

(N. 196-A)

Tabella n. 19

**BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO
PER L'ANNO FINANZIARIO 1984
E BILANCIO PLURIENNALE PER IL TRIENNIO 1984-1986**

**STATO DI PREVISIONE
DEL MINISTERO DELLA SANITA'
PER L'ANNO FINANZIARIO 1984**

(Tabella n. 19)

IN SEDE CONSULTIVA

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

INDICE

GIOVEDI' 13 OTTOBRE 1983

« Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984) » (195)

(Parere alla 5^a Commissione)

« Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1984 e bilancio pluriennale per il triennio 1984-1986 » (196)

— Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1984 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione)

(Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE (Bompiani - DC). Pag. 2, 14, 15
e *passim*

IMBRIACO (PCI) 14, 15

JERVOLINO RUSSO (DC) 16

MELOTTO (DC), relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 195 3, 10, 17

RANALLI (PCI) 10

ROSSANDA (PCI) 10, 16, 17

MERCOLEDI' 19 OTTOBRE 1983

(Seduta antimeridiana)

« Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984) » (195)

(Parere alla 5^a Commissione)

BILANCIO DELLO STATO 1984

12^a COMMISSIONE

« Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1984 e bilancio pluriennale per il triennio 1984-1986 » (196)

— Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1984 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE:

— Bompiani (DC)	Pag. 17
— Trotta (PSI)	31, 35
ALBERTI (Sin. Ind.)	24
BOMPIANI (DC)	32, 34
COLOMBO SVEVO (DC)	27
IMBRIACO (PCI)	34, 35
MELOTTO (DC), relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 195	35
MONACO (MSI-DN)	35
ONGARO BASAGLIA (Sin. Ind.)	22
RANALLI (PCI)	35
ROSSANDA (PCI)	17, 30, 31
ROSSI (PRI)	29, 30, 34

MERCOLEDI' 19 OTTOBRE 1983

(Seduta pomeridiana)

« Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984) » (195)

(Parere alla 5^a Commissione)

« Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1984 e bilancio pluriennale per il triennio 1984-1986 » (196)

— Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1984 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE (Bompiani - DC)	Pag. 35, 39, 48
DEGAN, ministro della sanità	43
MELOTTO (DC), relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 195	39
RANALLI (PCI)	35

GIOVEDI' 20 OTTOBRE 1983

(Seduta pomeridiana)

« Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984) » (195)

(Parere alla 5^a Commissione)

« Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1984 e bilancio pluriennale per il triennio 1984-1986 » (196)

— Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1984 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione)

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto)

PRESIDENTE (Bompiani - DC)	Pag. 48, 50, 52 e passim
ALBERTI (Sind. Ind.)	50, 53
MELOTTO (DC), relatore alla Commissione sulla tabella 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 195	50, 51
RANALLI (PCI)	48, 51
ROMEI, sottosegretario di Stato per la sanità	51, 52
ROSSANDA (PCI)	51, 52

GIOVEDI' 13 OTTOBRE 1983

Presidenza

del Presidente BOMPIANI

I lavori hanno inizio alle ore 10,30.

« Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984) » (195)

(Parere alla 5^a Commissione)

« Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1984 e bilancio pluriennale per il triennio 1984-1986 » (196)

— Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1984 (Tab. 19)

(Rapporto alla 5^a Commissione)

(Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. Sono iscritti all'ordine del giorno, per il parere alla 5^a Commissione, l'esame, per quanto di competenza, del disegno di legge: « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984) », nonché, per il rapporto, ugualmente alla 5^a Commissione, l'esame della tabella n. 19 del bilancio dello Stato: « Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1984 ».

In applicazione delle deliberazioni prese dal Senato, nel quadro del calendario dei lavori adottato dal Senato il 5 ottobre, si procederà all'esame congiunto dei due documenti, secondo le norme generali e speciali dettate al riguardo dal Regolamento.

Prego il senatore Melotto di riferire alla Commissione.

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella n. 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 195*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, credo che la situazione di difficoltà in cui versa il paese sia riassumibile rapidamente. Non sarà la nostra Commissione a doversi occupare della panoramica generale, pertanto, richiamo soltanto alcuni dati: nel 1983 il reddito è diminuito dell'1-2 per cento; il tasso di inflazione è stato del 15 per cento; nel 1984, con la manovra complessiva, si ipotizza un aumento del reddito del 2 per cento con una inflazione ridotta al 10 per cento. Pertanto cospicuo rimane il debito pubblico. Ritengo che bastino questi pochissimi dati per farci capire la gravità delle situazioni. Considerando il settore della sanità, estremamente delicato perché interessa la generalità dei cittadini, c'è da domandarsi come verrebbe a trovarsi se, posto in seria difficoltà, non fosse imbrigliato e governato dal centro all'estrema periferia. Io credo che sia noto che in tutti i paesi oggi ci si interroga sul cosiddetto *welfare-state* per vedere chiaramente, non tanto il superamento, quanto il come ricomporre tra economia e servizi quell'equilibrio che indubbiamente deve emergere se vogliamo dare credibilità agli stessi servizi e, quindi, alla fine, con una inversione di tendenza riuscire a riqualificarli laddove, altrimenti lasciati a se stanti, assistiamo spesso al loro degrado.

Fatta questa brevissima premessa, dobbiamo prendere in considerazione gli ultimi tre anni di attivazione del servizio. La sede più

opportuna sarà quella della indagine conoscitiva ma già fin d'ora si può, per quanto possibile, verificare quanto si è conseguito e come si è realizzato nella concreta realtà. A tal proposito sarà bene, per meglio comprendere, rileggere un punto della relazione che accompagna il disegno di legge n. 195. Vi si legge che il Servizio sanitario nazionale è oggi notoriamente in crisi e credo che su ciò non sia necessario insistere essendo sufficiente guardare come vanno le cose nel loro insieme per essere d'accordo su tale affermazione. La relazione continua: « Infatti, la riflessione critica e l'analisi sui risultati conseguiti sul processo attuativo della riforma hanno evidenziato uno sviluppo tendenziale del sistema secondo linee non coerenti con gli obiettivi della legge n. 833 del 1978 e fatto emergere la esistenza di fattori interni al sistema stesso che generano momenti di ingovernabilità ed inducono in generale l'impiego non razionale delle risorse disponibili. Pertanto, la manovra proposta si inquadra in un disegno strategico orientato ad una incisiva riforma del servizio, che ha il suo presupposto nel decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, e si sviluppa attraverso gli interventi contenuti nel presente disegno di legge e troverà una più puntuale specificazione operativa nel Piano sanitario nazionale e negli atti di indirizzo e di coordinamento a livello centrale. In coerenza con tali obiettivi ed indirizzi, le norme contenute nel presente disegno di legge, pur rispondendo all'impegno di contenimento della spesa, garantiscono livelli assistenziali coerenti agli effettivi stati di bisogno e tendono a creare le condizioni per una riconquistata governabilità del sistema e della spesa finalizzata a: migliorare la qualità degli interventi sanitari; potenziare i servizi poliambulatoriali a gestione pubblica anche in funzione di filtro al ricovero ospedaliero; riequilibrare sul territorio nazionale la dotazione delle strutture, delle attrezzature e del personale; sviluppare gli interventi sull'ambiente, sull'igiene degli ali-

menti e sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, mediante il potenziamento dei servizi ad indirizzo preventivo; attivare o potenziare i servizi di assistenza sanitaria a favore di categorie di cittadini che necessitano di particolare tutela. In relazione alle richiamate finalità, le norme in materia sanitaria sono organicamente riconducibili: 1) alla definizione degli obiettivi prioritari da conseguire nel triennio 1984-1986, con indicazione dei relativi fondi programmati; 2) alla modifica dei sistemi gestionali, con attribuzione di maggiori poteri alle Regioni e ai quadri tecnici delle Unità sanitarie locali; 3) al conseguimento di risparmi nelle aree che presentano sprechi o impieghi inessenziali ».

Ho voluto rileggere questo punto perchè vi è contenuta quella filosofia dalla quale spetterà nel corso della discussione trarre tutte le valutazioni possibili, per poi vedere dalla problematica o dalle indicazioni a valle se si sarà riusciti in ciò. Pertanto, ecco che proprio da qui emerge quella verifica che ho richiamato. Prima di passare ad una valutazione complessiva occorre, allora, fare anche un'analisi dei dati, sia per quanto riguarda le entrate, sia per quanto riguarda le uscite, senza di che il quadro nel suo insieme sarebbe indubbiamente monco.

Sono riuscito ad avere dati che ritengo attendibili e di cui assumo personalmente la paternità. Ripeto che ritengo siano senz'altro dati attendibili e che, quindi, su di essi si possano basare le valutazioni. Il gettito dei contributi dal 1980 al 1983 per i dipendenti privati e pubblici non statali è di 9151 miliardi nel 1980, di 11.189 nel 1981, di 12.316 nel 1982, di 14.762 secondo la stima del 1983 e di 16.701 secondo la stima del 1984; per gli autonomi e professionisti è di 573 miliardi nel 1980 e, saltando gli anni intermedi, di 2.938 secondo la stima finale. I non mutuati sono passati dai 91 miliardi del 1980 ai 175 come stima del 1984. Altre variazioni a carico dell'INPS vanno da 1.096 a 1.356. L'eccedenza del Fondo nazionale assistenza ospedaliera, che ha continuato ad

