal senatore Del Nero nell'apprezzata relazione tenuta al convegno ANCI di Viareggio. Essi sono: a) aumento dei punti di scala mobile oltre i 25 previsti; b) aumento dei costi dei servizi oltre il 16 per cento previsto, fino al 20 per cento; c) revisione del costo del settore ospedaliero per l'applicazione del contratto e per un calcolo preciso del numero degli addetti (solo in questo settore vi sarebbe una stima di maggiori oneri che oscil-

la da 567 a 1.400 miliardi); d) riesame dell'aumento della spesa farmaceutica, stante la diversità dei dati (le Regioni calcolano la spesa in circa 3.200 miliardi, con un incremento del 30,3 per cento rispetto al 1980, e da parte dell'industria si denuncia un maggior fatturato del 22-23 per cento); e) necessità di definire il finanziamento di 91 miliardi riferiti alle rate di ammortamento dei mutui sulle costruzioni ospedaliere e non compresi nel Fondo sanitario nazionale per divergenze fra i Dicasteri della sanità e del tesoro.

Inoltre, attenta si è fatta in questi ultimi tempi la riflessione sul problema delle entrate afferenti alla formazione del Fondo sanitario nazionale. Tale problema è stato riconsiderato poichè da alcuni approfondimenti risulta che la spesa sanitaria può essere coperta quasi per intero dalle entrate extratributarie.

L'INPS fornisce i seguenti dati per il 1981, a bilancio assestato:

1) Area lavoratori dipendenti: contributi sociali di malattia, 9.366,5 miliardi; sgravi contributivi (fiscalizzazione), 4.800 miliardi; contributi al netto della fiscalizzazione, 4.466,5 miliardi; percentuale sulla spesa sanitaria, 21,5 per cento.

2) Area lavoratori autonomi: 906,8 miliardi; percentuale sulla spesa sanitaria, 4,3 per cento.

3) Somme dovute per oneri diversi a carico della gestione INPS: 789,6 miliardi; percentuale sulla spesa sanitaria, 3,7 per cento. Totale complessivo finanziamenti: 6.262,9 miliardi; percentuale sulla spesa sanitaria, 29,5 per cento.

L'INPS prevede di incassare effettivamente, di questi stanziamenti, solo 5.777,1 miliardi. Negli oneri diversi, 645 miliardi sono dovuti agli avanzi della gestione dei fondi per la lotta contro la tubercolosi. A questi finanziamenti vanno aggiunti i 4.800 miliardi relativi agli oneri fiscalizzati e non incassati direttamente dall'INPS, ma da versarsi all'Istituto tramite il Ministero del lavoro, e 2.000 miliardi per prestazioni di malattia (indennità economiche)

trattenuti dall'INPS che eroga i contributi ai lavoratori. La somma complessiva di queste voci dà 12.262,9 miliardi, superiore di 262,9 miliardi rispetto alla previsione del capitolo 3342 delle entrate per il 1981, che prevedeva versamenti per 12.000 miliardi. Sarebbe però opportuno che nella tabella delle entrate fosse specificato che il capitolo 3342 è depurato di 2.000 miliardi per oneri di malattia pagati dall'INPS, al fine di evitare equivoci.

In aggiunta alle entrate del capitolo 3342 vanno calcolati: 1) i contributi dovuti dallo Stato per i propri dipendenti, pari a 2.200 miliardi (1 per cento più contributo aggiuntivo dello 0,15 per cento per ogni dipendente, da versare direttamente al Tesoro); 2) i proventi derivanti dall'applicazione della contribuzione dell'1,65 per cento sulla massa salariale, istituita con legge n. 386 del 1974 al fine di sanare il *deficit* degli enti mutuo-assistenziali.

Il gettito derivante dall'applicazione della suddetta contribuzione è previsto dall'INPS, per il 1981, in 1.542 miliardi (1.527 miliardi dai lavoratori dipendenti e 15 dai lavoratori autonomi) e la riscossione in 1.345 miliardi.

Uno studio elaborato dal Partito Comunista prevede, invece, che il gettito ammonterà a 2.600 miliardi. Tali proventi vanno, comunque, depurati della somma dovuta per il 1981 per il pagamento dei debiti delle mutue, prevista in lire 736 miliardi. La differenza di previsione è dovuta in parte al diverso calcolo dell'evoluzione della massa salariale, prevista dall'INPS, nel 1981, nel 18 per cento in più rispetto al 1980, ma che a consuntivo risulterà del 22 per cento.

Vanno aggiunte, inoltre, alle entrate del Fondo le spese già effettuate dagli Enti locali per la sanità, per circa 2.100 miliardi (assistenza psichiatrica, interventi di prevenzione e di igiene pubblica effettuati da Comuni e Province); infine, la spesa per l'assistenza agli invalidi civili per 300 miliardi.

Le entrate complessive dovrebbero aggirarsi attorno ai 20.000 miliardi. Il senatore Del Nero, nella relazione a Viareggio al Convegno dell'ANCI, calcolava in 20.050 miliardi le entrate del Fondo. Secondo uno studio elaborato dal Partito Comunista, inve-

ce, le entrate si aggirano attorno ai 24.900 miliardi. Vi può essere un equivoco nel calcolo dell'entità degli oneri fiscalizzati. Sarebbe opportuno, comunque, avere una documentazione più precisa. Tuttavia è un fatto incontrovertibile che con le entrate, attraverso opportune verifiche e ritocchi, può essere finanziato quasi completamente il Fondo sanitario nazionale.

Per il 1982, tenuto conto di una evoluzione delle masse salariali di circa il 18 per cento, il gettito per contributi di malattia è previsto in 15.250 miliardi, con un aumento di 3.250 miliardi rispetto alle previsioni 1981. A tale gettito vanno aggiunti 1.400 miliardi derivanti dall'applicazione dell'aliquota dell'1,65 per cento sulla massa salariale. La suddetta entrata è già depurata della somma da versare per debiti degli enti mutualistici disciolti. Inoltre, vanno aggiunti 100 miliardi per proventi di attività svolte a pagamento dalle USL e 100 miliardi per quote versate al Fondo sulle spese già sostenute dagli enti locali (notevole è la riduzione rispetto alle previsioni fatte a Viareggio per il 1981).

Il capitolo 3342 per la competenza prevede, pertanto, una entrata di 16.850 miliardi e per la cassa di 22.390 miliardi. Sempre nella categoria XI delle entrate è previsto l'importo per le ritenute previdenziali sulle retribuzioni dei dipendenti statali per 1.329 miliardi.

Nelle entrate del Fondo sono previste, per effetto della legge finanziaria, maggiori contributi per 675 miliardi.

L'articolo 34 del disegno di legge n. 1583 prevede dal 1° gennaio 1982 aumenti dei contributi di malattia per artigiani, commercianti, coltivatori diretti e liberi professionisti nelle seguenti misure: artigiani e commercianti, da lire 100.000 a lire 200.000 annue e dal 2 al 3 per cento per il contributo aggiuntivo di aziende (legge n. 537 del 1981); liberi professionisti e categorie minori, da lire 125.000 a lire 200.000 annue e dal 2 al 3 per cento la maggiorazione contributiva; coltivatori diretti, da lire 88.630 a lire 150.000 annue senza apprezzabili maggiorazioni ulteriori. Opportunamente, non si è ritenuto di aumentare i contributi do-

vuti dai lavoratori dipendenti. È evidente che questa misura, pur essendo valida, va ritenuta come transitoria in attesa della fiscalizzazione, per tutti, dei contributi per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, così come è previsto dalla legge n. 833 del 1978. Sarebbe un mezzo per fare chiarezza.

Sempre per quanto riguarda le entrate, si ricorda che devono essere recuperate le somme non versate per il 1980 e il 1981 dai cittadini non iscritti ad enti mutuo-assistenziali, che dal 1980, per effetto della legge n. 33, godono dell'assistenza sanitaria gratuita. Il decreto interministeriale che fissa la quota del contributo annuo si afferma sia già stato firmato.

Un impegno notevole deve essere posto nel combattere l'evasione contributiva, che ha un'incidenza notevole. L'INPS ha riscosso nel 1980, per contributi di malattia, solo 3.000 miliardi contro una previsione di 5.072,2 miliardi, escluse le fiscalizzazioni.

In definitiva la previsione della spesa sanitaria per il 1982 è stata quantificata in lire 26.150 miliardi, tenuto conto di un tasso di inflazione del 16 per cento (tetto prefissato dal Governo) e di 42 punti di scala mobile, rispetto al fondo assestato 1981 di 20.448 miliardi per la competenza; e, per quanto riguarda la cassa, di lire 19.948 miliardi, somma notevolmente inferiore al fabbisogno reale.

Per contenere la spesa pubblica, al capitolo 5941 dello stato di previsione del Ministero del tesoro, il Fondo sanitario nazionale 1982 è previsto in 21.400 miliardi, pari a quanto stanziato nello stesso capitolo per il 1981. Esso sarebbe inferiore alle previsioni delle entrate per quanto riguarda la cassa (22.390 miliardi).

Tralasciando le considerazioni sull'adeguatezza delle previsioni del fabbisogno per la sanità in 26.150 miliardi, mi soffermerò sulle misure proposte dal Governo con il disegno di legge finanziaria per il 1982, per operare un taglio di spesa di ben 4.750 miliardi nel settore della sanità. Prendiamo innanzitutto in considerazione l'istituzione di nuovi *tickets*. Oltre al *ticket* sui farmaci aumentato, come previsto dal decreto-legge

26 settembre 1981, n. 538, l'articolo 27 del disegno di legge finanziaria prevede la compartecipazione generalizzata nella spesa per le visite di medicina generale e pediatrica ambulatoriali e domiciliari, con un contributo rispettivamente di lire 2.000 e 4.000 a far tempo dal 1° gennaio 1982. Dall'applicazione del *ticket* sui farmaci si prevede un introito maggiore rispetto a quello già previsto di 150 miliardi. Dall'applicazione del *ticket* sulle visite mediche si prevede una entrata di 1.000 miliardi. Le misure governative prevedono che le Regioni debbano coprire una quota di disavanzo di 765 miliardi o attraverso risparmi di gestione o attraverso l'applicazione di *tickets* regionali da stabilirsi con legge. Tali *tickets* riguardano le visite specialistiche, le prestazioni di laboratorio e radiologia e la degenza ospedaliera.

Per le visite specialistiche il *ticket* non può superare le 4.000 lire, per le prestazioni di laboratorio e radiologia non può superare il 20 per cento delle tariffe indicate nelle convenzioni. La partecipazione alle spese ospedaliere non può superare le 6.000 lire giornaliere. Le modalità per le procedure di riscossione e di versamento del *ticket* per l'assistenza medica generica, specialistica e ospedaliera saranno fissate — come stabilisce l'articolo 28 del disegno di legge finanziaria — con decreto del Ministro del tesoro e della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Le Regioni sono tenute a versare allo Stato le somme introitate attraverso i *tickets* ed eccedenti le quote fissate dal CIPE (765 miliardi di stima preventiva).

L'esenzione dai *tickets* è prevista, dall'articolo 29 del disegno di legge finanziaria per coloro che hanno dichiarato nell'anno precedente un reddito non superiore a 3.600.000 lire o appartengono a famiglie con un reddito complessivo non superiore a 3.600.000 lire.

L'esenzione non spetta qualora i singoli componenti della famiglia, pur non essendo tenuti alla dichiarazione dei redditi o alla certificazione sostitutiva per i redditi da lavoro dipendente, posseggano complessiva-

mente un reddito superiore alla somma predefinita.

L'Unità sanitaria locale deve rilasciare una dichiarazione attestante il diritto alla esenzione. Per ottenere la certificazione i singoli cittadini devono presentare una dichiarazione firmata, attestante i redditi in godimento con le modalità previste dalla legge n. 114 del 1977.

A questo punto occorre fare qualche osservazione

In primo luogo, ritengo applicabile il *ticket* sui farmaci purchè si proceda, al più presto, alla revisione del prontuario per assicurare la fruizione dei farmaci veramente essenziali compresi nella prima fascia, senza pagamento della compartecipazione da parte di tutti i cittadini.

In secondo luogo, il *ticket* sulle visite mediche è una misura che appare ingiusta e solleva gravi problemi. Essa vanifica lo spirito della riforma sanitaria, che ha voluto per tutti eguali livelli di prestazione e penalizza gli ammalati più gravi, i cronici, gli anziani, le famiglie con figli in età prescolare e scolare. Pur avendo funzione disincentivante rispetto al consumo dei farmaci e al ricorso frequente agli esami di laboratorio o radiologici, raggiunge l'obiettivo del risparmio nella forma meno logica e più pesante. Basterebbe una maggiore responsabilizzazione della classe medica nell'effettuare le prescrizioni per ottenere gli stessi risultati.

Terza osservazione: il *ticket* non è compatibile con il sistema della retribuzione ai medici attraverso la quota capitolaria. Di fronte alla necessità di contenere la spesa il medico non rischia nulla, anzi si vede aumentata dal 1982 la quota capitolaria a livelli ottimali.

Bisogna poi considerare che il risparmio di 1000 miliardi ipotizzato non è certo che possa conseguirsi effettivamente, poichè la misura è di fatto inapplicabile o facilmente eludibile. Per l'assistenza medica generica e pediatrica è prevista per il 1982 una spesa di circa 2.500 miliardi. Un ricavo dal *ticket* di 1.000 miliardi è previsione non certo prudente e finisce per annullare quasi interamente il beneficio che può derivare dall'organizzazione del servizio. Il gioco non vale più la candela. A que-

sto punto ci si chiede perchè si debba organizzare un servizio per poi richiedere il *ticket*.

Non è, oltretutto, ipotizzabile un sistema di riscossione del *ticket* che sia efficiente: nè l'applicazione di una marca sugli atti medici, nè la riscossione del *ticket* da parte dei medici e il successivo conguaglio sulle quote capitolarie, a seguito di denuncia degli introiti da parte dei medici stessi, che rifiutano il ruolo di esattori.

Se applicata, la misura si rivelerebbe pericolosa, forse anche inutile, come è avvenuto per il *ticket* sulle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale, che è stato revocato.

Ancora: i *tickets* da istituire per legge regionale sono una misura che non appare logica, poichè penalizzerebbero i cittadini delle regioni più povere e favorirebbero il trasferimento da regione a regione, specie se venisse applicato il *ticket* sulle degenze ospedaliere. Ciò non solo contrasta con le finalità della legge n. 833 del 1978, che ha sancito uguali *standards* assistenziali per tutti i cittadini, ma anche con la Costituzione. Difficilmente, poi, le Regioni adotterebbero, in tempi brevi, una misura così impopolare.

Il *ticket* sulle prestazioni specialistiche, inoltre, si è rivelato inapplicabile e quello sulla degenza ospedaliera, visto che nessuno si fa ricoverare senza necessità, colpirebbe ingiustamente i malati e i cittadini più deboli. Lo Stato, come dice Ted Kennedy, finirebbe per « affliggere gli afflitti ».

Infine, le norme sull'esenzione, da utilizzare per il *ticket* sui farmaci, dovrebbero essere semplificate, integrate e rese più eque. Devono essere esentati indipendentemente dal reddito gli invalidi di guerra e del lavoro ed altre categorie di invalidi che necessitano di continue cure mediche. Inoltre, il limite massimo di 3.600.000 lire anche per i nuclei familiari è troppo basso; bisogna evitare di penalizzare le famiglie numerose e gli anziani che convivono in famiglia.

Prendiamo ora in considerazione l'altro problema, quello della riduzione dei livelli delle prestazioni assistenziali.

L'articolo 30 del disegno di legge finanziaria prevede la riduzione dei livelli assi-

stenziali. Stabilito che le prestazioni cui i cittadini hanno diritto sono quelle di cui all'articolo 5 della legge n. 33 del 1980, cioè i livelli assistenziali erogati dal disciolto INAM, si prevede, a partire dal 1° gennaio 1982, in attesa dell'approvazione del piano sanitario nazionale, la sospensione dell'assistenza integrativa, fatte salve le prestazioni in corso al 31 dicembre 1981 fino al termine del ciclo di cura. Si tratta delle cure termali, della fornitura o contribuzione nell'acquisto di protesi. Le cure termali hanno inciso nel 1981 sulla spesa sanitaria per circa 76,667 miliardi. La sospensione dell'erogazione dell'assistenza termale può avere, come afferma il Governo, una sua influenza nel ridurre i periodi di assenza dal lavoro nel settore pubblico; tale risultato può essere conseguito, però, stabilendo che le cure termali possono essere effettuate solo durante il normale periodo di ferie, eccezion fatta per gli invalidi di guerra e del lavoro e per altre categorie di invalidi bisognosi di cure.

La suaccennata misura, anche se non comporta una grave limitazione per gli utenti del Servizio sanitario nazionale, può provocare notevoli inconvenienti sull'occupazione nelle zone termali e nell'industria alberghiera. La misura merita riflessione, poichè la sospensione dell'assistenza può provocare una diminuzione nella consistenza della risorsa in altri settori pure essenziali. La sospensione della fornitura delle protesi può portare ad alcuni gravi inconvenienti per gli invalidi civili, non compresi fra coloro (invalidi di guerra e del lavoro) che continuano a godere dell'assistenza protesica oltre che di quella termale. Si dovrà riparare alla dimenticanza. Il risparmio di spesa per la sospensione dell'assistenza integrativa è quantificato in 475 miliardi. La sospensione, invece, delle visite occasionali non dovrebbe provocare conseguenze di rilievo e consente una minor spesa di 80 miliardi.

Le altre riduzioni di spesa previste riguardano, tra l'altro, il rinvio dell'attuazione dei progetti-obiettivo del Piano sanitario nazionale, ad esclusione degli interventi per la formazione del personale. Tale rinvio consente un risparmio di 400 miliardi. La misu-

ra non può non destare preoccupazione, specie per le limitazioni degli interventi nel settore della prevenzione, cura e riabilitazione degli *handicaps* e delle tossicodipendenze. Sono due problemi drammatici che meriterebbero, invece, un impegno maggiore.

La revisione, poi, del prontuario farmaceutico e l'adozione di protocolli diagnostici previsti dalle convenzioni dovrebbero consentire un risparmio di 275 miliardi.

Tali misure sono assai opportune e devono essere adottate con urgenza. Saranno comunque valide se si potrà contare sulla collaborazione degli operatori sanitari. Una valutazione più dettagliata potrà essere fatta quando il Ministro della sanità fornirà notizie più precise anche in ordine ai tempi di pubblicazione di tali norme.

Il disegno di legge finanziaria contiene, inoltre, disposizioni intese a razionalizzare la gestione della spesa da parte delle USL e delle Regioni. Si tratta di consentire un funzionamento delle USL che, senza creare contrazioni nell'erogazione dell'assistenza, eviti spese superflue e diseconomiche. L'articolo 27 prevede che le Regioni, a partire dal dicembre 1981 e almeno trimestralmente, facciano una verifica oculata sulla sufficienza delle quote del Fondo sanitario nazionale loro assegnate, per decidere tempestivamente le misure tendenti ad ottenere economie di gestione. Solo dopo questi interventi le Regioni, con autorizzazione del CIPE, potranno deliberare l'applicazione dei *tickets* di loro competenza (visite specialistiche, analisi, degenza ospedaliera). La norma è opportuna ma rischia di ridursi ad un auspicio, non essendo indicati nè vincoli precisi, nè procedure adeguate. L'articolo 27 prevede poi che, se l'applicazione dei *tickets* non sarà sufficiente a rimettere in pareggio la gestione del Fondo, sarà proporzionalmente decurtato il Fondo comune regionale. Le Regioni si sono già motivatamente espresse in senso contrario, adducendo validi motivi circa la costituzionalità della norma. Essa pertanto va ripensata.

L'ultimo comma dell'articolo 27 consente alle Regioni di emanare direttive vincolanti in merito alla gestione dei servizi delle USL, al fine di contenere le spese. In particolare

esse possono disporre la soppressione, trasformazione e concentrazione di servizi eccedenti o non essenziali. La norma riguarda ambulatori, consultori, divisioni e servizi ospedalieri. Essa implica, se applicata in caso di necessità reale, delicati problemi, sulla mobilità del personale, che vanno discussi con le organizzazioni sindacali.

Le Regioni, fra le misure atte a contenere le spese, dovrebbero rivedere alcune norme regionali sulla fornitura gratuita di materiale sanitario e apparecchi vari.

L'articolo 31 rafforza ulteriormente i poteri di vigilanza delle Regioni sulla gestione delle USL, attraverso l'organizzazione di un servizio ispettivo con duplice funzione di controllo: sanitario e finanziario. Il controllo finanziario, basandosi sulle regole della contabilità e su parametri di spesa definiti, può essere efficace. Più difficile è il controllo sanitario, che potrebbe riguardare la durata delle degenze ospedaliere, il numero e la qualità delle prescrizioni farmaceutiche e di quelle per accertamenti diagnostici e radiologici, l'utilizzo dei posti letto, la gestione delle convenzioni, eccetera. Si tratta di interventi delicati, certo utili, che potrebbero però sollevare conflitti.

Viene sancita poi la potestà delle Regioni di surrogare gli organi delle USL per l'adozione dei provvedimenti tendenti al pareggio del conto di gestione delle stesse USL, ai sensi dell'articolo 50 della legge n. 833 del 1978. Così saranno evitati i gravi ritardi che attualmente esistono. Come sempre, i poteri sostitutivi devono essere usati con la maggiore prudenza possibile, per cui gli organi delle Regioni dovranno utilizzarli quando sia veramente necessario. Le situazioni anomale devono comunque essere sanate. Tutte queste norme non devono però far dimenticare le competenze dei comuni in materia e devono essere intese in modo corretto.

L'articolo 32 modifica l'articolo 49 della legge n. 833 del 1978, sostituendone il primo comma con altri due. Il primo di questi prevede l'integrazione dei comitati regionali di controllo, quando esaminano gli atti delle USL, mediante la partecipazione alle riunioni anche di un funzionario rappresentante

del Ministero del tesoro. La norma non produce di per sé alcun risultato (salvo che per il rappresentante del Ministero del tesoro ...).

Opportuno è il comma aggiuntivo, che sancisce la nullità di diritto degli atti deliberativi comportanti una spesa che non sia idoneamente coperta.

L'articolo 33 introduce fra gli organi delle USL il collegio dei revisori, composto da tre membri, uno designato dal Ministro del tesoro, con funzioni di presidente, uno dalla Regione e uno dall'USL. I componenti di nomina regionale e locale debbono essere provvisti di lauree idonee.

Le funzioni del collegio sono fissate dalla legge regionale. Già la legge regionale della Lombardia del 31 dicembre 1980, n. 106, all'articolo 84 ha previsto, dando un'interpretazione estensiva alle competenze regionali, il collegio dei revisori dei conti nelle unità sanitarie locali, stabilendo che sia nominato anche un membro supplente per ogni membro effettivo. Al collegio è attribuita la responsabilità della stesura delle relazioni trimestrali da inviare alla Regione e ai Ministeri della sanità e del tesoro. Questo consentirà una rapida compilazione dei consuntivi, che oggi sono predisposti con molto ritardo.

Queste le misure previste dal disegno di legge finanziaria in materia di sanità.

Vorrei ora formulare alcune osservazioni finali su tale disegno di legge.

Su 10.000 miliardi di tagli nelle spese del bilancio 1982 quasi 5000 sono a carico del settore sanitario, il che potrebbe far pensare alla sanità come ad un settore dove abbondino le spese superflue e dove si sia scialacquato il pubblico denaro. Non è così: la spesa sanitaria è stata contenuta in questi anni in limiti ragionevoli; dal 1979 si è avuta una razionalizzazione della spesa. Essa, nel 1981, rappresenta il 5,4 per cento del prodotto interno lordo, contro il 7,3 per cento della media della spesa sanitaria dei paesi della CEE. La legge n. 833 del 1978, poi, non è imputabile sotto questo profilo, perchè, fissando il criterio della programmazione, ha superato la situazione preesistente che vedeva vigente nella sanità il criterio del pagamento a pie' di lista. Dopo il

dibattito sarà bene formulare proposte. Io ne anticipo alcune.

Anzitutto, il Fondo sanitario nazionale dovrebbe essere iscritto nelle uscite dello stato di previsione del tesoro nella somma corrispondente alla differenza fra i 26.150 miliardi (previsione) e la somma corrispondente alle riduzioni di spesa che saranno deliberate. Tali riduzioni sono attualmente previste in 1.750 miliardi. Il Fondo dovrebbe essere quindi di 24.400 miliardi.

Si deve poi valutare l'opportunità che siano stanziati nelle entrate i proventi derivanti dal *ticket* sui farmaci (a mio avviso altri *tickets* sono difficilmente praticabili).

Si dovrebbe inoltre: contenere ulteriormente la spesa, attraverso un esame attento delle convenzioni con laboratori esterni e prevedere misure filtro per ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri; fare una verifica delle entrate afferenti alla formazione del Fondo sanitario nazionale e combattere, con decisione, l'evasione; prevedere misure per una più razionale utilizzazione del personale, avviando le trattative per il contratto interessante tutto il comparto sanitario ed includendovi il problema della mobilità. Nuovi oneri derivanti dovrebbero essere fronteggiati con apposito provvedimento.

È necessario infine chiedere la solidarietà di tutti i settori per assicurare un'assistenza sanitaria dignitosa e per garantire continuità alla riforma.

Mi auguro che il dibattito fornisca ulteriori elementi di meditazione. Dal canto mio ho compiuto un dovere di coscienza nello esprimermi con sincerità. Come cattolico non posso non essere attento a esigenze provenienti e sostenute dai ceti più umili. Non credo sia demagogia invitare a riflettere utilizzando elementi che credo ben solidi. In una economia al servizio dell'uomo si può trovare la strada della ripresa, superando le ingiustizie con l'equità in campo fiscale, colpendo i parassitismi, riducendo i consumi non essenziali, senza creare nuove sofferenze umane.

Passo, ora, ad esaminare il disegno di legge riguardante il bilancio dello Stato per il 1982 e la tabella n. 19. Già abbiamo trattato del Fondo sanitario nazionale sia per la par-

te entrate che per la parte uscite, per quanto riguarda la spesa corrente. La spesa in conto capitale è prevista al capitolo 7082 dello stato di previsione del Ministero del bilancio ed è quantificata in 510 miliardi, somma pari a quella prevista per il 1981. Si tratta, indubbiamente, di una somma insufficiente per far fronte agli investimenti urgenti, specie per quelli riferiti al superamento dello squilibrio Nord-Sud. Si tenga però conto che interventi per l'edilizia ospedaliera sono compresi nello stato di previsione del Ministero dei lavori pubblici e alcuni interventi nelle zone terremotate sono finanziati con appositi fondi. Gli altri fondi per la sanità sono compresi nel Fondo comune regionale e nella tabella n. 19. Il Fondo comune regionale è calcolato applicando un incremento del 16 per cento allo stanziamento 1981. Anche le voci riguardanti la sanità rimangono però in questa logica. Non si possono quindi prevedere sviluppi o miglioramenti, se non qualitativi, nelle spese per i consultori di cui alle leggi n. 405 del 1975 e n. 194 del 1978, per funzioni trasferite dall'ONMI e per la prevenzione delle tossicodipendenze *ex lege* n. 685 del 1975.

Quest'ultimo capitolo è per tutti motivo di amarezza. Di fronte ad un fenomeno così grave si fa troppo poco. Con poco più di quattro miliardi non si possono affrontare problemi di prevenzione e di recupero e non è facile neppure prevedere convenzioni con chi, nel settore del volontariato, lavora bene, con competenza e con passione, collaborando con le scarse iniziative pubbliche.

La tabella 19, nel 1981 prevedeva spese per 190.963,8 milioni per la parte corrente e 5.000 milioni per il conto capitale, per un totale di 195.963,8 milioni. Nel bilancio assestato le previsioni 1981 ammontano a 207.523,4 milioni. Per il 1982 lo stato di previsione del Ministero della sanità prevede 219.876,3 milioni di spesa corrente e 2.500 milioni per il conto capitale, per un totale di spesa di 222.376,3 milioni. Si registra una maggior spesa di 16.852,9 milioni nella parte corrente e una minor spesa di 2.500 milioni nel conto capitale. Nella parte corrente, di fronte a una minor spesa di 5.500 milioni, vi è un aumento di 19.149 milioni dovuto

ad aumenti delle retribuzioni del personale, per effetto dei meccanismi di indicizzazione, e delle pensioni.

Abbandonata ogni proposta per ristrutturare lo stato di previsione del Ministero della sanità secondo lo schema allegato alla tabella 19 del 1981, restano i problemi di sempre, primo fra tutti la riforma del Ministero della sanità. I ritardi si accumulano, per cui posso far riferimento alle mie relazioni sui bilanci del 1980 e del 1981. Le cose ripetute giovano certamente, ma quando sono ripetute da troppo tempo danno anche un senso d'impotenza e di inutilità. Non resta che auspicare una rapida decisione da parte del Ministro, onorevole Altissimo, che ha sempre dimostrato sensibilità per questo problema.

I residui passivi del Ministero della sanità sono stati valutati al 1° gennaio 1982 in 61.123,9 milioni, di cui, per la spesa corrente, 56.378,8 milioni e per il conto capitale 4.745,1 milioni. Rilevanza acquistano i residui riguardanti acquisti di beni e servizi, che sono oltre il 50 per cento dei residui di parte corrente: 31.065,8 milioni. Riguardano acquisto e conservazione di materiale profilattico, di sieri e vaccini e la manutenzione dell'Istituto superiore di sanità. Le minori spese per 5.500 milioni sono relative a contributi per la bonifica sanitaria del bestiame dalla tubercolosi e dalla brucellosi e per 2.000 milioni per interventi previsti dalla legge n. 192 del 1977 riguardante la produzione e il commercio dei lamellibranchi eduli (con tutti i ritardi e i rinvii succedutesi, la legge in questione rischia di essere vanificata, con gravi conseguenze).

Nulla di nuovo o di particolare da rilevare per la Rubrica 1 - Servizi generali. Sarebbe opportuno avere notizie precise sul funzionamento del centro-studi. Al capitolo 1112, che ne prevede il finanziamento, vi sono residui per 1.550.327 milioni, di fronte ad una prevista spesa di competenza di 780 milioni. Il capitolo 1115, spese per assistenza ai cittadini italiani all'estero e agli stranieri in Italia, di 500 milioni, è sufficiente. Altri fondi dovrebbero essere compresi nel Fondo sanitario nazionale.

Il capitolo 1128 ci ricorda che attendiamo la relazione sullo stato sanitario del Paese. Il contributo all'Organizzazione mondiale della sanità, capitolo 1227, è aumentato di nove milioni ed è ora di 7.366 milioni.

La Rubrica 2 - Ospedali - è ormai povera di stanziamenti (1.140 milioni) e non dà luogo a rilievi.

Nella Rubrica 3 - Igiene pubblica - risultano soppressi tutti gli stanziamenti relativi a ricerche e studi nel campo dell'inquinamento ambientale, salvo lo stanziamento di 1.000 milioni per lo studio sull'inquinamento, di qualsiasi natura, nonché sulla produzione sul commercio e sull'impiego di sostanze radioattive. Per il resto si tratta di spese riferite all'acquisto di materiale profilattico e di vaccini.

La Rubrica 4 - Medicina sociale - prevede alcuni stanziamenti che rivestono notevole interesse. Il capitolo 2542 dispone di 400 milioni per studi relativi alla disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. I capitoli 2543, 2544 e 2545 prevedono stanziamenti per studi e ricerche sulle malattie sociali, sulle motulesioni e neurolesioni e sui disadattamenti sociali e per la ricerca biomedica degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, in relazione agli obiettivi del piano sanitario nazionale, per complessivi 4.100 milioni in termini di competenza e 4.860 milioni in termini di cassa.

Gli stessi capitoli recano residui maggiori degli stessi stanziamenti di competenza (4.150 milioni).

Il problema della ricerca va approfondito poichè le scarse risorse a disposizione vanno utilizzate razionalmente e tempestivamente, curando altresì un coordinamento di tutta la ricerca nel settore biomedico, sia di quella svolta dalle Università che di quella effettuata dagli Istituti di ricerca, dal CNR e da alcuni grandi ospedali.

Un altro capitolo importante riguarda i trasferimenti di fondi alla CRI per 15.000 milioni. Come previsto dal decreto del Presidente della Repubblica n. 613 del 31 luglio 1980, la CRI è in via di trasformazione. Sarebbe necessario avere notizie in merito all'attuazione dei contenuti del decreto stesso.

Il capitolo 2600 riguarda il fondo integrativo per gli asili nido, con uno stanziamento di 76.000 milioni; nelle entrate, al capitolo 2224 è previsto il contributo versato al Tesoro dall'INPS per un importo pari. La disponibilità del capitolo è notevole: occorrerebbe fare una verifica con le Regioni sulla costruzione di nuovi asili nido e sui problemi relativi alla loro gestione, il cui costo sta aumentando enormemente, con gravi preoccupazioni per i Comuni, che sono costretti, se non vogliono appesantire i loro bilanci, a chiedere consistenti contributi alle famiglie dei lavoratori.

La Rubrica 5 - Igiene degli alimenti - per il 1982 non prevede stanziamenti rilevanti, neppure per le ricerche previste per la prima volta nel 1981 e per interventi di educazione sanitaria in materia di igiene alimentare.

È un settore che andrebbe seguito con attenzione. Basti pensare al ritardo con cui diamo attuazione alle direttive comunitarie in materia.

La Rubrica 6 - Servizio farmaceutico - prevede, al capitolo 3535, 220 milioni per l'attività di informazione scientifica sui farmaci e per iniziative di educazione sanitaria. Se si spendesse anche di più per un piano di informazione ed educazione sull'uso corretto dei farmaci si otterrebbe un risparmio quanto mai prezioso nella spesa farmaceutica.

La Rubrica 7 - Servizi veterinari - prevede stanziamenti per complessivi 18.700 milioni e, di contro, residui passivi per 16.312 milioni (7.167,9 milioni solo al capitolo 4081, recante indennità per abbattimento degli animali).

Interventi oculati nel settore della prevenzione e per il miglioramento della produzione di carne sarebbero di grande vantaggio anche per la bilancia dei pagamenti. A torto questo è un settore poco seguito.

La Rubrica 8 - Istituto superiore di sanità - prevede stanziamenti per 28.751,2 milioni, cui vanno aggiunti, col capitolo 8221, 2.500 milioni in conto capitale per la ricerca scientifica. Lo stesso capitolo 8221 presenta però residui per 4.245 milioni. Perché non vengono utilizzati i fondi? L'Istituto è vali-

damente strutturato: deve potenziare la sua attività di consulenza del Ministero e avviare un nuovo impegno per fornire consulenze di alta qualità anche alle unità sanitarie locali.

Rubrica 9 - Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro - purtroppo la sua costituzione tarda. I componenti della Commissione conoscono anche alcuni motivi del grave ritardo. Sono per ora stanziati 10.000 milioni per il suo funzionamento: il 1982 dovrebbe essere l'anno del decisivo avvio di questo strumento indispensabile del Servizio sanitario nazionale, poiché una riforma senza prevenzione è monca.

Onorevoli colleghi, la tabella 19 non presenta altre novità. Vi potrebbero essere proposte migliorative nella predisposizione dello stato di previsione del Ministero della sanità: sono però indispensabili la riforma del Ministero, il coordinamento nel settore della ricerca scientifica e la utilizzazione intelligente di molti residui o la loro cancellazione.

L'impegno del Parlamento nel prossimo periodo dovrà essere volto ad attuare pienamente la riforma e a predisporre il Piano sanitario nazionale. Il ritardo negli adempimenti, da parte del Governo o di alcune Regioni, crea confusione e ha influenze negative anche sulla spesa. Chiariti i problemi delle finanze sanitarie, occorre dare indirizzi precisi alle Regioni perché i fondi siano utilizzati bene, per strutture efficienti. Non si possono più consentire interventi particolari: individuati i settori essenziali, bisogna su di essi far convergere i mezzi a disposizione.

La difficoltà del momento deve essere di stimolo a operare bene e con coraggio, non motivo per abbandonare il campo. Mai come in questo caso la vera saggezza è il coraggio di attuare i principi in cui, a suo tempo, hanno detto di credere uomini di tutti i Gruppi.

A conclusione, mentre mi riservo di esprimere il parere sul disegno di legge finanziaria dopo il dibattito, per la tabella 19, recante lo stato di previsione del Ministero della sanità per il 1982, invito la Commissione ad approvare la proposta del Governo.

P R E S I D E N T E . Ringraziando il senatore Forni per la sua precisa, puntuale ed approfondita relazione, dichiaro aperta la discussione generale.

M E R Z A R I O . Riterremmo opportuno un rinvio dell'esame per poter approfondire quanto oggi ci è stato esposto dal relatore.

P R E S I D E N T E . Se non si fanno osservazioni, rinvio l'esame congiunto della tabella 19 e del disegno di legge n. 1583 ad altra seduta, come richiesto dal senatore Merzario.

I lavori terminano alle ore 13,35.

GIOVEDÌ 15 OTTOBRE 1981

(Seduta antimeridiana)

Presidenza del Presidente PITTELLA

I lavori hanno inizio alle ore 11,30.

« **Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982)** » (1583)
(Parere alla 5^a Commissione)

« **Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1982 e bilancio pluriennale per il triennio 1982-1984** » (1584)

— **Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1982 (Tab. 19)**

(Rapporto alla 5^a Commissione)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame del congiunto della tabella 19 del bilancio dello Stato:

« Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1982 » e del disegno di legge: « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982) ».

Procediamo, onorevoli senatori, nell'esame dei documenti in titolo.

M E R Z A R I O . A me dispiace, signor Presidente, svolgere un ruolo di eccessiva pignoleria censoria. I problemi presenti nel settore sanitario dovrebbero imporci di lavorare senza perdere molto tempo in questioni pregiudiziali, ma sono obbligato, a nome del mio Gruppo, a collegarmi alle osservazioni già espresse ieri mattina.

Ieri è stato lamentato il fatto che non veniva rispettato l'articolo 126, quarto comma, del Regolamento, per il quale nell'esame del bilancio dello Stato la presenza del Ministro è obbligatoria. Per non mancare di rispetto verso il relatore e il Sottosegretario non abbiamo insistito molto sulla necessità della presenza del Ministro in tutte le sedute, anche in quelle in cui il relatore esprime il proprio orientamento, ma era chiaro che il Ministro avrebbe dovuto essere presente in tutte le altre. Nella bozza non corretta del resoconto sommario questa nostra richiesta risulta riportata in termini esatti; si faceva riferimento all'articolo 126 e non avevamo tirato in ballo il Sottosegretario perchè sarebbe irrispettoso dare la sensazione che si richieda solo la presenza del Ministro e che il Sottosegretario non sia abilitato ad assistere ai nostri lavori. Ho notato invece che nella redazione definitiva quel capoverso è stato completamente rifatto: si dice che ci siamo riservati di formalizzare il richiamo al Regolamento a partire dalla prossima seduta; ma i colleghi sono testimone del fatto che lo avevamo già formalizzato ieri, già ieri avevamo affermato che qualora il Ministro non fosse intervenuto le riunioni non sarebbero state valide. Ribadisco, signor Presidente, con eguale energia questa esigenza.