operare, l'anno venturo dovrebbe dare un gettito di 3.305 miliardi. La quota rischio civile auto dovrebbe dare 150 miliardi per il 1984; il fondo che le Regioni avevano ereditato nel 1980 via via cala e si porta a 181 miliardi, per un totale del gettito di 10.489 miliardi nel 1980 e di 27.566 per il 1984, di cui fiscalizzati, nel 1980, 3.000 miliardi e, nel 1984, 7.900. Il fondo sanitario nazionale è passato da 18.034 miliardi nel 1980 a 21.738 nel 1981, a 25.710 miliardi nel 1982, a 28.500, più l'assestamento di bilancio quindi a 31 mila miliardi nel 1983, per arrivare a 34.000 miliardi nel 1984. Se queste sono le entrate, disaggregando per i lavoratori autonomi e i professionisti, con la manovra avremo questa realtà: coldiretti 963.000 titolari e 486.000 collaboratori per 1.449.000 addetti; artigiani 1.653.000 con 182.000 collaboratori per 1.835.000 addetti; commercianti 1.180.000 titolari con 395.000 collaboratori per 1.575.000 nel totale; i professionisti sono 380.000. Il reddito medio, e voi sapete che i lavoratori autonomi pagano una quota fissa più una quota percentuale di un reddito medio presunto, era di 3.520.000 per gli artigiani, di 9.330.000 per i commercianti e di 19.790.000 per i professionisti. Per i coltivatori diretti il reddito medio è più elaborato e non ho il dato preciso perché non è unico. La quota fissa era di 217.583 per i coltivatori diretti, di 283.000 per gli artigiani, *idem* per i commercianti, di 317.000 per i professionisti. Su quel reddito presunto si aggiungeva il 3 per cento, per cui il totale dava 2.398 miliardi per il 1982, cui deve aggiungersi, con questa manovra sulla quota fissa, il 5 per cento per i coldiretti, il 10 per cento per gli artigiani, il 15 per cento per i commercianti e il 20 per cento per i professionisti. A queste deve essere ancora aggiunta una quota in percentuale sul reddito presunto dell'1 per cento per tutte le categorie, con un aumento di 494 miliardi di stima per il 1984. Ho anche alcune tabelle che portano a valutare il riparto per le regioni, quindi la quota media regionale, da dove siamo

partiti, cioè il 1977, ad oggi. Questo ci permette di vedere quanto si è ridotto lo squilibrio per regioni e quindi quanto ha compensato quel che il consiglio nazionale sanitario ebbe a decidere anni addietro. Pertanto, per il 1977 andiamo da una spesa di 184.000 per abitante, a punte di 235.000 per la provincia di Trento, quindi un aumento del 27,92 per cento, e un punto in meno del 33,9 per cento per il Molise, che sono i due estremi che fanno emergere lo squilibrio. Se analizziamo la spesa nel 1982, vediamo che il divario è notevolmente diminuito: la media è salita a 498.000 per abitante, con la punta massima del Friuli-Venezia Giulia pari a 601.000 per abitante (585.000 il Lazio, 569.000 il Trentino Alto Adige, 528.000 il Veneto) e la punta minima della Basilicata che è di 385.000 lire per abitante, mentre le Puglie si sono attestate a quota 474.000, non lontano dalla media nazionale. Dobbiamo inoltre considerare che lo squilibrio era, ed è ancora per la parte residuale, rappresentato dalla spesa ospedaliera, perché il resto è dato da anni *pro capite* ed è pertanto l'unico parametro esistente. Se a questo livello sarà data risposta ad alta specialità, affinché non ci sia la rincorsa a momenti che di programmazione hanno ben poco, credo che l'avvio dato pazientemente allora, *motu proprio*, dalle Regioni (dobbiamo dirlo con molta onestà) abbia dato già notevoli e significativi risultati.

Interessante è anche vedere la distribuzione della spesa per voci, fatto riferimento al 1982: 41,099 per il personale, 16,555 per beni e servizi, 7,856 per la medicina generica, 15,999 per la farmaceutica, 9,680 per l'ospedaliera convenzionale, 0,949 per la specialistica interna, 4,959 per la specialistica esterna, 2,067 per altre prestazioni, 0,352 per la spesa vincolata e 0,486 per mutui e interessi sugli stessi.

Ovviamente, questo è un dato medio variabile da regione a regione a seconda del-

la situazione; per esempio, per quanto riguarda la spesa convenzionata per Lazio e Campania, la spesa ospedaliera ha assunto punte che vanno ben oltre la media!

Debito pregresso. Il debito pregresso stimabile — perchè, ovviamente, la manovra finanziaria tende a farlo emergere con dati certi — dovrebbe fornirci alcune indicazioni. Per l'anno 1979 i conti sono chiusi; per l'anno 1980 si può dire la stessa cosa tranne che per la regione Sicilia che ha un modesto residuo; per il 1981 la situazione delle USL dovrebbe attestarsi su 1.300 miliardi circa e quella dell'Istituto di ricovero e cura e delle officine Rizzoli su 25 miliardi.

Per il 1982 la situazione delle USL interessa 2.300 miliardi circa; quella dell'Istituto ricovero e cura delle officine Rizzoli 52 miliardi, mentre la stima per il 1983 per le USL, è di 4.235 miliardi per arrivare, con l'Istituto di ricovero e cura e le officine Rizzoli, ad 85 miliardi per un totale presunto di 8.046 miliardi sui quali dovrebbe giocare una disponibilità (tra trattenute delle USL in base all'articolo 69 della legge n. 833 del 1978 di cui al decreto-legge n. 462 che fino al 1982 sblocca a ripiano di bilancio; le trattenute delle Regioni, perchè dal fondo ereditato dal 1980 non hanno travasato nulla; la quota della responsabilità civile auto ed il contributo dell'INAIL) per un totale di circa 2.230 miliardi.

Praticamente, ci troveremmo con un debito pregresso presunto di circa 5.700 miliardi.

In che cosa si sostanzia la manovra strategica? Il fondo sanitario nazionale, tra la previsione ministeriale e la previsione regionale, si attesta a circa 38.590 miliardi; in bilancio sono previsti 34 miliardi per cui, finalmente, si è raggiunta la sintonia tra competenza e cassa e quindi la credibilità — dal primo giorno di avvio — degli accrediti necessari.

I previsti risparmi dove sono indicati e quali settori interessano?

La specialistica ambulatoriale (che dovrebbe essere invece incrementata di ben 230

miliardi per essere efficace filtro al successivo ricovero ospedaliero); la specialistica convenzionata esterna, che dovrebbe diminuire di 410 miliardi; il settore farmaceutico, che dovrebbe diminuire di 2.360 miliardi; l'assistenza integrativa e riabilitativa che avrebbe un calo di 285 miliardi; le spese per il personale dipendente, che, per effetto del blocco del 1982, dovrebbero presentare una diminuzione di 975 miliardi; beni e servizi, con un calo di 560 miliardi; le attività a destinazione vincolata, con diminuzione di 140 miliardi; i nuovi servizi, con un calo di 90 miliardi, per un totale di circa 4.590 miliardi.

Ritengo che i dati finora forniti alla Commissione siano sufficientemente attendibili e su di essi, nonché sull'intera manovra finanziaria, credo sia oggi chiamata la vostra valutazione complessiva per verificare, conosciuto anche il dato delle entrate, che cosa si possa e si debba suggerire facendo valutazioni serie e credibili.

Tuttavia, ritengo che prima di addentrarmi in una valutazione sulla legge finanziaria si debbano porre due questioni pregiudiziali.

Prima di tutto, va tenuto presente che la legge di bilancio non può modificare leggi di merito; questo risulta con estrema evidenza nel nostro ordinamento e dobbiamo, comunque, riaffermarlo con forza.

In secondo luogo, la legge finanziaria è costituzionalmente strumento idoneo a modificare leggi di merito? Affermo di sì: essa può entrare anche nel merito della legislazione precedente ma, ovviamente, per i soli aspetti finanziari dei provvedimenti e non certo per stravolgerne il contenuto perchè, in questo caso, si verificherebbe una sorta di espropriazione dall'esame di merito da parte delle Commissioni parlamentari competenti, e soprattutto delle decisioni che possono essere prese complessivamente e singolarmente.

Ma fatta questa osservazione, della quale sono peraltro convinto, rientrano o meno nella manovra di controllo della situazione

finanziaria gli aspetti che regolano il flusso, il controllo e quindi la credibilità della stessa manovra? Qui, ovviamente, senza addentrarmi ulteriormente in disquisizioni che certamente non mi appartengono e che non appartengono alla Commissione, ritengo di dover porre il problema per vedere poi con la manovra complessiva il da farsi. Pertanto, per ora mi fermerei a valutare sinteticamente cinque aspetti della manovra, per poi addentrarmi nel merito, articolo per articolo, con qualche ulteriore considerazione.

Primo aspetto. Il disegno di legge finanziaria, che va letto in correlazione con il decreto n. 463 all'esame dell'altro ramo del Parlamento, delegifica il piano sanitario nazionale. Questo è il primo dato di estrema evidenza che emerge e, pertanto, l'articolo 22, essendo la legge finanziaria triennale e rappresentando il programma di sviluppo del paese, stabilisce le finalità, gli indirizzi e le priorità, le prescrizioni che indubbiamente, avendo delegificato a monte, il Parlamento è e deve essere in grado di dettare al Governo per la redazione del Piano sanitario nazionale, il quale, poi, si dice che dovrebbe essere approvato, con mozione o atto amministrativo o voto, dalle Camere.

Quindi, in questo primo aspetto si fissano gli *standards* delle prestazioni, che si riconfermano essere ancora per il 1984 quelle date dall'*ex* INAM, dettando norme per il rinnovo delle convenzioni (articolo 23) e, quindi, aggiungendo ai criteri già esistenti tutta una serie di altri criteri affinché le norme siano un insieme che faccia diverso, secondo lo spirito che emerge dalla lettera, il rapporto convenzionale dal rapporto di pubblico impiego, il quale, invece, con il tempo, aggiungendo norma a norma, di fatto si è molto travasato dall'uno all'altro, pur restando sempre un rapporto di libera professione.

Sempre in questa parte si trattano i rapporti tra Ministeri, quindi con il Ministero di grazia e giustizia, con il Ministero della difesa, il Ministero degli affari esteri, per quanto riguarda le competenze anche inte-

grative e le relative spese (articolo 24), perché le « anomalie », chiamiamole così, tra virgolette, possano rientrare in un rapporto che sia corretto, senza quel palleggiamento ai fini dell'assistenza che, ovviamente, deve essere data nei modi più qualificati.

Inoltre, si presuppone — e io dico finalmente — il supporto al decreto del Ministro per la fissazione dei trattamenti differenziali ad alcune categorie (articolo 24, punto 10), anche qui superando la rincorsa fra le Regioni e dando finalmente la certezza che tali prestazioni saranno attestate nell'intero paese.

Secondo aspetto. Si quantifica nella competenza e nella cassa l'ammontare della spesa corrente e in conto capitale, dando fin da ora certezza nell'erogazione, con tutto il problema che ciò comporta, senza l'ulteriore indebitamento dell'anticipazione che, indubbiamente, fa venire meno il disegno complessivo. Con i tassi esistenti per l'interesse bancario credo che, alla fine, sia difficile la manovra se non vi sono scadenze certe ed è la certezza stessa che non consente gli indebitamenti impropri che alla fine vanificano la manovra. A questo punto mi sembra che riemerge con estrema chiarezza la riabilitazione del bilancio preventivo, il quale torna ad essere lo strumento vero, entro il quale si deve svolgere una politica, evitando il piè di lista. Pertanto, dando credibilità a tutti i livelli al preventivo, in quanto rappresenta il binario sul quale far marciare il treno della Sanità, agganciandolo opportunamente a scadenze credibili, allora credo che finalmente, in questo momento, il preventivo possa avere possibilità concrete di non essere più considerato un mero documento contabile (non ritenuto credibile fin dagli estensori) e credo anche che non si trasferirebbe più il tutto nel rendiconto, quale unico strumento su cui misurarsi, però dopo anni, determinando, quindi, quella cronicità del sistema e facendo venir meno anche quelle spinte di natura psicologica, verso un diverso modo di amministrare oggi, da parte di amministratori ed operatori, i quali man mano che passa il tempo vengono a trovarsi nella incapacità di governare.

Ovviamente, credo che la credibilità vada posta a tre livelli, stante quel che emerge oggi in attesa della riforma e quindi in attesa di addentrarci, in un secondo tempo e con uno strumento diverso, nelle questioni istituzionali. Qui si responsabilizza il vertice e la periferia (Regioni e USL) e si mettono filtri chiari e precisi nella corresponsabilità della erogazione dei servizi. Inoltre, si dà facoltà alle Regioni di azioni integrative, consentendo di incidere sul proprio bilancio. Cito solo l'argomento, riservandomi di riprenderlo dopo, perché credo che anche questo sia un problema estremamente importante. Il Fondo viene ripartito sempre più uniformemente superando di fatto e di diritto gli squilibri, privilegiando azioni di sviluppo certe, peraltro, del loro avvio e finalizzando la manovra sempre più al superamento dello squilibrio ancora esistente, anche se tale superamento non significa dotare ogni Regione delle stesse cose, e fare la sommatoria di tante repubbliche ma piuttosto la costruzione di un disegno complessivo, perché non occorre soltanto qualche divisione, bensì soprattutto cultura, cioè un contesto nel quale e con il quale si può far vivere una struttura che altrimenti diverrebbe soltanto tale per l'etichetta sulla porta, non essendo in grado di sviluppare un servizio.

Peraltro, si inserisce il principio della compensazione tra le Regioni, anche qui per evitare lo scarico indefinito di trasmissioni sanitarie, ponendo a tutti la « sfida », tra virgolette, a riappropriarsi del settore per sostenere in prima persona le proprie responsabilità.

Qui si inserisce il discorso del conto capitale che il senatore Ranalli diceva ieri essere insufficiente; condivido questa opinione, anche se occorre leggere altre tabelle, o perché si riportano ad un'unica voce anche questi interventi, oppure si riportano in altre tabelle (vedi quella delle calamità, oppure quella della Cassa per il Mezzogiorno in cui si inseriscono strutture notevolmente costose) altrimenti il riequilibrio non è più credibile, anzi direi che è ancora ovattato. Qui si finalizza un fondo per attività di rilievo a destinazione vincolata e si suddivi-

de nel 40 per cento per la formazione e l'aggiornamento professionale, nel 25 per cento per progetti di rilevanza nazionale, peraltro affidati alle regioni; nel 10 per cento per progetti di rilevanza regionale, nel 15 per cento per la ricerca finalizzata, il 10 per cento per l'educazione sanitaria. Anche la deroga prevista al punto 6 dell'articolo 26 è bene accolta per non « rivolizzare » alcune iniziative, mentre molte perplessità ho per quanto riguarda l'ultima parte dello stesso comma, che si riferisce al pagamento diretto delle farmacie da parte delle Regioni. Non credo che con momenti di accentramento si risolvano le responsabilità; c'è una interdipendenza nei tre livelli e una corresponsabilizzazione fra gli stessi non una espropriazione. Io credo che ognuno debba fare il suo mestiere: allora si conosce il responsabile e ciò sapendo si può anche controllare. Non è certo spostando le responsabilità che ad un certo momento si risolvono i problemi.

L'articolo 27 è il punto centrale del disquisire; riguarda i controlli preventivi, la situazione trimestrale e il consuntivo annuale dando tempi stretti e certi e quindi sufficienti a produrre i documenti rendendo così « circolanti » le notizie altrimenti sarà impossibile dare le necessarie informazioni.

Gli articoli 28 e 29 definiscono la copertura in materia di bilanci in disavanzo creando anche poteri sostitutivi: occorrono norme perentorie altrimenti ognuno rimanderà al domani e al posdomani quello che deve essere fatto oggi. Sul problema della manovra e della credibilità del preventivo e della compartecipazione alle responsabilità occorre aprire un discorso per accertare se quella indicata sia la via più propria o se su quelle indicazioni sia possibile un aggiustamento più credibile; poichè dato per certo il preventivo, responsabilizzati i vari livelli, dato per certo che contratti e convenzioni vengono coperti — e non l'anno dopo — allora potrà essere responsabilizzata la periferia e quindi le Regioni oggi e domani i Comuni. Quindi *tickets* che rappresentano momenti di contenimento (e tutti i paesi industrializzati stanno sperimentando questo sistema) e anzichè un fondo comune (ma questo lo avanzo a titolo personale)

un'addizionale Irpef posta dalle Regioni laddove si verificano i buchi senza far finire tutto in un calderone generale in modo che ognuno si assuma le proprie responsabilità in prima persona. Su questo occorre riflettere per vedere se è possibile iniziare un avvio concreto della fiscalizzazione del sistema superando quel che la legge n. 833 anni fa già prevedeva.

L'articolo 30 cerca di richiamare i criteri stabiliti nell'articolo 22 e quindi di corresponsabilizzare i due coordinatori; quindi qui la parte tecnica comincia ad assumersi la propria responsabilità. Penso che una responsabilizzazione occorra se non vogliamo politicizzare tutte le responsabilità che invece appartengono ad altri.

L'articolo 31 è legato agli articoli 20 e 22 e cerca di anticipare quello che il piano dovrà dire se vuole fare uscire dallo stallo una situazione che via via può incancrenirsi.

Il terzo aspetto riguarda i problemi del personale e del suo migliore utilizzo.

Già l'articolo 18 del disegno di legge finanziaria allenta la morsa: ha bloccato tutto per il 1983 sblocca per il 1984 limitatamente ai posti di ruolo che vengono a cessare, consente di dare una sistemazione in relazione ai concorsi svolti nel 1983, riserva, di fatto, una deroga al Presidente del Consiglio, soprattutto, coglie questo momento di riciclaggio, di possibilità di confronto tra personale e strutture per arrivare ad una riorganizzazione; l'articolo 31, del resto, mira — anticipando il piano sanitario nazionale — alla ristrutturazione e riorganizzazione del sistema ospedaliero, vero problema che abbiamo dinanzi.

Non credo, infatti, che ci sia una forte inflazione di personale in altri settori, mentre per il sistema ospedaliero questo è il problema vero da affrontare cercando di riutilizzare il personale nei servizi prioritari e quindi, primi tra tutti, nei distretti e nelle attività poliambulatoriali quali filtro allo stesso settore ospedaliero.

Questo articolo fissa inoltre tra le priorità i servizi da affrontare in rapporto al punto 4) dell'articolo 22, al fine di dare risposta concreta al piano non solo con il riutilizzo del personale per raggiungere gli

obiettivi concreti nei quali si sostanziano le scelte precedenti, anziani, handicappati).

Desidero a questo punto dire che proprio ieri sera è uscita la sentenza della Corte costituzionale sul blocco delle assunzioni che chiamerei, da vecchio regionalista, una sentenza di carattere regionalista e che, per il punto che ci riguarda, dice: mentre il blocco delle assunzioni del personale delle unità sanitarie locali (USL) (previsto dalla legge finanziaria per il 1983) non contrasta con il principio costituzionale dell'autonomia regionale, essendo circoscritto in limiti temporali non irragionevoli ed essendo temperato dalla possibilità di deroga. Le modalità di « deroga » al blocco sono incostituzionali perchè affidano al Governo e non alle Regioni la determinazione dei singoli casi in cui sia indispensabile procedere ad assunzioni di personale. Le Regioni, infatti, nell'esercizio della competenza in materia di organizzazione delle USL e di gestione dei ruoli regionali del relativo personale, disciplinano — sia pure in applicazione di direttive statali — l'utilizzo del personale da parte dell'USL e possono, alternativamente alla concessione della deroga al blocco delle assunzioni, far uso del loro potere di consentire « comandi » e « missioni » di personale tra le varie USL.

Per quanto riguarda l'applicazione alle amministrazioni del blocco delle assunzioni — che resta disposto per tutta l'area del pubblico impiego — è legittimo che il Governo sia abilitato a delimitare con atti amministrativi di indirizzo e coordinamento l'incidenza di nuove assunzioni di personale sulla spesa delle regioni.

Credo che la sentenza, pur riconfermando il contenuto dell'articolo 18 del disegno di legge finanziaria, ne elimini l'ultima parte passandola alla responsabilità delle regioni e non certo alla responsabilità del Governo lasciando comunque inalterata la manovra complessiva con la possibilità, attraverso comandi e missioni, di far fronte al servizio sanitario che, ovviamente, va reso ogni giorno e non solo qualche volta.