Non si tratta soltanto di ossequio al Regolamento *sic et simpliciter*. Abbiamo più

volte, individualmente e collegialmente, spesso tempo e energie per limitare — debellarlo del tutto non è facile — il vizio del pressappochismo delle cifre che troviamo nelle tabelle. Ci siamo sforzati di uscire dall'indeterminatezza delle stime, di rendere più elastiche le previsioni, perchè oltretutto questa è la condizione pregiudiziale per rendere meno drastiche le misure di compressione della spesa sanitaria. Bisogna eliminare le spese superflue, ma non le poche che garantiscono un civile livello di prestazioni.

Non rifarò la storia delle varie fasi ricostruttive del mosaico finanziario, soprattutto nel comparto sanitario. Ricordo che la relazione del ministro Altissimo del 17 luglio di quest'anno già allora manifestava i suoi dubbi sulla validità delle cifre; non richiamo l'interessante relazione che il collega Del Nero ha fatto al convegno dell'Anici; altrettanto ricca è la relazione, anche dubitativa, del senatore Forni. Sta di fatto che attorno a questo settore le cifre rischiano di farci prendere il capogiro. Abbiamo richiesta la presenza del Ministro in tutte le sedute proprio perchè volevamo formulare una serie di richieste che consideriamo preliminari se vogliamo dare costruttività al nostro dibattito e formulare emendamenti da presentare in Aula, consentendo così al relatore di preparare un parere rispettoso dell'orientamento della Commissione. Da ieri, poi, alcuni Ministri si stanno disimpegnando dalla responsabilità solidale: ho saputo cosa ha dichiarato l'onorevole Aniasi a Perugia e ho letto l'interessante intervista dell'onorevole Orsini su « Il Secolo XIX », dove si dice che il *ticket* non appartiene alla riforma e si fanno una serie di valutazioni importanti. I nostri colleghi della Camera, dovendo decidere sull'assestamento del bilancio del 1981, problema importante che non dovevamo ignorare, hanno chiesto chiarimenti; il ministro Andreatta ha tergiversato, il ministro della sanità ha chiesto lumi al Tesoro e ci risulta che ieri un Sottosegretario certamente prestigioso, l'onorevole Magnani Noya, ha letto non so quante pagine di un documento predisposto dal Ministero del tesoro. Mi domando se possiamo continuare a discutere con serenità quando sappia-

mo che alla Camera si discute di problemi finanziari mentre noi esaminiamo il disegno di legge finanziaria. Il Ministro, poi, ieri è andato a presiedere un Comitato scientifico sui farmaci, cosa altrettanto importante. Abbiamo bisogno di chiarezza perchè dietro le cifre c'è una serie di problemi umani che stanno esplodendo.

Non parteciperemo quindi alle prossime sedute se non interverrà anche il Ministro. Per non rendere però inutile quella odierna ci siamo permessi di avanzare queste richieste: il Ministro dovrebbe quanto meno fornirci la relazione del Tesoro esaminata alla Camera, e che interessa anche noi, e dovrebbe procurarci altri dati per quanto riguarda l'entrata, perchè c'è confusione di cifre, tra quelle fornite dal senatore Forni e quelle del Ministero. Con questi elementi di documentazione la discussione sarà produttiva.

Ritengo che siamo in grado di concludere i nostri lavori entro il 25 ottobre ma, se non avremo questi chiarimenti preliminari, pregherò il Presidente della Commissione di riferire al Presidente Fanfani che non possiamo garantire quell'impegno di snellezza. Siccome il settore sanitario è interessato a 5.000 miliardi di « tagli », vogliamo venire in possesso degli elementi fondamentali; potremo allora cominciare a valutare se effettivamente il settore è, come si sostiene, una palla al piede nel sistema economico. Se si accetta la conclusione che la Sanità non pesa nel disavanzo, che quanto si introita grosso modo copre le spese, se si accetta questo tutto il discorso che stiamo facendo cambia completamente. Ecco il motivo per cui, mentre ribadiamo la nostra richiesta della presenza del Ministro, cogliamo quest'occasione per chiedere alla sensibilità del nostro Presidente e di chi rappresenta il Governo di fornirci quegli elementi fondamentali senza i quali è inutile discutere. È un problema di prestigio: vorrei chiedervi, onorevoli colleghi, se vi pare serio che il Tesoro dia le sue risposte alla Camera, che sta esaminando l'assestamento del bilancio, mentre noi discutiamo su atti fondamentali del Governo. Non è serio. Questi sono i motivi che ci han-

no spinto a sollevare la questione pregiudiziale.

Chiedo scusa se per la seconda volta spacchiamo le uova nel paniere, ma lo facciamo per conferire ai nostri lavori quella costruttività che il settore richiede.

P R E S I D E N T E . Faccio presente che, sulla base delle deliberazioni adottate dalla Conferenza dei Presidenti dei Gruppi parlamentari il 7 ottobre 1981, l'esame del bilancio e della legge finanziaria dovrebbe concludersi entro il 21 ottobre per le Commissioni che, come la nostra, devono esprimere il loro parere su una unica tabella.

Il senatore Merzario ha fatto presente che il Gruppo comunista, per coerenza, non parteciperà alle riunioni della Commissione se non sarà presente il Ministro. Vorrei però sapere se si tratta di una questione pregiudiziale oppure solo di un atto di protesta e di non partecipazione allo svolgimento dei lavori.

M E R Z A R I O . Si tratta di una pregiudiziale.

Prendiamo atto di questa notizia che lei ci dà solo adesso, signor Presidente, ma devo osservare che per noi sono valide le dichiarazioni del Presidente Fanfani in Aula: se vi sono accordi fra i Presidenti dei Gruppi, questi vincolano in parte la volontà di ogni singolo senatore. Il Presidente Fanfani non ha accennato al numero delle tabelle, ha fatto presente che i pareri e i rapporti dovranno essere trasmessi possibilmente entro il 21 ottobre e non oltre tale data. C'è di più: a noi consta che i Presidenti dei Gruppi non hanno sottoscritto questo accordo perchè le condizioni erano tali che quasi tacitamente, per le Commissioni lavoro, sanità e bilancio, si dava per scontato un leggero scorrimento. Questo però non è stato scritto e non si può fare il processo alle intenzioni. Per noi il termine massimo, comunicato ufficialmente dal Presidente Fanfani in Aula, è il 25 ottobre.

B E L L I N Z O N A . Signor Presidente, non è stata rispettata la data del 13 ottobre per la distribuzione dei documenti

contabili; il Ministro non interviene nelle nostre riunioni: la responsabilità di un eventuale ritardo non è quindi nostra ma del Governo. Per togliere al Presidente l'imbarazzo di farsi partecipe di queste proteste, proporrò al mio Gruppo di preparare una lettera da inviare alla Presidenza, in cui si faccia presente il ritardo per quanto riguarda la distribuzione dei documenti ed il fatto che il Ministro ne ieri ne oggi si è presentato. Se invece oggi pomeriggio il Ministro verrà, ne saremo lietissimi e riprenderemo il lavoro.

J E R V O L I N O R U S S O . Sono rimasta stupita della affermazione del Presidente che la Commissione avrebbe una sola tabella da esaminare. Ma le cose che andremo a discutere riguardano ben più tabelle: riguardano la tabella n. 2, riguardano il problema delle entrate, la tabella dei Lavori pubblici e la tabella n. 19 del Ministero della sanità. Mi chiedo da dove risulti che noi abbiamo una sola tabella.

P R E S I D E N T E . Dall'ordine del giorno.

J E R V O L I N O R U S S O . Noi non diamo il parere sulla tabella n. 2?

P R E S I D E N T E . Lo diamo sul disegno di legge finanziaria.

F O R N I , relatore alla Commissione. Di fronte alle dichiarazioni fatte dal Presidente e di fronte alla constatazione che la 5^a Commissione non potrà procedere alla discussione se prima non avrà avuto tutti i pareri dalle Commissioni, il buon senso insegna che tale Commissione esaminerà il disegno di legge finanziaria e il bilancio dopo il 25, quando avrà tutti i pareri e rapporti. Non credo che la Commissione bilancio si metta ad esaminare un parere della 1^a o della 2^a Commissione quando manchino ancora gli altri. Quindi, in questo quadro, noi abbiamo qualche giorno in più. Avremo a disposizione anche un giovedì e un venerdì della prossima settimana. Questo ci darebbe modo di avere un po' più di respiro, il che sa-

rebbe importante, soprattutto per me che devo stendere un parere ed un rapporto non facili dopo aver seguito tutto il dibattito.

A R G I R O F F I . È un po' strano e risulta quasi incomprensibile il ritardo con il quale noi riusciremo ad avere i documenti necessari per dare un giudizio abbastanza ragionato e ragionevole sul bilancio dello Stato per il 1982. Questo è un metodo politico, è una scelta dell'onorevole Ministro. Una volta c'erano le tradizioni orali, nelle culture periferiche: nelle culture calabresi e lucane molte delle cose tendiamo a recuperarle in questa maniera. Non mi pare però che ciò possa trasferirsi meccanicamente agli ambienti ministeriali, che non sono sempre sensibili a questi messaggi. A me sembra comunque che il punto non sia dare un giudizio sull'attenzione o sulla presenza del Sottosegretario. Noi non possiamo ovviamente richiamare l'onorevole Sottosegretario ad una responsabilità politica che non gli compete, ma che risulta ed emerge esclusivamente sul piano politico, nella scelta del Ministro, al quale ovviamente vanno richieste le motivazioni di certi atteggiamenti, tutti certo meditati, ai quali si ispira. A me pare, e questo vorrei dirlo senza animosità, che l'assenza del Ministro ripeta con evidenza palmare il metodo di scelta politica che l'onorevole Altissimo già adottò nella sua precedente esperienza ministeriale. Quindi c'è da sospettare che non sia una maniera d'essere o di comportarsi, ma che si ispiri ad un modo di guardare ai fatti della politica. Siccome l'onorevole Ministro non è un lupo, ma un distinto e sbarbato professionista, non perde neanche il pelo, oltre a non perdere il vizio.

P R E S I D E N T E . Il problema sollevato dal senatore Merzario è un problema che rientra nell'articolo 126, quarto comma, del Regolamento e quindi è un richiamo al Regolamento stesso. Infatti l'articolo 126 al quarto comma dice: « Alle sedute delle Commissioni riservate all'esame del bilancio partecipano i Ministri competenti per materia. Di tale seduta si redige e si pubblica il resoconto stenografico ». E anche vero che per prassi è talvolta accaduto che solo al momento della replica fosse presente il Mini-

stro. È però la prassi, non è una regola. Di conseguenza non posso che attenermi al Regolamento ed accogliere quindi la richiesta fatta dal senatore Merzario, e cioè che il Ministro sia presente in tutte le sedute in cui si esamineranno la tabella 19 e le disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato, cioè il disegno di legge finanziaria.

G R O S S I . Non si tratta di un richiamo formale, astratto, ma poichè siamo di fronte ad un bilancio che per dichiarazione unanime del Governo rappresenta un'operazione politica, questa volta è necessario richiamarci ad una rigida applicazione del Regolamento. Probabilmente non lo faremo sempre; ma poichè da parte del Presidente del Consiglio si è detto che esiste uno stato di emergenza e che ci troviamo ad una svolta, a questo punto è necessaria la presenza del Ministro. Se si pretende di cambiare la politica del Paese, almeno si sia presenti. Non è un richiamo formale, che potrebbe avere la forma, anche lontanissima, di un'operazione ostruzionistica, ma una richiesta fondata su questa ragione. È eccezionale il momento, è eccezionale questa operazione: bene, vogliamo discuterne.

O R S I N I , sottosegretario di Stato per la sanità. Ringrazio i senatori per la cortesia dimostratami sul piano personale.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro domanda di parlare, il seguito dello esame congiunto è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 12,10.

GIOVEDÌ 15 OTTOBRE 1981

(Seduta pomeridiana)

**Presidenza
del Presidente PITTELLA**

I lavori hanno inizio alle ore 16,15.

« **Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982)** » (1583)

(Parere alla 5^a Commissione)

« **Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1982 e bilancio pluriennale per il triennio 1982-1984** » (1584)

— **Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1982** (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame congiunto della tabella 19 del bilancio dello Stato: « Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1982 » e del disegno di legge: « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982) ».

Ricordo che nella seduta di ieri è stata aperta la discussione generale.

R O S S A N D A . Farò un breve intervento introduttivo sul disegno di legge finanziaria per poi passare al disegno di legge di bilancio, a proposito del quale farò alcune considerazioni in particolare sulla tabella del Ministero della sanità.

Il relatore, senatore Forni, ci ha dato ieri un quadro notevolmente interessante e critico della situazione nella quale si svolge questo dibattito. Credo che il tono della sua preoccupazione, per molti versi, possa essere fatto nostro; ciò che vorrei aggiungere, in parte a rinforzo delle osservazioni del relatore, è la espressione di un disagio che tutti proviamo nel leggere nel disegno di legge finanziaria un orientamento di pesanti tagli alla spesa del settore sanitario: orientamento di origine recente. Se rileggiamo la Relazione previsionale e programmatica, che risale ad appena sei mesi fa, alla voce « Sanità » essa esprime un orientamento di sostanziale omogeneità con tutte le linee della riforma sanitaria, che invece oggi troviamo completamente stravolta. Non si tratta solamente del ridimensionamento di progetti per far fronte a una situazione di emergenza, ma di interventi che tendono a provocare un autentico rovesciamento della politica sanitaria.

Il primo punto, già d'altra parte rilevato da esponenti della maggioranza (mi riferisco alla relazione del senatore Del Nero al Convegno di Viareggio e alla relazione di ieri alla Commissione del senatore Forni), è che la analisi dei dati di spesa dal 1976 al 1980 dimostra come la spesa sanitaria non sia realmente lievitata, o meglio sia lievitata soltanto in termini nominali e non in termini reali, salvo che per l'effetto dell'estensione delle prestazioni al totale della popolazione; estensione, nell'anno 1980, che ha portato un aumento del cinque per cento. È stato detto, sia nella relazione economica sia da vari colleghi, ed è qui da noi riaffermato, che è necessario che il Paese sappia che quando si parla di aumenti incontrollati della spesa sanitaria, sproporzionati allo sviluppo economico, non si fa una analisi corretta. Se si tien conto dell'andamento della spesa sanitaria come percentuale del prodotto nazionale lordo, si nota che in questi ultimi cinque anni la percentuale del 6 per cento è rimasta abbastanza costante. È utile anche il confronto di questi dati con quelli che provengono da altri paesi, in particolare quelli europei. Per esempio non so quanto sia noto che nella Germania Federale, nel 1980, l'incidenza della spesa sanitaria sul prodotto nazionale lordo era il doppio di quella italiana, cioè l'11,5 per cento rispetto al prodotto nazionale. In Francia tale spesa era intorno al 7-7,5 per cento. Attualmente l'Italia non si trova al terzultimo posto, come si era detto poco tempo fa, ma ormai al penultimo posto, tra i paesi della CEE, perchè anche la Gran Bretagna, che si diceva avesse una spesa proporzionalmente inferiore a quella italiana, ha rifatto i suoi conti; ne è risultata, nel recente rapporto Jenkins, una spesa vicino ai 26 mila miliardi di lire. Essendo la popolazione inglese numericamente paragonabile a quella italiana, curiosamente questo valore di 26 mila miliardi si avvicina a quello valutato dalle Regioni per l'anno 1982. Da ciò bisogna trarre alcune considerazioni. Se questi sono i costi sostenuti da un paese che ha più di 30 anni di esperienza di programmazione sanitaria condotta con metodologia abbastanza rigorosa, con un sistema amministrativo

abbastanza severo, se questo Paese raggiunge questi livelli di spesa, in Italia dove il valore reale delle prestazioni sanitarie è di livello decisamente più basso, ipotizzare un taglio di spesa ci sembra una cosa irrazionale. Vero è che non tanto di taglio di spesa si parla, quanto di partecipazione degli assistiti alla spesa; ma anche su questo si possono fare alcune osservazioni di confronto con la situazione internazionale. Recentemente « Il Medico d'Italia » ha pubblicato una tabella in cui sono esposti i termini della partecipazione dell'assistito alla spesa nei paesi che fanno parte della CEE. Se confrontiamo le percentuali di spesa sul prodotto interno lordo di questi paesi con l'entità dei *tickets* da essi adottati, risulta che non c'è nessuna proporzione fra dimensione di spesa e applicazione del *ticket*.

Un altro dato che sembra di un certo interesse riguarda le cifre percentuali della incidenza della compartecipazione degli assistiti alla spesa sanitaria in Gran Bretagna, modello per noi interessante. Ricordo che nella relazione al progetto di riforma sanitaria fu fatto spesso riferimento al sistema sanitario inglese come modello da tenere presente. Ebbene, la partecipazione dei privati al sistema sanitario inglese, che riguarda alcune prestazioni per *comforts* particolari del sistema ospedaliero (le nostre « camere solventi »), il *ticket* farmaceutico, la partecipazione alle spese per protesi dentistiche, oculistiche, alla spesa per alimenti dietetici, ma anche ai servizi sociali personali (quello che ora chiameremmo assistenza domiciliare), nel complesso raggiunge l'1,8 per cento di tutta la spesa per il settore sanitario, l'1,7 della spesa sociale. Procedendo ad una verifica delle cifre contenute nella relazione al disegno di legge finanziaria, potrebbe facilmente dedursi che, se effettivamente fossero applicate le tasse che il Governo propone sulle visite mediche, le prestazioni diagnostiche, e tanto più il ricovero ospedaliero, si andrebbe ad una percentuale di partecipazione del cittadino alla spesa molto più alta di quella che è considerata corretta nel Regno Unito.

Sempre dalla situazione sanitaria nel Regno Unito si può ricavare un'altra osservazione interessante, riguardante la distribuzione della percentuale di spesa per le diverse prestazioni. Per la farmaceutica, ad esempio, la percentuale raggiunge il 9,6 per cento della spesa totale, mentre in Italia essa, calcolata forse con criteri un po' variabili, si aggira intorno al 16 per cento. A tale maggiore spesa fatta registrare nel nostro Paese molto probabilmente contribuisce il sistema di vendita. In Inghilterra sono poste in commercio grosse confezioni di medicinali, con conseguente minor aggravio di spesa, e sono poi distribuite le singole unità di medicinali nel numero prescritto. Ma su questo non insisto perchè sono certa che i colleghi approfondiranno ulteriormente il problema.

Nel Regno Unito c'è una percentuale alta di spesa ospedaliera, il 68 per cento, mentre in Italia essa si aggira intorno al 58 per cento. Ma bisogna considerare che questa spesa include le prestazioni specialistiche di diagnostica strumentale, che oggi sono uno dei fattori fortemente lievitati nel nostro sistema e che in gran parte sono gestite da privati. Alcune riflessioni sul sistema sanitario vigente nel Regno Unito ci possono dare anche qualche idea di come si potrebbe ulteriormente intervenire nel nostro Paese. Una delle caratteristiche del sistema sanitario inglese, che rimane sempre uno dei meno costosi in Europa e di miglior rendimento, è la sua qualificazione per quanto riguarda la prestazione di servizi sociali del tipo di quelli previsti nei progetti-obiettivo del Piano sanitario nazionale italiano, ora messi in pericolo. Sembra evidente che proprio un investimento in questo settore ha consentito un miglior sfruttamento delle risorse nel sistema inglese.

L'altra caratteristica del sistema sanitario inglese, cui ho fatto riferimento varie volte in passato, è la diversa composizione del personale, cioè il minor numero di medici e il numero pressochè doppio di operatori non medici; il che non è privo di rilevanza se si considera che l'indotto della spesa sanitaria, in termini di prestazioni diagnostiche e farmaceutiche, è fortemente go-

vernato dal medico e dai vari fattori che possono influire sulla sua tendenza alla prescrizione.

Credo che da queste osservazioni potremo partire per proporre interventi alternativi rispetto a quelli inseriti nel disegno di legge finanziaria. Basti pensare, per esempio, ad interventi che tendano a recuperare il controllo pubblico sulla prestazione diagnostica effettuata da privati; alla necessità di rivedere la tendenza alla spedalizzazione, anche recuperando nel piano sanitario nazionale l'originario limite rigoroso alla costruzione di posti-letto. A tale riguardo occorrerà rivedere gli stanziamenti per costruzioni ospedaliere previsti nell'originaria stesura del piano, stabilendo un indice di posti-letto ottimale e definendo nuovamente il ruolo da destinare alle case di cura convenzionate. Nella relazione al disegno di legge finanziaria ci sono proposte in questo senso (definizione degli *standards* funzionali per il rinnovo delle convenzioni alle case di cura private), ma, in verità, i dati in nostro possesso non sono molti; sarebbe utile che dal Ministero ci venisse fornita qualche più precisa indicazione sugli strumenti che si vogliono adottare per affrontare questo aspetto della programmazione.

Analogo discorso può essere fatto per la preparazione dei protocolli terapeutici, nonché per le modifiche del prontuario terapeutico. In relazione al prontuario terapeutico vi è il caso di un farmaco che vorrei citare al Ministro. Si tratta di un preparato a base di timostimoline, il cui costo varia dalle 25.000 alle 50.000 lire ad unità. E un preparato la cui utilità terapeutica è ancora allo stadio sperimentale, introdotto nel prontuario terapeutico senza nessuna ragione. Non è concepibile inserire nel prontuario un farmaco ad altissimo costo senza che lo stesso abbia già subito una sperimentazione che definisca la sua indicazione clinica. Sono perciò del parere che dal prontuario dovrebbero essere depennati molti farmaci che sicuramente non hanno ragione di esservi, e in questo modo si opererebbe un intervento di economia molto più serio dell'altro ipotizzato, cioè l'elimi-

nazione dalla fascia esente da *ticket* di tutti, o quasi tutti, gli antibiotici.

Sono queste alcune delle proposte che saremmo interessati a discutere. Altre proposte concrete potrebbero essere quelle che vanno nella direzione di evitare le moltiplicazioni di spesa e le connessioni, più o meno corrette, tra servizio pubblico e privato stabilite da operatori che lavorino nelle due sedi e che possano essere coinvolti in uno sfruttamento delle strutture pubbliche ad uso privato, al di là del lecito, anche penalmente, e comunque funzionale ai fini economici.

Vorrei ora chiedere al Ministro alcune informazioni sul bilancio del Ministero della sanità.

Abbiamo notato una differenza sostanziale nella relazione ministeriale sulla tabella 19 dall'anno scorso a quest'anno: la relazione di quest'anno è più stringata rispetto a quella dell'anno scorso, il che sembra essere un fattore positivo per un verso, negativo per l'altro. Positivo per il fatto che sembra essere caduta l'illusione di riuscire ad accentrare nel Ministero della sanità la quantità di compiti che nella precedente relazione erano stati ipotizzati e per i quali era stato chiesto un notevole aumento di entrate; negativo perchè la relazione assolutamente scarna, che accompagna il bilancio di quest'anno, non ci informa su alcuni problemi che meritano la nostra attenzione.

Innanzitutto siamo rimasti un po' stupiti dalla consistenza dei residui passivi, per cui — se ho letto bene — ci ritroviamo, al 1° gennaio di quest'anno, ad avere una cifra di residui passivi presunti superiore a quella prevista l'anno scorso. D'altra parte, se osserviamo le tabelle 2 e 3, ne deduciamo che le previsioni lo scorso anno erano ottimistiche, e sono ripetute ottimisticamente quest'anno, per quanto concerne la capacità di spesa, con un coefficiente di realizzazione dell'84 per cento rispetto al totale degli stanziamenti. Mi chiedo quali provvedimenti siano stati adottati, per quanto riguarda l'organizzazione del Ministero della sanità, al fine di garantire la realizzazione del summenzionato coefficiente o almeno di una tendenza in tale direzione.

Ricordo che il Ministro, nella sua prima fase di presenza al Governo, aveva commissionato una ricerca per il riordino del Ministero della sanità. Che fine ha fatto tale ricerca e quali speranze di suo utilizzo ci sono? Ormai i tempi dovrebbero essere maturi per vedere i risultati di un intervento che, oltretutto, comportava notevoli costi.

Condivido in gran parte le osservazioni fatte dal relatore Forni, ma ce ne sono ancora molte che vorrei sviluppare, forse perchè, occupando questo posto soltanto da due anni, non mi sono ancora rassegnata a ripetere sempre le stesse cose.

Passo a leggere le cifre relative alle voci che maggiormente mi hanno colpita.

La prima voce riguarda il capitolo 1112, relativo al Centro studi del Ministero della sanità, che si ritrova con un miliardo e mezzo di residui passivi. Mi stupisco, ripeto, che i residui continuino a crescere; mi chiedo anche quale sia la produzione del Centro studi e quale connessione esista fra lo stesso e il Centro per la programmazione sanitaria, in relazione ad una serie di capitoli della ricerca che sembrano gestiti direttamente dal Ministero della sanità.

Per quanto riguarda il capitolo 1113, vi è una cifra fissa per la lotta contro la sofisticazione alimentare e per la repressione del traffico illecito di stupefacenti: si tratta di 180 milioni di lire, che mi sembrano molto pochi rispetto alla dimensione del problema.

Il capitolo 1127 riguarda l'Ufficio centrale della programmazione sanitaria, che ha un *budget* notevole e che dovrebbe essere collegato al Centro studi.

Il capitolo 1128, si riferisce alle spese per la predisposizione della relazione sullo stato sanitario del Paese; relazione che aspettiamo ancora di vedere, sia pure in forma elementare.

Dalla relazione risulterebbe una ennesima promessa, che sentiamo ripetere da alcuni anni e che mi sta particolarmente a cuore. Si tratta della consistenza numerica e qualitativa delle figure sanitarie che operano nel sistema sanitario pubblico. Sono circa due anni che cerco di saperne di più: ho fatto ripetute richieste in tal senso ma non ho avuto ancora nessuna risposta.

Il capitolo 1537, come i capitoli 2037, 2542, 2543, 2544, 2545, si riferisce ai fondi di ricerca; per tutti farò una domanda unica intesa a capire quale significato abbia mantenere diversi capitoli di spesa per la ricerca quando abbiamo un Istituto superiore di sanità che è il consulente a livello generale e quando alcune delle materie indicate in questa voce sono di competenza dei laboratori dell'Istituto stesso. Abbiamo inoltre uno stanziamento speciale per gli istituti di ricovero e cura a carattere speciale nel Fondo sanitario nazionale. Il sospetto è che rimanga in piedi qualche centro autonomo avente una dubbia giustificazione razionale.

Il capitolo 2535 riguarda la vaccinazione antitubercolare: un problema annoso che ha bisogno di risposta.

Il capitolo 2033 prevede per le spese per la sanità marittima aeroportuale e di frontiera uno stanziamento di 320 milioni. Ritengo che, per questo settore, la somma sia insufficiente rispetto agli impegni che il decreto delegato in materia aveva previsto. Che rapporto esiste tra gli impegni presi nel decreto delegato e tale stanziamento?

Sto per concludere perchè restano soltanto quattro voci da chiarire. Mi riferisco innanzitutto ai capitoli 2585 e 2586, che riguardano la Croce rossa italiana. Al di là degli stanziamenti, restano notevoli dubbi sull'applicazione dei regolamenti di attuazione del nuovo statuto della Croce Rossa.

Altri due capitoli di spesa, il 3031 e il 3073, riguardano ricerche su prodotti alimentari. Tali competenze vanno ad aggiungersi ad una serie di altre analoghe competenze per ricerche su materie quasi identiche. Pertanto sembrerebbe logico che ci fosse una concentrazione a livello di istituto di consulenza. Simile ragionamento va fatto anche per il capitolo 6000, che riguarda stanziamenti all'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (sempre intonso, questo capitolo: non si sa a quale punto siano gli atti di adempimento). Mi chiedo, poi, per quali motivi siano scarsi gli stanziamenti relativi al capitolo 3535, concernente l'informazione scientifica sui farmaci; a meno che ciò non sia in linea

con il recente decreto ministeriale che lascia un largo margine all'industria farmaceutica privata nel gestire l'informazione sul farmaco. Se così fosse, sarebbe in netta contraddizione con l'intendimento più volte espresso, nel disegno di legge finanziaria e in svariate altre occasioni, di armarsi di strumenti efficaci per propagandare una corretta prescrizione e un corretto utilizzo dei farmaci da parte della popolazione.

Ho infine qualche dubbio per quanto riguarda il taglio ai capitoli relativi alla veterinaria e al piano di risanamento degli allevamenti. Si tratta di un settore di cui alcuni nostri colleghi veterinari parlano con grande preoccupazione. Il professor Mantovani dell'Università di Bologna ha compiuto un lavoro che testimonia della grandissima disponibilità, ad esempio, della popolazione delle zone terremotate a collaborare sul terreno della zootecnia, con un notevole aumento di produttività degli allevamenti.

Ultima osservazione sul capitolo 7531, che riguarda la molluschicoltura e gli impianti di depurazione di molluschi eduli lamellibranchi. Il capitolo è stato cancellato e vorrei sapere se esso è definitivamente chiuso oppure se lo vedremo risorgere e se gli stanziamenti più volte fatti sono stati utilizzati dalle Regioni.

D E L N E R O . Risorgerà alla prossima epidemia!

P I N T O . Ho sentito nella relazione del senatore Forni alcune critiche ai tagli fatti al bilancio della Sanità con questo disegno di legge finanziaria; naturalmente queste stesse critiche saranno fatte da altri colleghi della Commissione perchè si tratta di tagli che incidono su un settore particolarmente delicato, particolarmente difficile da esaminare. Siamo d'accordo: è difficile accettare i *tickets*; però vorrei invitare i colleghi senatori a tener presente quello che hanno detto ieri in Assemblea i rappresentanti delle diverse parti politiche. Siamo in sede parlamentare, non siamo un circolo di amici, e abbiamo il dovere di essere responsabilmente coscienti di quello che diciamo.

Questo disegno di legge finanziaria è stato ispirato ad un principio: la lotta all'inflazione. L'inflazione colpisce i meno abbienti, la povera gente, i pensionati, i lavoratori a basso reddito; non colpisce certamente nè gli industriali, nè i commercianti, nè gli artigiani, nè i lavoratori a reddito alto, perchè il loro reddito viene adeguato al tasso d'inflazione. Allora tutti coloro che vengono a criticare i tagli che sono stati apportati alla spesa sanitaria hanno il dovere, in primo luogo, di dire se sono o meno d'accordo sulla lotta all'inflazione; in secondo luogo, se sono d'accordo nel combattere l'inflazione e non riconoscono corretti i tagli nel settore sanitario, hanno il dovere di indicare una fonte alternativa da cui prelevare i finanziamenti necessari per la realizzazione della politica economica adottata dal Governo.

Nella logica del disegno di legge che stiamo esaminando c'è la fissazione di un limite al disavanzo della spesa pubblica: se vogliamo giungere a tale determinazione possiamo anche dire « no » ai tagli alla spesa sanitaria, ma dobbiamo dire « sì » ai tagli in altri settori, indicando quali. Allora, se siamo d'accordo nel dire « no » al *ticket* sul ricovero ospedaliero, dobbiamo dire « sì » ad un altro *ticket* in un altro settore, purchè si possano reperire dei soldi. Per quel che mi riguarda, pur ritenendo questi *tickets* dolorosi perchè saranno pagati proprio dai ceti meno abbienti, li giudico tuttavia necessari perchè non vi è possibilità, in questa società, di fare detrazioni da altri settori. Pertanto io esprimo parere favorevole su questi tagli soltanto perchè non vedo come si possa fare a recuperare diversamente queste somme che verranno risparmiate coi *tickets* introdotti.

Per quanto riguarda il bilancio, è chiaro che questo risente della logica ispiratrice del disegno di legge finanziaria e quindi ci sono tagli, a volte anche sensibili, resi necessari dall'obiettivo di condurre la lotta all'inflazione.

P E C O R I N O . A proposito dei tagli ci sarebbero molte cose da dire.

PRESIDENTE. Bisogna sospendere i nostri lavori per i concomitanti impegni dell'Assemblea.

PECORINO. Mi riservo allora di intervenire dopo la sospensione.

PRESIDENTE. Poichè non si fanno osservazioni, sospendiamo brevemente i nostri lavori.

I lavori vengono sospesi alle ore 17 e sono ripresi alle ore 18,25.

PRESIDENTE. Proseguiamo nell'esame congiunto della tabella 19 e del disegno di legge n. 1583.

GROSSI. Inizierò dalle ultime parole del collega Pinto, il quale faceva appello alla necessità di un'approvazione di norme volte a combattere l'inflazione. La senatrice Rossanda ha parlato del 6 per cento come incidenza della spesa sanitaria sul reddito nazionale (la più bassa fra quelle delle nazioni aventi lo stesso nostro sistema sanitario). L'esiguità di tale percentuale fa pensare che non sia da ricercare in questo settore la causa fondamentale dell'inflazione.

Un altro dato che vorrei citare è quello relativo alla voce di « Acquisti di beni e servizi » del Ministero della difesa, la quale ha un incremento del 30 per cento. Vengo da Perugia, dove la lotta per la pace è accompagnata da marce con partecipazione di forze politiche le più diverse e di gruppi spontanei anch'essi diversi, e devo dire che il denominatore comune non erano le bandiere rosse ma la lotta contro le spese per il riarmo. Se dobbiamo ridurre l'inflazione e facciamo il paragone tra un taglio ad un settore così importante della spesa sociale, quale la spesa sanitaria — che, peraltro, rappresenta, l'incidenza più bassa in Europa rispetto al reddito nazionale — e l'aumento del 30 per cento della spesa per il riarmo, credo, pur essendo d'accordo sulla necessità di fare qualcosa per combattere l'inflazione, di non poter essere d'accordo sul fatto che questo sia il modo giusto per farlo. Il mio intervento non si limita a considerare

i vari capitoli, sui quali ha già parlato la senatrice Rossanda, ma riguarda un punto della relazione ministeriale alla tabella 19, sul quale vorrei chiarimenti. La relazione è divisa in due parti. Nella prima è riportata, tra l'altro, la seguente frase: « Così illustrate le varie voci di spesa considerate nello stato di previsione, si espongono qui di seguito le linee dell'azione che il Ministero si propone di svolgere nei settori di competenza ». Nella seconda parte, riguardante appunto le linee di azione del Ministero, ci si dovrebbe aspettare una presa di posizione su come lottare contro l'eccesso di spesa, mentre non vi è traccia del problema. Si trova al contrario un accenno ad una questione che condivido, della quale credo il Ministro sia promotore, cioè la necessità di un salto di qualità nella tecnologia. A che fine? Questa è la domanda che vi pongo.

Siamo di fronte ad una crisi della riforma sanitaria, che si sta tentando di risolvere. La risposta alla crisi è quella di non far ricorso al privato. Ma lo Stato stesso ricorre a polizze che garantiscono la salute dei cittadini al di fuori della riforma sanitaria. La via per uscire dalla crisi è un'altra.

Un ulteriore problema che sottopongo alla vostra attenzione riguarda l'abbandono del controllo della spesa farmaceutica. Abbiamo una lievitazione nei prezzi dei farmaci, dovuta spesso alle pressioni dell'industria e a distrazioni nei confronti delle connivenze che esistono fra industrie e alcuni medici. Ecco dove si potrebbe realizzare quel salto tecnologico: con un serio controllo della spesa farmaceutica e delle fonti di sperpero. Posso dare a tale proposito alcuni dati. Il 95 per cento delle medicine è consumato su ricetta medica. Non siamo di fronte ad un fenomeno nel quale il singolo cittadino consumatore sia libero di gravare sullo Stato per sua fantasia o desiderio. Bisogna controllare le spese effettive: il risparmio non si può fare attraverso una forma di tassazione indiretta quale il *ticket*. In questo campo, per esempio, le indicazioni potrebbero essere la rapida approvazione del prontuario farmaceutico e la sua obbligatorietà; un controllo più puntuale e più preciso, anche con strumenti più avanzati,

sulla ricettazione e sull'industria farmaceutica.

Abbiamo poi il problema della supplenza delle case di cura private nei confronti della medicina pubblica. Il 90 per cento del personale, medico e paramedico, delle case di cura private è dipendente da ospedali. Ho assistito in un ospedale a una telefonata tra un'infermiera ed un paziente che veniva indirizzato ad una casa di cura per parlare con un professore. Queste cose le accettiamo come una fatalità ritenendo che l'ospedale non funzioni e la casa di cura sì. Lo stesso discorso vale anche per i contratti dei paramedici. Ritengo ci voglia più polso nel cercare di limitare le richieste del personale medico e paramedico volte a ridurre la professionalità e il tempo di lavoro all'interno delle strutture pubbliche, perchè molte volte non sono che un motivo per utilizzare professionalità e tempo in strutture private. I sindacati, del resto, si sono dichiarati disponibili a trattare su questo piano.

È importante inoltre, sempre ai fini della riduzione della spesa, stabilire un nuovo rapporto tra i medici ed i paramedici perequando e migliorando le condizioni di lavoro.

Qualcuno dirà che tali problemi riguardano la competenza delle Regioni. Credo che da parte del Governo ci sia la rinuncia alla funzione di indirizzo e di coordinamento che il Ministero della sanità deve compiere; funzione che non deve essere nè centralistica nè poliziesca. Tale finalità può essere realizzata sul piano politico, più facilmente, anche perchè diciassette Regioni su venti hanno una fisionomia politica molto vicina a quella della direzione politica centrale. Non c'è neanche una conflittualità ideologica che renda difficile questo tipo di rapporto.

Mi domando, quindi, se non si intenda — e su questo vorrei conoscere gli orientamenti del Ministro — realizzare il risparmio con l'accetta o con la politica del « non te li do », piuttosto che con una politica concordata, con un diverso rapporto con le Regioni, certamente non impossibile da ottenere.

L'altro elemento è quello di partire da un comportamento diverso del personale

medico e paramedico — essenziale nella riforma sanitaria — da incoraggiare e sostenere anche attraverso proposte di lavoro collettivo, proposte di organizzazione del lavoro in maniera collegiale, in modo da rompere questa corsa al massimo guadagno: tacere su certi argomenti lascia il legittimo sospetto che si sia d'accordo. Perchè questi sono i fatti e i fatti vanno cambiati: la riforma è in crisi; chi ha i mezzi può ottenere tutto purchè paghi. Eppure, nel corso della predisposizione della legge di riforma, molti hanno sostenuto tesi contrarie. Ne vien fuori che il servizio pubblico dà poco e dà male. Siamo quindi di fronte ad uno slittamento verso la complementarietà del denaro e del privato nei confronti del servizio pubblico, che viene sempre più riservato alle categorie più modeste.