Ma, detto questo, credo che il problema del personale sia quello vero e, di conse-

guenza, mi riferisco al problema del suo migliore utilizzo, a quello della sua aumentata produttività, a quello del servizio complessivamente reso e quindi a quello della umanizzazione del servizio stesso

Registriamo infatti che attraverso la sommatoria dei diritti, le continue sanatorie si tende a centralizzare la struttura sanitaria più sul personale che sugli utenti facendo svanire molti degli obiettivi della legge n. 833 del 1978.

Se mi è consentito dirlo, il supergarantismo creatosi nel rapporto di pubblico impiego deve farci riflettere se, fatta la scelta pubblica del servizio sanitario (ed in questo paese la scelta è largamente pubblica per notevoli tradizioni, pur rispettando la distinzione tra pubblico e privato come momento di utilità del servizio complessivo, entrando peraltro anch'esso nella programmazione e non fine a sè stesso per evitare duplicazioni) se, ripeto, fatta questa scelta e lasciate scivolare le cose nell'indifferenza o nell'impossibilità di mutare equilibri, rapporti o parassitismi sia realmente possibile dare una risposta concreta alla domanda del cittadino che, invece, sale sempre di più e che chiede efficacia nelle scelte ed efficienza nei servizi.

Credo che oggi il cittadino, e soprattutto il più debole, che deve confrontarsi giornalmente con il Servizio sanitario nazionale, chieda a gran voce queste scelte e credo anche che dobbiamo far sentire, attraverso strumenti legislativi e contrattuali, che la volontà è quella di rendere un servizio dignitoso, efficiente, non lasciando cadere nel degrado le strutture

Quarto aspetto: spesa farmaceutica. Già la manovra finanziaria trova larga accoglienza nel decreto-legge n. 463 del 1983 e qui si completa il quadro fissando il tetto in una spesa di 4.000 miliardi. Ho accennato prima a che cosa dovrebbe aumentare, in proiezione, il risparmio: dovremmo risparmiare infatti un terzo; si tratterà certamente di un notevole problema perchè si dovrà arrivare da una spesa di più di 6.000 miliardi ad una di 4.000!

RANALLI. In quale misura questa previsione è realistica o velleitaria?

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella n. 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 195*. Non so se in un anno riusciremo nella manovra non credendo, personalmente, a protocolli terapeutici! Credo molto ai protocolli diagnostici, ma non a quelli terapeutici!

ROSSANDA. Ci vorrebbe la volontà del Governo di attuare cose dette da anni!

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella n. 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 195*. Il ticket rappresenta uno strumento ma, indubbiamente, va reso certo perchè credo che il problema del diritto sanitario possa essere limitato: non è detto, e la Costituzione non ci obbliga, a dare tutto gratis fino al punto di evoluzione raggiunto in questo paese! Vi può essere un diritto sanitario limitato in base alle risorse? Altro è il diritto all'assistenza che riguarda solo alcuni e altro è se riguarda la generalità! Non credo, per la verità, che la fascia di reddito di 4.500.000 sia la più efficace perchè se teniamo a far prevalere il diritto alla assistenza credo che altri siano i meccanismi da porre in essere e non certamente la autodichiarazione che, indubbiamente, allarga le porte e le finestre all'esenzione. Credo però che lo spreco vada punito e limitato rivedendo il prontuario che, forse, bisognerebbe riorganizzare in modo diverso; soprattutto, credo che bisogna ricorrere ad una vera educazione sanitaria che coinvolga cittadini ed operatori per quell'autocontrollo che è indispensabile in questa situazione: senza di che, credo che tutto sia difficile. Certo è che la spesa farmaceutica è in continuo aumento: non possiamo più assistere passivamente ma dobbiamo agire, ed a questo punto di alternative certe credo ne resti una sola, quella dell'assistenza indiretta, stabilendo secondo l'andamento la percentuale trimestrale del rimborso. Un discorso a parte merita la questione delle prestazioni diagnostico-strumentali. Anche qui non so se togliere certe pre-

stazioni rappresenti un vantaggio o uno svantaggio. Credo che l'obiettivo potrebbe essere quello di spostare la richiesta dal medico generico allo specialista del servizio pubblico; ovviamente, è anche giusto che di fronte ad un certo tipo di esami estremamente costosi vi sia una specie di filtro, perchè altrimenti anche qui può accadere che si instauri il fenomeno del consumismo, che si sa dove inizia, ma non se ne conosce l'evoluzione, per cui, per esempio, anche per una semplice emicrania può venir richiesto una TAC.

Quinto ed ultimo aspetto sul versante dell'entrata è l'aggiornamento dei contributi per i lavoratori autonomi e i professionisti, di cui vi ho mostrato la proiezione. Vorrei fare in proposito una modesta osservazione al Governo: mi pare che questa sia più materia previdenziale che sanitaria e che, pertanto, non dovrebbe essere collocata strettamente nel capitolo delle misure sanitarie.

Passo a fare alcune osservazioni sui singoli articoli. Sull'articolo 18 non ho nulla da aggiungere. Sull'articolo 22 devo dire che al punto 1 mi sembra che debba essere incluso il discorso del volontariato. Anche al punto 4, mi pare che non si debba avere solo un'elencazione della materia. Al punto 2, lettera b), a proposito della definizione delle piante organiche, nonchè dell'organigramma formale dei servizi della USL, correlata alla domanda sanitaria, ho dei dubbi proprio sulle parole « correlata alla domanda sanitaria » perchè da quel « correlata » non so che piante deriverebbero.

Sull'articolo 23 al punto 2, *sub 2*), desidero osservare che io ritengo che la decadenza del rapporto convenzionale vada vista in un contesto di norme, che non basti, pertanto, citarne alcune e che invece sia da introdurre il discorso della deroga motivata, senza la quale credo che non esista colloquio, mentre invece anche attraverso i controlli può instaurarsi un dialogo, una partecipazione dell'operatore che ovviamente e significativamente fa delle scelte di carattere culturale e sanitario di diverso tipo. Inoltre, a proposito delle commissioni miste, professionali *sub 4*), bisogna indicare il livello regionale, se la media, la valutazione è regionale,

per non lasciare sistemi molto differenziati nello stesso ambito.

All'articolo 24, punto 7, si legge: « Decorso il termine di novanta giorni di cui al quinto comma, agli interessati sono assicurate le prestazioni urgenti con onere a carico degli stessi ». Mi domando perchè, trascorsi i novanta giorni, il cittadino non possa ottenere tutte le prestazioni, oltre quelle urgenti, sempre a suo carico. Ritengo che qui siamo di fronte ad una svista. Desidero ripetere, invece, che il punto 10 mi trova consenziente perchè dà certezza in tutto il paese.

Il problema del conto capitale di 3.350 miliardi, come ho già detto, va visto insieme ad altri capitoli nelle tabelle allegate, come possiamo leggere per esempio a pagina 92 del testo, dove si prevedono « Norme per la ricostruzione delle zone colpite dal terremoto del novembre 1980 », nelle quali rientrano, naturalmente, anche gli ospedali. Inoltre, vi sono gli interventi della Cassa per il mezzogiorno che prevedono anche il settore ospedaliero. Naturalmente anche qui bisognerebbe soffermarsi un attimo per capire se determinati interventi si sostanziano e in quanto si sostanziano.

Passando all'articolo 25, il penultimo comma riguarda il cosiddetto problema della rivalsa. Ho approfondito la questione. Mi si dice che l'ex articolo 8 della legge finanziaria del 1982 ha disposto che con decreto interministeriale dei Ministeri dell'industria e della sanità, venga fissata annualmente la percentuale di prelievo dai premi che i cittadini pagano alle compagnie di assicurazione. Pertanto, finalmente, si è posto termine alla conflittualità e alla non riscossione della rivalsa per gli infortunati civili avvenuta in tante Regioni. Ancora manca, però, il decreto interministeriale, per cui ancora sono rimasti scoperti gli anni 1982 e 1983. Quindi, vorrei sollecitare il decreto da parte del Governo per introitare questi ultimi due anni, portando a conclusione un problema e portando, anche automaticamente, una entrata al fondo annuale.

In ultimo, negli articoli successivi, il discorso della manovra si aggancia all'articolo 29, mentre nell'articolo 26 va rivista

anche la ripartizione con la compensazione fra tre fasce, medicina di base, specialistica ed alta specializzazione, in quanto certamente non è la stessa cosa, per esempio, un ricovero in alta chirurgia o un ricovero in chirurgia generale.

All'articolo 28 va ribadito che i contratti, le convenzioni, le delibere del CIPE devono avere la necessaria copertura. Il punto 2 dello stesso articolo deve, poi, dare termini in certezza ma a tutti e tre i soggetti, Stato, Regioni e USL nella presentazione del documento preventivo, se vogliamo che sia credibile.

Il discorso sull'articolo 30 già l'ho fatto. Desidero invece fare un appunto sul penultimo rigo di questo articolo perchè non mi pare idoneo trasferire al collegio dei revisori la relazione sull'efficacia del servizio che attiene ad altri organi; potremo parlare di funzionalità dei servizi, ma non certo di efficacia, perchè questa attiene alla sfera politica.

L'articolo 31 anticipa di fatto il piano; dobbiamo rimettere in discussione la legge n. 132 perchè non è pensabile che oggi ancora l'ospedale sia organizzato in divisioni e sezioni autonome o aggregate; credo che esista anche il servizio che può essere dotato di posti letto (ad esempio rianimazione e psichiatria). Se vogliamo servire zone disagiate, di scarso numero di abitanti non dobbiamo pensare a divisioni gonfiate che non servono; dire che la divisione minima è trenta posti letto, altrimenti cade la mannaia e non c'è più il primario, ma un aiuto che va avanti e indietro e non si sa chi sia, significa gonfiare il servizio senza darlo. Credo che una revisione del genere vada fatta.

Anche l'articolo 33 va agganciato al punto 10 dell'articolo 24; queste prestazioni integrative ce le portiamo dietro da una normazione di carattere « circolaresco » (erano le circolari dell'INAM e variavano da sede a sede) che va invece uniformata, con effetto certo in tutto il paese.

Sugli articoli 34 e 35 ho già detto.

Un'ultima considerazione per quanto riguarda la legge nel suo insieme; per non economizzare troppo i problemi della Sani-

tà credo che una considerazione vada fatta; l'economia è importante, la finanza pure, ma credo che le scelte di civiltà che sottendono questo settore debbano essere rivendicate; dobbiamo farci una domanda relativa alla impossibilità di verificare la gravità della situazione alla quale si sarebbe giunti mantenendo il precedente sistema mutualistico sia dal punto di vista finanziario, sia dal punto di vista organizzativo che da quello della qualità del servizio stesso; pertanto credo che dobbiamo essere coerenti con le scelte di politica sociale già fatte senza coprirci gli occhi, confrontandoci con la realtà e quindi vedendo di aggiustare laddove essa ha aperto falle, ma avendo chiaro l'obiettivo di realizzare in questo paese il servizio sanitario nazionale, il quale ovviamente chiama a raccolta lo Stato, col suo potere di indirizzo e di coordinamento, proprio perchè non ci sia la sommatoria delle 673 USL. Questo potere di indirizzo e di coordinamento, dobbiamo pur dirlo, è stato sin qui esercitato scarsamente, ma soprattutto dando corresponsabilità anche alla periferia che si chiama regione, comune, USL. La corresponsabilizzazione della periferia — e discutendo delle questioni istituzionali vedremo anche che cosa deve essere l'unità sanitaria locale — è una cosa che in un servizio di questo tipo va fatta in modo chiaro e preciso, altrimenti è lo scarico delle responsabilità.

Per quanto attiene più specificamente alla tabella n. 19, questa si sostanzia in 401 miliardi, di cui tre in conto capitale, con l'aumento di 23.493 milioni rispetto al bilancio assestato del 1983. La tabella 5 della relazione all'allegato n. 19 ripartisce e classifica le varie spese; servizi generali 74 miliardi, ospedali 1.020, igiene pubblica 5.034, medicina sociale 142.370, igiene degli alimenti e nutrizione 350, servizio farmaceutico 335, servizi veterinari 4.320, Consiglio sanitario nazionale 390, servizio centrale della programmazione sanitaria 16.231, Ufficio per la attuazione del servizio sanitario nazionale 74.685, Istituto superiore di sanità 42.053, Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro 39.833. Sono queste le voci che articolano la spesa del Ministero della sanità. Dall'esame del bilancio sono

due le carenze che emergono chiaramente dalla relazione: a) si provvede senza un quadro di riferimento certo che dovrebbe essere il piano sanitario nazionale; b) non si è ancora provveduto al riordino legislativo del Ministero perchè nonostante tutti gli studi eseguiti non si è deciso per quale modello optare. Si è, peraltro, dato corpo e sostanza ad alcuni servizi che afferiscono all'attuazione della legge n. 833: Consiglio sanitario nazionale, il Servizio centrale della programmazione sanitaria, con annesso sistema informativo, l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, l'Ufficio per l'attuazione del servizio sanitario nazionale per i compiti residui nel settore del Ministero, mentre manca, in questo settore, del tutto l'attuazione di quei compiti, che ricordavo anche prima, di indirizzo e di coordinamento, senza i quali il servizio diventa o può diventare la sommatoria di tante frammentazioni e non servizio che invece, traendo linfa dalle tradizioni e dalle realtà locali, concorre a disegnare una scelta complessiva.

La legge ne ha parlato e mancano dati precisi, il che impedisce l'emanazione di quelle direttive senza le quali credo che sia difficile operare. È importante che i provvedimenti in esame definiscano un punto di riferimento certo e si eviti così di disperdersi in tanti reticolati normativi via via sempre più stretti. Non sono qui tanto i compiti ispettivi del Ministero, pur necessari, che interessano, ma quelle azioni informative, dinamiche, di indirizzo, di guida e di coordinamento indispensabili al buon funzionamento di un servizio su scala nazionale. Si sono a tale proposito aperti parecchi concorsi per integrare adeguatamente il personale, ma senza un disegno organico che stia a monte ho l'impressione che si riempia un contenitore vecchio, più che definire nuove strutture in sintonia con le linee ispiratrici della riforma. Oggi questo modo di procedere non è più proponibile; diffido molto delle soluzioni perfezionistiche e preferisco buone soluzioni che cammin facendo abbiano l'umiltà ed il coraggio di modificarsi ed aggiustarsi, piuttosto che disegni perfezionistici affidati a qualche

agenzia che si modificano con il cambio del Ministro alla guida del Dicastero.

Ritengo che oggi il Governo possa avere la capacità e la volontà di decidere in merito alla sperimentazione pura. Spero che il nuovo Ministro, che conosco da tanto tempo e che ha già dimostrato chiarezza di vedute, dia prova di tenacia nell'affrontare questo argomento, senza di che il Ministero rischia di divenire una struttura estraniata dal contesto globale, con tutti i rischi e i risvolti negativi che ciò può comportare.

Credo che una riflessione meriti di essere fatta sull'attività del Consiglio sanitario nazionale, per verificare se la sua composizione, come è stata dettata dalla legge n. 833 del 1978, sia valida del tutto ancor oggi. C'è da chiedersi se questo organo, che dovrebbe essere il momento di sintesi centrale della volontà, non sia diventato invece un organo di mera mediazione territoriale. Lungi da me il proposito di additare delle responsabilità in questo senso, dato che la legge n. 833 fu approvata con un ampio fronte di consensi, ed io stesso la appoggiai, ma credo che oggi, mutate le condizioni, questa fase possa essere considerata largamente superata e si debba iniziare in modo nuovo a discutere il problema della composizione del Consiglio sanitario nazionale in relazione ai fini ad esso istituzionalmente preposti. In merito sempre al Consiglio sanitario nazionale va rilevato che a tutt'oggi gli squilibri sulle ripartizioni si sono molto ridotti e la conflittualità Nord-Sud si è decisamente attenuata e credo che, in questa fase, la sfida non sia tanto territoriale, ma vada ricercata nella qualità dei servizi resi e debba vedere nel Consiglio sanitario nazionale un momento di sintesi. Mi riferisco anche agli operatori delle varie categorie interessate, ed in particolare ai medici, senza la cui collaborazione non sarebbe possibile operare una sintesi se non ripetendo discorsi di carattere meramente sindacale.

Il sistema informativo è ormai avviato: ho potuto verificare elaborazioni valide, dato che esiste collaborazione — finalmente — fra Tesorerie provinciali, Ministero del te-

soro ed uffici per la programmazione che cominciano ad avere contatti e scambi di informazioni. Credo tuttavia che il momento dell'elaborazione e della diffusione delle informazioni all'interno del servizio vada completato, se vogliamo rendere la periferia conscia delle scelte che si vanno operando e quindi indurla a confrontarsi con una realtà più vasta di quanto non sia la personale responsabilità a cui ogni operatore è chiamato.

Un altro argomento che merita di essere affrontato riguarda l'ISPESL. Ritengo che lo stanziamento ad esso devoluto sia consistente; non ho tuttavia riscontri sulla sua attività periferica, per cui chiederei al Governo di informarci sullo stato generale di questo istituto.

A questo punto, due altri argomenti meritano la nostra riflessione. Il primo riguarda il centro studi, di cui al capitolo 1112, che prevede uno stanziamento di 700 milioni, a mio avviso insufficienti per la seria ed organica impostazione che si vuol dare alla materia. Rendiamoci conto che stiamo stanziando qualcosa come 34, 35 o 36 mila miliardi e quindi credo che 700 milioni di consulenza rappresentino quel minimo per consentire alla burocrazia di operare. Mi dichiaro d'accordo, inoltre, che alcuni aspetti scientifici particolari trovino finanziamenti plurimi nel capitolo relativo agli studi. Non è tuttavia pensabile che un centro studi debba focalizzare ed affrontare tutta una serie di problemi — dal problema veterinario, al problema farmaceutico e a tanti altri — perchè si tratta di un coacervo di attività che non aiuta a snellire il discorso.

L'altro punto riguarda l'educazione sanitaria. Esiste, a questo proposito, il capitolo 1.104 che dispone stanziamenti per allestimento e partecipazione a qualche convegno, per modesta cifra. Vi è poi — è vero — il capitolo 2.546, lasciato per memoria, e credo che esso troverà consistenza con lo stanziamento dell'1 per cento del fondo vincolato di cui al punto e) dell'articolo 26, che prevede finanziamenti per iniziative di rilievo nazionale da definire in seno al Consi-

glio sanitario nazionale. Ho tuttavia l'impressione che a questo livello debba essere impostata una campagna seria ed approfondita di sensibilizzazione dei cittadini, perchè a valle l'attività in questa direzione risulta scarsa. Se non riusciremo a coinvolgere la scuola, i *mass-media*, l'opinione pubblica in genere, certamente non riusciremo a diffondere un adeguato livello di sensibilizzazione su questi problemi. Anche in questo senso devo rilevare che, a mio avviso, la campagna di educazione sanitaria esige coerenza in rapporto alla stessa libertà nella pubblicità. Infatti, come è stata vietata la pubblicità relativa al fumo, credo che possano essere vietati altri tipi di pubblicità.

Vorrei dare infine atto al Governo per i positivi sforzi compiuti per ripulire alcuni capitoli di bilancio e per procedere alla soppressione di altri.

Cito i capitoli 1017, 2038, 2532, 2577 3073, eccetera. Ma lasciatemene citare almeno uno per tutti.

Si tratta del capitolo 1017, che sopprime le spese per il personale del ruolo speciale degli enti mutualistici soppressi dalla legge. Oggi, neofita di questa Commissione, dico: non si ripete qui il Ministero dell'Africa orientale italiana?