Le tabelle rappresentano questo fenomeno, perchè il fatto di determinare tagli, di gravare su questo tipo di spesa sociale — e quindi inevitabilmente di ridurla ulteriormente o di costringere ad essere più poveri proprio quella parte di cittadini che sta diventando la più debole in assenza di una esplicita dichiarazione di lotta all'altra tendenza — è un'obiettivo dimostrazione che questo Governo ha scelto la strada di assicurare, sì, con la riforma e coi soldi pubblici, che il medico venga a casa, che ci sia un letto, qualche volta e malamente, in qualche ospedale, ma se poi il cittadino vuole essere veramente assistito deve battere altre strade. Ecco la motivazione di una grave carenza nella relazione introduttiva, in quanto tutto questo ambito di problemi non è estraneo ad una politica di risparmio. L'indice del 6 per cento non è affatto scandaloso e non sono niente affatto convinto che la lotta all'inflazione si conduca, come è stato qui affermato, tagliando la spesa sanitaria. Volendo intervenire su eventuali sprechi, o sull'eventuale cattivo modo di spendere nella riforma sanitaria, bisogna farlo dalla parte della riforma e non cercando di scavalcarla.

Non le rileggo, perchè ognuno ormai le conosce, ma vorrei concludere con le parole del seatore Forni: le difficoltà ci sono, ma dalle difficoltà traiamo le indicazioni

per superarle attraverso la strada indicata dai partiti politici quando hanno fatto questa scelta. Di fatto oggi, invece, si vuole far passare una politica che è liquidatoria nei confronti della riforma sanitaria.

P E C O R I N O . Purtroppo quello che avevamo preventivato all'epoca oggi si sta avverando, specialmente nel Meridione, dove si nota in modo particolare la mancanza dell'assistenza sanitaria. Oggi la preoccupazione è quella di ridurre la spesa, di effettuare i tagli nella spesa pubblica; io sono convinto, con tutto il rispetto che ho per i colleghi, che le spese si possano veramente ridurre, perchè molte di esse sono perfettamente inutili. Se prendiamo in considerazione le Unità sanitarie locali, cominciamo a vedere che queste hanno una eccessiva impalcatura di persone.

M E R Z A R I O . Non si parla di cose che non si conoscono! In Sicilia non le avete!

P E C O R I N O . Guardiamo la spesa delle SAUB: per poter amministrare questi organismi abbiamo dei parlamenti veri e propri, i cui componenti vengono pagati. Ammetto che ci debbano essere delle amministrazioni che devono reggere queste cose, ma qui è veramente enorme: sono, ripeto, dei veri e propri parlamenti. Ogni SAUB ha un organico di quaranta o sessanta persone; poi ci sono tredici persone, cui compete la gestione diretta di queste cose, che vengono pagate fior di quattrini dello Stato, a danno della collettività.

Per quanto riguarda il *ticket*, mi dichiaro assolutamente contrario ad ogni sua forma. A mio avviso, esso rappresenta un fallimento perchè è contro la riforma, che dovrebbe invece fare opera di assistenza pubblica; inoltre, costringe il cittadino dipendente a pagare due volte: la prima per la previdenza, la seconda per l'imposta generale che pagano tutti; mentre il cittadino ricco non solo sfugge in buona parte alle tasse, ma usufruisce anche del *ticket*. E ciò, permettetemi, rappresenta una spere-

quazione che lo Stato continua a volere. Senza dimenticare, inoltre, che il *ticket* è anticostituzionale.

Ma vi è un discorso più importante che riguarda la spesa di assistenza. Qual è la differenza tra le case di cura gestite dalle Regioni, o convenzionate, e gli ospedali? La spesa per un giorno di degenza supera le 100 mila lire, mentre la spesa di un giorno di degenza presso una casa di cura privata è di appena un terzo (mi rifaccio anche alla mia esperienza personale, avendo in gestione una casa di cura in Sicilia); gli ospedali — e mi riferisco in modo particolare a quelli siciliani, anche se credo sia un discorso valido per tutto il Paese — hanno pagati i posti-letto vuoti per pieni. Quindi, qual è il danno che ne riceve il cittadino? È che l'ospedale non ha alcun interesse a migliorare la sua situazione perchè sa che ogni mese arrivano puntualmente i soldi; inoltre — non so se si tratti di un fatto vero — si dice che su quelle spese vi siano percentuali che si introitano.

Vi è poi tutto il discorso che riguarda il risparmio. Sappiamo tutti che non esistono molti mezzi, ma allo stesso tempo sappiamo tutti che i sottoscala degli ospedali sono pieni di strumenti. Vero o falso che sia tutto ciò, l'opinione pubblica ne è convinta.

Altro punto da chiarire credo sia quello che riguarda gli interventi delle Regioni. Non credo che dovrebbe essere solo la Regione a dover intervenire per correggere le varie distorsioni, altrimenti dovremmo costituire una serie di piccoli Stati.

Comunque, ripeto, sono contrario al *ticket* perchè provoca disparità tra i cittadini e perchè ritengo che rappresenti un danno per tutti.

A proposito di quanto diceva poco fa la senatrice Rossanda, circa le timostimoline e gli antibiotici, non credo di aver capito bene; non metto in dubbio lo scandalo accaduto in Umbria, ma non capisco perchè non si siano puniti coloro che hanno provocato quello scandalo, dal momento che è facile cancellare il nome di un medico dall'albo professionale. Ma, permettetemi, queste cose oggi non si fanno più; ed ecco perchè la gente approfitta di certe situazioni usando

forme di ricatto nei confronti dei medici generici. Credete che le casse mutue non sappiano quali siano i medici che ricettano arbitrariamente? Il fatto è, ripeto, che oggi non si vuole fare più niente. Ma forse siamo noi che non vogliamo fare più niente perché ci preoccupiamo solamente del cittadino votante e non della collettività: questa, purtroppo, è la verità!

BELLINZONA. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, vorrei fare una richiesta all'onorevole Ministro: vorrei che, rileggendo i verbali delle nostre riunioni ed avendo quindi a disposizione anche qualche dettaglio in più — sempre nei limiti del possibile — egli ci fornisse quegli elementi di valutazione, soprattutto di carattere quantitativo (cifre e dati), che potrebbero fugare, me lo auguro, determinate perplessità e preoccupazioni che hanno trovato larghissima espressione nel primo scorcio del nostro dibattito.

Ci siamo preoccupati di leggere subito i verbali del dibattito in corso alla Camera dei deputati e riteniamo di essere distanti da quel livello d'informazione che è necessario per poter affrontare, con cognizione di causa e con serenità di spirito, i problemi relativi al disegno di legge finanziaria. Non ci basta sapere quanto deve entrare, o dovrebbe entrare, da parte dei dipendenti statali, ma ci preoccupa molto il fatto che le spese che dovranno confluire, o le spese corrispondenti a quelle precedentemente effettuate — attraverso i trasferimenti alle Regioni, alle provincie e ai comuni — passino di colpo dai 1.500 miliardi del 1979 ai 100 miliardi previsti per il 1981.

MERZARIO. Questi dati sono senza dubbio molto utili per una corretta verifica; per quanto riguarda le spese siamo in grado di avere elementi di valutazione più dettagliati. Sarà raccolta qualsiasi informazione supplementare che lei, signor Ministro, ci vorrà dare all'inizio della ripresa dei nostri lavori per renderli più produttivi.

ALTISSIMO, ministro della sanità. Non ho nessuna difficoltà a presentare alla Commissione igiene e sanità del Senato gli stessi dati che ho presentato alla Commissione sanità della Camera. Per quanto mi riguarda farò tutto il possibile perché sia data la maggior diffusione possibile a questi dati. Credo con questo di aver dato una risposta indicativa al senatore Merzario.

Volevo suggerire che oltre alla relazione sul bilancio venisse presa in considerazione la relazione che accompagna il disegno di legge finanziaria, perché temo che qualcuno, nella fretta, non l'abbia guardata attentamente. Infatti alcune indicazioni emerse nel dibattito sono contenute in tale relazione.

PRESENTE. Ringrazio il Ministro.

Devo fare una dichiarazione in riferimento al rilievo avanzato dal senatore Bellinzona e circa la mancata distribuzione dei documenti contabili entro la data indicata dalla Conferenza dei presidenti dei Gruppi parlamentari.

Faccio presente che i documenti erano disponibili presso il Servizio delle Commissioni in copie stampate e in numero soddisfacente dal 13 ottobre, nello scrupoloso rispetto del termine, anche se di ciò non erano stati informati i singoli senatori.

Se non si fanno osservazioni, rinvio il seguito dell'esame congiunto della tabella 19 e del disegno di legge n. 1583 ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 18,55.

MARTEDI' 20 OTTOBRE 1981

Presidenza del Presidente PITTELLA

I lavori hanno inizio alle ore 17,15.

« Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982) » (1583)

(Parere alla 5^a Commissione).

« **Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1982 e bilancio pluriennale per il triennio 1982-1984** » (1584)

— **Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1982** (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame congiunto della tabella 19 del bilancio dello Stato: « Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1982 » e del disegno di legge: « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982) ».

Riprendiamo l'esame, sospeso nella seduta del 15 ottobre.

C I A C C I . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, non avendo potuto partecipare alla seduta precedente, non ho presenti gli argomenti che in essa sono stati sviluppati e mi scuso, quindi, se dirò qualcosa che è stata già esposta. Premetto che mi propongo di fare qualche considerazione soltanto sulla prima parte della relazione del senatore Forni, quella cioè che riguarda il disegno di legge finanziaria.

La relazione del senatore Forni è stata, come al solito, molto interessante, dettagliata e precisa; interessante anche per le valutazioni svolte. Credo di non poter essere smentito se affermo che in essa il senatore Forni contraddice quasi completamente la relazione del Governo al disegno di legge finanziaria, almeno per la parte inerente alla Sanità. In occasione dell'esame di altri due provvedimenti, il senatore Forni fornì argomenti molto solidi per chiederne il ritiro e sentì il dovere di rinunciare ad esserne il relatore in Aula: mi auguro che ciò non si ripeta, tanto più che a conclusione del dibattito determinati argomenti saranno sostenuti anche in Aula. Comunque, è augurabile, come credo si verificherà, che ci sia coerenza tra le affermazioni fatte e le conclusioni alle quali dovremo pervenire.

Quindi, abbiamo una relazione che contraddice quella del Governo. D'altra parte, ci sono anche Ministri che si contraddicono tra di loro. Da una parte i ministri Andreotta e La Malfa, dall'altra i ministri Aniasi ed Altissimo. Non so se sia esatto, ma il giornale della mia Regione, « La Nazione », attribuisce all'onorevole Altissimo una frase di questo genere: « ... per scarsa fiducia di tutto quello che è pubblico, a poco più di due anni dalla sua graduale entrata in vigore, la riforma è già da riformare ».

A L T I S S I M O , *ministro della Sanità.* Me ne assumo la responsabilità.

C I A C C I . È palese a tutti, almeno a tutti coloro che ascoltano la radio e leggono i giornali, che c'è uno scollamento tra il relatore e i ministri e tra i ministri stessi all'interno della maggioranza; scollamento che ritengo positivo in quanto mette in luce il carattere discutibile delle misure che ci vengono proposte.

Dirò subito, anticipando un giudizio, che tali misure in generale rappresentano un passo indietro inammissibile sulla strada della riforma. Non so se riuscirete a farle passare e se avrete l'animo di sostenerle ancora.

Non voglio dilungarmi sulle cose dette egregiamente dal relatore, e credo anche dai colleghi, nelle precedenti riunioni: ma la sospensione dell'assistenza protesica chi colpisce, chi interessa? Chi può, invece, fare a meno di essa? Sono, questi, interrogativi molto semplici, ai quali ognuno di noi può dare una risposta. Sospendere questa assistenza significa compiere un passo indietro nei confronti delle categorie meno difese, più deboli, significa ricorrere a provvedimenti che non fanno una buona propaganda alla riforma sanitaria, anzi la squalificano. Inoltre a me sembra, signor Ministro, che essi non siano stati nè meditati nè coordinati.

Circa la sospensione dell'assistenza termale, nella relazione al disegno di legge finanziaria si dice in sostanza che tende anche a colpire l'assenteismo perchè ci sarebbero dei lavoratori che prima vanno in ferie nor-

malmente e poi prendono un altro periodo supplementare di ferie (specie i dipendenti pubblici) per usufruire delle cure termali. Mi pare che il relatore abbia già dato una risposta in proposito. Basterebbe infatti stabilire che di queste cure si può usufruire soltanto nel periodo feriale. Ci sono poi, sicuramente, altri mezzi di controllo. Si vuole combattere l'assenteismo attraverso la sospensione di una prestazione sanitaria? Diciamo allora, se è scientificamente provato, che queste cure non si erogano nel nostro Paese perchè dal punto di vista sanitario sono inutili, o per lo meno, il più delle volte, superflue. Tutto ciò è contraddittorio, però, con quanto avviene nei paesi d'Europa a noi vicini, dove c'è una rivalutazione di tali cure. Non si capisce perchè, mentre con la riforma abbiamo fatto un discorso imperniato sulla prevenzione, si finisce poi, cammin facendo, per dimenticare o colpire proprio settori, come ad esempio quello termale, che possono dare un aiuto dal punto di vista preventivo.

È un aspetto che, secondo me, andrebbe meditato meglio, anche perchè la relazione del Governo avverte che sarà necessario in ogni caso valutare gli effetti che si potrebbero riflettere su altri settori economici (turismo, industria alberghiera). Come obiettivo della nostra azione abbiamo la cura della salute e pertanto non credo che il Governo, collegialmente, possa fare discorsi simili. Non era questo, però, l'aspetto più significativo che volevo far risaltare, bensì quello sottolineato dalle delegazioni delle stazioni termali che abbiamo ricevuto: con la sospensione per un anno dell'assistenza termale si avrebbe una diminuzione, se ben ricordo, dei due terzi del prodotto lordo dell'attività termale stessa, con la conseguente diminuzione delle entrate fiscali.

È stato calcolato — e il calcolo andrà verificato — che quello che si perde con l'eliminazione delle entrate fiscali è superiore a quello che si risparmia con il taglio della spesa per l'assistenza termale. Credo quindi che si debba rivedere questo problema. Rispetto alla soluzione proposta vi è profonda insoddisfazione all'interno di tutti i partiti.

Anche per quanto riguarda i *tickets* vi è una contraddizione. Se essi hanno lo scopo di moderare il consumo sanitario, difficilmente possono essere fonte di entrate per il Fondo sanitario nazionale. Se si ritiene di incassare una certa somma grazie all'introduzione di *tickets*, ma si fa diminuire il consumo, come è auspicabile, diminuisce anche l'entrata. Come ha detto bene l'onorevole Aniasi a Perugia, i *tickets* sono sommamente iniqui, perchè vengono pagati da coloro che sono costretti a ricorrere ai farmaci e alle visite mediche. Questa iniquità ha sollevato forti proteste nel Paese nel corso degli ultimi giorni. Infatti, proprio coloro che hanno maggiormente bisogno pagano, mentre gli altri, che hanno la fortuna di non dover ricorrere ai medici, non pagano affatto. Così dicasi per il *ticket* sulle visite; così dicasi per i *tickets* previsti per le visite specialistiche, per le analisi di laboratorio, per gli esami radiologici e per le degenze ospedaliere.

L'aspetto che mi sembra più preoccupante è quello della « scalata » di questi *tickets*: si è cominciato con modesti prelievi sui farmaci, che non hanno risolto assolutamente nulla; si è proseguito con i *tickets* per coloro che richiedevano analisi di laboratorio e visite specialistiche disponendo di un reddito superiore ad una certa cifra. L'attrezzatura burocratica occorrente per i necessari controlli è certamente assai costosa, e ritengo quindi che il « risparmio » si risolva in una perdita. Siamo dunque di fronte a provvedimenti che non risolvono i veri problemi. Del resto, anche nello stabilire chi aveva diritto all'esenzione dal pagamento del *ticket* si è proceduto con una certa fretta. Se ho ben capito, l'esenzione è prevista per coloro che hanno un reddito inferiore ai 3 milioni e 600 mila lire annui.

F O R N I , relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583. L'esenzione è prevista in misura maggiore per i redditi da lavoro e nel caso che in una stessa famiglia vi siano più redditi.

C I A C C I . Allora non ho ben compreso e mi riservo di riesaminare la questione.

Vi è poi il problema delle contribuzioni dei cittadini. I dati sono noti a tutti. Dodici milioni di lavoratori dipendenti pagano 12 mila miliardi; 5 milioni di lavoratori autonomi e professionisti pagano 900 miliardi. Non c'è proporzione. Ci si propone di correggere questo rapporto, ma non mi pare che tale correzione segua un criterio proporzionale: essa deve essere apportata sul divario esistente tra il trattamento dei lavoratori dipendenti e quello dei lavoratori autonomi. I cittadini non si rifiutano di pagare e di sostenere i necessari sacrifici: quello che non accettano è la mancanza di equità nella distribuzione del carico delle spese e del carico fiscale.

Desidero fare anche un altro rilievo. Da tutte le argomentazioni esposte dal Governo e dalle relazioni dei ministri Andreatta e La Malfa sul disegno di legge finanziaria si deduce che si deve spostare una parte dei mezzi oggi destinati alla sanità alle « spese produttive ». Ma veramente il Governo della Repubblica considera le spese per la sanità spese improduttive? Queste significherebbe guardare all'immediato senza vedere il futuro.

Anche la sospensione dei progetti-obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale indica una sottovalutazione del carattere produttivo della spesa sanitaria. Occorre intervenire in modo programmato per evitare le malattie, per curarle in tempo, per risanare gli ambienti. Ci si preoccupa tanto di difendere il nostro Paese, ma esso è costituito soprattutto da persone: vogliamo preoccuparci di questo aspetto, della loro difesa? Non accettiamo, dunque, il criterio dello spostamento delle risorse dal settore della sanità ad altri settori « produttivi ». Questi problemi sono stati avvertiti molto bene, secondo noi, dal Paese, dall'opinione pubblica e dai sindacati. Dalla lettura dei giornali e dall'ascolto della radio si possono constatare le reazioni: scioperi e manifestazioni. Non mi pare che la stampa di ogni tipo abbia riservato a questi provvedimenti una buona accoglienza. L'imbarazzo, a dir poco, del mondo politico, della maggioranza, e le proteste, credo che derivino soprattutto dal carattere iniquo degli stessi. Non siamo tutti eguali,

non siamo tutti nella stessa barca: c'è chi è destinato a remare e chi a farsi trascinare dalle onde.

Nessuno di noi vuole sottrarsi a rigorosi criteri di gestione: anzi, riteniamo che tali criteri non ci siano. Non mi pare, infatti, che siano adottati criteri rigorosi nè dal Governo, nè dal Ministro della sanità, forse per la mancata riforma del Ministero e perchè si devono ancora determinare le funzioni del Ministro della sanità, forse anche per il fatto che i ministri cambiano troppo spesso. Vorrei chiedere all'onorevole Altissimo se ha dedicato tempo sufficiente all'esame di quanto avviene all'interno delle Regioni.

A L T I S S I M O, *ministro della sanità.*
Se avessimo avuto i dati, l'avremmo potuto anche fare, senatore.

C I A C C I. Non è una critica la mia. Sull'aspetto di indirizzo, di guida, di intervento e di richiamo siamo perfettamente d'accordo.

B E L L I N Z O N A. Più o meno.

C I A C C I. La mia opinione è che là dove si rimane al di fuori della legge si deve intervenire. Ci sono gli strumenti e soprattutto la fiducia nell'intervento politico generale: si possono riunire i rappresentanti delle Regioni, gli assessori, i presidenti delle USL per fare un discorso sulle entrate e sulle spese. Si deve soltanto evitare di continuare per la strada intrapresa, cioè la difesa dei punti forti contro i più deboli e i meno protetti.

La relazione del Governo parla di paziente ricerca del consenso. Credo che si commetta un grave errore politico (non voglio lanciare accuse a nessuno, ma rimanere all'interno di un ragionamento il più possibile costruttivo). Paziente ricerca del consenso intorno ad una politica più giusta e rigorosa? Non dice niente il fatto che ci siano in atto nel Paese scioperi e reazioni varie? Su questa strada non si troverà il consenso (e a noi potrebbe anche andar bene), ma il fatto è che non trova consensi, o li perde, la riforma sanitaria. È questo che più ci preoccupa, oltre

al carattere che la protesta sta assumendo. Credo che nessuno di voi possa essere soddisfatto della protesta che si leva, indistintamente, contro tutto e contro tutti.

È chiaro che noi faremo la nostra parte perchè ci siano le necessarie e giuste distinzioni; faremo di tutto perchè non siano consentiti eventuali doppi atteggiamenti (non voglio parlare di doppio gioco) o atteggiamenti di convenienza là dove si discute, là dove è presente la stampa.

Attualmente, vi è una danza delle cifre. La prima cosa che sta a cuore al senatore Merzario e a tutti noi è avere dati precisi (secondo i miei conti, ad esempio, le entrate della Sanità si avvicinano ai 26.000 miliardi, o li superano). Quindi, è necessario calcolare le entrate e le uscite.

Tutti coloro che hanno avuto l'assistenza dopo il 1° gennaio 1980 devono pagare, secondo la legge, una certa cifra. Ebbene, la pagano? Quanti sono coloro che la pagano e quanti coloro che la evadono? Noi non lo sappiamo. Pertanto, anche in questo campo sono necessari calcoli precisi.

Se è vero, come è stato scritto, che il nostro Paese ha 56 milioni di abitanti e 60 milioni di assistiti, perchè non è stata fatta la revisione degli elenchi? Siamo così arrivati a milioni di quote capitarie. Tutto questo, pertanto, va rivisto. Per il momento non ho ricette, ma un modo ci deve pur essere — ad esempio, la revisione degli elenchi a livello periferico e di base — per stabilire chi ha ancora diritto alle prestazioni, chi è emigrato chi è deceduto.

È indispensabile, poi, se non ci vogliamo allontanare dal resto dell'Europa, approfondire il confronto con gli altri Paesi. L'Italia spenderà nel 1981 (se è vero ciò che ha ricordato anche il relatore) il 4 o 5 per cento del prodotto interno lordo, mentre la Comunità europea spenderà circa il 7 per cento. È veramente eccessiva la nostra spesa o ha soltanto bisogno di essere utilizzata meglio? Queste cose sono accennate nella relazione del senatore Forni, ma non lo sono altrettanto in quella del Governo.

Ripeto, la prima cosa che chiediamo sono conti precisi e raffronti puntuali.

Bisogna inoltre considerare i provvedimenti provvisori che vengono continuamente emanati. Del resto, mi pare che si parli di cose provvisorie anche nella relazione del Governo, mentre il senatore Forni accenna a provvedimenti transitori che dovrebbero essere superati. Io mi preoccupo del fatto che, nonostante siano passati tre anni dal varo della riforma, stiamo ancora a fare « rattoppi »: a livello nazionale andiamo sempre peggio, mentre, per quanto mi risulta, le Regioni che hanno iniziato a lavorare vanno meglio.

A questo punto vorrei ricordare la vicenda del Piano sanitario nazionale.

Il Piano sanitario nazionale costituisce lo strumento essenziale della riforma, in quanto ad esso si devono riferire le Regioni per le strutture e gli ospedali, ma ancora non esiste. Quanto tempo è passato? Lo spettacolo è veramente triste, per non usare una parola più grossa. Si dice che ci troveremo di fronte ad altre modifiche del Piano sanitario nazionale, ma il fatto è che uno strumento che doveva essere varato per primo ancora non c'è, e per responsabilità non dell'opposizione e neanche del Parlamento, ma, io affermo, della maggioranza e del Governo.

Mi pare che questo sia chiaro. Anche se si volesse ammettere per un istante che i provvedimenti che ci vengono proposti siano giusti, occorre tuttavia ricordare che, se non li si inquadra in una politica di programmazione, essi restano comunque provvedimenti transitori. Si rimarrebbe quindi sempre in attesa di una politica diversa, di un programma preciso.

Noi comunisti non dimentichiamo certo i problemi del Paese, ma siamo nettamente contrari al rovesciamento delle responsabilità che si sta operando. Non parlo soltanto di responsabilità inerenti alle questioni sanitarie, ma anche di quelle relative alla produttività delle fabbriche, alla scala mobile, all'inflazione. Si tenta, cioè, di addossare la responsabilità di tutto questo ai lavoratori. È troppo facile. Ma si è davvero sicuri di aver condotto una politica oculata e di aver seguito i problemi della sanità con la dovuta attenzione? Per onestà intellettuale ritengo che non si possa affermare che ciò sia stato

impedito da condizioni obiettive o dalle frequenti crisi di Governo. Ad un certo punto un economista, un professore che è anche ministro, viene a dirci come si può fare per trovare i soldi: basta far pagare i *tickets* sulle visite e sui ricoveri. Ma questo non è un grande contributo alla cultura economica del nostro Paese, e nemmeno alla governabilità.

Nella sua relazione il collega Forni ha dichiarato, tra l'altro, di augurarsi che il dibattito fornisca ulteriori elementi di meditazione e di avere, dal canto suo, compiuto un dovere di coscienza nell'esprimersi con sincerità, aggiungendo alla fine della parte riguardante il disegno di legge finanziaria: « Come cattolico, non posso non essere attento ad esigenze provenienti e sostenute dai ceti più umili. Non credo sia demagogia invitare a riflettere utilizzando elementi che credo siano ben solidi. In un'economia al servizio dell'uomo si può trovare la strada della ripresa superando le ingiustizie con l'equità in campo fiscale, colpendo i parassitismi, riducendo i consumi non essenziali, senza creare nuove sofferenze umane ». Mi pare che su queste parole si possa trovare una certa convergenza, a patto che si vada fino in fondo e si traggano le necessarie conseguenze dai rilievi, dalle considerazioni, dai dati che sono emersi dalla discussione. Altrimenti, con l'*escalation* dei *tickets*, arriveremo all'affossamento della riforma sanitaria.

La nostra posizione, dunque, è la seguente: occorre in primo luogo attuare la riforma in tutti i suoi aspetti e in tutto il Paese, e quindi richiamare al loro ruolo i Comuni, le Regioni, il Governo e in particolare il Ministero della sanità. Attuare la riforma non significa soltanto migliorare la situazione, ma anche realizzare un risparmio. Si è già potuto constatare il buon esito del « filtro » che si è inserito per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, là dove esso è stato utilizzato.

Nell'attuazione della riforma potranno dimostrarsi utili taluni aggiustamenti. Ma quello che occorre è soprattutto una forte direzione politica del processo riformatore. In secondo luogo, non si deve ridurre la spesa, bensì qualificarla per creare le condizioni

di un effettivo e duraturo risparmio. In terzo luogo, occorre attuare la programmazione cominciando a togliere dalle secche il Piano sanitario nazionale con i suoi obiettivi e con le azioni tendenti al risparmio. È importante fissare un quadro preciso delle necessità: a livello regionale è già possibile stabilire esattamente dove si può risparmiare. Infine, chiediamo un impegno globale del Governo, delle Regioni e dei Comuni per un'azione che tenda soprattutto a coinvolgere realmente il personale medico, indispensabile per ottenere risultati di rilievo.

Verso il mondo medico, il Governo non si può limitare a fare discorsi in occasione di convegni o congressi, perchè nell'incertezza della direzione politica esso decampa un po', procede a sbalzi e fa prevalere interessi corporativi. Vogliamo fare un discorso serio? Ebbene, cosa si vuole dal mondo medico? Bisogna essere davvero convinti che non si fa la riforma senza i medici, nè si diminuiscono i consumi sanitari, perchè è il medico che prescrive medicine, analisi, ricoveri.

È indispensabile, pertanto, fare un discorso coerente a tutto il mondo medico; coinvolgere, cioè, la categoria. È un compito che riguarda il Governo, le Regioni, le Unità sanitarie locali.

Altri senatori, e la senatrice Rossanda in particolare, hanno già parlato degli *standards* di assistenza che dovrebbero essere fissati dal Piano sanitario nazionale, e pertanto non voglio tornarci sopra. Ricordo che tali *standards* dovrebbero riguardare i farmaci, il prontuario di quelli essenziali, sui quali non si deve pagare il *ticket*, come del resto stabiliva la prima legge (distinzione in due fasce, di cui una deve coprire i bisogni essenziali) ed altre misure come l'abolizione della pubblicità, la promozione di una corretta informazione scientifica verso il mondo medico, la riduzione della ripetitività delle analisi e di certe prestazioni mediche, l'attuazione reale della prevenzione (strada maestra della riforma), una più razionale utilizzazione del personale — avendo un certo respiro e non guardando solo all'immediato — la formazione dello stesso e il riordinamento della Facoltà di medicina. Bisogna arri-

vare a dei cambiamenti senza guardare se nell'immediato producono un'entrata, ma ragionando in una prospettiva a più ampio respiro. Del resto, l'articolo 39 del provvedimento di riforma aveva già individuato la necessità di rivedere gli studi medici.

Ripeto la nostra contrarietà più netta alla politica dei *tickets* perchè iniqua ed inefficace, come ha del resto dimostrato il primo *ticket* già introdotto sui farmaci.

Da ultimo, un aspetto che è stato indicato dalla relazione del Governo e dal relatore, e di cui abbiamo già parlato *en passant* in questa Commissione, riguarda il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e cioè il problema della fiscalizzazione degli oneri sociali. La riforma sanitaria stabilisce infatti all'articolo 76: « ... fino alla completa fiscalizzazione degli oneri sociali ».

La relazione del senatore Forni dice che la fiscalizzazione sarebbe un mezzo per fare chiarezza. La relazione del Governo afferma che, in sostanza, questi provvedimenti sono transitori e che la strada maestra è quella della fiscalizzazione prevista dall'articolo 76 della legge n. 833 del 1978 e già messa allo studio. Ora, sono passati tre anni dal varo della legge di riforma: come si può accettare che si parli di attuazione di sue disposizioni « già allo studio »? Non mi pare un grande passo in avanti. Dopo tre anni, gli strumenti per la fiscalizzazione dovevano essere già stati approntati!

La nostra richiesta di perequazione e di equità nei contributi si esaudisce con l'applicazione del criterio — che, in fin dei conti, non è solo della riforma, ma anche della Costituzione — di una contribuzione proporzionale da parte dei cittadini per sostenere e finanziare il Servizio sanitario nazionale. Se il Governo accogliesse queste proposte si potrebbe stabilire una decorrenza della contribuzione in modo proporzionale dei cittadini. Ciò costituirebbe un segnale all'opinione pubblica, al mondo sindacale, politico e del lavoro. Nel periodo di tempo necessario per la fiscalizzazione, si possono adeguare i contributi dei lavoratori autonomi, dei liberi professionisti, con criteri di proporzionalità e recuperare i contributi dovuti dai cittadini non coperti precedentemente dall'as-

sistenza mutualistica. Pertanto, riassumendo, fiscalizzazione con equità, come avviene per la scuola, le opere pubbliche, la difesa interna ed esterna del Paese. Non si scopre nulla di nuovo perchè lo Stato sta già agendo in questo senso. Un servizio pubblico di interesse generale, infatti, viene sostenuto dalla generalità dei cittadini (la Costituzione della Repubblica stabilisce « dalla generalità dei cittadini, con metodo proporzionale »). In definitiva, non mi pare che ci sia da scoprire, e neanche da inventare, un granchè.

Vorrei che su questo punto si riflettesse e si meditasse su un certo modo di governare, forse un po' discontinuo e disattento.

Concludo, riaffermando che, se si tiene conto dei rilievi formulati dal relatore e delle preoccupazioni apertamente dichiarate dai vari ministri e se si ha la volontà di rivedere alcuni aspetti dei provvedimenti, ci possono essere anche elementi di convergenza. Un Governo che si rispetti non può non mettere la salute al primo posto, non può non fare della difesa della salute un dovere sacro di tutti i cittadini, come dovere sacro è quello di difendere il Paese. Credo che il significato della protesta che si sta manifestando nel Paese sia soprattutto questo. Mi auguro anch'io che la discussione fornisca altri elementi, altre proposte, altri rilievi, per arrivare ad una modifica profonda dei provvedimenti che ci sono stati sottoposti.

B E L L I N Z O N A . Desidero anzitutto rilevare come sinora siano intervenuti nel dibattito soltanto colleghi della mia parte politica. Suscita una certa amarezza, ed anche un poco di rabbia, il constatare la sistematica assenza da questa discussione di colleghi di solito tanto puntuali, puntigliosi e battaglieri, soprattutto quando si trattano problemi concernenti questa o quella categoria. Non ne manca uno, infatti, quando si tratta di impedire la presunta prevaricazione del pubblico sul privato o quando si tratta di « far numero » per approvare norme che tendono a posticipare l'entrata in vigore di momenti significativi della riforma sanitaria. Per quanto riguarda certe forze politi-

che, poi, dobbiamo ancora una volta constatarne la latitanza più assoluta.

Ma discutiamo di cose serie. Mi ci proverò. I risultati finali della nostra discussione sul disegno di legge finanziaria e sulla tabella 19 dovranno essere, a sensi del nostro Regolamento, un parere e un rapporto scritti alla 5^a Commissione. Ed io credo, e non lo credo solo io, che mai come quest'anno vi sia materia perchè il parere non sia solo un atto formale ma sia un atto penetrante, meditato e responsabile. A tal fine la relazione ci è stata di grande aiuto, e ne va dato atto al collega Forni. Ritengo, ad esempio, che sia da condividere l'invito del relatore ad inquadrare il discorso sulla spesa sanitaria — che è quella che ci vede impegnati più da vicino — nel più ampio quadro della spesa pubblica. Guai a noi se ciò non facessimo, anche perchè l'eventuale distacco o estrapolazione del discorso sulla spesa sanitaria dal quadro più generale delle spese pubbliche vanificherebbe, o rischierebbe di vanificare, buona parte delle nostre valide argomentazioni in proposito. Ma credo anche di non forzare la mano, nè al relatore nè alla realtà, se aggiungo che è opportuno inquadrare il discorso sulle spese pubbliche del nostro Paese nella situazione economica più generale del Paese stesso. Per ragioni di evidente opportunità e buon gusto, e per il carattere della nostra discussione, credo che, per quanto attiene alla situazione economica del Paese, sia sufficiente elencarne i titoli perchè vi sia la possibilità di intenderci immediatamente, anche se poi, giudizi, valutazioni, proposte di soluzione, saranno diversi.

L'inflazione è superiore al 20 per cento; la disoccupazione è superiore ai 2 milioni di unità; la cassa integrazione è in aumento costante (dati recentissimi del Ministero del lavoro ci dicono che nel primo semestre del 1981 sono state autorizzate 298 milioni di ore di cassa integrazione, contro i 135 milioni del 1980); il deficit della bilancia dei pagamenti è pauroso e crescente. I settori fondamentali della nostra economia sono in una crisi che non offre, a breve, sbocchi (mi riferisco non a settori qualsia-

si, ma alla siderurgia, alla petrolchimica, alla cantieristica, all'elettromeccanica, che sembrava uno dei pilastri della nostra industria); al punto che si prefigura per il nostro Paese una « crescita zero », traguardo negativo mai toccato dalla nostra economia.

È evidente che in altre sedi non tralascieremo di individuare e sottolineare le responsabilità pesanti che i gruppi dirigenti, economici e politici, hanno per questa situazione, che non può essere attribuita a cause obiettive; ma in questa sede ci uniamo ben volentieri a coloro che sostengono che bisogna affrontare la crisi, individuare e mettere in atto gli strumenti idonei per uscirne.

A nessuno di noi è sfuggito che il padronato e certi settori governativi indicano con insistenza due vie: attaccare il costo del lavoro ed in particolare la componente mobile (scala mobile soprattutto), oppure operare attraverso la manovra finanziaria e con il credito per ridurre occupazione e domanda interna. Credo sia fuori discussione il fatto che vi è, su questo piano, il nostro più netto e assoluto dissenso. Riteniamo invece che si debbano in primo luogo rilanciare gli investimenti, per dare uno sbocco alla crisi economica che investe il Paese, facendo agire il volano del settore pubblico.

Ma è a questo punto che ci corre l'obbligo di inserire nel discorso il fatto che ci rendiamo ben conto che il Fondo investimenti, che il Governo, in un primo momento, aveva ipotizzato e concordato con le forze sociali, proprio per rilanciare l'economia, in 10.000 miliardi, trova riscontro, nel bilancio del 1982, come competenza a livello di soli 6.000 miliardi; e ancora più grave è il fatto che lo ritroviamo ridotto a 4.000 miliardi a livello di cassa e ulteriormente ridotto a 2.500 miliardi a livello di autorizzazione di spesa.

Ci rendiamo anche conto, non vogliamo negarlo, che su circa 200.000 miliardi di prevedibili uscite del bilancio dello Stato la situazione si profila tale da presentare circa 60.000 miliardi di passivo; di fronte a questa situazione il Governo propone di rientrare di 10.000 miliardi per ridurre il passivo alla cifra di 50.000 miliardi.

In questo quadro va correttamente inserita, come del resto ha fatto il relatore, la nostra discussione sul bilancio del Ministero della sanità, che non può essere considerata strettamente di parte.

Noi parlamentari comunisti che cosa pensiamo della situazione economica del Paese? Non possiamo certamente ignorare la gravità dei dati generali e di quelli particolari attinenti alla sanità e non possiamo non condividere — di questo ci assumiamo la piena responsabilità — la necessità di ridurre il *deficit* del bilancio statale.

Non ce la sentiamo invece, signor Ministro, di accettare la cifra indicata in 50.000 miliardi come tetto obiettivo, rigido, di tale *deficit* perchè crediamo che nella concreta valutazione della situazione non sia escluso che ci si debba attestare su livelli inferiori o superiori ai 50.000 miliardi.

Comunque, è noto oramai che circa la metà dei 10.000 miliardi che dovrebbero essere recuperati rispetto al *deficit* complessivo di 60.000 miliardi, per la precisione 4.750 miliardi, dovranno far carico al settore della sanità. La differenza andrebbe recuperata dal settore della previdenza, da quello dell'istruzione e da quello degli enti locali. Credo ci debba essere consentito di notare che non è privo di significato il fatto che la volontà di risparmio si sia concentrata soprattutto nei settori dove la potestà di spesa, grazie al maggiore rispetto del dettato costituzionale che ha realizzato il decentramento dei poteri decisionali del nostro Paese, compete agli enti locali.

Nel mio intervento, comunque, mi limiterò al settore sanitario.

Desidero iniziare con una domanda retorica, alla quale spero che il Ministro, il relatore o eventualmente altri colleghi, vorranno dare una risposta esauriente.