Un'informazione desidererei infine chiedere al Governo: non capisco perchè sia stato mantenuto in vita il capitolo 1585 che definisce la somma da erogarsi a cura del Commissario del Governo nella regione Friuli-Venezia Giulia per interventi anche di carattere straordinario a favore di istituzioni sanitarie private, nonchè di cliniche ed istituti universitari; non mi rendo conto, infatti, in base a quale legge ciò sia stato stabilito.

Credo che quelle fatte siano alcune doveose osservazioni da accompagnare all'esame della tabella nell'intento di contribuire, da parte nostra, al miglioramento dell'attività complessiva del comparto della sanità; infatti, ripeto, se ai vari livelli ognuno farà il proprio dovere sono certo che il servizio sanitario potrà riprendere quota molto ef-

ficacemente soddisfacendo la richiesta degli utenti.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Melotto per la lettura e l'illustrazione attenta della tabella n. 19.

Onorevoli senatori, proporrei a questo punto di rinviare l'apertura della discussione generale ad una prossima seduta disponendo del testo scritto delle due relazioni; invito però quanti lo volessero fare a porre domande al relatore ad integrazione di quanto è stato già detto o per sviluppare punti che, eventualmente, non fossero stati toccati in modo specifico.

IMBRIACO. In linea di massima ritengo che sia giusto consentire ai membri della Commissione di avere il tempo necessario per approfondire l'esposizione del senatore Melotto, convenendo che si è trattato, da parte del relatore, di uno sforzo serio del quale anche il Gruppo comunista ringrazia.

Saremmo dunque d'accordo perchè la discussione generale venisse rinviata alla prossima settimana; però, mi consentano il Presidente ed il relatore di sollevare una pregiudiziale rispetto al dibattito generale prendendo le mosse da alcune considerazioni che, in via preliminare, lo stesso senatore Melotti ha fatto all'inizio della sua esposizione quando si è posto il quesito se una legge di bilancio possa o meno modificare leggi di merito e se, infine, la legge finanziaria — costituzionalmente — sia lo strumento idoneo a modificare leggi di merito.

Per la verità, non ho capito bene quale risposta si sia data il relatore perchè nel prosieguo della sua esposizione sono emerse alcune questioni che, a nostro avviso, non possono trovare spazio nella legge finanziaria; quindi, rispondendo al suo interrogativo in termini positivi diciamo che alcuni aspetti della finanziaria stravolgono — o surrettiziamente cambiano — i connotati di atti, di leggi fondamentali di grande civiltà come lo stesso relatore ha avuto modo di dichiarare. Ripeto che, in via surrettizia, sono state stravolte alcune definizioni di fon-

do della legge n. 833 pur convenendo che nella legge finanziaria si potrebbero mantenere forme di controllo per garantire risultati alla manovra.

Il problema che io ritengo sottoporre al giudizio della Commissione in questa sede, è soprattutto al Presidente senza per questo voler concludere forzatamente questa mattina in quanto potrebbe ricercarsi un modo di intendersi con la Presidenza del Senato e con il Governo, è di capire se la Commissione sia abilitata a trattare tutta la serie di articoli dal n. 22 in poi, articoli che ben poco hanno a che fare con la legge finanziaria.

Mi domando dunque se non sia il caso di stralciare tutta questa parte normativa trovando noi stessi il modo perchè, formalmente, questioni fondamentali quali sono quelle del piano sanitario — che di fatto viene introdotto in via surrettizia nella legge finanziaria — abbiano una corsia preferenziale immediatamente dopo per arrivare a definizioni che nella passata legislatura non sono state trovate.

Concludendo, il quesito che pongo, la domanda che rivolgo al relatore ed al Presidente della Commissione è la seguente: possiamo decidere che l'aspetto di programmazione sanitaria, le questioni relative al piano sanitario, che di fatto sono state introdotte nella legge finanziaria e che, a nostro giudizio, sia costituzionalmente sia sul piano della procedura finiscono addirittura per rendere più complessa la stessa manovra governativa di rientro per il disavanzo, possano essere stralciate dalla legge finanziaria per seguire tempi e procedure diversi? Anche noi riteniamo infatti che siano da raggiungere obiettivi consistenti, soprattutto conseguendo il risultato di arrivare alle certezze di cui parlava il relatore, attraverso indirizzi di piani e programmi, senza dei quali il servizio sanitario finirà per andare incontro ad ulteriori limitazioni.

PRESIDENTE. Vorrei innanzitutto stabilire se la Presidenza è abilitata a registrare questa richiesta e a dare poi inizio alla discussione generale; credo infatti che la richiesta stessa abbia anche valenza di con-

tenuto che va esaminata nell'ambito della discussione generale che, per l'appunto, si fa sul contenuto della legge finanziaria e che quindi, praticamente, potrebbe scivolare alla settimana prossima nel corso del dibattito.

A mio avviso, questo sarebbe più corretto in quanto ci consentirebbe di valutare sia la richiesta formale che la sostanza che è all'interno stesso dell'articolato del disegno di legge finanziaria; oppure mi domando se questa, si debba intendere come richiesta procedurale preliminare al dibattito stesso.

Ripeto, proceduralmente questa richiesta di stralcio va discussa in sede di dibattito generale. Si può concretizzare, se la Commissione è d'accordo, in quella sede in una proposta alla 5ª Commissione che è quella di merito; cioè, posto che la Commissione decida lo stralcio, questo si inserisce nel parere che si darà o sotto forma di emendamento o in altra forma da decidere. Comunque questo va inserito nella relazione, nel parere da trasmettere alla 5ª Commissione e fungerà come proposta che la Commissione sanità fa a quella Commissione.

La 5ª Commissione, a sua volta, la potrà fare propria, ed allora diventerà una sua proposta da inserire nel testo che la Commissione stessa presenterà all'Assemblea.

È chiaro che sullo stralcio la competenza è dell'Assemblea e solo questa decide se si può fare o meno. Naturalmente, poichè si tratta di legge finanziaria e non di bilancio, ciascun senatore o comunque la Commissione nel suo complesso oppure la Commissione bilancio, può promuovere lo stralcio in Assemblea.

IMBRIACO. Per la verità avevo posto la questione affidandola, in buona sostanza, al Presidente della Commissione. Però, la mia proposta aveva un senso anche per l'economia stessa dei nostri lavori. Se potessimo, intanto, esprimere un giudizio sulla proposta, l'eventuale trasferimento in altra sede competente avrebbe un valore non indifferente ai fini del prosieguo dei nostri lavori, perchè nella prossima seduta, pur inserendo a verbale le questioni dal punto di vista procedurale e della sostanza politica, potremmo

iniziare il nostro esame dall'articolo 22 e, quindi, tutta la tenuta delle varie forze politiche nel merito del provvedimento assumerebbe un taglio profondamente diverso da quello che potrebbe avere, se non ci dedicassimo esclusivamente e prevalentemente ai problemi di natura finanziaria. Pertanto, la mia richiesta al di là del valore politico che ha — e che porteremo avanti in tutte le sedi competenti, se non dovesse sortire un risultato in questa fase —, vuole avere il significato di un primo sommario confronto con le altre forze politiche e, infine, se fossimo d'accordo, intende dare un mandato al Presidente dell'Assemblea per esplorare, prima del dibattito di merito, le reali possibilità esistenti affinché unitariamente la materia possa andare a formare un disegno di legge a sè stante.

JERVOLINO RUSSO. Anche io desidero dire che fin da una prima lettura ho avuto l'impressione che negli articoli da 22 a 35 della legge finanziaria vi fosse materia ridondante da quella che è l'effettiva natura della legge finanziaria e, quindi, più attinente alla programmazione sanitaria. Pertanto, anche io ho preso in considerazione l'ipotesi di uno stralcio, tenendo conto del fatto che la materia stralciata tornerebbe a noi in sede di competenza primaria e sarei d'accordo con il senatore Imbriaco, almeno dal punto di vista metodologico, salvo a rivedere, poi, i tempi e gli articoli da stralciare. Però, a sua volta, il Presidente ha fatto una proposta che facilita la strada, anche se all'inizio può sembrare che la complichino. Qui non si tratta di discutere aprioristicamente se stralciare o meno; si tratta di fare un primo esame per distinguere ciò che è supporto essenziale della riuscita della manovra economica da ciò che, invece, è ridondante e semplicemente programmatico. Mi sembra che questa sia una fase ulteriore rispetto a quella del semplice ascolto della precisa e pregevole relazione del senatore Melotto. Voglio dire che si può affermare che la Commissione in linea di massima ha avuto la stessa impressione

espressa dal senatore Imbriaco, però si riserva, prima di decidere, di iniziare la discussione generale cercando di individuare, eventualmente, le parti ridondanti e giungere ad una proposta di stralcio con una cognizione più precisa sul merito delle parti da stralciare. Da questo punto di vista ritengo che noi abbiamo anche il dovere e il diritto di sentire il parere del Governo su ciò che ritiene essenziale per la manovra economica.

Quindi, se i colleghi sono d'accordo, sarebbe opportuno accogliere la proposta del Presidente e iniziare la discussione generale avendo presente che ognuno di noi, in corso d'opera, deve esprimere il proprio parere su ciò che ritiene debba essere stralciato, dando così modo anche al Governo e al relatore di esprimersi.

ROSSANDA. Credo che in pratica abbia ragione la collega Jervolino Russo. Tuttavia, desidero far presente un precedente: nella discussione sul Regolamento alla Camera è stata riconosciuta la possibilità di sollevare pregiudiziali circa la compatibilità dei diversi contenuti della legge finanziaria. Questa norma regolamentare non è stata introdotta al Senato e, pertanto, non possiamo richiamarla, però ricordo che da parte di tutti i Gruppi del Senato, anche nella scorsa legislatura, si è manifestata l'intenzione di seguire la stessa linea di modifica del Regolamento della Camera. Quindi, esiste una volontà politica complessiva, espressa in Commissione affari costituzionali, da parte del Parlamento ai fini di una futura discussione.

Detto questo, per ora non rimane altro che convenire con l'indicazione data dal Presidente, d'accordo anche, come ho detto, con la senatrice Jervolino Russo.

PRESIDENTE. Ringrazio i senatori intervenuti perchè hanno dato modo di chiarire questioni procedurali, di merito ed anche posizioni politiche. Ribatisco quanto già affermato e cioè di tener conto della proposta del senatore Imbriaco, ma di proce-

dere alla discussione generale, rimandando le decisioni nel corso d'opera, anche perchè gli elementi portati dal relatore vanno comunque valutati. Ripeto, pertanto, che a mio avviso nel corso della discussione generale potranno eventualmente, concludersi ipotesi di scorporo, ma a ragion veduta, avendo meditato profondamente sul merito degli articoli e dopo aver dato la nostra opinione circa le valutazioni di ordine generale che il relatore ha esposto nelle relazioni sulla legge finanziaria e sulla tabella n. 19.

Ringrazio che la decisione sulla questione posta sia stata rimessa alla discrezionalità del Presidente, in quanto altrimenti formalizzata avrebbe richiesto una diversa considerazione anche da parte del Governo. Mi pare, quindi, di poter concludere che, mantenendo aperta la questione, sulla quale sarà comunque opportuno acquisire l'opinione del Governo sia intenzione della Commissione di procedere alla discussione generale. Poichè non si fanno osservazioni, così resta stabilito.

Pertanto, avendo così convenuto, chiedo se non vi siano altri chiarimenti da permettere.

ROSSANDA. Vorrei porre una domanda al relatore sulla dimensione degli oneri fiscalizzati. Il relatore ha dato la cifra di 7.900 miliardi. Non credo di aver letto male, ma dalla lettura di un documento di bilancio a me risulta la stima di 8.900.

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella n. 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 195*. Le cifre sono: 3.000 miliardi per il 1980, 5.600.7 per il 1981, 6.871 per il 1982, la stessa cifra per il 1983 e 7.900 per il 1984. Le prime due cifre e il preconsuntivo per il 1982 si danno per certi, mentre per il 1983 e il 1984 per stima.

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

I lavori terminano alle ore 12,45.

MERCOLEDÌ 19 OTTOBRE 1983
(Seduta antimeridiana)

Presidenza
del Presidente BOMPIANI
indi
del Vice Presidente TROTTA

I lavori hanno inizio alle ore 9,35.

Presidenza
del Presidente BOMPIANI

« **Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984)** » (195)

(Parere alla 5^a Commissione)

« **Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1984 e bilancio pluriennale per il triennio 1984-1986** » (196)

— **Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1984 (Tab. 19)**

(Rapporto alla 5^a Commissione)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame congiunto del disegno di legge: « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984) » e della tabella n. 19 del bilancio dello Stato: « Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1984 ».

Ricordo che l'esame è stato sospeso nella seduta di giovedì 13 dopo l'esposizione del relatore.

Dichiaro aperta la discussione generale.

ROSSANDA. Signor Presidente, mi permetta di osservare che, se avessimo potuto esaminare le tabelle con un po' più di anticipo, probabilmente anche gli interventi nel bilancio in corso avrebbero potuto essere di maggiore puntualità e precisione. Ad ogni modo non intendiamo, visti i tempi ristretti e le scadenze che ci stanno davanti, allungare ulteriormente i tempi della discussione con questo genere di critiche e di osser-

vazioni. Vorrei aprire il mio intervento con un giudizio complessivo, come ha fatto anche il relatore Melotto nella sua relazione, sulla gestione della riforma. Mi sembra il caso di sottolineare a questo proposito che negli anni che hanno seguito l'approvazione della legge n. 833 del 1978 non si è notato uno sviluppo armonico delle procedure di attuazione della legge stessa; il che tuttavia non giustifica, a nostro parere, la campagna denigratoria nei confronti della riforma sanitaria. Si è verificato, in realtà, un riassetto dei centri di spesa, e di questo abbiamo avuto testimonianza da parte del Ministro del tesoro nella sua relazione sulla stima del fabbisogno di cassa del settore pubblico allargato. La spesa della sanità rimane al di sotto di quella degli altri paesi europei e si è stabilizzata, anzi è diminuita, in Italia in rapporto al prodotto interno lordo.

Dal relatore abbiamo appreso che si è verificato un certo riequilibrio territoriale nella distribuzione delle risorse, anche superiore a quanto ci si potesse aspettare sulla base della scarsità degli strumenti di programmazione; si possono tuttavia nutrire dubbi sui risultati pratici in termini di efficienza e riequilibrio dei servizi. Su tale aspetto sono stati illustrati dati discordanti in rapporto alle diverse zone del paese; tuttavia, se pur dobbiamo concordare con il fatto che sono state poste sotto accusa le cattive gestioni locali, dobbiamo anche rilevare le responsabilità centrali che voglio qui limitarmi ad elencare: la rigidità nella distribuzione del personale, risultato di una politica del personale gestita attraverso i blocchi degli organici e, addirittura, il blocco delle assunzioni, invece che con l'emana- zione di direttive, le resistenti ad operazioni di riconversione: ne abbiamo un esempio tipico nella regione Lombardia, con la volontà di mantenere gli ospedali scorporati (ma esiste anche a questo proposito una responsabilità del Governo che ha in qualche modo accreditato l'ipotesi che tale operazione potesse generalizzarsi); la persistenza di numerosi centri di decisione per gli investimenti sanitari distribuiti tra i vari capitoli del bilancio; infine, la scarsità com-

pletiva degli stanziamenti ed una irregolarità dei flussi finanziari che non hanno facilitato sicuramente le operazioni di riconversione delle strutture che, inevitabilmente, si deteriorano e si cristallizzano nei modelli superati.

Vengo poi alla materia immediatamente pertinente alla discussione, cioè al programma di questo Governo per la sanità. Esso si è estrinsecato nell'introduzione in legge finanziaria di una serie di articoli esplicitamente ricavati dal disegno di legge di piano sanitario nazionale elaborato nella scorsa legislatura, secondo il principio scritto nel decreto-legge n. 463.

Si può innanzitutto mettere in dubbio la correttezza costituzionale dell'atto di introdurre una modifica della legge-quadro in un decreto-legge e inoltre dubitare della coerenza con le finalità della legge finanziaria dell'introduzione di norme, non finanziarie in senso stretto, pure se, indirettamente, tendono a modificare la spesa.

Questi atti si inseriscono nel quadro complessivo di una manovra dell'attuale Governo sulla spesa sociale, spesa che tende ad essere regolamentata più in funzione delle necessità economiche del paese che non dei suoi scopi reali. Tale interpretazione trova conferma nelle dichiarazioni programmatiche del Presidente del Consiglio, riprese dal ministro Degan, laddove si introduce il principio dell'assicurazione di un'assistenza sanitaria ai « bisognosi ». Sono queste parole che vorremmo fossero progressivamente cancellate dal nostro vocabolario per essere sostituite da una volontà concreta di sviluppare la solidarietà sanitaria, attraverso un sistema di contributi perequati a seconda delle possibilità economiche. Nella relazione del ministro Degan vi sono inoltre accenni alla reintroduzione dei meccanismi di assistenza indicata per prestazioni sanitarie integrate, con un'ulteriore apertura quindi ai servizi privati.

Tuttavia non vi sono solo aspetti negativi, abbiamo infatti colto nella relazione anche la volontà di realizzare interventi che ci trovano concordi. Temiamo però che si parli di tali interventi in modo ambiguo ed inesatto, tanto da consentirne uno svuotamen-

to. Tra gli intenti positivi vi è la proposta di una cifra unica di cassa e competenza; permane comunque il dubbio che il volume di questo finanziamento non sia corrispondente al fabbisogno reale. Se è positiva la assicurazione che il flusso finanziario di cassa sarà pari a quello stabilito per la competenza, prima che le unità sanitarie locali facciano i loro bilanci, sarebbe altrettanto positivo però che la cifra prevista corrispondesse al fabbisogno reale.

Dove invece a nostro parere cade la volontà positiva di assicurare il flusso finanziario è nella valutazione della differenza esistente tra fabbisogno reale e somma stanziata per il servizio sanitario. I documenti delle Regioni parlano oltre tutto di un disavanzo aumentato, dell'ordine di 15.000 miliardi; possiamo anche ammettere che tale disavanzo sia sopravvalutato e che sia di circa la metà di detta cifra.

Non ci sembrano attendibili gli strumenti che il Governo indica per coprire le differenze tra fabbisogno calcolato e la cifra che lo stesso Governo intende stanziare per il fondo sanitario nazionale per il 1984. Se non c'è chiarezza su tale punto, vi sono pochi motivi di credere nella possibilità per le USL di far dei bilanci preventivi realistici, e quindi di dare il nostro consenso a norme severissime di controllo che avrebbero una loro giustificazione solo nel caso in cui fosse chiaramente assicurato un flusso finanziario sufficiente.

Tra gli strumenti indicati per il recupero del *gap* tra fabbisogno e i 34.000 miliardi stanziati per il 1984 vi è la manovra farmaceutica. Non si capisce però come in questo settore possano essere realisticamente recuperati più di 2.000 miliardi, a meno che non vi sia una volontà di ribaltare i costi di questa operazione sulla cittadinanza: in questo caso non siamo d'accordo sullo strumento indicato. Arrivare addirittura a stabilire una tariffa sui servizi è ingiusto. Se potevamo dubitare che i *tickets* avessero un reale carattere moderatore, non dubitiamo invece che introdurre la tariffazione equivale a far saltare il principio del servizio sanitario nazionale e ad aumentare le sperequazioni tra cittadini, praticamente tassando i malati.

Altro strumento indicato per coprire la differenza tra fabbisogno e fondi è quello della riduzione nelle spese ospedaliere, destinando in particolare parte di questa spesa ad interventi preventivi. Tutto ciò si sarebbe potuto realizzare molto meglio negli anni precedenti ed ho già indicato i motivi per cui ciò non è avvenuto. Apprezziamo l'intento, ma anche per questo punto siamo molto perplessi in merito agli strumenti indicati.