La mia domanda è semplice: perchè proprio la Sanità fa le spese di queste riduzioni in così grande misura? Naturalmente qualche risposta ce la siamo data anche noi: non ci sfugge il fatto che, limitando la spesa pubblica nel campo sanitario, obiettivamente o soggettivamente, volontariamente o meno, si arriva ad un rilancio della spesa individuale con relativo beneficio del settore

privato. A questo proposito credo non vi siano dubbi sul fatto che le strutture private presentano fermenti e risvegli notevolissimi: basta vedere quanto sono nuove e lucide le tante insegne di laboratori di analisi apparse con rapidità fulminea nelle nostre città in questi ultimi tempi!

Ebbene, mentre riteniamo che tutto ciò rifletta una distorta visione dei problemi sanitari, dobbiamo anche ammettere che, per quanto riguarda il Ministro del tesoro, siamo in presenza di una notevole coerenza, dimostrata dal Ministro stesso con la sua sviscerata avversione per i principi informatori della riforma sanitaria.

Ricordando il lungo elenco degli emendamenti presentati dal senatore Andreatta e dai suoi colleghi dell'AREL in sede di dibattito ed approvazione della legge di riforma, nel dicembre 1978, devo dire che, considerato lo svolgimento delle cose da allora ad oggi, vi è sempre stata coerenza da parte del Ministro del tesoro. Dico di più: vi è stata coerenza anche con una certa politica svolta a livello europeo che ha dimostrato come, con forze politiche conservatrici al Governo, si vada in certe direzioni. Quel che stupisce è che in tale direzione voglia andare anche il Governo italiano, che non ha certo le caratteristiche politiche del governo inglese.

Affinchè non si pensi che voglia fare un processo alle intenzioni, desidero citare alcuni brani delle relazioni che accompagnano il disegno di legge finanziaria e il disegno di legge di bilancio, per far capire chiaramente che cosa pensino il Ministro del tesoro e gli altri Ministri (che con l'onorevole Andreatta sottoscrivono tali relazioni) per quanto riguarda la spesa sanitaria.

Inizio ricordando che nella relazione che precede l'articolato del disegno di legge n. 1583 si può leggere: « Per la prima volta dall'istituzione del Fondo sanitario nazionale, non è questo ad essere determinato in base alle previsioni di spesa del settore, ma sono i livelli di spesa ad essere determinati secondo le disponibilità finanziarie che la complessiva manovra finanziaria riserva alla sanità ».

Insomma, signor Ministro, il nostro è un settore al quale vanno destinate le spese di

risulta, cioè quello che rimane dagli altri settori! Forse è giusto che sia così; anzi, non vi è dubbio che debba essere così, se sono vere le affermazioni che possiamo leggere nella suddetta relazione.

Si dice infatti che era necessario « porre un tetto » (leggo dalla relazione al disegno di legge finanziaria) « al dilagare della spesa pubblica nelle sue componenti meno positive ai fini della produttività del sistema »: nel caso che ci interessa bisogna dunque leggere nel senso che settore sanità e spese sanitarie, nella accezione moderna voluta dalla legge n. 833, per la quale ci siamo battuti, sono ridotti, a « spesa pubblica nelle sue componenti meno positive ai fini della produttività del sistema »; quindi, secondo il Governo, è irrilevante il fatto della prevenzione, irrilevante il fatto che ogni giornata di lavoro persa per ragioni di salute comporta un danno economico e sociale ben superiore al costo della prevenzione o della cura!

Ma nella relazione al disegno di legge finanziaria si continua dicendo: « La linea seguita è stata perciò quella di individuare ed intervenire su "zone grige" dello Stato assistenziale senza pregiudicare un adeguato livello delle prestazioni ».

Non so se sarò rispettoso del linguaggio parlamentare, ma non posso fare a meno di dire che qui siamo a livelli di spudoratezza incredibili! Definire « non pregiudizio del livello delle prestazioni » le misure che vengono proposte, altro non può essere che un inaccettabile esempio di spudoratezza politica.

Ma quanto sopra viene completato da ciò che si legge nella relazione che accompagna il disegno di legge di bilancio: « Circa la spesa sanitaria, lo scarso approfondimento dei molteplici aspetti tecnico-finanziari della riforma che a suo tempo ha portato all'istituzione del Servizio sanitario nazionale, si rivela oggi in tutti i suoi limiti ». E più avanti: « Le attuali risorse che il Paese può destinare all'assistenza sanitaria impongono di ridefinire per ognuno dei suoi comparti uno *standard* medio di prestazioni che risulti compatibile con la entità di mezzi finanziari disponibili ». Pertanto, si spende troppo per la Sanità e, prevalentemen-

te, in conseguenza della leggerezza con la quale è stata approvata la riforma sanitaria, causa questa dell'aumento incontrollato o comunque incontrollabile della spesa sanitaria stessa. Da qui il dovere di rientrare entro determinati limiti accettabili perchè le risorse trasferite non consentono di più. Sembra persino logico!

Un altro tema fisso è che la spesa sanitaria è, se non totalmente, prevalentemente a carico dell'erario: altra affermazione totalmente falsa! Chi la fa, o è di una ignoranza estrema in una materia in cui invece dovrebbe essere esperto, o mente sapendo di mentire, perchè non si tratta di una spesa coperta prevalentemente da trasferimenti a carico del Tesoro, ma semplicemente di una spesa largamente autofinanziata con i soldi dei cittadini.

Il relatore in altra circostanza, il senatore Del Nero a Viareggio ed altri al Convegno di Firenze sull'ospedalità privata, hanno dimostrato che in Italia la spesa sanitaria è abbondantemente al di sotto della media della CEE, relativamente al prodotto interno lordo; non solo, è anche al di sotto della percentuale rispetto al prodotto interno lordo che si riscontrava in Italia nel 1979, anno non sospetto di inquinamento riformatore. La riforma nel 1979 non operava e in tale anno l'incidenza della spesa sanitaria era del 5,9 per cento sul prodotto interno lordo. Nel 1981, la previsione delle Regioni è del 5,4 per cento, pari cioè a 22.500 miliardi, che sono, poi, quelli realmente occorrenti se non si vogliono creare debiti sommersi.

Quindi, dobbiamo fermamente sfatare certe leggende. Lo faccia anche lei, signor Ministro, perchè, in questo senso, siamo dalla stessa parte.

A L T I S S I M O, ministro della sanità.
L'ho fatto in luglio, proprio in questa Commissione.

B E L L I N Z O N A. Lo ricordo e glielo rammenterò tra un po'; ma dobbiamo farlo anche in altre sedi, all'interno del Governo, perchè la storiella della spesa galoppante dovuta alla riforma è soltanto il risultato

di un rigurgito antiriformista. Noi comunisti, ma anche i colleghi di altri Gruppi, non vogliamo nascondere o negare che all'interno della spesa sanitaria vi sono ampie sacche di spreco; ma quelle e non altre devono essere colpite duramente e veramente, invece di lasciarle prosperare o addirittura incoraggiare ipotizzando magari di concedere anche l'assistenza indiretta per la terminalistica.

Consentitemi, poi, di non prendere neanche in considerazione i 20.500 miliardi. Infatti, la proposta dei 20.500 miliardi non sta in piedi e pertanto, ripeto, non la prendiamo in considerazione per il 1981. Ci riserviamo di intervenire con una iniziativa parlamentare per proporre una soluzione al problema dell'anno 1981, perchè non possiamo ignorare che lasceremo, come minimo, una coda di 2.000 miliardi. Ci troviamo di fronte ad una situazione all'italiana per la ridda delle cifre, che non coincidono con nessun'altra di quelle che abbiamo visto fino ad ora, ma neppure con le cifre ufficiali che sono state incluse in documenti basilari per il nostro discorso.

Cito i documenti ufficiali: l'allegato 8 del disegno di legge di bilancio, Tabella 1, dice che i finanziamenti per il Fondo, nelle varie componenti, corrisponderanno a 16.850 miliardi. Io dico, con molta umiltà, che siamo di fronte ad una sottovalutazione di entrate di almeno 5.000 miliardi (ripeto, 5.000 miliardi). La cosa in sé ha un grande significato, signor Presidente, signor Ministro e onorevoli colleghi, perchè tale sottovalutazione, qualora accertata, ridurrebbe di per sé lo spareggio di bilancio in misura superiore a tutte le operazioni che vi vengono proposte nel campo della sanità.

Vi invito a leggere ciò che è stato scritto nella Relazione previsionale e programmatica il 30 settembre 1981 dal ministro La Malfa. Alla tavola 4, pagina 31, si dice che per il 1981 la massa salariale in Italia sarà pari a 221.000 miliardi e mezzo al lordo dei contributi, ma al netto gli oneri fiscalizzati. Le fiscalizzazioni le ritroviamo nella recentissima dichiarazione fatta dal sottosegretario Magnani Noya alla Camera: per i primi dieci mesi del 1981 hanno rappresentato 5.000 mi-

liardi. È logico pertanto prevedere che su dodici mesi saranno di 6.000 miliardi. Quindi, i 222.000 miliardi di massa contributiva, al netto delle fiscalizzazioni, diventeranno 228.000 con le fiscalizzazioni stesse. Valutando la massa retributiva al netto dei contributi, che ho voluto calcolare in esuberanza sul 45 per cento, ne deriva che da 222.000 miliardi si scende a 160.000 miliardi.

D A L F A L C O . Il Ministero del tesoro fornisce cifre diverse.

A L T I S S I M O , *ministro della sanità*. Il dato comunicato il 19 ottobre dall'INPS parla di 1.240 miliardi.

B E L L I N Z O N A . Ma l'INPS si riferisce alle somme incassate. Se dovessimo concludere che ognuno fornisce i dati che vuole, il giudizio che si dovrebbe esprimere sarebbe alquanto pesante. Ho di fronte a me due documenti molto meditati e non predisposti un giorno per l'altro. Vi si afferma che l'evoluzione salariale per il 1982 sarà del 18 per cento. Il relatore parla del 22 per cento. Io ho voluto fare una sorta di media: ho calcolato il 20. Ne deriva che la massa retributiva, al netto dei contributi, sarà, per il 1982, di circa 190.000 miliardi, e non di 118.000, come sostiene il Governo. D'altro canto, signor Ministro, la cifra è credibile in quanto, di fronte a un prodotto industriale lordo di 400.000 miliardi, se la massa retributiva fosse al di sotto del 30 per cento, occorrerebbe scatenare una campagna rivendicazionista di vasta portata, perchè in nessun paese europeo la massa retributiva è così bassa. Dal mio calcolo si deduce che la somma dei contributi è di 19.000 miliardi, e non di 14.000 come ci viene detto. Ritengo dunque che vi sia una sottovalutazione di circa 5.000 miliardi riguardo all'entrata contributiva. Per questo affermiamo che il Fondo sanitario nazionale è vicino all'autofinanziamento e, con un'oculata gestione delle entrate e delle uscite, potrebbe raggiungerlo e garantirlo.

A questi 19.000 miliardi, pur depurati delle prestazioni economiche, occorre aggiungere i 900 miliardi degli autonomi.

Vi è un'altra voce del bilancio sulla quale chiediamo chiarezza, onorevole Ministro. Si insiste nel riportare come elemento che concorre alla formazione delle spese sanitarie la somma di 100 miliardi per le spese degli Enti locali e delle Regioni quando, nel 1979, le spese ammontavano a 1.500 miliardi e, applicando per due volte un tasso inflattivo del 16 per cento, si raggiunge la cifra indicata dal relatore. Ora, signor Ministro, questo si potrebbe definire « gioco delle tre carte ». La realtà è che la spesa, che era a carico della finanza pubblica fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, per la prevenzione, la profilassi e l'igiene, era allora di 1.500 miliardi ed ora raggiungerebbe i 2.000; e non si può pretendere di averne compensazione con le contribuzioni dei lavoratori. È evidente che questi conti non spostano nulla ai fini del *deficit* globale del bilancio, ma se si dovesse constatare che la spesa sanitaria è quasi integralmente autofinanziata, lei converrà, signor Ministro, che ciò basterebbe per far mutare sostanzialmente il taglio politico dell'approccio al problema.

Il Governo prende a base i 22.500 miliardi ipotizzati e dimostrati dalle Regioni per il 1981, vi applica il 16 per cento e giunge esattamente ai 26.100 miliardi. Però afferma di disporre soltanto di 21.400 miliardi e decide di provvedere, mediante il ricorso agli articoli 27, 29, 30 e 34 del disegno di legge finanziaria, nonché ad un decreto-legge, che è ora all'esame della Camera dei deputati, relativo all'aumento dei *tickets*. Si opera pertanto su due linee: quella della riduzione di spesa e quella dell'aumento dell'entrata. Per la riduzione di spesa, si indicano almeno cinque settori fondamentali: nel settore del farmaco si prevede che, con l'adozione di protocolli terapeutici o con la revisione dei prontuari, si possa arrivare ad una riduzione del 10 per cento della spesa; si propone inoltre di sospendere l'assistenza integrativa termale, sospendere le visite specialistiche, rinviare le spese vincolate. Vi è poi un'altra voce che dovrebbe contribuire a ridurre la spesa: quella delle compartecipazioni. Vi è infine la proposta della perequazione contributiva: si tratta di

un livellamento delle contribuzioni annue *pro capite*, per esercenti, artigiani e professionisti sulle 200.000 lire e per i coltivatori diretti sulle 150.000 lire.

Concludendo su questo punto, la situazione sarebbe dunque la seguente: alla voce « risparmio », riduzione di spesa per 1.750 miliardi; compartecipazioni da ottenere, 1.600 miliardi; perequazione contributiva, 675 miliardi. Si arriverebbe ad una spesa di 22.075 miliardi. Poiché il Governo dispone solo di 21.400 miliardi dichiara che le Regioni sono scoperte per 765 miliardi e che, pertanto, o riescono a realizzare ulteriori risparmi o devono introdurre dei *tickets* regionali.

Prima di concludere, desidero invitare i colleghi e il Governo a valutare l'ipotesi che possa esservi un tentativo di truffa contabile, certo involontaria ma pur sempre tale, come ha già rilevato il collega Forni. Ammesso che le riduzioni di spesa siano praticabili, e quindi realistiche, non è vero che la manovra proposta dal Governo consenta di ridurre lo stanziamento a 21.400 miliardi.

Così come non è vero che con la manovra del Governo la necessità di ricorso al *ticket* regionale per pareggiare il bilancio si riduca a 675 miliardi! Si tratta, invece, di 3.000 miliardi ed è scorretto (non trovo altre parole e non le voglio neanche cercare) in un'operazione contabile dedurre dalle spese le maggiori entrate previste!

La previsione di incassare, ad esempio, 1.000 miliardi per la compartecipazione alle visite generiche e pediatriche per ridurre il *deficit* deve avere come conseguenza che questa somma la si deve mettere sia in entrata che in uscita; per cui, o la si aggiunge ai 21.400 miliardi, oppure le Regioni saranno messe di fronte alla triste realtà di dover far fronte con i loro mezzi al reperimento non di 675 miliardi ma di una somma ben maggiore, senza contare quanto previsto all'articolo 3 del disegno di legge finanziaria, del quale parlerò immediatamente.

Come prima considerazione, comunque, direi di « rivisitare » le proposte governative facendo tesoro, signor Ministro, delle sue dichiarazioni di luglio, che non ho certo dimenticato e che desidero ricordare nuovamente ai Commissari.

In luglio lei ha affermato — ed io, con i colleghi del Gruppo comunista, sono d'accordo con lei — che una riduzione di finanziamento non è idonea di per se stessa a determinare effetti di riduzione nella spesa del Paese, almeno nell'immediato futuro, ma solo a creare indebitamento sommerso, aumento di oneri per interessi bancari, disfunzioni nel servizio e malcontento presso i creditori insoddisfatti.

In ogni caso, signor Ministro, questa sua affermazione è da condividere e non le chiedo se lei sia sempre della stessa idea: voglio sperare che la risposta sia implicita.

Detto questo, tuttavia, noi riteniamo improbabile una riduzione della spesa farmaceutica del 10 per cento nel corso di un anno solo attraverso il ricorso alla revisione del prontuario e alla stesura di un protocollo, anche perchè non credo sia il caso di nasconderci dietro un dito: la cifra che è riportata in bilancio, infatti, è sottostimata. La relazione al decreto-legge, in discussione alla Camera, per l'aumento del *ticket* dice che si prevede un aumento del 36 per cento solo per il 1981 per le spese farmaceutiche; quindi, è impossibile ipotizzare una riduzione del 10 per cento per il 1982!

Ma veniamo ad un altro problema: la sospensione della assistenza integrativa, a proposito della quale vi è da chiarire un piccolo mistero.

L'articolo 30 del disegno di legge finanziario non dice che « per il 1982 », oppure che « in via temporanea per il 1982 », questa assistenza è sospesa; dice: « In attesa dell'approvazione del Piano sanitario nazionale, a decorrere dal 1° gennaio 1982 ... ».

Devo interpretare questa frase nel senso che il Governo ritiene che per tutto il 1982 non ci sarà il Piano? Dico questo perchè nei calcoli presentati la riduzione di spesa per l'assistenza integrativa interessa tutto il 1982; se è così, se questo punto risulta chiaro, avremo almeno raggiunto il traguardo di non « bisticciare » tra noi parlamentari sul Piano sanitario nazionale. Infatti, se il Governo ci dice che per tutto il 1982 non si parlerà di questo piano, allora noi prenderemo atto di ciò con tutte le conse-

guenze del caso; senza però, ripeto, fare inutili discussioni su questa probabilità!

Comunque, a parte queste considerazioni noi riteniamo che la sospensione dell'assistenza integrativa sia una manovra demagogica al rovescio, che esprime cioè la volontà di andare deliberatamente contro corrente!

Ma, signor Ministro, crede sia realmente possibile sospendere, improvvisamente, tutte le attività idrotermali dopo che per anni si è praticata la politica dell'incoraggiamento allo spreco, del clientelismo più smodato in questo settore? Si concedevano infatti livelli di prestazioni idrotermali (al di là e in modo superiore rispetto a quanto previsto dall'articolo 5 della legge n. 33 del 29 febbraio 1980, che fissava lo *standard* applicabile a tutti) soprattutto nel settore pubblico e, all'interno di questo, soprattutto a favore dei dipendenti dello Stato.

Stando così le cose, non ritengo sia sopportabile per certe economie locali lo scompenso che si determinerà con la cessazione di questo tipo di assistenza; infatti, se mancherà l'apporto convenzionato delle cure attraverso le prestazioni ex-mutualistiche molti stabilimenti termali dovranno chiudere. Anzi, io mi auguro che sia così, perchè se gli stabilimenti dovessero funzionare lavorando al 20 per cento delle proprie possibilità succedrebbe che i costi unitari di gestione e quelli per la collettività diventerebbero dieci volte superiori a quelli attuali.

Non si pensa, signor Ministro, che si creeranno delle diseconomie? Siamo di fronte ad una realtà che prevede 76 miliardi e mezzo di spese sanitarie, circa 30 miliardi di spese per rimborsi economici per diarie e viaggi da parte dell'INPS e poco più di 100 miliardi per le cure idrotermali. Ma in questo settore sono occupate decine di migliaia di persone! Si crede di poterle licenziare? Di metterle in cassa integrazione? Alla fine, questa gente costerà di più o di meno, rispetto ai miliardi sottratti al settore? Si crede che gli esercenti le attività commerciali, gli operatori turistici di queste località, pagheranno ancora le tasse? O non ricorreranno piuttosto all'autoriduzione, se non a manifestazioni ancora più clamorose?

Si pensa realmente, ripeto, di ottenere un risparmio pari all'attuale costo del settore? Perché non prendere ragionevolmente misure molto più serie e ponderate? Perché non stabilire, ad esempio, che l'assistenza termalistica verrà concessa soltanto nei casi di comprovate esigenze terapeutiche, di modo che il costo per la collettività sarà soltanto quello legato all'intervento sanitario? Perché non dire che certe agevolazioni saranno concesse solo agli invalidi ed ai pensionati, categorie particolarmente interessate a questo tipo di assistenza?

Lo stesso discorso vale per tutto il settore delle protesi. Siamo i primi noi ad essere consapevoli degli sprechi e degli abusi registrati in questo campo. Ad esempio, si dice che in Lombardia un apparecchio « Maico », del costo di circa un milione, non si negava a nessuno! Ebbene, a questo stato di cose bisogna porre termine, ma bisogna anche rivedere certi massimali INAM che, per una protesi dentaria, prevedevano una spesa di 2.500 lire! Anche questa è una assurdità!

Per quanto riguarda la sospensione delle visite occasionali, che sembrerebbe un aspetto meno importante perché incide per 80 miliardi soltanto in bilancio, vorrei che si considerasse la necessità di salvaguardare l'esigenza derivante dalle ragioni di lavoro; vi sono infatti molti lavoratori pendolari, che non riescono mai ad usufruire dell'intervento medico nel corso della giornata se non fuori sede. Almeno in questi casi è necessaria una norma che li salvaguardi.

Per quanto attiene infine all'aumento delle entrate, lei sa, signor Ministro, che il Gruppo comunista si è dichiarato contrario, in questo e nell'altro ramo del Parlamento, all'aumento del *ticket*. Consideriamo, poi, una vera follia l'aver proposto la introduzione del *ticket* per le visite mediche generiche e pediatriche. Come se non bastasse, tutte le volte che ci siamo preoccupati di chiedere come si prevede di realizzare la riscossione del *ticket* ci siamo trovati in un ginepraio di risposte, che ha scongiurato di insistere.

In secondo luogo, come si può ragionevolmente sostenere che si tratta di una « compartecipazione » quando si prevede di

incassare 1.000 miliardi da un'attività che per il 1981 è costata al bilancio 1.400 miliardi e che nel 1982, applicando la convenzione, costerà all'incirca 2.000 miliardi?

F O R N I , *relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583*. Esiste un decreto del Presidente della Repubblica, al riguardo!

B E L L I N Z O N A . Considerando le cifre del Ministero, noi vogliamo incassare 1.000 miliardi dai cittadini, con una compartecipazione, cioè, del 50 per cento? Dobbiamo allora essere più franchi, presentarci a volto scoperto e dire che vogliamo rinnegare i principi della riforma; non è vero che la Repubblica si faccia carico della salute del cittadino, nell'interesse della collettività.

Quindi, questo provvedimento deve cadere ed è chiaro che devono cadere anche i risparmi indotti, il 5 per cento sulla spesa farmaceutica ed il 10 per cento su quella specialistica.

Sul *ticket* regionale non mi vorrei soffermare perché altri l'hanno già fatto. Mi limito a definirlo un'assurdità, un attacco maldestro al principio dell'uniformità di trattamento dei cittadini. È chiaro che, di fronte ad una facoltà di intervento, ogni singola Regione può intervenire in modo diverso. Già scandalizza il fatto che ci siano Regioni che hanno ritenuto di potersi consentire di non istituire le USL. Figuriamoci cosa accadrà quando si tratterà di istituire il *ticket*! La demagogia sarà imperante e la irresponsabilità prevalente. Quindi, dove intervenire? Crediamo che i settori siano abbastanza individuabili; e affermando questo non dico nulla di nuovo.

Anzitutto il problema della perequazione contributiva: ci rendiamo conto della delicatezza della situazione, ma non possiamo nasconderci dietro un dito. Lo dice la relazione ministeriale: 12 milioni di lavoratori dipendenti versano 12.000 miliardi (un milione a testa); 5 milioni di lavoratori autonomi e liberi professionisti versano una certa cifra per cui da un milione a persona si scende a 180.000 lire. Ora, c'è una proposta

di perequazione per l'ammontare di 100.000 lire a persona, ma bisogna considerare la realtà precedente l'introduzione della riforma. Infatti, queste categorie che allora pagavano poco, di fatto hanno avuto una riduzione della loro contribuzione perchè prima, di fronte ad uno spareggio di bilancio, si interveniva, da un lato, con contributi supplementari e, dall'altro, limitando sensibilmente il livello delle prestazioni. Ricordo la legge regionale della Lombardia che istituiva il contributo parziale per l'acquisto di medicinali, perchè i lavoratori autonomi non avevano l'assistenza farmaceutica.

Faccio un ragionamento che può sembrare provocatorio: se dovessimo, per ipotesi, parificare il livello di contribuzione ad un milione a testa anche per i lavoratori autonomi, noi avremmo in più 5.000 miliardi, e subito. Io non propongo cose tanto assurde, però ricordo che 1.000 di aumento per ogni lavoratore autonomo fanno 5 miliardi. Fin dove è opportuno elevare la soglia da generalizzare per i lavoratori autonomi ed i professionisti, salvo introdurre poi un meccanismo di differenziazione e, in conseguenza, di progressione per i redditi maggiori?

Un'altra osservazione che potrà trovare sbocco nella formulazione, da parte del senatore Forni, di emendamenti al disegno di legge finanziaria da proporre alla 5ª Commissione è l'impegno per la revisione degli elenchi degli assistiti. Se queste « anime morte » fossero veramente 3.000.000, a 30.000 lire a testa, costituirebbero 90 miliardi: so bene che è una cifra che non risolve il problema, però investirebbe una questione di costume abbastanza significativa.

Sulla spesa farmaceutica, siamo pienamente disponibili per misure tendenti realmente e realisticamente a ridurre la iperprescrizione, che provoca poi l'iperconsumo.

Per la medicina specialistica, vogliamo sottolineare i dati seguenti: 550 miliardi per il 1981 di spese specialistiche interne e 1.530 miliardi di spese specialistiche esterne, cioè quasi il triplo. Noi riteniamo, signor Ministro, che un serio ed oculato impegno delle strutture proprie del sistema consentirebbe di risparmiare sulla spesa esterna. Conosciamo tutti quali e quanti siano i modi per scoraggiare il ricorso alle strutture pubbli-

che, favorendo così le strutture private. Noi abbiamo approvato qualche legge, al riguardo, non giudicata sufficientemente cogente e in alcuni casi il ricorrervi è stato avverso all'interesse pubblico. Provvediamo, pertanto, a livello di legge e mettiamo qualche punto fermo.

Per quanto riguarda le spese ospedaliere, abbiamo già detto che nel 1981 si calcolano 22.500 miliardi di spesa sanitaria complessiva, di cui, per le suddette spese, 12 miliardi (10.500 per le strutture pubbliche e 1.500 per quelle convenzionate). Vogliamo risolvere seriamente il problema? Dobbiamo controllare tutte le situazioni locali in cui si convenzionano migliaia di posti letto: in quel campo, infatti, si potrebbero realizzare forti risparmi.

Il ministro Andreatta — e mi spiace di non poterglielo dire personalmente — ha concluso due giorni fa un accordo per la nuova convenzione fissando una diaria di 57.000 lire al giorno, mentre le Regioni sostengono che si poteva concludere con 55.000.

A L T I S S I M O, *ministro della sanità.* La riunione per la definizione di tale convenzione è fissata per la prossima settimana.

B E L L I N Z O N A. La invito a verificare i dati in mio possesso. Se, però, le cose stanno in questi termini, ci troviamo di fronte ad un aumento del 25,3 per cento rispetto al 1980, mentre il Fondo sanitario nazionale che si propone aumenterebbe attorno al 15,4. Coerenza vorrebbe che ci si assestasse attorno al 16 per cento.

Vengo ora a due questioni marginali, che sottopongo all'esame del relatore. L'articolo 33 del disegno di legge finanziaria prevede l'istituzione di un nuovo organo delle Unità sanitarie locali: il collegio dei revisori. Mi chiedo se tale organo sia davvero necessario ed utile e se non siano sufficienti i servizi ispettivi che la stessa legge istituisce. Non si tratterà di costosi doppioni? Ricordo che, quando vi erano i collegi dei revisori negli ospedali, si sono raggiunti ugualmente dei forti passivi. Mi chiedo, inoltre, perchè il presidente di tali organi debba essere di nomina ministeriale. Osservo, tra l'altro, che, dei tre membri, quello nominato dal Mini-

stero del tesoro presiede e non deve necessariamente essere laureato, mentre gli altri due debbono esserlo.

Vi è poi la questione del sesto comma dall'articolo 27: l'eventuale ulteriore disavanzo sarà coperto mediante il fondo comune regionale. Non credo che sia questa l'occasione per avanzare proposte definitive, ma occorrerà trovare un punto di accordo. Non credo che ciò sia impossibile: basta tener presente il significato e il contenuto della relazione, le dichiarazioni qui rese e da noi accolte con viva soddisfazione, le prese di posizione delle Regioni e dell'ANCI.

Invito dunque il relatore a tener conto, nella stesura del parere, delle nostre osservazioni, ricorrendo eventualmente anche alla presentazione di ordini del giorno, che potrebbero, in seguito, tradursi in provvedimenti legislativi.

R O S S A N D A . Desidero chiedere alcune spiegazioni. In primo luogo, l'articolo 5 del disegno di legge finanziaria parla di unificazione nel fondo comune regionale dei fondi attribuiti alle Regioni da una serie di leggi, tra le quali quella istitutiva dei consultori familiari, la legge n. 194 del 22 maggio 1978, e quella concernente la droga. Vorrei sapere se la previsione di entrata di cui si parla nel primo comma, attraverso l'aumento dell'imposta sugli olii minerali, sia tale da coprire i fondi destinati al finanziamento delle leggi citate, o se si debba prevedere che le Regioni dovranno far fronte alla spesa con mezzi propri.

L'articolo 41 del disegno di legge finanziaria, inoltre, stabilisce che i residui delle spese in conto capitale possono essere mantenuti in bilancio non oltre il terzo esercizio successivo a quello cui si riferiscono. Vorrei conoscere l'entità di tali eventuali residui passivi e comprendere che cosa ci si proponga di « cancellare » con tale norma.

P R E S I D E N T E . Se nessun altro domanda di parlare, rinvio il seguito dell'esame congiunto della tabella 19 e del disegno di legge n. 1583 ad altra seduta.

Poichè non si fanno osservazioni, così resta stabilito.

I lavori terminano alle ore 19,35.

MERCOLEDÌ 21 OTTOBRE 1981

**Presidenza del Vice Presidente CIACCI
indi del Presidente PITTELLA**

I lavori hanno inizio alle ore 10,10.

Presidenza del Vice Presidente CIACCI

« **Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982)** » (1583)

(Parere alla 5^a Commissione)

« **Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1982 e bilancio pluriennale per il triennio 1982-1984** » (1584)

— **Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1982 (Tab. 19)**

(Rapporto della 5^a Commissione)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame congiunto della tabella 19 del bilancio dello Stato: « Stato di previsione della del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1982 » e del disegno di legge: « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982) ».

Proseguiamo nella discussione generale, rinviata nella seduta di ieri.

P I T T E L L A . Il giudizio del Gruppo socialista sul disegno di legge finanziaria e su quello di bilancio è di grande preoccupazione e di grande perplessità, ma risente anche di senso di responsabilità e di riconoscimento per avere il Governo espresso un suo tentativo al fine di attivare una manovra finanziaria globale intesa a contenere il deficit pubblico entro il « tetto » dei 50.000 miliardi e di ridurre così l'inflazione, che è certamente uno degli elementi costitutivi della crisi particolare che attraversiamo, insieme alla disoccupazione e alla scarsissima produttività.

Nella relazione del senatore Forni abbiamo colto forte preoccupazione e senso critico ma anche una giusta e misurata aper-

tura verso modificazioni che ci sembrano sagge, se si troverà il modo di praticarle concretamente. Certo, il nostro contributo al dibattito che si sta svolgendo in questa Commissione vuole essere costruttivo, ed è per questo che abbiamo tentato, come singoli e come Gruppo, una analisi intesa a trovare gli aggiustamenti generali per fare in modo che la sanità non sia e non appaia un settore improduttivo, e quindi da tagliare e da costringere, ma piuttosto il settore dove, più ancora che in altri, debbono esercitarsi una azione concreta e un investimento cospicuo, al fine di favorire il processo della riforma sanitaria: purtroppo inceppato per cause di diversa natura, per inadempienze centrali e periferiche, talvolta per mentalità differenziate tra Nord e Sud, ma pur sempre un processo non arrestabile e tanto meno controvertibile.

Lo abbiamo sempre detto con grande sincerità, anche quando, alla ricerca spesso affannosa di qualche rimedio, abbiamo proposto aggiustamenti e modifiche della riforma talvolta non compresi, talaltra addirittura indicati come ostativi del processo riformatore. Noi crediamo che proprio chi è sostenitore della legge n. 833 del 1978, chi lo è stato in maniera convinta, dando anche contributi rilevanti alla sua stesura, e vuole mantenere in termini reali la sua propensione per la riforma, non possa e non debba sottrarsi al dovere di considerare, dopo tre anni dalla sua approvazione, dopo una prima fase di gestione, se in essa vi siano punti da emendare, se esista qualche articolo da modificare, nulla togliendo ai principi, agli obiettivi, alle valenze di una legge che è stata ed è un grande salto di qualità, che ci ha portato da una concezione assicurativa della malattia ad un'altra, più giusta, di tutela dello stato di benessere.

Cogliamo l'occasione per ringraziare il ministro Altissimo perchè, pur attraverso dubbi comprensibili e comportamenti che spesso sono apparsi sulla stampa come provocatori (e forse volevano esserlo), ha costantemente perseguito l'obiettivo di snellire l'iter della riforma, di favorire una più seria impostazione delle attività periferiche, di creare le premesse ministeriali per esercitare le fun-

zioni di indirizzo e di controllo; funzioni che sono indispensabili al fine di raccogliere in sintesi uniforme le variegata esperienze territoriali. Forse non si è ancora riusciti in questo, ma noi riteniamo che si debba dare atto al Ministro del suo impegno e della sua volontà inequivocabile.

A nostro avviso, per far procedere il processo di riforma, il Governo non avrebbe neppure dovuto pensare a maneggiare la « scure selvaggia »; ma crediamo fermamente che in questo particolare momento vi sia stato costretto da uno stato di necessità. Ed è su questo stato di necessità che vogliamo indirizzare la nostra analisi.

La sensazione che proviamo come specialisti, addentrandoci nei numeri di partenza e via via cercando di scoprire quegli elementi singoli che queste cifre determinano, è paragonabile alla sensazione provata da quel sarto che, dovendo tagliare un vestito, conosceva, sì, il colore della stoffa, ma di essa non aveva le misure, cosicchè non sapeva bene se disegnare una giacca, un pantalone o l'intero vestito rimpicciolito. Siamo convinti che ogni preoccupazione, per continuare il discorso, derivi proprio da questa incertezza. Non possiamo dunque che rilevarla e onestamente dire che rientra nelle responsabilità del Governo e dello Stato, nel suo complesso e nelle sue articolazioni, il non avere potuto o saputo raccogliere tutti i dati necessari per una stima sicura di previsione, e quindi per offrire cifre certe alla riflessione del Parlamento.

Crediamo dunque doveroso dire innanzitutto che il Partito socialista non si sente, in questo momento, in grado di suffragare con dati di fatto alcuna delle cifre che danzano davanti a noi e che — lo ripeto — diventa responsabilità politica del Governo nel suo insieme (e del Governo fanno parte anche i socialisti) ricondurre tutto su binari di chiarezza, facendo diventare le cifre frutto di un'analisi e non piuttosto il prodotto di diversità concettuali tra Ministero e Regioni.

Di cifre ne farò poche, ma quelle di partenza devo pur ricordarle, per avere almeno una ipotesi su cui poter imbastire il nostro contributo. Dice l'analisi per il 1982: « 26.151

miliardi », (secondo altre voci, 26.681); « 26.535 o 28.067 » dicono le Regioni; « 21.400 » si diceva ieri mattina per i corridoi; « 24.000 miliardi » si ribatte da parte del Tesoro.

Che cosa significano queste cifre? Sono l'espressione finale di voci diverse? Sono la sintesi di una somma i cui addendi rispecchiano spese sanitarie e sociali comprendendo l'assistenza erogata una volta dagli Enti comunali di assistenza? O sono soltanto il segno di atti politici diversificati sostenuti da una documentazione contraddittoria (e talvolta non sostenuti affatto da documentazione)? Come possiamo agire sulle entrate, una volta ritenuto necessario ed utile contrarre la spesa sanitaria, che, anche dilatata in taluni settori, rimane pur sempre contenuta entro il 5,4 per cento del prodotto nazionale lordo? Come potremo contrarre le spese, cioè le uscite, mantenendo l'impegno di assicurare il Servizio sanitario nazionale e non invece un semplice servizio assicurativo, con le pecche evidenti che esso presenta e senza neppure l'efficienza di un servizio assicurativo privato? Con gli strumenti offerti dal Governo alla nostra riflessione o con proposte e mezzi alternativi?

Non crediamo sia possibile dare risposta seria agli interrogativi che ci siamo posti con i dati a nostra disposizione. Appare invece utile ragionare partendo dall'ipotesi di spesa media, per il 1982, di 26.000 miliardi o poco più. Il flusso di entrate destinate al Fondo sanitario nazionale, considerando uno studio che pare abbia la paternità dell'Istituto nazionale della previdenza sociale, presuntivamente si dovrebbe comporre dei seguenti elementi: contributi di malattia INPS, 11.970 miliardi (secondo alcuni, 12.340 miliardi); da dipendenti dello Stato, 2.100 miliardi; da avanzo TBC, 1.080 miliardi; da attività a pagamento delle Unità sanitarie locali, 100 miliardi; da Regioni (articolo 69 della legge n. 833 del 1978), 100 miliardi; da cittadini non mutuati (articolo 73 della stessa legge n. 833), 10 miliardi; trasferimenti da conto corrente Tesoreria, 1.400 miliardi. Arriveremmo così ad una somma di circa 16.800 miliardi. In realtà pare che questa cifra finale sia espressione di un determina-

to modo e che, attraverso un metodo diverso, potrebbe addivenirsi ad una cifra che rasenta i 18.000 miliardi.

Ad accrescere questa cifra globale dovrebbero concorrere, a nostro avviso, le maggiori risorse provenienti dal settore TBC in relazione ai minori investimenti richiesti dalla diffusione di una malattia che, seppur non ancora debellate (certo rimane strisciante), non desta, allo stato delle cose, rilevanti preoccupazioni.

Un ulteriore accrescimento delle risorse potrebbe essere costituito dai seguenti elementi: maggiori oneri previdenziali dei settori dei professionisti, artigiani, commercianti, coltivatori diretti; versamento da parte del Ministero della difesa al Fondo sanitario nazionale delle quote rivalutate degli stanziamenti destinati ai ricoveri ospedalieri; recupero delle somme anticipate sotto forma di prestazioni sanitarie per conto delle assicurazioni; imposizione agli utenti oggi esenti, che pure godono del Servizio sanitario nazionale con l'approvazione della legge di riforma.

Per quanto riguarda le uscite, dovremo industriarci a trovare il sistema per contenerle, per il 1982, in taluni settori. Analizzandoli, incontriamo innanzitutto quello dei farmaci. Noi abbiamo dichiarato, ed io in maniera particolare ho scritto in termini inequivocabili, che non è attraverso la politica dei *tickets* in genere, e quindi anche di quelli sui farmaci, che si può arrestare il ricorso alle prescrizioni ed il conseguente consumo dei medicinali. L'assunto del Governo « meno prescrizioni, meno farmaci » (e quindi riduzione della spesa), dovrebbe tradursi in minori prescrizioni di prodotti inutili o dannosi, con una contrazione, pertanto, della spesa. Se invece si dovessero contrarre i consumi dei farmaci utili a combattere in tempi brevi le malattie, noi non faremmo altro che gravare di una maggiore spesa quella già ampia e dilatata che riguarda gli ospedali.

A mio giudizio, bisognerebbe procedere ad una revisione attenta del prontuario e soprattutto bisognerebbe agire attraverso l'adozione seria e rigida di protocolli terapeutici, che da un lato comporterebbe la ridu-

zione reale e consistente della spesa farmaceutica e, dall'altro, consentirebbe di curare alcune malattie secondo *standards* altamente qualificati e scientificamente provati. Alla cifra che si otterrebbe attraverso l'azione sul Prontuario, potrebbe aggiungersi la cifra derivante dal *ticket* già esistente, che eventualmente si potrebbe adeguare in relazione al tasso di svalutazione. A nostro avviso, però, va precisato che il Parlamento non potrà mai essere esautorato dal controllo sulla valutazione di qualsiasi *ticket* moderatore e che quindi non può essere da noi sostenuta la tesi secondo cui, eventualmente, la Commissione per il prontuario potrebbe scomporre le fasce in sottofasce, gravando di tasse alcuni farmaci efficaci e indispensabili, ancorchè usati per brevi periodi. Verrebbero così a cadere opportunamente i *tickets* sulle visite mediche, (ne beneficerebbero le fasce di utenti più indifesi), e sulle prestazioni specialistiche.

Non sfugge a nessuno che le fasce che maggiormente ricorrono alla visita medica e alle prescrizioni sono quelle che riguardano la neonatologia, la prima, la seconda e terza infanzia e poi la fascia di cittadini che superano i 50 anni e che quindi sono anziani. Sono dunque le fasce meno protette perchè, fra l'altro, non hanno possibilità di lavorare e di produrre e quindi hanno bisogno, per una logica legata alla natura stessa di queste fasce di età, di ricorrere al medico. Dovrebbero proprio i cittadini inclusi in esse pagare un *ticket* per la visita medica e per curarsi?

Per quanto riguarda il settore dell'assistenza ospedaliera, ad avviso dei socialisti, bisognerà tendere innanzitutto alla maggiore qualificazione possibile delle prestazioni partendo dalla constatazione che il servizio oggi svolto, tranne rare eccezioni, non è l'*optimum* nè è vicino all'*optimum*. Io credo che si debba partire dalla revisione del contratto e dalla sistemazione del comparto sanitario nel suo insieme se si vuole superare l'appiattimento che oggi esiste e garantire così un livello di prestazioni accettabile. Tale livello non potrà, a nostro avviso, non tener conto del rischio e quindi dovrà essere adeguato all'alto, al medio e al

piccolo rischio. Quando constatiamo che negli ospedali cosiddetti di zona il numero di degenze non supera il 25 per cento dei posti letto disponibili, che in quelli provinciali raggiunge o supera di poco il 30 per cento e solo in quelli regionali supera il 100 per cento, dobbiamo chiederci perchè questo avvenga. La verità, a nostro parere, è che gli ammalati accedono direttamente ai livelli superiori e, dopo una breve sosta, vengono scaricati dalla periferia al centro.

Se noi sapremo assicurare un livello di prestazioni accettabile anche nei piccoli ospedali, certamente ridurremo il fenomeno e renderemo produttive alcune strutture oggi fatalmente passive. Voglio significare che in una determinata regione o zona non è facendo scomparire i termini di paragone che si eliminano i giudizi negativi, ma è invece confrontandosi e migliorandosi che si va incontro, responsabilmente, alle esigenze dei cittadini.

Devo ricordare un esempio da imitare, riportato ieri dalla stampa: quello dell'ospedale « Forlanini », che anche sotto l'aspetto parasanitario ha adeguato le sue possibilità di accoglimento in maniera certamente encomiabile.

Insieme a queste azioni immediate diventa indispensabile introdurre, a nostro giudizio, un « tetto » di giornate di degenza convenzionabili o rimborsabili, in maniera particolare nelle Regioni dove il numero dei posti letto supera parametri ottimali. Tale norma eviterebbe, onorevole Ministro, che la regione Basilicata, ad esempio, che ha sul territorio regionale meno del 4 per mille di posti letto, gravasse sul Lazio, sulla Lombardia e sulla Liguria — e quindi sul Fondo interregionale — favorendo ulteriormente, ed anche in questo settore, un flusso economico del Sud al Centro-Nord, imponendo spese enormi ad altre Regioni e riducendo invece la propria disponibilità di spesa sanitaria. Il fenomeno si è verificato anche in occasione del dramma del terremoto del 23 novembre: da parte di tutti gli organismi (al primo posto da parte della stampa) poco o nulla si è detto della grande solidarietà umana manifestata dai popoli colpiti, mentre più di tutto si è detto sulla solidarietà

venuta da altre regioni, quasi che essa non avesse poi un costo o alla fine non si concludesse in una « nota spese » che certamente avrà funzionato da copertura alle svendite di molti negozi e forse dando scarsi risultati concreti a livello delle popolazioni colpite dal sisma.

Vogliamo dire che, se si vuole corrispondere ad una esigenza del Mezzogiorno, si proceda pure ad organizzare, guidare e favorire l'azione delle USL di tutto il Meridione; ma non avrebbe significato favorire o permettere che le Regioni Campania e Basilicata procedano a determinare le piante organiche delle USL laddove, invece, tutte le altre regioni meridionali non possono farlo.

Non credo che si debba concedere udienza all'idea del *ticket* ospedaliero così come proposto, anche se per particolari malattie potrebbero introdursi elementi di moderazione sulla eccedenza delle giornate di degenza rispetto all'indicatore *standard* programmato scientificamente. Oppure si potrebbero applicare questi elementi moderatori a quei settori di prestazioni che, pure abbisognevole di ristrutturazione, non sono stati ancora toccati e che presentano una situazione di posti-letto, di personale e di spesa non adeguati alle prestazioni che vengono realmente erogate.

Crediamo che una riflessione particolare vada fatta nei riguardi di quelle prestazioni che la proposta governativa vorrebbe addirittura cancellare: il termalismo e l'assistenza protesica. Non ci è stato detto se queste spese vengono considerate sanitarie o invece sociali; se rientrano nei processi di riabilitazione e di prevenzione che pure sono pilastri portanti della già citata legge n. 833; se e quali effetti producono in positivo, cioè nel senso del risparmio; se e quali effetti producono in negativo attraverso le azioni indotte sul turismo, sulla occupazione e le attività collaterali. Di fronte all'assenza totale di documentazione ragionata, non riteniamo si possa accedere all'impostazione di una eliminazione *sic et simpliciter*, ma crediamo invece che si possano creare correttivi per evitare sprechi di giornate lavorative e di contribuzione, ferma restando la validità

delle cure termali scientificamente prescritte ed applicate e delle protesi indispensabili ai fini riabilitativi e di reinserimento nella società di coloro che ne hanno bisogno. Qualificazione, dunque, degli accertamenti preliminari, non esclusione semplicistica e penalizzatrice di fasce sociali spesso drammaticamente colpite.

Per il settore assistenza medico-generica, io credo che non possa bastare la revisione dell'anagrafe degli assistiti, che pure certamente comporterà una spesa sensibilmente minore. Ritengo che si debba fare una riflessione sulla stessa convenzione siglata e sulle dichiarazioni dei sanitari che hanno sostenuto di effettuare sette, otto visite per ogni assistito (numero di visite che a me, medico, in realtà, sembra esagerato). Bisogna pensare se non sia il caso di innestare una forma particolare — d'altronde sperimentata in Svezia e attualmente utilizzata in Francia — di concessione per ogni assistito dei *tickets*, dei blocchetti di visita, che qualora non siano utilizzati, possano essere riproposti al Fondo pensioni del singolo assistito.

Dobbiamo anche chiederci se abbiamo realizzato il concetto del *family doctor*, al quale io sono particolarmente affezionato come tutti coloro che, come me, hanno fatto per ventiquattro anni il medico di famiglia quando non c'erano le strade nè le casse mutue, ma le prestazioni si facevano lo stesso ed anche in maniera corretta. Dobbiamo chiederci se questo concetto ha avuto un'applicazione nel nostro Paese, perchè io credo fermamente che si debbano esprimere molti dubbi in proposito. Allora, affrontando il problema dell'assistenza medico-generica sotto diversi aspetti, senza avere noi la pretesa di indicare l'ipotesi giusta da perseguire, riteniamo che si possa davvero risparmiare consistentemente.

Noi socialisti, inoltre, non crediamo che si possa seriamente pensare ad una potestà impositiva senza prezzi, senza indicazioni, senza indirizzi coordinati, sia per i motivi che sono stati esposti anche ieri sera nell'intervento del senatore Bellinzona, sia per una constatazione che è facile fare: sarebbe pressochè impossibile per il potere locale,

più soggetto di quello centrale a pressioni contrapposte, realizzare delle tassazioni, dei tagli, nei riguardi dei cittadini amministrati. Così come non crediamo possibile non avere certezza circa le cifre globali e quelle che, ad esempio, potrebbe fornire lo stesso Ministero del lavoro, inerenti alla Cassa integrazione guadagni, dilatata a dismisura nonostante la verbale volontà unanime del Parlamento, e non certo foriera di risultato positivo, ma troppo spesso momento assistenziale scoraggiante verso il dovere di lavorare e di produrre.

Il nostro giudizio sulla manovra globale finanziaria rimane comunque positivo. Suggeriamo le modificazioni e le integrazioni a cui abbiamo accennato ed esprimiamo fiducia che la Sanità abbia il ruolo che le compete in un paese civile come l'Italia.

M A R I O T T I. Signor Presidente, onorevole Ministro, desidero fare qualche considerazione su alcuni punti già trattati da altri colleghi, e particolarmente dal relatore Forni, al quale voglio anch'io dar atto di una trattazione completa, di uno sforzo critico e obiettivo, comunque finalizzato a fornire un parere motivato, anche in mezzo a forti preoccupazioni e perplessità.

Si avverte certamente un disagio crescente anche nell'opinione pubblica, che ha origine nei fatti e nei disegni di legge che stiamo esaminando, ma al quale non sono estranee anche sollecitazioni da parte, che tendono ad accrescere la tensione: disagio dichiarato dal relatore e da altri, come il senatore Del Nero nella sua relazione al Convegno dell'ANCI di Viareggio, qui più volte ricordata. Tuttavia non vedo, nell'analisi fatta dal senatore Forni, una posizione contraria a quella del Governo, come qui invece è stata evidenziata, perchè anche il suo, mi pare, deve essere considerato un contributo importante per trovare soluzioni adeguate, e a questo scopo ha avanzato anche proposte alternative e correttive, senza d'altra parte venire meno al dovere di solidarietà verso la compagine di Governo. Non sarò allora certamente io, con minore esperienza dei colleghi, a dare suggerimenti o a fare rilievi. Ma qualcosa posso dire come risultato

di esperienze diverse e finora meno frenate dai meccanismi legislativi. Si ha l'impressione che la gestione della Sanità, nelle varie fasi della sua pratica applicazione, sia stata lasciata andare a « ruota libera », senza coordinamento, senza controlli, senza un'organizzazione adeguata, causando in tal modo confusione e disagio, che lasciano spazio anche agli sperperi.

Sembra allora quasi confermata l'ipotesi secondo cui i tagli operati sul bilancio della Sanità sarebbero il risultato della convinzione che le spese per la sanità siano accresciute dagli sperperi e dal ricorso indiscriminato alle prestazioni. Esistono anche queste disfunzioni e questi abusi, tanto è vero che è stato qui ricordato il fenomeno delle iperprescrizioni e dell'iperconsumo sia nel campo dell'assistenza farmaceutica, sia, soprattutto, in quello delle prestazioni specialistiche e degli esami di laboratorio. Vorrei ricordare a questo proposito che dal 1975 è iniziata un'ascesa incontrollata nel consumo dei farmaci, in coincidenza con un'agitazione dei medici per il famoso « ricettario unico ». Non si trova una spiegazione veramente razionale rispetto al consumo precedente l'agitazione.

Vorrei anche dire che vi sono, a volte, in presenza di mancati o incompleti controlli, altre forme di assistenza che non sempre trovano una razionale giustificazione: quella, per esempio, di chi ritiene di dover far domanda per un riconoscimento di invalidità e su richiesta del medico si sottopone a tutta una serie di esami per proprio conto, mentre poi l'INPS glieli fa ripetere; e tutto questo non sempre può essere giustificato da circostanze obiettive.

Così dicasi anche per la duplicazione degli esami in presenza di possibili ricoveri.

Una delle cause di tali distorsioni del sistema del servizio sanitario nazionale, come ieri di quello mutualistico — mi sembra che i fenomeni siano identici —, è da ricercarsi nella difficoltà dei rapporti con il mondo medico. Ci si chiede, allora, se il rimedio per ridurre tali sprechi possa essere quello di applicare il *ticket* sul consumo dei medicinali, sulle visite mediche e sulle degenze ospedaliere.

È stato osservato qui che se il *ticket* sui medicinali frena la spesa, causa nello stesso tempo una diminuzione dell'introito che si vorrebbe perseguire con l'applicazione del *ticket* medesimo. Queste osservazioni, che in ogni caso mi sembrano secondarie rispetto a considerazioni sociali più generali, possono avere anche una validità. Purtroppo, è confermato dai dati che c'è un abuso, sia pure dovuto all'iperprescrizione, qualche volta con la complicità degli assistiti. Pertanto, il *ticket* sui medicinali può essere, a mio parere, accettato, ma con tutte le garanzie di una efficace, razionale e tempestiva revisione del prontuario terapeutico.

Un'azione parallela e contemporanea deve essere condotta verso i medici, sia convenzionati che ospedalieri. Non so, però, con quale esito dato che lo stato attuale dei rapporti, condizionato dall'applicazione della convenzione, potrebbe far incontrare qualche difficoltà. A tale riguardo, anche la revisione degli elenchi degli assistiti deve essere operato come atto di corretta amministrazione, tendente soprattutto al recupero di somme spese ingiustamente, e non come atto di ritorsione verso i medici. Comunque, dovrebbe essere fatta subito.

Il *ticket* sulle visite mediche non può essere accettato per ovvie ragioni, oltre a quelle che ho sentito esporre e che in gran parte condivido. Innanzitutto vanifica lo spirito ed i contenuti della legge di riforma; in secondo luogo colpisce anche i più esposti socialmente ed economicamente. Inoltre, si deve rilevare che, dato il sistema di pagamento dei medici a quota capitaria, questi non hanno interesse a moltiplicare le visite; anzi, proprio per questo fatto, cioè per ridurre le visite, si può pensare che abbondino nelle prescrizioni e nelle proposte di ricovero. Dunque, sarebbe soltanto un atto diretto a colpire l'assistito, il quale, anche per una cattiva educazione sanitaria, qualche volta ricorre al medico anche quando non ne ha bisogno. Per modificare l'impostazione dal rapporto medico-assistito bisognerebbe forse inventare altri strumenti senza ricorrere a sistemi già sperimentati anche se in certi momenti hanno offerto qualche lato

positivo, consentendo il controllo e l'intervento da parte degli enti pubblici.

Diversa è la situazione per le visite specialistiche. Ferma restando la personale contrarietà al *ticket* per tali prestazioni, c'è da rilevare la diversa considerazione dell'assistito verso la struttura privata rispetto a quella pubblica. Ora, alcuni provvedimenti hanno incoraggiato questa preferenza con grave dispendio di denaro pubblico. Si dice che presso le strutture pubbliche le attese sono troppo lunghe. Non sempre ciò è vero e comunque bisognerebbe rivedere i criteri che consentono l'accesso alla struttura privata. Se nella struttura pubblica vi è un'attesa superiore ai tre giorni, si può andare alla struttura convenzionata esterna: bisogna però accertarsi che tale ultima struttura non procuri un'attesa pari o addirittura più lunga di quella della struttura pubblica.

Assistenza ospedaliera: il *ticket* è assurdo per una serie di considerazioni. Se si può pensare che, nel caso della visita medica, l'assistito ricorra anche senza una valida giustificazione all'opera del medico, essendosi determinato un certo andazzo per cui il cittadino pensa che, per il fatto che paga il contributo, il medico debba essere a sua disposizione, nel caso del ricovero sorge il dubbio che ci possano essere abusi da parte più del medico che dell'assistito. Anche in questo caso occorrerebbe rivedere i rapporti che intercorrono fra i medici convenzionati e le strutture ospedaliere, per ridurre le spese, che sono fortissime e sono diventate incontrollabili. A causa del sistema di pagamento ai medici, che ho citato prima, non c'è dubbio che vi sia una certa facilità all'ospedalizzazione. Ecco perchè ritengo che occorra rivedere i rapporti tra i medici convenzionati e le strutture ospedaliere. Non credo che si possano ripristinare certi sistemi di controllo sui ricoveri praticati nel passato; qualcosa però bisogna fare. I medici dovrebbero essere invitati a proporre il ricovero quando sia veramente necessario. Sulla spesa ospedaliera, poi, molto influisce l'organizzazione degli ospedali: un esame dovrebbe essere fatto per lo scorporamento o l'accorpamento dei cosiddetti ospedali di zona, perchè spesso il comprensorio delle

USL, pur di piccole dimensioni, comprende vari ospedali che non sempre si dividono i compiti, ma a volte costituiscono dei doppi, con una moltiplicazione di spesa. Forse, i criteri più generali ed ampi dovrebbero essere indicati dal Piano sanitario nazionale, perchè è sempre difficile fare previsioni in materia di salute, tranne che per le spese fisse. Occorrerà, pertanto, prevedere modalità e mezzi e forse, in previsione di sconfinamenti di spesa e abusi che potrebbero risultare incontrollabili, anche i criteri per fissare dei limiti. L'indirizzo non può essere solo quello di affidare questo intervento alle Regioni, perchè si potrebbero creare nuove sperequazioni tra Regione e Regione.

Vorrei dire qualcosa anche per l'assistenza agli « occasionali », fenomeno dovuto non solo ai pendolari, ma anche alla grande mobilità esistente nel Paese, nel mondo del lavoro, per ragioni turistiche e così via. Mentre si è fuori per lavoro, o per diporto, non credo che si voglia ricorrere alla prestazione sanitaria senza necessità, solo per sfruttare un servizio pubblico. Pertanto, sembrerebbe ingiusto e inopportuno punire indiscriminatamente tutti gli « occasionali ».

Dal contesto dei provvedimenti, dalle relazioni allegare agli stessi, ma soprattutto dalle riflessioni che ne scaturiscono, può veramente nascere il dubbio che qualcuno continui a considerare il campo della sanità secondario rispetto ad altri, sì da trattarlo con minore riguardo anche nell'assegnazione dei mezzi finanziari.

Le spese destinate alla Sanità, come opportunamente è stato fatto osservare, non possono essere considerate improduttive, in via generale e particolare, perchè curare la salute dei cittadini significa dare un contributo alla produttività. In questo senso, andrebbero riviste anche le limitazioni disposte per le cure termali e l'assistenza agli invalidi di guerra e civili. Direi soprattutto che, corretti le deformazioni e gli abusi, si sente la necessità di un intervento diretto a preservare alcuni degli aspetti più importanti della personalità umana.

Pertanto, occorre che il bilancio della Sanità sia dotato di mezzi finanziari sufficienti,

e non sembra che quelli previsti per il 1982 possano essere considerati tali.

D E L N E R O . Signor Presidente, onorevole Ministro, credo che mai, nel corso delle varie discussioni sul bilancio della Sanità, ci siamo trovati in una situazione di perplessità e di difficoltà analoga a quella in cui ci dibattiamo in questa occasione. Le contraddizioni davanti alle quali ci troviamo pongono un rappresentante del partito di maggioranza relativa in una posizione drammatica, in quanto, se da un lato vi è una determinata impostazione governativa del bilancio, dall'altro vi è la convinzione che tale impostazione contenga errori fondamentali, almeno per quanto concerne la Sanità.

Detto questo, vorrei fare alcune precisazioni. Quando esprimiamo osservazioni critiche in questa sede parlamentare, come le abbiamo fatte in altre sedi (non nella nostra qualifica di parlamentari, ma come esperti dell'Associazione dei comuni d'Italia), non intendiamo fare opposizione al Governo, « fare i primi della classe », ma crediamo di agire con forte senso di responsabilità e in spirito di collaborazione. Abbiamo fatto osservazioni anche a Governi presieduti da democratici cristiani ed a ministri della Democrazia Cristiana. Non è dunque il fatto che vi sia un Governo diretto da un rappresentante del Partito repubblicano o un Ministro liberale ad indurci a fare rilievi. D'altra parte, siamo convinti che, quando si passa dal tono ufficiale ai discorsi concreti, lo stesso Ministro condivida in cuor suo le nostre osservazioni.

Quindi, non spirito di critica aprioristica, non atteggiamenti nuovi, ma una volontà di collaborazione per realizzare una legge finanziaria che sia più concreta ed attuale.

Abbiamo assistito, in questo periodo, ad un'oscillazione continua di dati sulle entrate e sulle spese a seconda delle fonti cui attingevano. L'INPS fornisce certi dati, la Sanità altri, il Tesoro altri ancora, i vari centri di studi sanitari, che sono numerosi in questo Paese, ancora altri. Le stesse proposte avanzate in materia di sanità dagli organismi della maggioranza suscitano per-

plexità e incertezze. Non per nulla anche questa mattina, aprendo i giornali, leggiamo che uno dei partiti della maggioranza afferma chiaramente che non accetterà i tagli: l'« Umanità », infatti, si pronuncia in questo senso. Ci poniamo dunque anche noi il problema: vi sarà poi davvero una unicità di indirizzi? Non vogliamo qui fare polemiche politiche; vogliamo soltanto attenerci al campo sanitario.

Premettiamo che confermiamo la nostra solidarietà politica al Governo, confermiamo la giustezza della linea che il Governo ha assunto, circa la lotta a fondo all'inflazione e quindi il blocco della spesa pubblica a 50.000 miliardi, e teniamo a dire che queste decisioni sono del Governo. Non c'è un Ministro il quale sia disposto ad una interpretazione ed uno ad un'altra; non è il Ministro del tesoro che si è incapricciato del tetto dei 50.000 miliardi, ma c'è una direttiva del Governo, nella sua totalità, che ha fissato tale cifra. Riteniamo pertanto che non si possa ammettere che taluni Ministri siano disponibili a rivedere certe posizioni e che solo quel « cane rabbioso » del Ministro del tesoro, chissà perchè, abbia sue visioni diverse. Il Governo ha fissato in 50.000 miliardi il « tetto » del disavanzo della spesa pubblica, e tale cifra non deve essere superata. Sulle diverse voci il Ministro del tesoro afferma che, in base alle entrate di cui dispone, può destinare certe somme. Potremmo discutere se i fondi destinati alla Sanità siano scarsi rispetto a quelli destinati ad altri Dicasteri; ma questo discorso, più che in questa sede, dovrà essere fatto nella sede della Commissione finanze e tesoro. Noi non abbiamo la competenza per affermare che ad altri Ministeri siano stati dati fondi superiori alle loro esigenze. Possiamo però rilevare le insufficienze dei fondi destinati alla Sanità.

Pur confermando la nostra solidarietà alla linea di politica economica del Governo, e nella convinzione che il momento economico del Paese sia più difficile di quanto generalmente sia noto all'opinione pubblica e richieda provvedimenti draconiani, con la stessa decisione vogliamo affermare la nostra volontà di difendere i principi ispiratori

della riforma sanitaria. Non siamo disponibili per il suo affossamento.

Si è parlato in lungo e in largo degli errori della riforma e della necessità di apportare modifiche alla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale. Sono temi che potranno essere approfonditi. Se si dovranno apportare modifiche alle strutture organizzative, le questioni potranno essere studiate dal Governo e approfondite in sede di discussioni parlamentari. Quello che teniamo a ribadire è che abbiamo creduto nella riforma sanitaria, abbiamo lottato per attuarla e riteniamo di non poter rinunciare ai principi in essa accolti; né possiamo accettare che una legge finanziaria stravolga tali principi fondamentali, che si sintetizzarono nella globalità dell'assistenza, nella omogeneità dei trattamenti tra tutti i cittadini e tutte le zone del Paese, nella qualificazione dell'assistenza, nell'autonomia gestionale del Servizio sanitario.

Siamo quindi disponibili per una riparazione di errori e travisamenti avvenuti in sede di attuazione della riforma, per un aggiornamento delle strutture organizzative; ma non lo siamo per stravolgimenti della riforma o per suoi arretramenti. Per questo non ci spieghiamo come, sui 10.000 miliardi di economia decisi dal Governo, 4.700 siano stati sottratti proprio alla Sanità. È esatto che nella sanità si verificano sprechi, come si è anche rilevato in talune parti della relazione e come ha osservato anche il collega Bellinzona. Ma quando, da un lato, nella relazione di accompagnamento al disegno di legge finanziaria si afferma che bisogna rivedere la spesa per la Sanità, perchè la riforma ha rilevato i suoi limiti e i suoi sprechi, e dall'altro lato, nel bilancio e nella legge finanziaria, si conferma che la spesa necessaria ammonta a 26.150 miliardi, si afferma al contempo che da un lato si compiono sprechi ed errori e dall'altro le spese presenti sono necessarie, atteso anche che la spesa complessiva si mantiene sulla percentuale del 5,50 per cento del prodotto nazionale lordo. Abbiamo dunque giustamente smentito che si sia verificato un aumento della spesa dopo l'istituzione del

Servizio sanitario nazionale, e continueremo a contestarlo in ogni sede. Possiamo inoltre asserire che, in confronto con le spese del settore sostenute dai paesi della Comunità europea, dopo tale data siamo scesi ulteriormente; il che significa che, mentre l'Europa migliora nel settore della sanità, noi restiamo fermi o addirittura peggioriamo.

Abbiamo già contestato in altre sedi i tagli applicati al bilancio, alcuni dei quali ci sono apparsi ingiustificati, altri giustificati solo parzialmente. Il taglio di 1.132 miliardi allo stanziamento per il 1981 era scarsamente sostenibile. Abbiamo anche affermato, allora, che le previsioni non avevano tenuto conto della maggiore inflazione (oltre il 16 per cento previsto, dei nuovi punti di contingenza), nè dei maggiori costi derivanti dall'applicazione del contratto ospedaliero, sia perché il numero degli addetti è salito dai 400.000 ai 440.000 ed oltre dipendenti, sia perché i normali scatti di anzianità, le promozioni, e così via, hanno portato ad un aumento di spesa, per l'applicazione del predetto contratto ospedaliero, superiore alle previsioni. Non si era tenuto conto dell'ammortamento dei mutui per attività ospedaliere pregresse; si era tenuto scarsamente conto della spesa farmaceutica, per la quale si è prevista una economia quando l'aumento dei prezzi e dei costi in genere dimostrava una tendenza alla maggiorazione di tale spesa. Dicevamo allora, e confermiamo oggi, che difficilmente si chiuderà l'anno 1981 con una somma inferiore ai 22.000 miliardi.

Il Ministro della sanità, nella sua relazione del luglio scorso, in linea di massima, ha confermato ciò che ho detto. Allora, se è esatto che la spesa per il 1981 si aggirerà attorno ai 22.000 miliardi, stanziare per il 1982 21.400 miliardi diventa un nonsenso. Preciso che la spesa preventivata è di 26.150 miliardi, ma la somma a disposizione è di 21.400 miliardi. Si è tenuto, nelle previsioni, giustamente conto della inflazione al 16 per cento, sperando che resti tale, e del contratto dei medici generici, pediatrici, ambulatoriali, nonché del convenzionamento esterno; tutti contratti che entrano in vigore dal 1° gennaio 1982.

Quindi, l'aumento previsto dai 20.268 miliardi — che dovrebbe essere la insufficiente cifra rimasta in bilancio per il 1981 — ai 26.150 miliardi presenti, non è a mio avviso una previsione esagerata nè utopistica, ma veramente realistica se non si vuol creare già dal 1981 — e certamente nel 1982 — un grosso *deficit* sommerso da parte del Servizio sanitario nazionale, con una conseguente irresponsabilità amministrativa. Infatti, tutti noi che siamo stati per lunghi anni amministratori comunali ricordiamo che, quando furono messi i Comuni in condizioni tali da non poter provvedere ai bisogni essenziali della popolazione, si cominciò con la politica dei mutui e dei debiti, che poi i vari provvedimenti legislativi hanno dovuto sistemare, premiando le amministrazioni più disinvolute nello spendere e punendo, invece, quelle più attente.

Vogliamo anche nella sanità ricreare un incitamento alla spesa facile, così da produrre centinaia di miliardi di debiti, che qualcuno dovrà pagare perché nessuno potrà chiedere alle tasche dell'amministratore cifre di questo genere, o vogliamo creare, invece, una situazione del Servizio sanitario nazionale corretta ed onesta? Anche se non è assolutamente questa la volontà del Governo, si deve rilevare che il sabotaggio alla riforma sanitaria si fa non dando la possibilità al Servizio sanitario nazionale di svolgere i suoi compiti per poi asserire che la riforma sanitaria è fallita. Ricordo che, quando si decise di abolire l'ONMI, si tenne fermo per quattro o cinque anni lo stanziamento in bilancio, per cui l'Ente non riusciva a pagare neanche i dipendenti, mentre lo si accusava di non fare asili-nido, di non dare assistenza, di non ampliare i consultori, e così via; quando l'Ente chiedeva al Ministro del tesoro di aumentare gli stanziamenti, la risposta era negativa. A quel punto l'Opera, che pure aveva svolto un'attività benemerita in molte zone d'Italia, è stata soppressa per incapacità di funzionamento. Non vorrei che ad un certo punto si facessero ragionamenti analoghi per il Servizio sanitario nazionale.

Dobbiamo allora partire da un dato di spesa di 26.150 miliardi e dalla convin-

zione che è impossibile ricavare 4.750 miliardi da economie di spese, da riduzioni di livelli assistenziali, da *tickets* gravosi e inopportuni. La nostra insistenza su questo argomento è cosciente responsabilità e non amore di polemica. La spesa sanitaria — è stato dichiarato in più occasioni anche dal Ministro, e lo ringraziamo per la chiarezza ed il coraggio con cui ha affrontato le sue responsabilità — non è facilmente comprimibile essendo essa per larghe fasce formata da spese per il personale e da spese indeclinabili e ineluttabili; inoltre, la stessa ordinazione della spesa sfugge in molte parti alla struttura deliberante del Servizio sanitario nazionale essendo affidata ai medici che dispongono la richiesta delle medicine, il ricovero, e così via.

Siamo tutti d'accordo sul fatto che bisogna svolgere un'azione impegnata per migliorare la gestione del Servizio sanitario nazionale, aumentando il potere di indirizzo e di coordinamento da parte del Ministro della sanità. Facciamo però presente al Ministro che quest'azione di indirizzo e di coordinamento va sostenuta con efficacia e diciamo alle Regioni e alle USL di non cavillare sull'autonomia regionale quando vengono impostati orientamenti che servono a migliorare il funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Una cosa è la tutela dell'autonomia degli Enti locali e delle Regioni e un'altra cosa è la non accettazione di indirizzi e di coordinamenti che diano al Servizio stesso una migliore possibilità di funzionare. Siano così approntati i modelli organizzativi delle USL. Noi lottammo a lungo, in sede di legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, per stabilire modelli organizzativi che non dovevano essere tassativi, ma costituire almeno una indicazione specifica della struttura della USL. Il fatto che le Unità sanitarie locali siano istituite per città con un milione e mezzo di abitanti o in centri con 50.000 abitanti, che una volta si riuniscano quindici comuni ed un'altra un comune e mezzo, crea uno sfasamento continuo nella struttura e nel funzionamento delle Unità medesime. Si studi, pertanto, la possibilità, d'intesa con le Regioni ed il Consiglio sanitario nazionale, di dare modelli organiz-

zativi alle USL e alcune indicazioni fondamentali anche sui servizi. Vi sono, infatti, USL che non hanno creato ad esempio, un servizio ospedaliero, per cui, non essendoci un membro competente in materia all'interno del comitato di gestione, gli stessi operatori ospedalieri non sanno più a chi rivolgersi. Si viene così a creare una deficienza di rapporti tra l'ospedale e chi deve gestirlo.

Vi è poi il problema degli organici: anche qui vi è il blocco, ma si continua a fare assunzioni da tutte le parti. Come si fanno queste assunzioni? Con quali strumenti, e per quali qualifiche e per quanto tempo?

A L T I S S I M O, *ministro della sanità.*
A sei mesi.

D E L N E R O. Così è per lo *standard* dei servizi e per il controllo della spesa; controllo che non deve essere di semplice legittimità, ma deve veramente entrare nel merito della valutazione di costi e benefici, escludendo le spese non previste dal Fondo sanitario nazionale.

Io domando al Ministro — e la mia può essere una domanda a cui non potrà rispondere: mi consenta però di farla lo stesso — se il Ministero ha la struttura per riuscire a controllare i rendiconti semestrali e i conti consuntivi delle USL e delle Regioni. Parlo di un controllo che non sia puramente contabile. Il Ministro mi dirà che per prima cosa debbano arrivare i consuntivi. Ma disponiamo già dei consuntivi del 1979. Qui si afferma che si paga il sociale, che si paga il latte, l'acqua minerale e via di seguito. Questo risulta o no? Se risulta, quali interventi sono stati fatti? Se i fatti non sono provati, le polemiche non hanno valore. Credo che disponiamo già anche di buona parte dei rendiconti del 1980. Se la notizia è esatta, si afferma che, per i primi due trimestri, si dispone dell'80 per cento dei rendiconti. Quali convinzioni ne ha tratto il Ministero? Queste sfasature sono così gravi o sono marginali?

Recentemente sono venuto a sapere che molti medicinali consegnati ai terremotati erano privi delle fustelle. È vero o no? Se è vero, che cosa si è fatto? Si sono con-

trollati i magazzini? Dove sono finite le fustelle? Probabilmente sono state incollate su altre ricette, false, e il Servizio sanitario le pagherà due volte.

Sono domande che rivolgo al Governo. Non sto muovendo rilievi alla persona del Ministro della sanità, che fa tutto quanto può: si tratta di problemi che riguardano tutta l'attività del Ministero, e in particolare dei commissari di Governo. In questa sede si è discusso a lungo prima di pervenire alla decisione di non approvare determinate norme concernenti il settore termale, nell'ambito della legge n. 833 del 1978, ma poi talune Regioni ne hanno inserite alcune in contraddizione con l'anzidetto provvedimento, nelle loro leggi regionali, e il Commissario di Governo non ne ha eccepito l'illegittimità. È proprio vero che un bravo commissario di Governo è colui che non « dà noie » e non fa pervenire ricorsi al Governo? Pongo questa domanda non al ministro Altissimo, ma al Governo nel suo complesso.

Da tempo è anche stato discusso il problema del prontuario farmaceutico, ma per ora non ci è parso di vedere nulla di nuovo. Si era stabilito di approntare uno studio preciso. Non sono dell'idea che duecento medicinali risolvano tutti i problemi; non credo però neanche che l'attuale pleora possa essere mantenuta, e soprattutto ricordo che uno dei criteri contenuti nella citata legge n. 833, sia pure contrastato da alcuni colleghi, stabiliva che, a parità di azione terapeutica, si dovesse scegliere il farmaco di minor prezzo. Conosco farmaci largamente richiesti i quali sono improvvisamente scomparsi dal prontuario farmaceutico perchè costavano poco, e sono stati sostituiti da farmaci di maggior costo. Siamo arrivati al punto che clinici universitari continuano a prescrivere i vecchi prodotti, anche perchè l'ammalato vi si era adattato, per cui egli è costretto ad acquistare i prodotti più economici, mentre potrebbe avere gratuitamente quelli più costosi.

Non condivido, inoltre, l'opinione di chi afferma che la registrazione e l'inserimento nel prontuario sono fatti automatici. Per l'inserimento di un prodotto nel prontuario si deve tener conto di quelli che vi sono già iscritti, del prezzo e dell'utilità dell'iscrizione stessa. È giusto, tuttavia, che una decisione debba essere presa rapidamente, affinché le ditte produttrici possano decidere circa l'opportunità o meno di proseguire nella produzione dei diversi farmaci.

La convenzione medica prevede i protocolli terapeutici: anche questa è questione molto importante. Occorre offrire al medico una « protezione » e per questo siamo d'accordo anche con l'azione ispettiva del Ministero della sanità. Non dovrebbe trattarsi, però, di una mera ispezione « cartacea », ma dovrebbe offrire alle Unità sanitarie locali consigli e indirizzi circa l'attività medica, non nel senso di interferire con la professionalità del medico, della quale siamo gelosissimi custodi, ma nel senso analogo a quello in cui agivano le vecchie mutue, che inviavano periodicamente il medico della mutua in ospedale a fare il giro dei reparti e a controllare se vi fossero degenze inutili, o a controllare se un medico prescriveva troppe medicine, magari prodotte da una determinata ditta. Tale azione, oltre a costituire un utile controllo, rappresentava una sorta di difesa per il medico, il quale poteva far rilevare al suo assistito l'impossibilità di eccessive degenze e di prescrizioni di troppi medicinali.

Di qui tutto il discorso sulla politica del farmaco, di cui si è parlato più volte e sulla quale non intendo soffermarmi a lungo: mi limiterò a dire che si dovrebbe almeno tentare di meglio disciplinare la politica dei prezzi, dato che, quando un prodotto è in commercio da molto tempo, la ditta produttrice ha certamente già ammortizzato diverse spese. Opportuni controlli anche in questo senso potrebbero consentire risparmi superiori a quelli che si realizzano mediante il ricorso ai *tickets*.

Un'ultima osservazione intendo fare circa le spese ospedaliere. Si constata un peggioramento della gestione degli ospedali. Ritengo che la mancanza di consigli di amministrazione non abbia per il momento apportato benefici: gli ospedali non si sono ancora ben organizzati. E, soprattutto, il controllo del personale si fa sempre più difficile. Occorre trovare una formula che responsabilizzi maggiormente il personale nell'attività ospedaliera.

Venendo più direttamente al disegno di legge finanziaria, una prima osservazione da fare concerne l'entrata. Cito i dati ufficiali, quelli che anche ieri i funzionari del Tesoro e della Sanità ci hanno fornito.

Osservando tali dati, che sono «di parte», rileviamo che le entrate del Fondo sanitario nazionale per il 1981 sono state 14.155 miliardi, con una spesa, dopo i «tagli» di 20.268 miliardi. Cioè, il contributo che lo Stato ha dato al Fondo sanitario nazionale è di 6.113 miliardi, comprensivo delle spese già fatte dalle Province e dai comuni, e che dovevano essere trasferite al Fondo sanitario nazionale, valutate in 3.100 miliardi. In definitiva, nei 6.113 miliardi sono compresi 2.300 miliardi di semplici trasferimenti — sempre a carico del Tesoro, è vero, ma concettualmente trasferimenti — di altre spese che prima erano sostenute dalle Province e dai Comuni. Se così è, tutta la riforma sanitaria per il 1981 viene a costare al Tesoro 6.113 miliardi meno 2.300 miliardi circa.

In definitiva, allora, tutti i «paurosi» interventi dello Stato per le istituzioni sanitarie ammonterebbero a circa 3.900 miliardi. Ora, se consideriamo quanto lo Stato ha dato per pareggiare i debiti delle mutue e quanto continua a dare a tale titolo, non possiamo dire che si è troppo sprecato per il finanziamento del Fondo sanitario nazionale.

La situazione del 1982 è ancora peggiore. Lo Stato stanziava 21.400 miliardi, dei quali 16.200 sono introiti propri del Fondo sanitario nazionale, il che vuol dire che l'erogazione da parte del Tesoro è di 913 miliardi inferiore a quella dell'anno scorso.

Presidenza del Presidente PITTELLA

(Segue DEL NERO). Se dovessi poi tenere conto dei 3.100 miliardi di trasferimenti cui ho accennato prima, l'ammontare del concorso del Tesoro alla sontuosa spesa sarebbe di 2.100 miliardi.

Ora, se queste osservazioni sono esatte, dobbiamo chiedere un migliore approfondimento di dati sulle entrate INPS e su altre entrate dello Stato che, se meglio precisate, crediamo che possano essere più consistenti. Un maggiore approfondimento chiediamo pure sul versamento che lo Stato deve fare per i propri dipendenti e per le aziende statali. Se è vero che le spese per stipendi sono di 38.000 miliardi — come risulta dai dati ufficiali del Governo — non mi pare che 2.100 miliardi corrispondano al provento di contributi per malattia su 38.000 miliardi di stipendi degli statali.

ALTISSIMO, *ministro della sanità*. No, per il 1982 la cifra vale per un semestre, mentre per il 1981 riguarda tutto l'anno.

DEL NERO. Se questo è esatto (non metto in dubbio la parola del Ministro), la differenza tra le previsioni di 2.100 e 1.300 miliardi è di 800 miliardi, dovuti all'aumento degli stipendi, che in media è del 15-20 per cento. Ora, come fa il totale a dare soltanto 2.100 miliardi? Ecco il perché delle nostre perplessità su questi dati. Essi confermano comunque che non si può superare il problema della spesa sanitaria se non riusciamo ad aumentare lo stanziamento di 2.000 miliardi ed a portarlo da 21.400 a 23.400 miliardi.

Come ricavare tali somme? Come ho già detto prima, non sta a noi fare tagli sugli stanziamenti degli altri Ministeri; provveda la Commissione bilancio. Sul piano indicativo facciamo presente che, poichè è previsto un *fiscal drag*, invece che in un anno, questa riduzione andrebbe attuata in due anni; si inizi a farlo per le cifre più basse e per quelle più alte, gradatamente, nel 1982 e nel 1983. Se è vero che il *fiscal drag* deve rendere 7.000 miliardi, 2.000 miliardi verrebbero fuori senza difficoltà; oppure si potrebbe ricor-

rere ad altre imposizioni (addizionale IRPEF, benzina, eccetera).

Io continuo ad insistere sul fatto che il cittadino preferisce pagare qualcosa di più come imposte finchè è sano piuttosto che trovarsi ad affrontare una serie di *tickets* quando è malato. Pertanto, la proposta resta che i 21.400 miliardi vadano portati a 23.400, attraverso strumenti fiscali che possiamo indicare nel nostro parere, non essendo competenti sul piano decisionale.

È chiaro che non si può approvare una politica del Ministro delle finanze che « fa il bravo » e non aumenta le tasse ed una politica del Ministro del tesoro che invece « è cattivo » e non vuol dare i soldi. Per questo sosteniamo una politica del Governo che cerchi il modo di recuperare 2.000 miliardi per la Sanità.

Livelli di assistenza: anche su questo punto, e in particolare sull'abolizione dell'assistenza integrativa, faccio le mie osservazioni. Al cittadino l'assistenza termale e quella protesica sono state sempre date, sia pure in forma ridotta: oggi, improvvisamente, vengono completamente tolte. Se si vuole ridurre in parte questa voce per fare delle economie, diminuiamo l'assistenza termale limitandola ai casi più gravi, ma non aboliamola integralmente. Richiamo qui le conseguenze indirette rilevate da alcuni colleghi per quanto riguarda il termalismo.

Sarei invece d'accordo che già nella legge finanziaria fosse stabilito che il congedo straordinario per effettuare le cure termali non è consentito, così che il dipendente statale effettui le cure durante le ferie ordinarie. Questo già avviene per la grande maggioranza dei lavoratori e può pertanto verificarsi anche per i dipendenti dello Stato e per le poche altre categorie che godono di questo privilegio. In tal modo ne usufruirebbero soltanto coloro che hanno veramente bisogno di cure, sacrificando quindici giorni di ferie. Su questo siamo d'accordo.

A L T I S S I M O, ministro della sanità.
È stato intervistato il direttore delle Terme di Casamicciola, il quale, in un *lapsus* freudiano, ha parlato di « turismo sociale » e non di « termalismo sociale »!

D E L N E R O. In definitiva, però, per coloro che godono ancora di questo beneficio la Sanità paga solo il trattamento termale, perchè il vitto e l'alloggio è a loro carico o a carico di enti mutualistici. Ora, è chiaro che, se si è disposti a sostenere questa spesa, si ha bisogno delle cure.

Per le visite occasionali sono d'accordo anch'io che si possa fare un taglio. Desidero però fare una sola osservazione al Ministro, e cioè che nei confronti dei cittadini della Comunità europea questa assistenza è prevista da accordi internazionali. Pertanto, l'onorevole Altissimo dovrà valutare le conseguenze che si verificheranno sul piano internazionale il giorno in cui la toglieremo e, ad esempio, il turista tedesco che viene in Italia dovrà pagarsi le spese sanitarie. Probabilmente si dovrà studiare un rimborso da parte del Ministero della sanità, perchè non si potrà pretendere che il medico di Rimini che visita il turista tedesco lo consideri sulla propria quota capitaria senza prendere nulla, senza alcun incentivo.

Sono nettamente contrario al *ticket* sulle visite mediche. L'assistenza medica è il primo servizio che ogni mutualità ha fornito. Ho già detto in altre occasioni che anche la Cassa mutua dei coltivatori diretti, la più modesta tra tutte, ha fornito la visita medica quando ha iniziato a funzionare.

In molte zone delle nostre campagne al medico che visita a casa liberamente il contadino non dà più di 5.000 lire. Ora, cosa finiamo per dare a questi assistiti se devono pagare 4.000 lire di *ticket*? È chiaro che quando il contadino deve sottoporsi ad una visita specialistica vende anche qualche bene, se necessario, si reca nella grande città, paga 50.000 lire per una visita medica e se ne va senza nemmeno la ricevuta, perchè non è informato ed è in stato di soggezione psicologica. Ma quando a casa viene il medico del suo paese, la parcella non supera le 5.000 lire. Questo *ticket* pertanto, costituisce un grave passo indietro. Inoltre, di fronte all'obbligo di pagare *tickets* su visite e farmaci, molti giudicheranno più semplice ricorrere al ricovero in ospedale. Non vorrei che, per guadagnare qualche lira di *ticket*, si finisse per spenderne molte di più per i ricoveri.

Molte perplessità suscita inoltre il *ticket* per i ricoveri: se esso dovesse essere pagato per l'intera durata del ricovero, le entrate potrebbero anche risultare cospicue ma molto onerose per l'assistito, mentre, se ci si dovesse limitare a far pagare il *ticket* per la sola prima giornata, quella che lo Stato si assicurerebbe sarebbe un'entrata « modesta ». Non dimentichiamo, d'altra parte, che, dovendo gli ospedali dotarsi di personale da adibire alle riscossioni, si rischia di spendere per tale personale più di quanto non si incassi con i *tickets*.

Occorre inoltre precisare meglio la questione delle esenzioni dal pagamento dei *tickets*. Il Ministro ha affermato che l'esenzione riguarda anche i pensionati; ma, se non erro, essi non possono inserire nella dichiarazione dei redditi le spese per la produzione del reddito stesso.

ALTISSIMO, *ministro della sanità*.
È assimilato al reddito da lavoro.

DEL NERO. Occorrerà che la legge sia molto chiara in merito. È necessario inoltre chiarire l'aspetto del cumulo dei redditi. Che cosa accade nel caso di una vedova con tre figli minorenni il cui reddito sia poco superiore di 3.600.000? Toglierà tutti i *tickets*? Badiamo inoltre a non adottare un principio che è già stato dichiarato incostituzionale dalla Corte costituzionale.

Desidero poi richiamare l'attenzione sulla situazione degli invalidi di guerra e del lavoro, a proposito dei quali si sono avute molte polemiche.

Sempre nella previsione di aumento di 2.000 miliardi del fondo messo a disposizione dal Tesoro, per la Sanità potranno essere accettati gli aumenti per gli autonomi e discusse altre riduzioni, delle quali talune possono essere condivise, altre no. Una somma di 400 miliardi potrebbe essere recuperata con economie di gestione realizzate sia in sede ministeriale che con la revisione dell'elenco degli assistiti e delle spese sociali, con una migliore ospedalizzazione, una migliore cura delle manutenzioni, una migliore disciplina del personale dipendente. Su queste basi si potrebbe trovare una soluzione.

Se infatti sarà concesso l'aumento dello stanziamento dei 2.000 miliardi e saranno confermati i 675 mila miliardi per l'aumento agli autonomi, resteranno circa 2.000 miliardi da recuperare, sui quali si potrà esaminare una serie di proposte, tra le quali l'approvazione del Piano sanitario.

Dobbiamo smettere di affermare continuamente che « siamo in attesa dell'approvazione del Piano sanitario ». Prendiamo una decisione. Non si può, contemporaneamente, da un lato approvare un Piano sanitario che prevede un determinato tipo di assistenza, e dall'altro approvare il disegno di legge finanziaria, che tale assistenza rinvia o riduce in gran parte. Si vuole operare una scelta? I due provvedimenti sono in contrasto tra di loro.

Allora, credo che un preciso disegno di legge che stabilisca gli obiettivi *standard* di assistenza e le linee di orientamento dell'attività sanitaria, trasformando tutto il resto in un'azione di indirizzo e di coordinamento, possa essere utile.

Sul bilancio, mi rimetto a quel che ha detto il relatore, con il quale concordo perfettamente. Alcune osservazioni sulla carenza di stanziamenti, che pure potrebbero essere fatte, non mi paiono opportune in quanto sul problema più vasto del Fondo sanitario siamo nella situazione che conosciamo. Accettiamo, quindi, gli stanziamenti così come sono stati stabiliti. Osserviamo che i 510 miliardi assegnati anche quest'anno in conto capitale faranno sì che la degradazione delle strutture e dei servizi continui, perchè le USL non potranno rinnovare niente, nè si attueranno quelle trasformazioni e quei centri-filtro che sarebbero certamente utili anche per realizzare delle economie.

Sullo stesso fondo di bilancio del Ministero della sanità, vediamo che per le spese in conto capitale ci sono 2.500 miliardi annui in meno; il che vuol dire che il Ministero stesso, per la propria azione, ha subito una riduzione. Riduciamo il Fondo sanitario nazionale e riduciamo il conto capitale del Ministero della sanità; io non so in qual modo apporteremo quei miglioramenti di qualificazione che in avvenire potrebbero ridurre la spesa, come organizzeremo la prevenzione, e così via.

Ripeto che, dopo quanto è stato detto per la legge finanziaria circa il Fondo sanitario nazionale, non rimane altro che accettare lo stato di previsione sottopostoci, sia pure con questi rammarichi. Possiamo soltanto fare un sollecito affinché la riforma del Ministero della sanità sia preparata al più presto, poichè è impossibile che in queste condizioni esso possa svolgere l'azione di coordinamento e di indirizzo che gli compete. Il Ministro ha fatto degli studi e si è dedicato con particolare impegno a questo settore: lo preghiamo di accelerare i tempi per quanto possibile.

Vorrei chiudere questo mio intervento con l'augurio che si arrivi ad un concetto nuovo della Sanità, affinché non sia vista in sede di Governo, in sede politica e dalle forze sociali come una pompa che aspira tutti i mezzi dello Stato con scarso rendimento. Nonostante tutto, la Sanità ha raggiunto dei traguardi; non possiamo negare che l'assistenza è stata estesa a tutti i cittadini e che una maggiore coscienza sanitaria si è creata nel nostro Paese.

Se riusciremo a creare un diverso clima politico e soprattutto una maggiore collaborazione tra gli operatori sanitari (a questo scopo non stabiliamo *tickets* inapplicabili e inopportuni; non graviamo le categorie degli operatori sanitari; risolviamo al più presto la situazione degli ospedalieri; arriviamo sollecitamente al nuovo contratto per il comparto sanitario o almeno iniziamo a discuterlo) potremo migliorare la Sanità stessa e fare dei risparmi. Se continueremo invece nello stato di agitazione all'interno degli ospedali, nelle categorie mediche e paramediche, sarà difficile fare economie, il *ticket* e i tagli saranno impossibili, mentre certamente il degrado dell'assistenza sanitaria diventerà sempre più forte.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro chiede di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

Se non si fanno osservazioni, rinvio il seguito dell'esame ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 12,05.

GIOVEDÌ 22 OTTOBRE 1981

(Seduta antimeridiana)

**Presidenza del Presidente PITTELLA
indi del Vice Presidente CIACCI**

I lavori hanno inizio alle ore 10,50.

« **Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982)** » (1583)

(Parere alla 5^a Commissione)

« **Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1982 e bilancio pluriennale per il triennio 1982-1984** » (1584)

— **Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1982 (Tab. 19)**

(Rapporto della 5^a Commissione)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame congiunto della tabella 19 del bilancio dello Stato: « Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1982 » e del disegno di legge: « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982) ».

Stamane, come i colleghi sanno, dobbiamo ascoltare le repliche del relatore e del Ministro della sanità.

F O R N I , *relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583.* Signor Presidente, onorevoli colleghi, il dibattito che si è svolto nei giorni scorsi è stato particolarmente positivo. Nelle sedute dei giorni 15, 20 e 21 ottobre sono intervenuti i colleghi Rossanda, Pinto, Grossi, Pecorino, Ciacci, Bellinzona, Pittella, Mariotti e Del Nero. Il dibattito è stato caratterizzato da un grande senso di responsabilità ed è stato all'altezza della gravità del momento politico. Il tono degli interventi non ha mai sfiorato né la retorica né la demagogia. Il differente giu-

dizio che le parti politiche hanno sul Governo non ha influenzato l'esame obiettivo dei problemi. Le risposte date ai drammatici quesiti posti dal disegno di legge finanziaria sulla spesa sanitaria in Italia sono stati improntati a realismo da parte sia della maggioranza che della opposizione. Vi è stato un reale sforzo di approfondire le questioni, si è acquisita nuova documentazione, al fine di raggiungere un chiarimento utile per tutti.

Per quanto riguarda la posizione del relatore, debbo dire che la stampa ha dato della relazione una versione limitata, che non ha contribuito ad un chiarimento del complesso dei problemi affrontati. Da parte mia, nella relazione ho espresso un giudizio di pieno sostegno nei confronti del Governo, aggiungendo che la sua stabilità è una delle condizioni per poter realizzare una politica che rilanci l'economia del nostro Paese, superando così il momento di crisi in cui ci troviamo. Ho ritenuto, nella relazione, di offrire uno stimolo di riflessione ai colleghi della Commissione sanità e della Commissione bilancio, in modo che il Parlamento possa assumere il suo ruolo di interlocutore del Governo e di protagonista delle scelte. Ho aggiunto che questo ruolo di interlocutore, di mediatore e di protagonista del Parlamento era tanto più necessario in quanto il dibattito sul disegno di legge finanziaria veniva in un momento in cui erano in corso trattative fra Governo e sindacati proprio sui problemi dell'economia del nostro Paese. Quindi toccava e tocca al Parlamento farsi carico di una serie di problemi, che non sono solo quelli contenuti nella relazione al disegno di legge finanziaria ed a quello di bilancio, ma anche quelli originati dal dibattito che su questi problemi c'è nel Paese, soprattutto da parte delle forze sociali ed economiche. Penso che nessuno degli interlocutori, in questa discussione, abbia ignorato la gravità della situazione economica. Questa constatazione era presente in tutti gli interventi. Noi tutti conosciamo quali sono i gravi problemi che derivano dall'inflazione: l'aumento della disoccupazione, la crisi in molti settori industria-

li del nostro Paese, dalla siderurgia alla chimica, al settore tessile. Nessuno di noi dimentica quanto sia drammatico il problema collegato alla politica della casa e nessuno di noi ignora che, mentre dobbiamo registrare un aggravamento della situazione economica, e quindi un aumento della disoccupazione, vediamo i giovani sempre in maggiori difficoltà per trovare un posto di lavoro: giovani, soprattutto, che avevano negli anni scorsi affrontato l'esperienza scolastica con la speranza di poter poi trovare una occupazione.

Dal dibattito, da parte dei rappresentanti della maggioranza ed anche da parte dei rappresentanti dell'opposizione, è venuto un giudizio di consenso su quella parte della politica economica del Governo che riguarda la riduzione della spesa pubblica come uno dei mezzi per combattere l'inflazione, non come unico mezzo. Si è rilevata l'opportunità del fatto che il Governo abbia stanziato circa 6.000 miliardi, accanto alle riduzioni, per il rilancio delle attività economiche, anche se si sono fatte valutazioni diverse in ordine all'impiego dei 6.000 miliardi per gli investimenti. Il problema, comunque, riguarderà molto di più la Commissione industria, la Commissione lavoro, la Commissione lavori pubblici e, da ultima, la Commissione bilancio.

Soffermandoci sulla parte che ha costituito il punto di maggiore attenzione per il dibattito, dirò alcune cose in ordine alla riduzione del *deficit* del bilancio dello Stato e al contenimento della spesa nel settore pubblico allargato. Da parte mia e da parte dei colleghi della maggioranza si è ribadita la validità del « tetto » di 50.000 miliardi fissato dal Governo rispetto al preventivo di oltre 60.000 miliardi di *deficit*. I « tagli », cioè le riduzioni e il contenimento della spesa, dovevano riguardare tutti i settori e in particolare il settore degli enti locali, il settore previdenziale, il settore della sanità. Per quanto riguarda i tagli operati nel settore della sanità, unanimemente la Commissione ha ritenuto, e io confermo il giudizio, che sia eccessivamente penalizzante il taglio di 4.750 miliardi operato sulla spesa sanitaria. Si è ritenuto giustamente spropor-

zionato e quindi non equo, ed io riconfermo il giudizio, chiedere al settore della sanità di contribuire alla riduzione di spese con circa il 50 per cento delle misure di riduzione del *deficit* del bilancio dello Stato. Si è ritenuto che questo taglio di 4.750 miliardi fosse eccessivamente penalizzante, non perchè non si riconosca che anche all'interno del settore della sanità si possono operare dei risparmi, e quindi si possono evitare delle diseconomie, ma perchè il taglio di 4.750 miliardi, di fatto, blocca la possibilità di organizzare in modo efficiente il Servizio sanitario nazionale secondo lo spirito della legge n. 833 del 1978.

Se questa misura fosse stata accompagnata da proposte di modifica della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale avremmo affrontato il discorso in modo diverso: cioè tenendo conto che a questa riduzione di spesa seguiva una modifica dell'organizzazione del Servizio sanitario e quindi era logica in rapporto ad un tipo di servizio diverso. Siccome nè da parte del Governo nè da parte di chi è intervenuto si è fatta presente l'opportunità di modificare la legge approvata nel 1978, ne consegue che una riduzione di spesa come quella proposta dal Governo di fatto blocca l'attuazione di quel provvedimento. Il problema, quindi, dell'attuazione della citata legge n. 833 non può essere in questa sede ignorato. I tagli, ed anche su questo la Commissione si è trovata d'accordo, dovevano essere più equamente ripartiti tra tutti i settori, colpire gli sprechi, le diseconomie, presenti anche in altri comparti della spesa dello Stato. A meno che, tanto per fare un esempio, non si voglia affermare che nel settore della formazione professionale tutti i fondi che sono stati stanziati sono spesi bene o ottengono i risultati che si erano prefissati.

La Commissione inoltre ha concordato, e anch'io ribadisco il giudizio, sulla produttività della spesa sanitaria anche in rapporto ad altri settori della spesa pubblica, nonchè in rapporto ad un esame comparativo con la spesa sanitaria in altri Paesi della Comunità europea e al di fuori di essa.

La senatrice Rossanda ha fatto esami comparativi con la situazione del Regno Unito. Devo dire che tra il 1960 e il 1978 la percentuale del prodotto interno lordo per la spesa sanitaria nei Paesi della Comunità europea è passato, nel complesso, dal 4,1 per cento al 7,3 per cento. Tra i Paesi maggiori, Italia, Francia, Germania, Regno Unito, l'aumento proporzionale più elevato si è avuto in Germania, mentre il Regno Unito ha dimostrato negli anni tra il 1975 e il 1978 una tendenza alla diminuzione; per gli altri Paesi gli aumenti più consistenti si sono avuti in Belgio, Danimarca e Olanda. Si è avuto inoltre un aumento delle differenze tra i vari Paesi. Sempre nel periodo dal 1960 al 1978 l'Italia si è mantenuta molto vicina alla media europea sia come valore assoluto sia come andamento della spesa. Successivamente, come è stato ricordato, mentre la spesa sanitaria si è attestata come media nell'Europa attorno al 7,2 per cento, in Italia dal 1979 in avanti si è avuta una stabilizzazione della spesa sanitaria e la sua attestazione percentuale intorno al 5,4 per cento del prodotto interno lordo. Potrei citare anche altri dati, ma ritengo sufficienti quelli già illustrati nella relazione, quelli che si possono ricavare da altri studi, compresa la relazione fatta dal collega Del Nero al Convegno di Viareggio e quelli ricordati qui da alcuni interventi nel dibattito, tra cui quello della senatrice Rossanda, sufficienti a dimostrare che nel nostro Paese non vi è stato un aumento anormale della spesa sanitaria. Si sono registrati anzi un contenimento e una razionalizzazione.

Vi è quindi l'accordo di tutta la Commissione sul fatto che la spesa sanitaria non è aumentata in conseguenza dell'applicazione della legge n. 833 del 1978. Non solo non è aumentata in assoluto, ma neppure in rapporto al provvedimento di riforma sanitaria. Si sono poste, invece, le basi per una razionalizzazione e per la correttezza e la certezza della spesa rispetto a quanto avveniva in passato.

Vorrei ricordare qui che nella tabella 2 per l'anno 1982 (stato di previsione del Ministero del tesoro), al capitolo 5945, per quanto riguarda la cassa, vi sono ancora quote

per 250 miliardi quale pagamento di debiti degli ospedali psichiatrici e delle Amministrazioni provinciali che devono essere ripianati ai sensi di leggi approvate sia nel 1980 che nel 1981. Nel capitolo 4661 della stessa tabella vi sono 238 miliardi 328 milioni e 600 mila lire quali interessi di certificati di credito per debiti degli enti mutualistici e degli ospedali, ai sensi della legge n. 386 del 1974 e della legge n. 72 del 1976. Si tratta di debiti di enti mutuo-assistenziali nei confronti degli ospedali per il periodo precedente il 1974. Al capitolo 4661 si trova inoltre una somma di 133 miliardi 185 milioni e 500 mila lire stanziata sulla legge n. 565 del 1977, sempre per interessi su certificati di credito emessi per il finanziamento del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera per il periodo 1975-1977.

Sono, queste, voci presenti nel bilancio dello Stato, che qui non sono state ricordate ma che stanno a testimoniare quale fosse il risultato della gestione precedente l'applicazione della legge n. 833. Vi era un considerevole debito sommerso, che continueremo a pagare ancora per parecchi anni.

Fatte queste considerazioni preliminari, devo dire che vi sono stati giudizi convergenti nella Commissione, con i quali concordo, in ordine alle operazioni per ridurre il Fondo sanitario nazionale per il 1982.

Il primo punto riguarda i *tickets*. Non sono state formulate critiche di principio all'applicazione del *ticket* sui farmaci; non si è entrati in merito al decreto-legge in discussione alla Camera; nessuno si è espresso in ordine all'aumento del *ticket* proposto da quel decreto-legge, anche se l'applicazione di questo *ticket* è stata vista da tutti come momento per l'attuazione di una più corretta politica del farmaco.

ROSSANDA. Io ho detto, però, che il *ticket* in generale non si riscontra nei Paesi stranieri.

FORNI, relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583. Vorrei ribadire che, come è stato affermato da par-

te di tutti, si tratta di un momento della politica del farmaco. Alcuni la ritengono una misura transitoria, altri non si sono pronunciati su questo punto. Comunque il *ticket* sulla fornitura dei farmaci non è stato messo in discussione come misura che in questo momento può consentire di ridurre la spesa sanitaria nel nostro Paese; anche se, ripeto, questo deve essere accompagnato da una serie di altri provvedimenti, come, ad esempio, la revisione della disciplina per la registrazione dei farmaci e per la formazione del prontuario farmaceutico. Devono inoltre essere risolti il problema della ottimizzazione delle confezioni e quello della educazione ad un corretto uso dei farmaci; problemi che sono emersi qui e che fanno parte di un più ampio dibattito che portiamo avanti anche sul problema più vasto dell'attuazione della riforma sanitaria.

Quanto al *ticket* sulle visite di medicina generale e pediatrica, è stato espresso un giudizio negativo unanime da parte della Commissione, per cui non sto qui a ricordare le ragioni sostanziali e di carattere tecnico che hanno suffragato questo giudizio. Sostanzialmente si è ritenuto che una norma di questo genere finisse per modificare i principi della legge n. 833, che abbiamo fin qui unanimemente sostenuto, e che fosse inapplicabile il *ticket* sulle visite mediche in presenza di una retribuzione dei medici di medicina generale e dei pediatri, come previsto dall'ultima convenzione. Il presidente Pittella, a proposito, rilevava la necessità, nel caso si dovesse modificare questo tipo di intervento, di rivedere contemporaneamente i criteri della convenzione: problema magari in teoria assai utile da riesaminare, ma dal punto di vista pratico, dopo l'iter tortuoso e difficile della stipula della convenzione, assai difficile da affrontare.

Anche sui *tickets* che dovrebbero essere applicati dalle Regioni per far fronte ad una quota di riduzioni della spesa sanitaria, pari a 765 miliardi, sono stati espressi pareri negativi: sia sul fatto che le Regioni possano applicare dei *tickets* creando quindi all'interno del Paese situazioni diverse in ordine all'assistenza, sia in relazione proprio al con-

tenuto di quei provvedimenti. Si tratta dei *tickets*, sulle visite specialistiche e sulle indagini di laboratorio. Queste ultime potrebbero essere oggetto di un *ticket*, di una compartecipazione, se non avessimo avuto alle spalle l'esperienza negativa di un provvedimento di questo genere, che è stato poi ritirato per le difficoltà sollevate nel Paese in ordine alla gestione della riscossione del *ticket* stesso.

Un giudizio largamente negativo, invece, è stato espresso sull'introduzione del *ticket* per la degenza ospedaliera.

L'introito previsto per l'apporto dei *tickets* sulle visite mediche avrebbe dovuto essere, secondo la relazione del Governo, di 1.000 miliardi di lire. I *tickets* regionali dovrebbero essere applicati per una quota di 765 miliardi, in ordine sempre alla riduzione del *deficit*. E gli effetti indotti relativi ai farmaci e al settore specialistico dovrebbero essere di circa 400 miliardi. Si tratta quindi di un complesso di provvedimenti che dovrebbe consentire un risparmio di 2.165 miliardi, ma sul quale si è espresso un giudizio che non è di consenso. Circa poi gli effetti indotti dai *tickets* sulle uscite mediche, io ritengo che forse non sarebbe opportuno annullare l'importo di quelli sui farmaci e sull'assistenza specialistica, in quanto una corretta applicazione della convenzione ed una responsabilizzazione del personale sanitario potrebbe portare egualmente ad una riduzione della spesa, specialmente nel settore dell'assistenza specialistica.

Sono stati poi proposti dal Governo una serie di provvedimenti in ordine alla riduzione di livelli di prestazioni. Per quanto riguarda l'assistenza termale si è unanimemente rilevata la necessità di sottolineare, per tale tipo di assistenza, la natura esclusivamente terapeutica, evitando così l'allargamento della spesa e lo sconfinamento di questi interventi di natura curativa in un più ampio tipo di politica, che è quella del termalismo sociale o del turismo termale: politica che la Commissione indubbiamente non è disposta ad accettare, mentre ribadisce che l'assistenza termale, così come prevista dalla legge n. 833, voleva proprio sot-

tolinare l'efficacia terapeutica di alcuni di questi interventi, da praticarsi in modo corretto.

Per quanto riguarda sempre l'assistenza termale, esiste quindi la proposta di non sospendere questo tipo di intervento, però valorizzandone gli aspetti terapeutici e intervenendo sulla normativa in vigore, dichiarando cioè che queste cure dovrebbero essere effettuate, da parte dei pubblici dipendenti e dalle categorie che ne hanno diritto per contratto, nel normale periodo di ferie e non in periodo aggiuntivo rispetto al congedo ordinario. Evidentemente deve essere fatta eccezione per i casi gravi, indicati dal medico, e per quelle categorie che, nella normativa precedente, avevano diritto ad effettuare le cure termali anche al di fuori del congedo ordinario, cioè mutilati e invalidi di guerra, mutilati e invalidi di servizio, mutilati e invalidi del lavoro, mutilati e invalidi civili gravi.

Vi è poi il problema riguardante le protesi: sia la fornitura diretta sia il contributo alle spese relative. Anche qui sono stati sollevati molti dubbi intorno alla praticabilità della proposta. Però mi pare di capire che ci sia un consenso sufficiente sulla necessità di mantenere la fornitura gratuita delle grandi protesi e di garantire quindi la continuità dell'assistenza a quelle categorie che godevano dell'assistenza protesica: invalidi di guerra, invalidi del lavoro, mutilati per servizio, invalidi civili. Per quanto riguarda, infine, il problema della sospensione delle visite occasionali, è stato fatto rilevare che ci possono essere situazioni in cui le visite occasionali sono necessarie, come nel caso di chi, per ragioni di lavoro, di fatto risiede in una località che non coincide con la residenza abituale.

Per quanto riguarda le altre operazioni di risparmio e di controllo della spesa mi pare che la Commissione si sia orientata a dare un giudizio positivo, pur rilevando la necessità di fare un esame attento delle norme. È opportuno attivare controlli sull'attività sia delle Regioni, sia delle Unità sanitarie locali; controlli che devono essere fatti senza però far venir meno quelle che sono le prerogative proprie sia delle Regioni, sia dei

comuni, sia delle Unità sanitarie locali, in materia di assistenza sanitaria.

È stata rilevata opportunamente la necessità di potenziare l'azione di indirizzo e di coordinamento del Governo nei confronti delle Regioni e l'azione delle Regioni nei confronti delle Unità sanitarie locali. Nella stesura del parere si evidenzieranno soprattutto quegli articoli che interessano questo tipo di intervento, che, in linea di principio, è ritenuto assai positivo.

Dalle considerazioni fatte, che mi pare abbiano ottenuto un ampio consenso, viene fuori una nuova impostazione, un nuovo calcolo concernente il Fondo sanitario nazionale. Ferma la stima del Fondo stesso in 26.150 miliardi — su cui vi sono discussioni, che però ritengo non debbano essere portate in questa sede almeno per il momento, visto che questo Fondo non viene riconosciuto nello stanziamento, — i provvedimenti che consentirebbero una riduzione della spesa, e che sono accettati dalla Commissione, potrebbero essere i seguenti. In primo luogo i provvedimenti per contenere la spesa: revisione del prontuario dei protocolli terapeutici, che riguarderebbe il 10 per cento della spesa con un risparmio di 275 miliardi; contenimento delle prestazioni specializzate attraverso controlli e attraverso i protocolli diagnostici, cioè altri 275 miliardi di risparmio; sospensione di alcune forme di assistenza integrativa: 250 miliardi (questi facevano parte dei 400 miliardi di cui veniva proposta la cancellazione per effetto del contenimento dell'assistenza termale e dell'assistenza protesica); sospensione delle visite occasionali, per altri 80 miliardi; rinvio delle spese a destinazione vincolata, per altri 400 miliardi; rinvio di altre ipotesi di intervento a livello di unificazione dei servizi, per 520 miliardi. Il totale delle riduzioni di cui sopra è di 1.800 miliardi. A questi vanno aggiunti i *tickets* che secondo la nostra ipotesi — permanendo il *ticket* sui farmaci — garantirebbero una maggiore entrata, e quindi una riduzione corrispondente della spesa, di circa 150 miliardi per effetto del decreto-legge in vigore e attualmente all'esame della Camera per la conversione

in legge. Si potrebbe, a questo punto, aggiungere anche la quota per una eventuale compartecipazione dell'assistenza specialistica e diagnostica. Va aggiunta, come ultimo provvedimento, la perequazione contributiva per 675 miliardi, non compresi nelle previsioni di entrata. Per cui siamo di fronte ad una minor spesa di 2.625 miliardi che, detratti dai 26.150 miliardi, dovrebbe quantificare il Fondo sanitario per il 1982 in circa 23.500 miliardi.

Per far fronte a questo possibile aumento, se si terrà conto delle proposte della Commissione, bisognerà procedere a delle operazioni interne al settore della sanità, che possono essere così indicate: revisione della convenzione; controllo sulla gestione della convenzione (una revisione o modifica sostanziale della convenzione, come ho detto, richiederebbe dei tempi molto lunghi); filtri per il ricovero ospedaliero e per il ricorso all'assistenza specialistica; separazione della spesa propriamente sanitaria da quella socio-assistenziale, affinché, come avviene oggi, non vi siano spese di carattere assistenziale che gravino di fatto sul Fondo sanitario nazionale. Se vi sono fra i compiti delle Unità sanitarie locali, oltre all'organizzazione del servizio sanitario, anche i servizi socioassistenziali, questi debbono essere coperti con un finanziamento proprio. Questo finanziamento dovrebbe derivare dai fondi già gestiti dai comuni e dalle Province; non è giusto, pertanto, che tali spese gravino sul Fondo sanitario nazionale in un momento in cui questo non ha la disponibilità per far fronte a tutto. Su questo punto si era raggiunto un accordo nell'ambito della Commissione.

Tornando alle operazioni da compiere all'interno del settore sanitario, c'è anche quella della revisione delle incompatibilità per i medici che operano nelle strutture pubbliche e in quelle private, nonché quella della ricognizione delle entrate. Su quest'ultimo problema sono state formulate qui una serie di ipotesi. Fra l'altro si sono messi in discussione i dati forniti dal bilancio e quelli forniti dall'INPS. Noi tutti abbiamo avuto a disposizione un allegato fornito dal-

l'INPS il quale conferma che si tratta di dati di previsione sufficientemente validi: sono previsioni per il 1982 fatte nel momento in cui non si dispone ancora del consuntivo del 1981: sono dunque dati che possono subire anche qualche variazione, ma di minima portata. Le somme indicate quindi nella tabella fornita dal Ministero della sanità dovrebbero corrispondere ai dati INPS.

Le entrate, allora, si aggirano intorno ai 16.800 miliardi per versamenti INPS, ai quali devono essere aggiunti 4.047 miliardi di intervento dello Stato. Per il finanziamento del Fondo sanitario nazionale quantificato in bilancio sarebbero necessari 23.400 miliardi. Si deve rilevare che la somma di 4.047 miliardi è inferiore di 1.900 miliardi rispetto all'integrazione del Fondo da parte dello Stato nel 1981; per cui, di fronte ad un aumento della contribuzione, se fosse stato mantenuto il livello di integrazione che lo Stato aveva messo a disposizione per il 1981, noi non avremmo risolto il problema dei 2.000 miliardi in meno. L'anno scorso lo Stato ha messo a disposizione 5.918 miliardi: se quest'anno avesse portato la cifra a 6.000 miliardi, nulla di più dell'anno passato, avremmo una quantificazione del Fondo in 23.000 miliardi, che consentirebbe, è un'ipotesi che mi sono permesso di formulare, la non applicazione di quei *tickets* sui quali la Commissione ha espresso parere negativo.

Se poi potessimo disporre di altri dati, ai quali qui è stato accennato, vedremmo forse che l'integrazione avrebbe potuto essere anche minore. Vi è stata una disputa con il senatore Bellinzona sull'ammontare del monte retributivo per il 1982; tale monte retributivo per il settore dei versamenti INPS, escluso quindi il settore pubblico, secondo i dati forniti dall'INPS, sarebbe di 121.280 miliardi (previsione per il 1982). Per raggiungere la cifra stabilita all'inizio della Relazione previsionale e programmatica dovrebbe essere quindi aggiunto il settore pubblico.

Anche attraverso operazioni interne al settore, perciò, si potrebbe in qualche modo raggiungere l'obiettivo prefissato. Sarebbero possibili inoltre operazioni esterne al settore

della sanità, di riequilibrio con altri settori, che ognuno può indicare a secondo della propria conoscenza; oppure interventi per aumentare le entrate tributarie ed extra-tributarie, che però sono stati esclusi dal Governo. E del resto un aumento delle entrate tributarie che gravasse sui lavoratori dipendenti, oltre all'onere pagato da ogni singolo lavoratore (tra quello versato dal datore di lavoro e quello versato personalmente), non sarebbe in questo momento equo; mentre sarebbe equa una politica che andasse rapidamente verso la fiscalizzazione, cioè attraverso il pagamento tramite il fisco delle quote dovute per il Fondo sanitario nazionale.

Noi ci auguriamo che in questa visione anche il decreto-legge appena approvato dal Governo, che fissa le quote dei cittadini che non godevano di alcuna assistenza sanitaria fino al 1980, sia rapidamente applicato e si possano così incamerare anche i fondi relativi agli anni precedenti.

L'entrata di quest'anno penso che sia quantificata in 100 miliardi.

Presidenza del Vice Presidente CIACCI

(segue F O R N I, relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583). Vorrei aggiungere a queste considerazioni sul 1982 le considerazioni già fatte sul 1981, per cui io ho predisposto e sottopongo in questo momento all'attenzione dei colleghi un ordine del giorno. Si tratta di venire incontro ad esigenze qui ricordate da tutti: che si dia, cioè, attuazione all'operazione di verifica dell'ammontare del fabbisogno del Fondo sanitario nazionale per il 1981 e si provveda ad adeguare gli stanziamenti al fine di consentire alle Unità sanitarie locali di operare fino alla conclusione dell'anno 1981 al fine di evitare che si creino debiti sommersi; fenomeno che noi abbiamo cercato di eliminare quando siamo intervenuti a sanare i debiti degli enti mutuo-assistenziali.

L'ordine del giorno è il seguente:

« La 12^a Commissione permanente del Senato,

nilevato:

che il Fondo sanitario nazionale per il 1981 è stato quantificato in 21.400 miliardi per la spesa corrente ed iscritto in tale misura nel capitolo n. 5941 dello stato di previsione del Ministero del tesoro;

che, per effetto del disegno di legge n. 2726 sull'assestamento del bilancio dello Stato, in discussione alla Camera, il Fondo stesso viene ridotto di 952 miliardi in termini di competenza e di 1.452 miliardi in termini di cassa;

che il fabbisogno effettivo per i servizi e le strutture del Servizio sanitario nazionale per l'anno 1981 è stato calcolato, alla data del 15 luglio 1981 dalle Regioni e dall'ANCI, in 22.545,1 miliardi per la competenza, a fronte dei 20.268 miliardi disponibili;

che è in corso una verifica di tale fabbisogno tra le Regioni e i Ministeri della sanità e del tesoro;

che, nel frattempo, la stesura del conto di gestione delle Unità sanitarie locali per il terzo trimestre 1981 fa registrare notevoli passività dovute anche all'insufficienza della erogazione delle quote del Fondo sanitario;

che vi sono gravi difficoltà nella gestione dei servizi relativamente all'ultimo trimestre 1981;

che è impossibile, come stabilito dalla legge n. 39 del 1980, trasferire i disavanzi sui bilanci dei Comuni che non presentano la necessaria disponibilità;

impegna il Governo:

ad accelerare i lavori per la verifica, in contraddittorio con le Regioni, del fabbisogno reale delle Regioni e unità sanitarie locali per il 1981 e ad adottare i provvedimenti conseguenti al fine di consentire alle unità sanitarie locali di gestire con i mezzi necessari e con il dovuto rigore le strutture e i servizi per il 1981 e di evitare l'esborso di ingenti somme per interessi su anticipazioni di cassa e di impedire il formarsi di un

debito sommerso delle unità sanitarie locali che vanificherebbe gli sforzi per programmare e razionalizzare la spesa sanitaria come stabilito dalla legge n. 833 del 1978 ».

(0/1584/1/12-Tab. 19)

Per quanto riguarda la tabella 19, debbo dire, per concludere, che le osservazioni fatte non sono state molte. Il problema più grosso rimane quello dell'impostazione della politica sanitaria. Certo, è auspicabile che in questo settore siano attuate le riforme più volte chieste, come quella interessante lo stesso Ministero della sanità.

Con queste osservazioni, mentre mi riservo di presentare uno schema di parere che sia coerente col dibattito svoltosi in questa sede, chiedo che, sulla tabella 19, la Commissione si esprima in senso favorevole.

P R E S I D E N T E . Il relatore ha presentato l'ordine del giorno che abbiamo pocanzi ascoltato, nel quale si impegna il Governo ad accelerare i lavori per la verifica, in contraddittorio con le Regioni, del fabbisogno per il 1981 e ad adottare i provvedimenti conseguenti al fine di consentire alle Unità sanitarie locali di gestire con i mezzi finanziari e con il dovuto rigore le strutture e i servizi per il 1981 e di evitare l'esborso di ingenti somme per interessi su anticipazioni di cassa e impedire il formarsi di un debito sommerso delle Unità sanitarie locali che vanificherebbe gli sforzi per programmare e razionalizzare la spesa sanitaria, come stabilito dalla legge n. 833 del 1978.

A L T I S S I M O , *ministro della sanità.* Il Governo è favorevole all'ordine del giorno presentato dal relatore.

Signor Presidente, nel prendere la parola per la replica al dibattito che si è svolto in Commissione sullo stato di previsione per il 1982 e sul disegno di legge finanziaria debbo fare alcune considerazioni preliminari.

La prima considerazione riguarda l'atteggiamento che il Ministro ha nei confronti della legge n. 833 del 1978, perchè è serpeggiato un malessere, a volte implicito e a volte esplicito, nelle considerazioni fatte nel corso del

dibattito politico svoltosi in questi giorni. Io ho un convincimento, che mi sono fatto nell'arco di questo anno. La distinzione tra le riforme di cui questo Paese necessita e il grado di capacità di realizzarle è inversamente proporzionale alla quantità di parole che si fa circa la necessità di riforme. Qualche volta mi viene addirittura la perplessità che le nostre riforme abbiano un contenuto altamente turistico e abbiano come motivazione quella di sollecitare convegni per discutere, di mese in mese, sulle cose che non si realizzano, mentre le leggi rischiano di rimanere una proclamazione di principi e di alimentare forti speranze la cui realizzazione rimane altamente utopica. Credo di aver dato in passato, nella mia precedente esperienza in questo incarico, la dimostrazione di come abbia io inteso applicare la legge n. 833. Vorrei ricordare agli onorevoli senatori che nel Consiglio dei ministri del dicembre 1979, che per quanto mi riguarda fu abbastanza drammatico, emerse la volontà, da parte di coloro che rappresentavano le parti politiche promotrici della legge di riforma n. 833, di far slittare di un anno la partenza della riforma. Partendo dal convincimento che le vecchie strutture fossero ormai al tramonto, essendo in fase avanzata il processo di liquidazione del vecchio sistema, non vi erano alternative se non quella di far partire immediatamente la riforma, di cercare di realizzare le strutture che essa prevedeva per il Servizio sanitario nazionale in tempi più rapidi possibili.

Sono responsabile fino al febbraio del 1980, cioè a sessanta giorni dopo la decisione di varare la riforma. Non mi sento di accettare da parte di nessuno analisi di laboratorio sul tasso di riformismo che il sottoscritto avrebbe, nei confronti di altri: voglio che le valutazioni vengano fatte sugli atti operativi. Credo che questi siano gli elementi di giudizio concreti che si possono dare sulla volontà di applicare una legge.

Voglio anche dire che in qualcuno degli interventi mi sembra di aver rilevato un accenno ad un tentativo in atto — forse una specie di metodo da « 007 » — per fare in modo che il sistema sanitario nazionale di-

venti talmente impossibile da non poter essere utilizzato; l'obiettivo della manovra, quindi, sarebbe quello di ripristinare il servizio privato. Io voglio respingere completamente, per quanto mi riguarda, l'ipotesi di qualunque disegno di questo genere; e credo anche che l'obiettivo di tutti coloro che vogliono attrezzare ai massimi livelli le sedi periferiche sia quello di far funzionare il sistema sanitario, altrimenti la scommessa di dare un servizio sanitario pubblico alla realtà italiana sarà persa in partenza perché il sistema privato diventerà una necessità.

Credo che non vada nemmeno nascosto il fatto che il grado di insoddisfazione popolare nei confronti del Servizio sanitario non viene nemmeno dalla legge di riforma ma dall'attuale condizione del Servizio stesso, che coincide per l'opinione pubblica con la legge n. 833. Si fa, e non soltanto a livello di opinione pubblica popolare ma anche a livello di politici responsabili, una inversione fra causa ed effetto: si stabilisce che la causa dell'attuale situazione sanitaria del Paese è la legge di riforma sanitaria e non si pensa affatto che la legge di riforma sanitaria è stata l'effetto del dissesto della condizione sanitaria del Paese medesimo. In Italia noi abbiamo la necessità di avere una grossa capacità di ripresa, di conduzione della legge n. 833, di realizzazione dei suoi principi, perché l'attuale stadio di ulteriore degrado in cui rischia di trovarsi la Sanità deriva esattamente dalla non applicazione della legge.

Cito un esempio solo per tutti: le valutazioni sul Piano sanitario nazionale. Uno dei principi fondamentali della legge n. 833 era quello di programmare la spesa sanitaria nel nostro Paese, di porre fine all'anarchia sanitaria che è esistita nei trenta anni passati e di dare momenti di programmazione allo Stato; e il momento principe della programmazione della spesa — non dico delle iniziative — per la Sanità era il Piano sanitario nazionale. Anche qui (proprio per cancellare ogni nube sulla volontà riformatrice del Ministro) tengo a ricordare che il Ministro allora in carica non si permise di ritirare il Piano sanitario, per non allungare i tempi della sua realizzazione, ma

disse semplicemente che avrebbe portato eventualmente emendamenti in fase di discussione del Piano sanitario. Presentai il Piano il 4 ottobre 1979, quindi cinquanta giorni dopo che mi ero seduto sulla poltrona del ministro della sanità, al Consiglio dei Ministri, e venne poi portato in Parlamento il 3 novembre 1979. Io non voglio assolutamente scaricare le colpe sul Parlamento o sulle crisi di governo o sulle forze politiche; dico che dobbiamo prendere atto drammaticamente che, a due anni di distanza, il documento principe, motore, del Piano sanitario non c'è ancora e che richiamo allora di dare luogo ad ulteriori anarchie in aggiunta a quelle che volevamo cancellare.

Il prolema non è perdersi in discussioni ideologiche, ma fare invece un ragionamento di carattere tecnico e giuridico, per vedere se il Piano sanitario, così come l'abbiamo presentato, sia — con i tempi del nostro Parlamento e con le difficoltà obiettive che ci sono — un documento utilizzabile ai nostri fini, che non ci obblighi a dire che probabilmente la strada da prendere è diversa e si deve andare su un articolato molto più ristretto. Ma su questo credo che sia una necessità precisa che i Gruppi, le forze politiche, i rappresentanti della Commissione adottino, insieme al Governo, una decisione, di carattere anche pratico.

Fatte queste affermazioni — a cui tenevo molto — alla Commissione, ritengo che ci sia anche la necessità di inquadrare in un'ottica corretta la manovra che ci siamo trovati ad impostare. E se mi consentite, prima ancora di entrare nel dettaglio delle risposte su elementi che sono emersi durante il dibattito, vorrei spendere due parole su come abbiamo organizzato la manovra finanziaria.

Abbiamo prima approvato un ordine del giorno, che il Governo ha accettato, sulla spesa del 1981. Credo che ricordiate ancora il dibattito svoltosi nel luglio del 1981, quando misi in evidenza come si prospettasse una valutazione di spesa, per il 1981, diversa rispetto e alle indicazioni iniziali di 20.400 miliardi e alla stesse indicazioni riparametrate al tasso del 20 per cento collegato a punti di scala mobile; inoltre, rispetto a quelle voci di spesa, erano sfuggite, per così dire, di mano

la voce sull'ospedaliera e la voce sulla farmaceutica. Mi sia anche consentito osservare che ciò che le Regioni ci dicono non è oro colato: per esempio, sulla farmaceutica si sono scaricate (come risulta dai dati che finalmente sono cominciati ad affluire) molte spese che con la farmaceutica non hanno alcuna attinenza; ma su questo torneremo in seguito, quando avremo dati più completi. Comunque il dato preso inizialmente è stato corretto, ed è molto più vicino alla valutazione delle Regioni che a quella che dava il Ministero del tesoro.

Siamo arrivati alla cifra di 26.150 miliardi, che rappresentano la ricostruzione del dato di partenza con una proiezione che è stata data dalla manovra politica complessiva del Governo. Esiste un margine di variazione per le due voci — ospedaliera e farmaceutica — per le quali, però, si sono ipotizzati interventi di razionalizzazione di cui parlerò più avanti. Questo dato era contestato dal Ministero del tesoro, che aveva indicato come somma necessaria per il totale della spesa sanitaria per il 1982 una cifra di 23.000 miliardi. Il primo scontro con il Tesoro è stato quindi sulla valutazione reale della spesa per il 1982, per non fare un drammatico errore culturale consistente nel far finta di credere che la spesa sia minore, salvo poi accorgimenti che in definitiva vanno a svuotare qualsiasi disegno di contenimento della politica economica e finanziaria del sistema.

Fatta questa prima battaglia e acclarato che la spesa reale era di 26.150 miliardi, anziché 23.000, rimaneva la seconda battaglia sul fronte delle risorse che il Tesoro metteva a disposizione: 21.400 miliardi. Su questo fronte prego la Commissione di credere che non ho supinamente accettato le indicazioni che provenivano dal Tesoro: ho preso sollecitamente posizione con lettere, che sono agli atti dell'Amministrazione, al Presidente del Consiglio, al Ministro del bilancio, al Ministro del tesoro, indicando quale fosse la reale situazione del livello di spesa e quindi quale fosse la differenza, cioè 4.700 miliardi, da coprire. Se la battaglia per il riconoscimento dei livelli della spesa per il 1982 aveva avuto successo, la battaglia per

l'aumento dello stanziamento non ha dato risultati, perchè il dato di 21.400 miliardi è stato un muro invalicabile. Si presentavano a questo punto al Ministro due alternative. Una di carattere prettamente e puramente politico, quindi non riguardante il discorso sul disegno di legge finanziaria, l'altra consistente nell'assumersi le proprie responsabilità ed indicare come reperire le risorse necessarie per coprire questo *deficit* di gestione, appurato che i 21.400 miliardi rimanevano 21.400 e i 26.150 miliardi certamente non diminuivano ma tendevano a crescere. Abbiamo allora individuato due settori possibili per coprire il *deficit*, quello delle uscite e quello delle entrate. Siamo intervenuti sul livello delle uscite e abbiamo individuato e proposto i cosiddetti « tagli alla sanità », non senza renderci conto che questo non bloccava la riforma sanitaria ma la ritardava. La drammatizzazione e la strumentalizzazione fanno anche parte del gioco politico, ma il ritardo nella partenza operativa dei contenuti di alcuni progetti-obiettivo, se mi è consentito, è grave. Ora, se andiamo a vedere quali sono le ragioni che si sono seguite per utilizzare le varie risorse, ci viene il sospetto che queste risorse che metteremo a disposizione di molte Regioni vadano ad aumentare i residui passivi perchè in regioni dove non esistono ancora le Unità sanitarie locali è difficile pensare che esistano le condizioni per realizzare progetti obiettivi rispetto ad altre regioni le quali hanno sulla carta le USL ma stanno lavorando per la formazione dei comitati di gestione, che sono una cosa importantissima e interessano molte Amministrazioni. Allora la situazione non è così tragica, è solo un problema da non sottovalutare.

Abbiamo poi operato tagli sulle prestazioni integrative. E qui credo che vadano fatte alcune riflessioni che sono emerse nell'arco del dibattito svoltosi in Commissione. Il totale di queste spese, sul fronte dei tagli alle uscite che sono elencate nel disegno di legge finanziaria, davano un totale di risparmio intorno ai 1.700 miliardi. Altri tagli sulla spesa non erano possibili. Ho dimenticato di dire, nell'affrontare il problema della manovra generale, che il varo del sistema economi-

co sanitario avverrà quando il sistema andrà a regime e quando lo faremo funzionare.

Esaurito il fronte delle riduzioni delle spese siamo intervenuti sul fronte delle entrate. E abbiamo a disposizione diverse possibilità: o lavorare sulla fiscalità generale, o lavorare sulle contribuzioni specifiche, o lavorare su quello strumento che passa sotto il nome di *ticket* moderatore. Oppure potremmo lavorare su tutte e tre le possibilità assieme.

La fiscalità generale era molto difficile nel momento in cui il Governo si appresta, d'accordo con le parti sociali, ad operare lo sgravio fiscale previsto dalla operazione sul *fiscal drag* per il 1981-1982. Nel momento in cui si va ad alleggerire il peso fiscale, dall'altro lato si va ad aggravarlo per finanziare la sanità.

Il secondo punto riguarda il fondo delle contribuzioni. Inizialmente va immaginata una manovra tale da portare ad un riallineamento da parte dei lavoratori dipendenti all'uno per cento. Anche in questo caso era una manovra in aperta contraddizione con le richieste che il Governo faceva alle parti sociali di incontrarsi per determinare un costo del lavoro compatibile con gli indirizzi generali che il Governo stava dando alla sua manovra di politica economica.

Abbiamo allora optato per intervenire sul fronte dei contributi a carico degli autonomi, perchè la disparità esistente tra autonomi e lavoratori dipendenti, pur con tutte le differenze che ci sono e che conosciamo, era ancora troppo evidente. Certo, sono processi di gradualità. Non si può arrivare ad una equiparazione in brevissimo tempo. Abbiamo fatto comunque un passo in avanti verso l'adeguamento e il riproporzionamento e mi faccio carico, come Ministro, dei problemi delle forze politiche e delle forze sociali che rappresento. Non è stato un problema facile, quello di scaricare la parte contributiva soltanto sugli autonomi, senza toccare il lavoro dipendente. Siamo rimasi poi con l'unica arma in mano, che era quella del *ticket* moderatore.

Io vorrei fare una osservazione di carattere generale sul problema del *ticket*: esso venne introdotto in Italia, per la prima volta, nel marzo del 1978 e devo dire che

non fu nemmeno allora approvato con grande entusiasmo (sono andato a rileggermi gli atti parlamentari del dibattito che si svolse per l'occasione). Ricordo alcune dichiarazioni — anche di alcuni componenti di questa Commissione — molto accanite contro il *ticket*; ma la saggezza della Commissione nella sua totalità fece approvare il *ticket*, che non si è dimostrato un vero fallimento. Il consumo di medicinali è disceso, interrompendo una dinamica di crescita che era continuata per molti anni, dopo l'effetto iniziale molto forte. Sono andato anche a cercare di capire che cosa succedeva negli altri Paesi europei con l'introduzione del *ticket*; mi sono accorto che esso viene utilizzato dai Paesi più diversi, ad economia diversa, sia a capitalismo di Stato, come i paesi del socialismo reale, sia a capitalismo antico o neocapitalismo, come altri paesi con forme diverse di organizzazione sociale e di conduzione di governo. Ne risulta che la tendenza di crescita dell'azione sanitaria è superiore alla tendenza di crescita del reddito del Paese, e questa « forbice » deve venire in qualche modo frenata.

Avendo quindi visto che il *ticket* è uno strumento ampiamente utilizzato in molti paesi, indipendentemente da una propensione riformista o antiriformista, occorre dire che la visita medica generica è il momento iniziale in cui si forma la spesa per analisi, la spesa ospedaliera, la spesa farmaceutica. Il filtro sulla visita medica generica è il filtro che può consentire di moderare questi effetti (non ho detto che li modererà: nessuno di noi può fare una valutazione certa su questo). Non vorrei che qualcuno pensasse che al Ministero della sanità si tragga soddisfazione dall'adottare delle misure certamente non popolari, che non creano del consenso, ma che il Ministro deve prendere, responsabilmente, per far fronte a necessità improrogabili e per giungere a certi risultati.

Il totale di queste operazioni dava un gettito che consentiva, con i suoi effetti moderatori, di lasciare una quota residua, che abbiamo indicato, a carico delle Regioni, nel convincimento che queste abbiano la possibilità di attuare, all'interno del loro sistema, delle riduzioni di spesa, dei risparmi,

tali da consentire il contenimento del 3 per cento della spesa.

Questo è il complesso della manovra che è stata ideata e presentata: manovra corrispondente all'emergenza di una azione collegata ad una battaglia contro l'inflazione, che tutti a parole dicono di condividere e che il Governo si accinge in effetti a sostenere. Ma sarebbe stato un atto di miopia non voler affiancare a questa manovra finanziaria una manovra organizzativa del sistema. Qualcuno ha accusato proprio il sottoscritto di aver detto che la riforma deve essere « riformata »: noi non abbiamo paura delle parole; se la riforma in alcune parti rivela debolezze o incapacità di attuazione, questo è il momento in cui dobbiamo adottare i correttivi necessari per realizzare una riforma migliore. Nel disegno di legge finanziaria si indicano, del resto, alcuni strumenti per consentire alle Regioni di realizzare l'ultimo comma dell'articolo 50 della legge n. 833, per controllare le Unità sanitarie locali.

Dicevo che a fianco della manovra finanziaria occorre una manovra organizzativa; e la relazione che accompagna il disegno di legge finanziaria avverte che il Governo si assume l'impegno di portare avanti degli atti di indirizzo e di coordinamento nell'ambito dei tre settori prioritari in cui si intende operare, fissando anche delle date in cui sarà pronto a varare questi atti di coordinamento (presumibilmente entro la fine del mese di novembre, e comunque entro la fine dell'anno). Il primo atto di indirizzo e di coordinamento riguarda i modelli di Unità sanitaria locale, perchè oggi siamo in presenza di un sistema di anarchia delle Unità sanitarie locali. Un secondo atto di indirizzo e di coordinamento riguarderà i problemi dei livelli, degli *standards* e delle prestazioni. Noi non possiamo consentire che vi siano differenze; se vi saranno, le Regioni sapranno scaricarle in qualche altra parte del loro bilancio. Il terzo, importantissimo, riguarderà il problema del controllo di tutta la dinamica di spesa. Tre atti di indirizzo che vengono a sostegno di alcune carenze legislative e di alcune mancate attuazioni di strumenti organizzativi che il Ministero avrebbe dovuto adottare nell'arco di questi due anni.

Infine, nel quadro della strumentazione organizzativa che dobbiamo darci, occorre concludere i lavori per il servizio di informazione sanitaria nazionale perchè altrimenti, senza di questo, ci troveremo l'anno prossimo a fare valutazioni ancora più drammatiche. Se non avremo la capacità di poter fare una programmazione seria attraverso l'informazione, saremo in condizioni di poter commettere anche errori nella programmazione di centinaia, se non di migliaia di miliardi che vanificano qualunque attività programmatrice.

A fronte di questo servizio, per altro scadente per lo meno in alcune grandi aree urbane, ritengo che vi siano eccellenti livelli di qualità di prestazioni nel nostro Paese. I vari punti di crisi, quelli che fanno scandalo e che vengono pubblicati settimanalmente, riguardano le grandi aree urbane ed alcuni ospedali delle grandi città, con condizioni più preoccupanti nel nostro Mezzogiorno, per cui, in questa fase di transizione, le condizioni già fragili di queste strutture rischiano di essere travolte. In un momento delicato come questo mi è parso necessario istituire una Commissione di inchiesta, presieduta da un magistrato e alla quale partecipano le Regioni, l'ANCI, esperti rappresentanti del Ministero e il presidente dell'Ordine dei medici, per indagare su tre settori specifici che riguardano i rapporti fra gli operatori sanitari e il settore dei farmaci, gli operatori sanitari e il settore degli analisti, gli operatori sanitari e gli ospedali e le case di cura. È uno strumento per capire e far capire agli italiani, ai quali chiediamo sacrifici, quali siano le condizioni, individuando inoltre le eventuali sacche di furbizia, anche per fare onore a tutti gli operatori sanitari seri degli ospedali, che sono la maggioranza rispetto ad alcuni casi devianti. Credo che il numero di questi ultimi sia minimo, ma occorre comunque che siano segnalati perchè in un momento di confusione, come quello del passaggio da un sistema ad un altro, ci potrebbe essere qualcuno che ha approfittato di questa situazione. Credo di poter dire che la Commissione avrà il potere di esaminare queste cose. Dobbiamo fare in modo che i

casi che avvengono a Roma, più che in altre parti d'Italia, non si verifichino più in futuro.

A questo problema si collega quello della compatibilità, che dovrà essere affrontato. È un problema gravissimo perchè riguarda una orizzontalità di interessi che hanno le loro *lobbies* di protezione. Però anche su questo problema valuteremo quali siano le indicazioni migliori per risolverlo. Se non daremo risposte positive in proposito, nelle strutture pubbliche ospedaliere rimarranno solo i peggiori e il risultato sarà quello di uno scadimento ulteriore del servizio. Bisogna quindi dare risposte adeguate alle esigenze, anche economiche, del personale.

Entrando specificamente nel merito dei casi sollevati nel dibattito in Commissione, ho accennato al problema della integrazione. Credo che le osservazioni fatte in Commissione a proposito del problema della sospensione delle cure termali sia un problema oggettivo e concreto. Il danno che deriva, in ragione macroeconomica, dalla sospensione è molto più grave degli effetti positivi che ne ricaveremmo. Per cui stiamo lavorando insieme al Ministero del tesoro per trovare una soluzione che consenta il ripristino delle cure termali, sempre fatto salvo che verrà presentato un emendamento inteso a stabilire che le cure termali possono essere fatte durante il periodo feriale e non vanno considerate come periodo di ferie aggiuntivo, come avviene per alcuni settori.

Un altro problema riguarda le protesi. Anche qui, giustamente, si è fatto osservare che vi sono protesi di prima, o assoluta, necessità ed altre che non dico non siano necessarie ma sono sopportabili economicamente da parte di chi deve acquisirle. Quindi, mantenendo fermo il principio che le protesi vengono sospese, sarà fatta eccezione per quelle che sono le cosiddette protesi di prima necessità. Faccio soprattutto riferimento agli arti artificiali; ma non solo a questi, perchè ho fatto preparare un prontuario delle protesi. Il *pacemaker*, che non è una protesi, rientrerà in questo prontuario.

Alcune perplessità sono derivate dalla valutazione delle entrate che darebbe l'introdu-

zione del *ticket*. Ho già detto che uno strumento di questo genere viene applicato sulla medicina generica per la prima volta, e che gli effetti sono certo ancora difficilmente valutabili. Li vedremo nel prossimo anno e, se ci accorgeremo che non è uno strumento idoneo, predisporremo altri tipi di meccanismi contributivi che riguardino il lavoro dipendente.

Per rispondere ad osservazioni che sono state fatte dai senatori Ciacci e Bellinzona, oltre che dallo stesso relatore, debbo dire che da statistiche effettuate risulta che dalle 11,6 visite per assistito siamo passati a 10. Le visite domiciliari, in assenza di *ticket*, sono 114.000.000 e, moltiplicate per 4.000 lire, darebbero un gettito di 456 miliardi; le visite ambulatoriali, in assenza di *ticket* sono 450.000.000: moltiplicate per 2.000 lire, darebbero un totale di 912 miliardi. Quindi un totale di 1.368 miliardi. Se dessimo come effetto deterrente il 27 per cento, che darebbe una riduzione di 368 miliardi, avremmo un introito di 1.000 miliardi sulla stima. So che c'è una valutazione diversa sul numero di visite mediche fatte. Io mi muovo sulla base degli strumenti che abbiamo a disposizione.

Come ripeto, il problema è serio. La struttura organizzativa del *ticket* non è facilmente risolvibile; ma credo che, una volta adottata la misura, sul piano tecnico si possa lavorare su una serie di alternative per raggiungere alcuni obiettivi: per prima cosa, quello di non creare meccanismi farrinosi per l'utente, che lo allontanerebbero ulteriormente dal servizio; in secondo luogo quello di evitare al massimo che si creino delle *camarille* successive. Per realizzare questi obiettivi bisogna cercare di realizzare un sistema che corrisponda al massimo dell'efficienza rispetto alla funzione che deve avere. Non mi nascondo le difficoltà, ma credo che sul piano tecnico si possa arrivare ad una definizione abbastanza giusta del problema.

D E L N E R O . Approviamo una cambiale in bianco.

A L T I S S I M O , *ministro della sanità*. Approviamo un principio, ed è un principio che molti Paesi europei hanno accettato, anche se i sistemi non sono omogenei fra di loro.

Ho già detto del riequilibrio fra il settore degli autonomi e quello dei lavoratori dipendenti. Abbiamo già fatto molto in sede di disegno di legge finanziaria.

Io credo che vi siano anche dei punti di rottura, oltre i quali si accendono i meccanismi di evasione; ed allora, come si dice dalle mie parti, il danno sarebbe peggio dello spreco e quindi misure utopiche, drastiche, di riequilibrio non darebbero i risultati che ci proponiamo.

È stato rilevato il problema dell'atteggiamento sindacale di fronte a queste misure. Non credo che i sindacati possano essere contenti. Si tratta di vedere, fra le opzioni che si potevano presentare, quali di queste scontentassero meno consentendo al Ministro di valutare, in un confronto con le parti sociali, il grado inferiore di sgradevolezza delle varie misure.

Si è parlato di un problema, relativo ai 38.000 miliardi, che riguarda gli statali: 2.100 miliardi di contributi su una massa salariale di 38.000 miliardi sollevavano delle perplessità. Ma, innanzitutto, la spesa per il personale statale non è tutta retribuzione; inoltre, va ricordato che gli statali pagano il contributo soltanto sull'80 per cento della retribuzione, e quindi la cifra di 2.100 miliardi riferita ai 38.000 miliardi di massa salariale risolve i quesiti che sono stati posti.

Sono d'accordissimo sul problema degli elenchi degli assistiti; voglio soltanto ricordare che la depurazione degli elenchi degli assistiti è misura doverosa e prioritaria, che però opera solo in termini di impiego delle risorse e non già di determinazione del livello di spesa, che non verrà modificato, atteso che il Fondo sanitario nazionale riconosce alle Regioni 57 milioni di quote. Migliorerà l'utilizzazione delle risorse da parte delle Regioni ma c'è un problema di organizzazione, del quale abbiamo già discusso con le stesse Regioni.

Quello che comunque mi posso impegnare a fare, di fronte alla Commissione, è di dare sollecitazioni perchè queste revisioni vengano effettuate il più rapidamente possibile.

Del Piano sanitario nazionale ho già parlato. Quello che mi sento di poter chiedere al Presidente della Commissione è che venga presa l'iniziativa, nell'arco delle prossime settimane, di fissare una riunione, anche informale, per fare una valutazione complessiva degli strumenti da adottare per arrivare ad una rapida approvazione del Piano sanitario.

Sul problema delle entrate del sistema sanitario credo che sia inutile ritornare. Io ho distribuito in proposito delle tabelle; la settimana scorsa mi venne chiesto da parte di alcuni commissari di fare una valutazione più approfondita rispetto al contenuto della relazione Tavernesi distribuita alla Camera e, durante il *week-end*, ho fatto lavorare gli uffici per avere gli ultimi dati dell'INPS e dare ad essi un coordinamento. Le tabelle le avete; quello che io suggerisco, signor Presidente, è di fare degli *hearings* in cui sentire le varie parti ed acquisire i dati tecnici e le diverse valutazioni. E credo che questa sia una cosa utilissima anche per il Ministro stesso, perchè fino a questo momento i dati di cui dispongo sono quelli ricavati dalle stime ufficiali fatte dall'INPS e dal Ministero del tesoro, e sulla base di questi ho costruito le mie indicazioni. Ed allora l'unico modo per approfondire, signor Presidente, se lei lo ritenesse opportuno, sarebbe appunto quello degli *hearings* in Commissione per sentire le varie parti; il che darebbe un po' più di chiarezza all'intera vicenda.

Il senatore Bellinzona ha dato una serie di indicazioni, parte delle quali sono contenute nella relazione sul disegno di legge finanziaria. Molte fanno già parte del pacchetto di proposte del Ministero e molte sono suggerimenti da accogliere. Mi riferisco al problema dell'iperprescrizione farmaceutica. Ho già dato alcune indicazioni, che sono contenute nel nuovo decreto sul *ticket* sui farmaci e che consentono sul piano legislativo la modifica del prontuario delle due fasce a più fasce. Una delle ipotesi sulle quali possiamo lavorare è quella rappresentata

dalla previsione di fasce molto strette e di fasce differenziate di *tickets* per medicinali che abbiano utilità diversa, ma lo stesso fine, cioè quello di ridurre la iperprescrizione. Abbiamo anche allo studio l'introduzione del massimo dei tre pezzi. È certo che le fasce previste dal prontuario terapeutico dovranno essere riviste. A questo proposito, per non « scoprire l'acqua calda », ho mandato qualche esperto in altri Paesi europei per un esame sui protocolli terapeutici. Anche su questo mi auguro di poter arrivare rapidamente a dare delle indicazioni.

Per quanto riguarda il problema delle analisi, sta per essere predisposto il provvedimento sui requisiti minimi negli *standards*. Un discorso analogo per quanto riguarda i protocolli terapeutici rispetto ai protocolli diagnostici. Occorre mettere rapidamente in piedi un sistema di controllo di qualità per i laboratori di analisi. Non si capisce come un'azienda produttrice di automobili abbia sistemi di controllo di qualità severissimi nei confronti dei fornitori — settore questo che ha certamente meno rilevanza rispetto ai problemi della persona e della salute — mentre nel campo sanitario non si è fatto ancora nulla.

Per quanto riguarda il problema specifico degli ospedali, questo è un problema delicato perchè le possibilità di intervento da parte del Ministero, come sappiamo tutti, sono molto ridotte. Tuttavia, per un migliore coordinamento, stiamo studiando alcune soluzioni per filtrare i ricoveri e disciplinare rigorosamente l'assistenza indiretta; problema che non richiede una funzione organizzativa delle regioni.

Alcune domande specifiche erano state poste circa l'articolo 5 del disegno di legge finanziaria, che sanziona la confluenza di fondi settoriali di leggi citate nel Fondo comune regionale per le finalità sociali (e non sanitarie) connesse alle materie di riferimento. Lo scopo è quello di non vincolare interventi alle disponibilità settoriali, ma concentrare risorse verso campi di maggior rilievo nella singola regione.

L'articolo 41 del summenzionato disegno di legge fa piazza pulita delle somme stan-

ziate in passato, ma non spese, per investimenti e per il futuro consente la loro conservazione per tre esercizi consecutivi prima di decretarne il passaggio in economia. La misura si è resa opportuna anche di fronte ad alcuni recenti avvenimenti sull'utilizzazione dei residui: cosa che mi pare assolutamente corretta e coerente.

La senatrice Rossanda aveva fatto una richiesta specifica circa l'elenco dei residui. Mi riprometto di fare avere alla Commissione l'elenco dei residui specifici e delle motivazioni per le quali non sono stati ancora utilizzati.

Si è fatto riferimento in molti interventi, anche da parte del senatore Del Nero, ai problemi della ristrutturazione del Ministero della sanità. Ho attivato con decreto la Commissione per la ristrutturazione del Ministero, dando ad essa anche un periodo di durata massima, che terminerà il 28 febbraio prossimo.

Il lavoro che la McKinsey aveva prodotto è estremamente positivo: ne farò avere una copia alla Commissione. Credo sia un lavoro di grande stimolo e che consenta alcune riflessioni sull'organizzazione del Ministero della sanità. Su questo problema sarebbe opportuno che in una delle prossime occasioni, una volta acquisito il documento, ci potessimo incontrare.

Per quanto riguarda la relazione sullo stato sanitario del Paese, credo di poter garantire che quest'anno, finalmente, la data del 31 marzo 1982 verrà rispettata. Mancano le relazioni di alcune direzioni generali, ma penso che non tarderanno ad arrivare.

Infine, siccome erano sorti dei dubbi da parte di molte Regioni, abbiamo mandato la settimana scorsa una circolare esplicativa.

F O R N I, *relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583*. Che si applica anche ai pensionati.

A L T I S S I M O, *ministro della sanità*. Con un reddito fino a 5.800.000 lire annue.

D E L N E R O. Oltre al problema dei pensionati c'è quello del cumulo. Così come

è ora indicato, sembra che anche in una famiglia di quindici persone dove lavori una sola persona, con un guadagno di 3.600.000 lire annue, tutte le quindici persone debbano pagare il *ticket*. Quindi bisognerebbe chiarire che il reddito familiare va diviso fra i componenti familiari.

A L T I S S I M O, *ministro della sanità*. Mi pare che la sua interpretazione sia corretta. Mi riprometto di presentare un emendamento in questo senso.

L'ultima considerazione che vorrei fare è quella relativa a quanto è stato detto dal senatore Forni.

Tre elementi vanno tenuti presenti: l'assoluta lealtà del relatore nei confronti del disegno generale di politica economica che il Governo si dà; una vivacissima preoccupazione per alcune misure che il Governo deve adottare; una disponibilità a recepire un'azione alternativa adeguata rispetto alle misure indicate dal Governo.

Io chiedo scusa ai senatori se mi sono così dilungato nella replica, partendo *ab imis*: ma, siccome questa manovra finanziaria (peraltro sufficientemente sofferta — ve l'assicuro — dal sottoscritto) è il risultato di una serie di eventi che sono intervenuti nell'arco di questi mesi, credevo opportuno fare queste riflessioni assieme a voi, anche per avere il vostro conforto su quello che è avvenuto. Sono scelte drammatiche: torno a dire che è molto difficile per un Ministro della Repubblica adottare scelte di questo genere, che possono essere assunte soltanto nel quadro di una visione generale della drammaticità dei problemi che il Paese sta vivendo in questo momento.

Il senatore Bellinzona ha ricordato nel suo intervento il disegno di una politica generale del Governo. Io credo che noi dobbiamo avere sempre presente nei prossimi mesi questo dato di grande drammaticità. Ritengo che sia molto pericoloso, da parte di qualche rappresentante del Governo, cercare di sdrammatizzare i problemi, che forse sono più drammatici di quanto le stesse cifre stiano ad indicare. Siamo in un momento di estrema delicatezza: se rompiamo

il filtro psicologico che si è creato in questi mesi contro l'inflazione, che è il male peggiore e soprattutto il più ingiusto, fra quelli che affliggono il Paese, ma senza fare ogni sforzo per evitare che cada la barriera psicologica che abbiamo incominciato a costruire, gli effetti a valanga della rottura di questo fronte psicologico potranno essere determinanti anche per le sorti delle istituzioni democratiche del nostro Paese.

In questo quadro, non essendo io stato capace — come mi si è fatto da voi notare con molta franchezza — di individuare all'interno del Ministero della sanità manovre alternative a quelle che ho indicato, torno ad affermare alla Commissione sanità del Senato che, se misure operative, nell'ambito della manovra della spesa sanitaria, emergono, c'è disponibilità da parte mia a prenderle in considerazione (così come avviene nei rapporti con le Regioni, con le quali il Ministero ha in queste settimane numerosi contatti), prima che il disegno di legge diventi legge dello Stato.

Certo, le indicazioni che sono state suggerite dal relatore, e dalla maggior parte degli intervenuti, non sono interne alla manovra sanitaria, ma esterne alla stessa; riguardano interventi su altri settori di spesa. In definitiva, scaricare tutto sulla Sanità non è un elemento di giustizia nei confronti dei cittadini italiani. Ho già fatto ed esposto le mie riflessioni a questo proposito, ho spiegato lo stato delle cose. Vi prego di credere, comunque, che sono decisioni che il Ministro non ha assunto con leggerezza, ma dopo ponderazione e certamente con grandi difficoltà anche di carattere personale e psicologico.

PRESIDENTE. Grazie, onorevole Ministro.

A questo punto, data l'ora tarda, potremmo rinviare il seguito dell'esame congiunto alla seduta del pomeriggio.

Poichè non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

I lavori terminano alle ore 13,40.

GIOVEDÌ 22 OTTOBRE 1981

(Seduta pomeridiana)

Presidenza del Presidente PITTELLA

I lavori hanno inizio alle ore 17,30.

« **Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982)** » (1583)

(Parere alla 5^a Commissione)

« **Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1982 e bilancio pluriennale per il triennio 1982-1984** » (1584)

— **Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1982 (Tab. 19)**

(Rapporto alla 5^a Commissione)

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame congiunto della tabella 19 del bilancio dello Stato: « Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1982 » e del disegno di legge: « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982) ».

Stamani abbiamo ascoltato le repliche del relatore e del Governo. Proseguiamo nell'esame dei documenti attinenti al bilancio.

FORNÌ, relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583. Ho predisposto uno schema di parere sul disegno di legge finanziaria, che ho già sottoposto ai vari Gruppi perchè potessero prenderne visione prima dell'inizio di questa riunione. Tale parere contiene anche le integrazioni suggerite nel corso delle precedenti riunioni.

Ne do lettura:

« La Commissione esprime a maggioranza, per quanto di sua competenza, parere favorevole e formula le seguenti osservazioni.

1) La fissazione dell'ammontare del Fondo sanitario nazionale di parte corrente per il 1982 in lire 21.400 miliardi, somma pari a quella stanziata nel 1981, contravviene al criterio adottato per altri settori della spesa pubblica, ai quali è stato riconosciuto un incremento del 16 per cento rispetto al 1981, pari al tasso massimo di inflazione prefissato nella Relazione programmatica del Governo; di conseguenza:

2) rispetto alla rigorosa previsione di stima dell'ammontare del Fondo sanitario nazionale in lire 26.150 miliardi, il disegno di legge prevede una riduzione (taglio) di 4.750 miliardi, pari circa al 50 per cento dei tagli operati complessivamente in tutti i rimanenti settori della spesa pubblica. Tenuto conto che negli ultimi tre anni la spesa sanitaria è stata contenuta in un limite corretto rispetto al prodotto interno lordo (5,4 per cento) e rilevato che essa non può essere qualificata come spesa improduttiva, la drastica riduzione prevista è preoccupante e costituisce un serio impedimento al corretto funzionamento del Servizio sanitario nazionale, istituito dalla legge di riforma sanitaria, specie per quanto riguarda gli interventi innovatori che dovrebbero caratterizzare il settore della prevenzione.

3) Esaminate le misure proposte per ridurre la spesa sanitaria, la Commissione ritiene:

a) non opportuna, nè praticabile l'introduzione di un provvedimento tendente ad estendere la partecipazione degli assistiti alle spese per le visite mediche. Tale provvedimento rischierebbe di vanificare uno dei principi fondamentali della legge n. 833 del 1978, costituirebbe un arretramento rispetto all'assistenza erogata dallo stesso sistema mutualistico e difficilmente potrebbe garantire effettivamente l'entrata prevista in misura di 1.000 miliardi;

b) parimenti inopportuna e di dubbia costituzionalità l'attribuzione alle Regioni della facoltà di deliberare altri *tickets* sulla assistenza specialistica (visite, indagini di laboratorio e radiologiche) e ospedaliera;

c) ipotizzabile, invece, l'introduzione, con legge statale, di un *ticket* del 15 per cento

sulle prestazioni di diagnostica specialistica fornite dalle strutture pubbliche e convenzionate, con la fissazione di un tetto per le prestazioni consentite da parte dei laboratori e specialisti convenzionati e facendo riferimento, quanto alle esenzioni, alle norme che saranno fissate per i *tickets* sui farmaci. L'articolo 27 del disegno di legge dovrebbe essere conseguentemente modificato in modo da contenere, al secondo comma, la fissazione degli *standards* di assistenza ed i controlli sulla gestione del fondo e, all'ultimo comma, controlli sugli interventi in ordine alle strutture delle Unità sanitarie locali.

4) Per quanto riguarda la sospensione di alcune forme di assistenza la Commissione ritiene di:

a) suggerire il mantenimento, anche per il 1982, dell'erogazione dell'assistenza termale eventualmente limitata ai casi necessari, con gli stanziamenti e le modalità fissate per il 1981 dall'articolo 22 della legge n. 155 del 1981, in considerazione dell'efficacia terapeutica di tali interventi, dell'esiguo risparmio e del danno economico indotto sugli istituti termali e sul settore alberghiero e turistico delle zone interessate. La cessazione dell'erogazione dell'assistenza provocherebbe, pertanto, una crisi sociale ed economica grave nelle località di cura con conseguente ricorso alla Cassa integrazione guadagni. La Commissione ritiene però opportuno suggerire l'introduzione della norma secondo cui i pubblici dipendenti debbono utilizzare, per le cure termali, i normali periodi di ferie, eccezion fatta per i mutilati e invalidi di guerra, del lavoro e per servizio e degli invalidi civili con invalidità superiore al 70 per cento;

b) sottolineare la necessità che sia mantenuta l'assistenza protesica con le forme in vigore limitatamente alle grandi protesi e che, comunque, sia assicurata alle categorie sopra elencate, senza riferimento al reddito;

c) esprimere giudizio favorevole sulla sospensione delle visite occasionali (ad eccezione di quelle effettuate nella sede abituale di lavoro ove questa non coincida con quella

di residenza e per documentata necessità) e delle altre forme di assistenza integrativa limitatamente all'anno 1982. Propone, pertanto, di modificare nel senso innanzi precisato l'articolo 30 del disegno di legge.

5) La Commissione ritiene valida l'applicazione del *ticket* sulla fornitura di farmaci come momento di una più razionale e completa politica del farmaco che deve comprendere la revisione del prontuario terapeutico, l'educazione sanitaria, l'applicazione dei protocolli terapeutici, il dimensionamento della confezione dei farmaci a *standards* ottimali. In attesa di discutere il provvedimento di adeguamento dell'attuale *ticket*, all'esame della Camera, si propone il rinvio in tale sede della decisione sul problema delle esenzioni, osservando fin d'ora che il limite di lire 3.600.000 dovrebbe essere elevato, rivedendo il problema del cumulo al fine di non penalizzare i nuclei familiari.

6) La Commissione, convinta della necessità di rendere efficace il potere di controllo delle Regioni sulla gestione delle Unità sanitarie locali anche al fine di contenere la spesa, valuta positivamente le disposizioni dell'articolo 31 (controlli ispettivi e poteri sostitutivi delle Regioni) e dell'articolo 32 (modifica della composizione dei CRC). Dovrebbe invece costituire oggetto di attenta valutazione la norma contenuta nell'articolo 13, in ordine alla designazione del presidente del collegio dei revisori dei conti, che dovrebbe avvenire d'intesa con le Regioni, nonchè in ordine alla necessità di designare anche membri supplenti.

7) La Commissione esprime giudizio positivo sull'articolo 9, che prevede aumenti nei contributi sociali dovuti dagli artigiani, commercianti, coltivatori diretti e liberi professionisti, perchè è un primo passo verso la perequazione dei contributi fra tutte le categorie in attesa della completa fiscalizzazione delle entrate afferenti al Fondo sanitario, che dovrebbe essere avviato entro il 1982. I proventi derivanti dalle maggiori entrate dovranno essere portati ad integrazione del Fondo sanitario nazionale.

Rilevato che le proposte formulate postulano la fissazione del Fondo sanitario nazionale per il 1982 a lire 23.400 miliardi circa, la Commissione ritiene che il maggiore stanziamento di 2.000 miliardi debba essere reperito senza modificare il tetto massimo di 50.000 miliardi, al fine di non intaccare la manovra antinflazionistica del Governo, che condivide pienamente.

Tale somma potrebbe reperirsi o con ritocchi di qualche imposta diretta o indiretta o con economie sui capitoli di spesa degli altri Ministeri.

Una quota della maggior spesa potrebbe essere reperita con ulteriori economie nel settore sanitario tramite adeguati controlli sulle convenzioni con ambulatori e laboratori diagnostici e case di cura private (introducendo, per il personale, opportune norme di incompatibilità), sulla durata delle degenze ospedaliere e sulla prescrizione farmaceutica.

La Commissione ritiene inoltre necessaria un'attenta verifica delle entrate, per constatarne l'effettivo gettito, ed una puntuale lotta all'evasione contributiva.

È del parere che nel Piano sanitario nazionale debbano essere introdotte norme di rigore per impegnare le Regioni a presentare i conti di gestione nei tempi previsti e per realizzare economie.

Ritiene infine che dalla solidarietà di altri settori e da una rigorosa politica fiscale debbano derivare i mezzi per consentire un efficiente funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

Con le impegnative osservazioni di cui sopra e dopo la dichiarazione di voto contrario del Gruppo comunista, la Commissione esprime, come annunciato all'inizio, parere favorevole ».

P R E S I D E N T E . Ringrazio il senatore Forni del parere di cui ha dato testè lettura.

Passiamo ora all'esame dell'ordine del giorno presentato dal senatore Forni nella seduta antimeridiana.

Ne do nuovamente lettura:

« La 12^a Commissione permanente del Senato,

rilevato:

che il Fondo sanitario nazionale per il 1981 è stato quantificato in 21.400 miliardi per la spesa corrente ed iscritto in tale misura nel capitolo n. 5941 dello stato di previsione del Ministero del tesoro;

che, per effetto del disegno di legge numero 2726 sull'assestamento del bilancio dello Stato, in discussione alla Camera, il Fondo stesso viene ridotto di 952 miliardi in termini di competenza e di 1.452 miliardi in termini di cassa;

che il fabbisogno effettivo per i servizi e le strutture del Servizio sanitario nazionale per l'anno 1981 è stato calcolato, alla data del 15 luglio 1981 dalle Regioni e dall'ANCI, in 22.545,1 miliardi per la competenza, a fronte dei 20.268 miliardi disponibili;

che è in corso una verifica di tale fabbisogno tra le Regioni e i Ministeri della sanità e del tesoro;

che, nel frattempo, la stesura del conto di gestione delle Unità sanitarie locali per il terzo trimestre 1981 fa registrare notevoli passività dovute anche all'insufficienza della erogazione delle quote del Fondo sanitario;

che vi sono gravi difficoltà nella gestione dei servizi relativamente all'ultimo trimestre 1981;

che è impossibile, come stabilito dalla legge n. 39 del 1980, trasferire i disavanzi sui bilanci dei Comuni che non presentano la necessaria disponibilità;

impegna il Governo:

ad accelerare i lavori per la verifica, in contraddittorio con le Regioni, del fabbisogno reale delle Regioni e unità sanitarie locali per il 1981 e ad adottare i provvedimenti conseguenti al fine di consentire alle unità sanitarie locali di gestire con i mezzi necessari e con il dovuto rigore le strutture e i servizi per il 1981 e di evitare l'esborso di ingenti somme per interessi su anticipazio-

ni di cassa e di impedire il formarsi di un debito sommerso delle unità sanitarie locali che vanificherebbe gli sforzi per programmare e razionalizzare la spesa sanitaria, come stabilito dalla legge n. 833 del 1978 ».

(0/1584/1/12-Tab. 19)

A L T I S S I M O, *ministro della sanità*.
Come ho già detto, il Governo accoglie l'ordine del giorno.

P R E S I D E N T E. L'esame dell'ordine del giorno è così esaurito. Resta ora da conferire il mandato per il rapporto alla 5^a Commissione sulla tabella n. 19 e per il parere alla stessa Commissione sul disegno di legge n. 1583.

Propongo che tale incarico sia affidato allo stesso senatore Forni, relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 1583.

M E R Z A R I O. Intervengo molto brevemente per motivare il nostro giudizio rispetto al parere, abbastanza articolato, di cui ha dato lettura il collega Forni.

Dopo aver dato atto al relatore che il suo stesso impegno ha favorito un confronto serio, responsabile, al riparo, come lui ha detto, dal vizio della retorica e della demagogia, ci sia consentito di sottolineare che se è vero che la diversa collocazione parlamentare non ha influenzato in modo rilevante l'espressione critica dei vari Gruppi e singoli senatori (come ha esordito stamane il senatore Forni), è altrettanto vero che in questa sede, alla Camera dei deputati e in altre sedi noi comunisti non siamo stati pigri nel sollecitare la riflessione sulla grave situazione che travaglia la Sanità, sui ritardi e sulle inadempienze, sugli errori e sulle omissioni. Non siamo stati neppure timorosi nel cercare anzitutto quella « operazione verità » che tutto sommato, dopo quattro, cinque sedute, ci sembra ancora un impegno da considerare costante e prioritario. Questa « operazione verità » non l'abbiamo raggiunta ed ho l'impressione che ne siamo ancora troppo lontani.

Da questo punto di vista consideriamo valida la proposta del Ministro di approfondire questo capitolo che ci angustia da parecchi anni, anche se debbo rilevare che le Commissioni che sono state istituite per la rilevazione dei dati (mi pare quella ospedaliera e quella farmaceutica) non risulta abbiano terminato i lavori.

Altrettanto puntuali, seppure con qualche difficoltà causata dalla vischiosità della strategia governativa, siamo stati nell'avanzare alcune proposte, alcune idee e alcuni suggerimenti nel corso del dibattito, tutti tesi a contenere, qualificare, governare la spesa sanitaria. Posso anticipare che ci sforzeremo di essere più precisi in sede di 5^a Commissione ed in Aula quando si dovrà votare il disegno di legge finanziaria.

Avrete notato che non siamo ricorsi questa volta alla pratica degli ordini del giorno. Abbiamo anche evitato di formulare emendamenti, perchè riteniamo, oltretutto, che in campo sanitario siamo arrivati ad un punto in cui si richiedono azioni e non più voti augurali.

Quindi, riconosciamo che vi è stato uno sforzo per recepire lo spirito del dibattito, anche se comprendiamo che molte critiche della maggioranza e la stessa strategia complessiva della politica sanitaria del Governo trovano motivazione nel tentativo di non « paracadutarsi » addosso o contro il malcontento che c'è nella gente quando si tratta di ricorrere a queste misure. Per cui la maggioranza ha ritenuto di ritagliare qualche spazio di disimpegno tattico che noi faremo di tutto perchè sia riempito da comportamenti coerenti.

Ma, a parte questo, mi pare che la traduzione di molti rilievi critici formulati in particolare dai socialisti e dalla Democrazia Cristiana (non ho notato alcuna proposta di correttivo da parte dei repubblicani, nè posso ipotizzare come la pensino i socialdemocratici e i liberali in questa materia) nel parere risulti troppo ammorbidita rispetto all'esigenza di chiarezza. Alcuni passaggi del parere stesso si prestano ad interpretazioni ambivalenti. E mi consenta il senatore For- ni di aggiungere che gli ultimi ritocchi apportati oggi pomeriggio hanno un po' il sa-

pore di ripensamenti e di scelte riduttive rispetto alle cose dette e scritte.

Perchè voteremo contro? Voteremo contro certamente per ragioni di ordine politico generale, ma anche perchè non ci sentiamo i polsi paralizzati dalla « disciplina », o — come voi usate dire — dalla solidarietà o dall'impegno sociale. E ci sembrerebbe di non fare il nostro dovere se non dovessimo vigilare d'ora in avanti per contrastare tutti i disimpegni tattici che all'interno della coalizione potranno ancora manifestarsi, continuando quella prassi deleteria dei « no » e dei « sì » non in base alla convenienza di carattere politico, ma in base alla convenienza di carattere elettorale; prassi, comunque, per cui ci sembra che non vi sia sufficiente coerenza tutte le volte che si tratta di respingere richieste corporative o irrazionali.

Non avverto il bisogno di insistere nel giudizio critico sui criteri, le motivazioni, l'entità e la direzione verso cui si orientano i tagli per la sanità. Forse non c'era nemmeno bisogno di ricordare ai sempre vigili reggitori del Tesoro che si registra un tasso decrescente della spesa, comunque inferiore alle medie comunitarie. Il fatto di averlo ricordato serve a demistificare una campagna di disorientamento che ha consentito l'ardire (starei per dire la sfacciataggine!) di giudicare improduttivo un settore nevralgico e socialmente rilevante come quello della sanità. Mi auguro che nessun Ministro, in futuro cataloghi la sanità come una branca improduttiva della vita del Paese.

Altrettanto convergente ci pare la consapevolezza della gravità della crisi economica. Bisogna contenere il debito pubblico ed evitare i pericoli inflattivi e recessivi. Sul come uscirne, invece, esiste tra noi e voi, colleghi della maggioranza, una divaricazione. Rispetto allo schema di parere ci collochiamo in posizione critica per quattro diversi motivi. In primo luogo, avremmo preferito una maggiore severità nel giudicare la persistente e colpevole indeterminatezza governativa circa i dati finanziari che riguardano il settore della sanità, e conseguentemente una maggiore serietà nel rendere credibili le stime e le proiezioni in base alle quali si esercita la nostra funzione di legislatori. Da questo pun-

to di vista ci è stata di conforto la replica del Ministro: i dati sul fabbisogno reale danno finalmente ragione ai calcoli che da anni noi andiamo sostenendo, pur avendoli condotti in modo artigianale, senza l'aiuto dei « cervelloni » e dei troppi e troppo poco produttivi Uffici studi ministeriali, nati come funghi attorno all'industria della salute negli ultimi anni.

Vi sono ancora delle caselle vuote o confuse di rilevazione, più nelle partite delle entrate che in quelle delle uscite, e credo che bisognerà rimediare senza presappochismi o furbizie tattiche. La proposta, avanzata dal Ministro, di aprire un discorso serio con l'INPS, va realizzata con serietà, perchè non si può giocare con 5.000 miliardi di differenza. Non possiamo andare avanti con l'incognita delle evasioni massicce che esistono in questo settore. Se prendiamo per validi gli ultimi dati dell'INPS, constatiamo che gli italiani non pagano quanto dovrebbero pagare. Da molto tempo a questa parte non si constata un decremento nelle evasioni in campo previdenziale.

In secondo luogo avremmo usato termini più esigenti nel prospettare soluzioni perequative delle entrate contributive a sostegno del Fondo sanitario nei confronti degli autonomi e dei liberi professionisti (in particolare dei giornalisti, che parlano troppo male della riforma senza averla letta). Nel parere si prende atto con soddisfazione del decremento del contributo. Consentitemi di dire che ci sembra ancora molto al di sotto di una giustizia contributiva, pur tenendo conto del fatto che non si possono applicare agli artigiani o agli esercenti gli stessi criteri. Avremmo usato altresì termini più esigenti nel convogliare i rivoli sparsi tra i vari dicasteri. Il senatore Pittella si è riferito in particolare alla Sanità militare, e la cosa mi ha interessato. Ma vi è anche il settore dei trasporti. Ora, l'autonomia di certi settori non deve significare il loro separatismo. Occorre portare ad unità il quadro sanitario e non vorrei che la gestione dei ferrovieri fosse in attivo mentre duriamo fatica ad andare in pareggio con i nostri interventi.

Avremmo inoltre gradito una maggiore perentorietà ed una esecutività immediata nella pulizia degli elenchi degli assistiti, nonchè nella detrazione delle quote capitarie indebitamente sborsate ai medici di famiglia. È vero che Benvenuto ci ha messi « in vetrina » con le sue tardive « scoperte », ma anche noi avevamo sempre detto le stesse cose. Non facciamo scandalismi, però vogliamo far sì che chi è morto non risulti vivo ai fini delle cure mediche.

Infine dovremmo liberarci subito dagli equivoci in materia di fiscalizzazione.

Il terzo motivo per il quale non concordiamo con il parere è costituito dal fatto che avremmo preferito (e avevamo chiesto) controlli più vincolanti sui consumi e nella lotta ai particolarismi di ogni genere.

Questa mattina si è parlato ancora del Piano sanitario nazionale. Credo che non convenga più a nessuno giocare sulle responsabilità dei ritardi. Il Ministro ha affermato che esiste un rapporto inversamente proporzionale tra le parole e i fatti. Questo è vero: di fatti se ne vedono pochi, ma di parole ve ne sono state tante. Ma il più grave è che chi spende tante parole lo fa così male da creare ulteriore disorientamento in un campo in cui occorrono idee chiare. Il Piano deve essere una bussola per le Regioni ed un punto di riferimento per la programmazione sanitaria. Non possiamo considerarlo un cimelio storico, e quindi dobbiamo recuperare, nella legge finanziaria ciò che di valido vi è nel Piano.

Ci preoccupa, inoltre, la valutazione che viene fatta del tema della prevenzione. Non per l'assistenza integrativa, gli *standards*, il nostro rammarico per l'atteggiamento tenuto in merito dal Governo.

Ricordo che l'8 aprile di quest'anno abbiamo chiesto che nel Piano sanitario nazionale fossero previsti determinati vincoli per l'assistenza integrativa, gli *standars*, il rapporto tra pubblico e privato. Ci trovammo soli a sostenere tali proposte che erano, tra l'altro, di origine ministeriale (l'iniziativa era stata del ministro Aniasi). Passano i mesi, e poi si ricorre a misure troppo drastiche.

Il parere, inoltre, ci sembra debole nella parte che attiene al risanamento dei tre settori chiave, cioè ospedali, analisi e farmaci, per i quali occorrerebbe indicare misure più penetranti. Credo che l'ultimo *ticket* sperimentato sulle analisi diagnostiche ci abbia coperti di ridicolo. Le Unità sanitarie locali fanno a gara nel dimostrare di aver incassato meno di quanto abbiano speso. Siamo contrari alla proposta, avanzata dal collega Del Nero, del 15 per cento: o si trovano formule più serie, oppure è meglio non parlare più di questi sistemi, che hanno ormai dirottato altrove i clienti.

Occorre provvedere ai controlli terapeutici ed avere minori titubanze circa il tema delle incompatibilità. Prima di procurare malessere alla povera gente bisogna che tutti assieme ci impegniamo a tagliare le speculazioni sulla salute, combattendo le rendite di posizione, incompatibili con la Costituzione e con le norme del buon costume.

Auspichiamo che si pervenga al più presto al contratto unico per il personale, senza furbizie. Sia definito il problema della sanatoria. Questa è l'occasione storica per fare un discorso più serio sul tempo pieno.

Auspichiamo che vi sia una regolarità nei flussi finanziari, e in proposito ci appare positivo l'ordine del giorno presentato questa mattina perchè, se andiamo incontro all'indebitamento bancario, la responsabilità ricadrà sul Governo, non su coloro che si vedono costretti a pagare fornitori e personale.

Occorre infine fare luce sull'accordo con le cliniche private. Il Ministro si è dichiarato estraneo a questa novità dell'ultima ora. Siamo in grado di affermare che gli interessati avevano accettato l'accordo per 55.000 lire a giornata. Non comprendiamo perchè un funzionario del Ministero della sanità abbia offerto, di propria iniziativa, 58.000 lire e come mai il ministro Andreatta si sia permesso di inviare un telegramma nel quale invitava a concludere questa partita contrattualistica a 57.000 lire, il che corrisponde al 26 per cento di incremento anzichè a quel 16 su cui il presidente Spadolini insiste. La preoccupazione maggiore è proprio questa: nella « settimana di passione » nella quale si decide di affrontare grandi sacrifici, pro-

prio il Ministro del tesoro autorizza un rinnovo di contratto come quello di cui ho parlato. Come si potrà, in futuro, dire di « no » agli ospedalieri, agli specialisti? Tutti si metteranno in lista di attesa.

Dico questo perchè siamo all'indomani dell'80 per cento dell'aumento per i medici generici e del 36 per cento dell'aumento dei farmaci. Vogliamo cioè dire al Governo che, austerità per austerità, bisogna comunque cercare di dare un esempio di coerenza e di rigore.

Queste, signor Ministro, sono le osservazioni che desideravo ascoltasse. Aggiungo che eravamo intenzionati a presentare quell'emendamento che in passato il Governo ci suggerì per intervenire nei casi delle Regioni inadempienti. Noi proponiamo dunque che le Regioni che sono in ritardo nel fare il proprio dovere non abbiano dal Ministero una lira in più rispetto all'anno precedente, in modo che siano stimolate a presentare in tempi utili i conti precisi; le Regioni non in regola, dunque, non dovranno prendere una lira in più di maggiorazione, indipendentemente dalla risultanza dei dati.

Il confronto sul bilancio in esame continuerà in sede di 5ª Commissione dove, probabilmente, si evidenzieranno altri momenti di scontro che tuttavia saranno utili se serviranno a dare maggiore coerenza ad una tabella che, per le note ragioni, non si può certamente definire corrispondente alle esigenze della sanità italiana.

P E T R O N I O . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, farò una breve dichiarazione di voto, prendendo le mosse dal fatto che questa Commissione si è trovata, nella presente occasione più che in altre, ad affrontare nella discussione del bilancio della Sanità problemi di importanza capitale.

Il dibattito che si è finora svolto è stato all'altezza della situazione che avevamo di fronte, il che non è da poco, al punto che ritengo di poter affermare che la discussione stessa ha travalicato l'interesse per i dati contabili del bilancio e dei tagli apportati allo stesso, per tenere sempre presente il problema più generale della riforma sanita-

ria, alla quale la mia parte politica si stente particolarmente legata.

La riforma sanitaria, infatti, ha costituito una delle poche radicali innovazioni realizzate in questi ultimi venti anni ed il Partito Socialista ha avuto un notevole ruolo in tale vicenda.

Per venire alla conclusione in base alla quale soltanto sul bilancio della Sanità si registra un taglio di spesa di ben 4.750 miliardi, devo dire che questo ci sembra indubbiamente un fatto rilevante. Abbiamo ascoltato questa mattina il ministro Altissimo, al quale diamo atto della linearità di un'esposizione esauriente; molte delle cose che egli ha detto ci trovano pienamente convinti. Non c'è dubbio che il bilancio della Sanità va ad innestarsi in una situazione più generale di grave crisi dell'economia del Paese e, di conseguenza, rientra in quella serie di sacrifici che in tutti i settori occorre affrontare; fatto sta che proprio per il settore della sanità, da considerarsi altamente produttivo, il Governo ha però proceduto a tagli eccessivi imponendo sacrifici notevoli, che, a mio avviso, potevano essere ripartiti anche tra altri settori.

Il senatore Forni ha svolto una relazione nella quale credo di potermi riconoscere e nella quale — sostanzialmente — si raccoglie il grosso delle osservazioni, non del tutto benevole, evidenziate nei confronti della tabella che ci è stata sottoposta; particolarmente per quanto riguarda il problema del *ticket* voglio dire che, come Gruppo socialista, abbiamo sempre messo in evidenza come questa forma di incidenza economica sul cittadino debba essere eliminata o almeno ridotta al minimo.

Quando infatti vengono imposti questi *tickets* l'esperienza insegna che a pagare sono le categorie economicamente e socialmente più deboli; non va neanche dimenticato, sempre a questo proposito, che introducendo la possibilità di *tickets* regionali si andrebbe verso la « Repubblica delle Regioni e dei *tickets* », con una sperequazione inevitabile tra Regione e Regione ed una disarmonia all'interno del settore che, in ultima analisi, ricadrebbe a danno del cittadino.

A questo riguardo faccio notare un altro fatto. Il lavoratore, se il *ticket* venisse approvato, andrebbe a pagare l'assistenza sanitaria per ben tre volte: la prima con il fisco, la seconda con i contributi e la terza attraverso il *ticket*; tutto ciò mentre almeno quattro o cinque milioni di italiani — piuttosto benestanti — verrebbero a pagare questa assistenza sì e no una sola volta.

Dico « sì e no una sola volta » per introdurre un'altra considerazione che, peraltro, è stata sostanzialmente fatta da tutti gli oratori che mi hanno preceduto. Desidero anche io fare un cenno, infatti, alla necessità di mettere tutti i cittadini, soprattutto quelli più abbienti, nella condizione di dover dare il loro contributo alle spese per la gestione del settore sanitario; spese che devono gravare in modo proporzionale su tutti affinché l'assistenza sanitaria non sia intesa più come assistenza in senso lato ma diventi invece, così come la riforma vuole, un investimento produttivo, dando più spazio alla prevenzione ed all'informazione.

Ritengo che, ormai, sia arrivato il momento di far quanto necessario perchè la riforma vada avanti e, in proposito, quello che ci ha detto l'onorevole Ministro è senz'altro da condividere, anche se il fatto di pensare che la riforma potrà partire soltanto di qui ad una decina di anni mi sembra un po' eccessivo ed esagerato; il mio auspicio, invece, è che questo avvenga molto prima.

La situazione delle Regioni in questo settore non è certo delle più tranquille, anche con riferimento al problema dei dati forniti, molto spesso discordanti tra loro.

Se avessimo avuto tempo a disposizione ci saremmo dovuti rifiutare, sia pure con il dovuto riguardo nei confronti del Ministro e del Governo, di esaminare dati che lo stesso Ministro è stato costretto a riconoscere non rispondenti alla realtà delle cose; anche se, evidentemente, non voglio affermare che il Ministro o il Ministero della sanità abbiano inteso fornirci elementi inesatti. Quella che lamento è la situazione generale di disinformazione e di conseguente confusione che ha portato a fornire al Parlamento notizie del tutto sperequate ed inesatte. Ripeto, va mutata la situazione gene-

rale; e qui il discorso si allarga alla crisi in cui versa il Paese, alla necessità di mantenere il disavanzo entro i 50 miliardi ed alla necessità di contenere l'inflazione entro il 16 per cento. Tutti questi elementi devono costituire lo stimolo per affrontare il problema sanitario in termini reali, rappresentati, in primo luogo, da una riforma che deve iniziare i suoi primi passi — anche se senz'altro difficili, così come è per tutte le riforme — in modo positivo. Questo significa provare cambiamenti, combattere interessi precostituiti, contro le gerarchie dei vari enti disciolti, contro la poca preparazione dei nostri amministratori locali, che spesso, quando si tratta di porre in essere i comitati di gestione delle USL, si perdono in tante, troppe minuzie tralasciando i problemi principali della corretta gestione della riforma.

Ma tutti questi, signor Ministro, sono aspetti di un problema più grande rispetto a quello del settore della Sanità, che dobbiamo affrontare; aspetti che ci devono far riflettere convincendoci che, sia pure nelle attuali ristrettezze economiche del Paese, bisogna fornire alla Sanità i fondi necessari perchè l'assistenza venga mutata ed il cittadino venga veramente protetto, per quanto riguarda la salute, dallo Stato, che non deve essere più uno Stato assistenziale ma quello che fornisce servizi, possibilmente con la compartecipazione del cittadino stesso.

Un'ultima osservazione desidero fare. Il fatto che il disegno di legge finanziaria, per far fronte al fabbisogno di 4.750 miliardi non coperti dal Tesoro, per i contributi dei lavoratori autonomi e dipendenti, spostati poi l'onere sui cittadini malati o sulla riduzione delle prestazioni ai cittadini trova la nostra opposizione; anche se, evidentemente, dichiariamo la nostra disponibilità più ampia, come lo stesso presidente Pittella ha avuto modo di esplicitare nel suo intervento, a fare in modo che, all'interno delle proposte avanzate, con gli opportuni correttivi si arrivi ad una soluzione soddisfacente, che tenga conto delle esigenze qui rimarcate ed indispensabili per il buon andamento del settore sanitario.

D E L N E R O . Onorevole Presidente, gli interventi che si sono susseguiti hanno già fatto presenti molti dei problemi che anche io intendevo prospettare.

Mi limiterò, pertanto, soltanto ad alcune dichiarazioni di principio. La prima è che siamo consci della gravità della situazione economica del Paese; in secondo luogo, confermiamo la nostra adesione alla linea di politica economica del Governo; in terzo luogo, facendo mie le parole con le quali il ministro Altissimo ha concluso questa mattina la sua replica, desidero dire che scaricare in così larga misura sulla Sanità le difficoltà generali del Paese non è opera di giustizia.

È stato riconosciuto che la spesa sanitaria è di 26.150 miliardi; l'accettazione dell'ordine del giorno da parte del Ministro ha fatto capire che, per il 1982, saranno necessari altri 2.000 miliardi.

A L T I S S I M O , *ministro della sanità.*
Vi sarà un maggior eccesso di spesa!

D E L N E R O . Comunque, la previsione di spesa di 26.150 miliardi per il 1982 rappresenta il minimo indispensabile che si possa prevedere. Se questi fatti sono veri, la richiesta, confermata nel nostro parere, che sia integrato il Fondo sanitario di circa 2.000 miliardi resta una richiesta fondamentale, sulla quale insistiamo. Abbiamo anche accennato a come reperire questi fondi ed il Governo o la Commissione bilancio trovino, eventualmente, altre forme se non reputano valide quelle da noi indicate. Il problema fondamentale è che se non si opera questa integrazione tutti i discorsi che stiamo facendo non potranno reggersi.

Dai dati forniti dal Ministero della sanità (anche se abbiamo qualche dubbio sulla loro veridicità) si deduce che il Tesoro ha integrato l'anno scorso le entrate proprio del Fondo sanitario con 5.900 miliardi, mentre quest'anno interverrebbe con 4.000 miliardi; pertanto, i 2.000 miliardi che noi chiediamo non rappresentano altro che un'integrazione rispetto a quanto alla Sanità è stato già dato per lo scorso anno. Quindi, non sperpero, non dilatazione delle spese. Chiediamo

che il Tesoro si assuma il carico di queste cifre, così come ha fatto l'anno scorso.

Detto questo, siamo d'accordo su quella indicazione di spesa e sulle osservazioni contenute nel parere. Siamo anche disponibili per altre proposte che possano venire nel corso della discussione del disegno di legge finanziaria per coprire l'importo di 26.150 miliardi, partendo dal presupposto della necessità di una integrazione. Siamo inoltre d'accordo sui controlli previsti e accettiamo le indicazioni date dal senatore Merzario, che facevano già parte di una nostra segnalazione, affinché si controllino attentamente i rendiconti delle Unità sanitarie locali e delle Regioni, con la clausola anche di non dare maggiorazioni alle Regioni che non siano in regola con i rendiconti. Ciò per mettere una remora ai ritardi lamentati.

Chiediamo peraltro che il Ministero si organizzi in modo tale da poter veramente controllare questi bilanci e questi rendiconti, non con il semplice controllo ragionieristico ma andando a vedere nella sostanza se le spese indicate sono afferenti al Fondo sanitario nazionale o se invece sono spese che non hanno nulla a che fare col Fondo medesimo. In questo caso, le spese non debbono essere certamente addebitate all'organo che le ha deliberate.

Riaffermiamo infine la nostra ferma convinzione della validità della riforma sanitaria. Siamo disponibili a tutti i miglioramenti organizzativi che potranno essere suggeriti affinché la riforma possa avere una migliore attuazione nella vita del nostro Paese.

Per concludere, faccio un appello perchè il parere della nostra Commissione sia tenuto adeguatamente presente, onde non costringere le USL a pagare interessi bancari, dando luogo a una serie di distorsioni che verrebbero ad inficiare la funzionalità del Servizio sanitario nazionale. In questo senso sono d'accordo per una rapida approvazione del Piano sanitario nazionale, quale elemento che fissi i livelli *standard* dell'attività delle Regioni e delle Unità sanitarie locali. Con questo spirito esprimiamo l'adesione del Gruppo della Democrazia Cristiana al parere letto dal relatore, con la fiducia che esso non resti una carta inutile nel-

l'archivio della Commissione bilancio, ma diventi un elemento di giudizio fondamentale ed impegnativo per la Commissione stessa.

P I N T O . Signor Presidente, onorevoli colleghi, non vi è dubbio che il disegno di legge finanziaria va visto con riferimento ad una situazione particolare: così come è concepito, infatti, in una situazione normale non sarebbe stato da approvare, perchè non sarebbe stato possibile accettare la riduzione di spese nel settore sanitario. Ma è evidente che il disegno di legge finanziaria che ci è stato presentato quest'anno è legato alla situazione inflattiva che ha colpito il nostro Paese; e quindi, per poterci esprimere sullo stesso, bisogna chiedersi se si vuole o meno combattere l'inflazione. È chiaro, infatti, che, se si vuole combattere l'inflazione, bisogna fare dei tagli alla spesa pubblica. A questo punto è lecito chiedersi: perchè nel settore sanitario?

Anch'io ho molte perplessità sulla riduzione della spesa sanitaria; ma, non potendo consigliare soluzioni alternative, dobbiamo scegliere quella che il Governo ci ha prospettato per arrivare alla riduzione di spese anche necessarie onde combattere l'inflazione.

È chiaro che se entriamo nel merito dei vari provvedimenti ci accorgiamo che sono tutti criticabili. È criticabile il *ticket*, così come la stessa riduzione delle visite mediche. È criticabile anche la riduzione delle sovvenzioni per le cure termali, per le protesi, e via dicendo. Però bisogna accettare la proposta del Governo così com'è.

Vorrei approfittare dell'occasione per dire che dovremo tuttavia pervenire, dopo l'approvazione del disegno di legge finanziaria, ad una discussione su Piano sanitario nazionale, perchè bisogna sapere quali possibilità di spese vi siano per la copertura dei provvedimenti che vogliamo adottare in attuazione del Piano stesso. Altrimenti faremo ancora una volta delle affermazioni di principi che non troveranno pratica attuazione.

Concludendo, trattandosi di un disegno di legge particolare, per le condizioni particolari determinate dall'inflazione, io esprimo

parere favorevole anche per quanto concerne la mia parte politica, pregando gli onorevoli colleghi di voler considerare le mie osservazioni soltanto come raccomandazioni da rivolgere alla Commissione bilancio, perchè da questa siano tenute debitamente presenti.

R O C C A M O N T E . Mi voglio riportare ad una visita di dovere fatta nel 1979 al ministro della sanità, onorevole Altissimo. In quella sede l'onorevole Ministro mi chiese, come medico e non come uomo politico, quale sarebbe stata la mia opinione se ad un certo punto ci fosse stata la possibilità di attuare la riforma sanitaria entro breve tempo. Io ebbi modo di esprimermi sulla impossibilità non della stessa riforma, ma della sua applicazione. L'onorevole Ministro stamani ha dato ragione ai dubbi da me espressi in quella occasione.

Ciò nonostante, lungi da me il pensare ad una posizione antiriformista. Io sono concorde con il Ministro: bisogna operare in questo senso, bisogna riformare. Ma perchè la riforma sia attuata nel suo pieno intendimento, occorre che si abbia il coraggio di affrontare le discrepanze che, nel sistema sanitario nazionale, sono venute alla luce.

Mi rendo conto — e qui riprendo il discorso del senatore Pinto — che siamo in una situazione di contingenza, altrimenti il disegno di legge finanziaria non sarebbe passato nel suo testo attuale. Se dovessi esprimermi come medico, oltre che come politico, dovrei annunciare un voto contrario; ma poichè mi rendo conto che bisogna tener presente il tetto fissato dal Governo, e dare a quest'ultimo piena solidarietà, esprimo il voto mio e del mio Gruppo affinché questo disegno di legge sia varato, riservandomi di intervenire più compiutamente in sede di dibattito in Aula, e di esprimere allora meglio il mio pensiero.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro chiede di parlare per dichiarazione di voto, e non facendosi osservazioni, il mandato ad esprimere parere favorevole sul disegno di legge n. 1583 e a redigere rapporto favorevole sulla tabella 19 resta conferito al senatore Forni.

I lavori terminano alle ore 18,35.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Direttore: DOT. GIOVANNI BERTOLINI