Vi è la volontà di ripianare il *deficit* degli anni precedenti; vorremmo ottenere ciò attraverso la presentazione di un ordine del giorno che quantifichi il *deficit* in misura ragionevole.

La spesa in conto capitale prevista per il triennio è chiaramente sottostimata e dispersa in vari capitoli di bilancio, come del resto ha già rilevato il relatore. La spesa indicata all'articolo 25 comporta una curiosa distribuzione. Chi ha seguito gli sviluppi della determinazione del fondo sanitario nazionale in conto capitale sa che spesso la previsione delle cifre, per gli anni successivi al primo, subiva nelle leggi di bilancio degli anni seguenti una riduzione. Quest'anno si riproduce il fenomeno.

Il risultato è che gli stanziamenti in conto capitale sono stati così scarsi da produrre un grave degrado delle strutture esistenti, impedendo anche le operazioni di riconversione che le regioni avrebbero voluto compiere. Riteniamo quindi che la spesa in conto capitale debba essere rivalutata e soprattutto distribuita in modo più corretto, cosicché un più importante finanziamento per il 1984 permetta di recuperare i tempi perduti.

Potremmo essere d'accordo sulla suddivisione nei tre principali settori di spesa in conto capitale previsti dall'articolo 25 del disegno di legge finanziaria: investimenti di mantenimento, di innovazione, di trasformazione. Ci sembra però che questa suddivisione vada anch'essa riconsiderata in rapporto al progetto di redistribuzione della spesa di cui all'articolo 26, definendo se si tratti di spese di parte corrente o in conto capitale. A nostro parere, infatti, il punto non è chiaro. L'articolo 26 contiene un in-

teressante progetto di fondo di sviluppo, unito alla riserva che il finanziamento sia erogato quando già c'è una certa sicurezza che i servizi possono essere attivati. Sappiamo che l'accoglimento di questo principio nel disegno di legge finanziaria è anche il risultato di una trattativa tra il Governo e le autonomie locali, e questo risultato ci sembra positivo. Ci pare tuttavia che il modo in cui questo progetto di esplicita nell'articolo 26 contenga insufficienze e incongruenze.

Una insufficienza è la definizione poco chiara dei parametri di distribuzione, che comporterebbe una sostanziale delega al CIPE, di quantificare il riparto e ciò non mi sembra coerente con una volontà chiara di programmare. Vi è poi una confusione tra i fondi di sviluppo, che costituiscono la interessante innovazione dell'articolo 26, e le cifre destinate a finalità vincolate, le quali restano così un po' staccate, come se non facessero parte anch'esse, in linea di principio, dei fondi di sviluppo. Inoltre tali spese vengono assoggettate ad una suddivisione che a noi sembra francamente arbitraria, troppo parcellizzata, sarebbe più coerente ricondurre queste voci nel complesso dei fondi di sviluppo, anche qui fornendo alcune indicazioni circa gli obiettivi minimi da raggiungere, che potrebbero essere ormai stabiliti.

Vi è quindi in questo testo, anche nei punti che riteniamo più interessanti e positivi, un'approssimazione che ci preoccupa molto. La norma scritta non corrisponde chiaramente all'obiettivo, quindi occorrono dei parametri di riferimento che siano credibili.

Ma ci sono altri segni di questa approssimazione in altri punti del progetto di legge finanziaria. Ne cito soltanto alcuni più rilevanti. C'è una incongruenza, ad esempio, fra gli obiettivi prioritari elencati nell'articolo 22 e i finanziamenti relativi. L'articolo 22 inserisce altri obiettivi oltre a quelli delle prestazioni già riconosciute dalla legge n. 833 ed integrazioni successive, ma non è chiaro con quali strumenti questi obiettivi dovrebbero essere finanziati, non si capisce se debbano trovare spazio nei fondi di sviluppo. Ce ne sono alcuni — per esempio

il trasporto malati, o i servizi di protezione civile o la distribuzione territoriale dei servizi di cura intensiva — che sono abbastanza discutibili e presentano costi che non riesco ad immaginare dove possano trovare copertura nella cifra proposta dal Governo, e nemmeno in quella valutata in modo restrittivo dalle Regioni.

Un altro punto di approssimazione grave è quello che riguarda la politica del personale. Più che di approssimazione, temo che si tratti di qualcosa di peggio. L'articolo 18, che riguarda anche la sanità, ripropone il blocco delle assunzioni, con deroghe da decidere mediante procedure già dichiarate in parte non costituzionali. Se ad esso si aggiunge la volontà di intervenire nella trasformazione dei servizi con il solo strumento della mobilità, espressa nell'articolo 31, ne risulta la impossibilità pratica per le Regioni di operare, se vogliono potenziare servizi che abbiano un carattere nuovo. Basta pensare a servizi estremamente necessari come quelli di medicina del lavoro e ai servizi contro le tossicodipendenze, per capire che occorrono anche nuove professionalità che non possono essere inventate solamente attraverso riconversione e mobilità.

Accanto a questo c'è poi la necessità, costantemente ignorata negli anni precedenti, di ripensare l'intera problematica del personale tecnico dei servizi, quindi non limitando l'attenzione ai medici, ma anche alle categorie infermieristiche e ai tecnici di supporto. Ho ascoltato con interesse alcuni colleghi che affermavano che è ora di prendere la cosa in considerazione: meglio tardi che mai, però non è certo con gli strumenti previsti nel disegno di legge finanziaria che tale programma potrà essere avviato e tanto meno realizzato. Potrei anche entrare in ulteriori dettagli, ma credo che non convenga farlo in questa sede perchè avremo certamente altre occasioni di dibattito.

Vorrei soltanto sottolineare che l'approssimazione nella determinazione del fabbisogno, associata ad un voluto rigore nei controlli esercitati da organi centrali su unità sanitarie locali e regioni, in termini che vanno al di là dei poteri riconosciuti a questi livelli istituzionali (pensavo all'articolo 28,

alla decadenza di diritto dei comitati di gestione delle unità sanitarie locali se il consuntivo dell'esercizio finanziario si chiude con un disavanzo non ripianabile con i mezzi a disposizione), tutto questo crea un meccanismo perverso che, invece di definire una responsabilizzazione chiara degli organismi elettivi, tende a deresponsabilizzarli e impedisce loro di prendere iniziative avanzate, perchè si troverebbero costantemente sotto l'incubo della decadenza, dell'impossibilità di programmare, in questo senso, anche la volontà di mettere sotto controllo gli organi elettivi da parte dei tecnici, volontà che si manifesta ad esempio nella controfirma degli atti, ci sembra una espressione sbagliata, che spero possa essere corretta, dell'intento di aumentare la responsabilità e i poteri, per la parte di loro competenza, degli organismi decisionali tecnici, tecnico-amministrativi e tecnico-sanitari. Ridare responsabilità e ricoinvolgere nella responsabilità i dirigenti tecnico-amministrativi ed i dirigenti medici non deve significare però trasformarli in controllori dei comitati di gestione delle unità sanitarie locali.

Entreremo in altri dettagli quando esprimeremo le nostre concrete controproposte sull'articolato e queste saranno indirizzate dall'intenzione di tradurre in strumenti concreti e credibili la volontà di dare sicurezza ai medici delle unità sanitarie locali, definendone con chiarezza le responsabilità, incentivando tutte le iniziative di lotta contro gli sprechi e sostenendo i momenti di sana gestione economica. Quello che non ci troverà d'accordo in generale sarà l'introduzione di meccanismi di tariffazione nel Servizio sanitario nazionale, né il tentativo da parte dei vari organismi ed operatori del settore di appropriarsi di poteri non propri.

Ho in precedenza fatto cenno ad un aspetto anomalo riguardante l'articolo 26, ossia l'attribuzione a livelli centrali del Servizio sanitario nazionale della gestione diretta di iniziative e di fondi. Un'altra anomalia si rinviene nell'articolo che concede alle Regioni la possibilità di riappropriarsi di poteri gestionali nel settore farmaceutico, ma anche in altri servizi indeterminati, il che consentirebbe loro ad esempio di estendere a

tutti gli ospedali la propria competenza, espropriando di fatto funzioni già proprie delle USL.

La conclusione che vogliamo trarre da queste brevi considerazioni generali è che il complesso delle norme sulla sanità introdotte in questo disegno di legge finanziaria dovrebbe essere discusso nella nostra Commissione con disponibilità ben maggiori di tempo, di quanto non ci sia possibile in questa occasione. In questa sede è nostro compito esprimere semplicemente un parere sulle misure contenute in questo disegno di legge finanziaria, e ciò va a scapito della portata e della profondità della nostra discussione. Per questo ci sembra opportuno formalizzare una proposta, già preannunciata nel corso della scorsa seduta di questa Commissione, ossia di stralciare dalla legge finanziaria i punti che riguardano il piano sanitario nazionale, lasciando inalterati solo i due articoli di spesa e finanziamento, il 25 e il 35, nonché una parte dell'articolo 23. Se questa proposta incontrasse il favore della nostra Commissione, verrebbero discusse nella sede propria, che è la Commissione bilancio, le questioni riguardanti l'adeguatezza dei fondi stanziati e quelle poche norme direttamente rilevanti per il bilancio dello Stato; potrebbero poi essere discusse in tempi brevi, magari anche entro l'anno, le norme relative alla programmazione sanitaria, che ci riguardano in quanto, in questa materia, la nostra Commissione è direttamente competente nel merito.

Non posso chiudere il mio intervento senza rilevare una volta di più un fatto che da anni contestiamo al Governo, cioè di aver sempre proceduto sulla strada dell'attuazione della riforma sanitaria utilizzando strumenti legislativi impropri, come i decreti-legge, oppure di aver impropriamente previsto in disegni di legge inadatti allo scopo, come il disegno di legge finanziaria, degli strumenti di programmazione. In conclusione vorrei di nuovo invitare i colleghi qui presenti a riflettere sulla proposta da noi avanzata, sia per quello che riguarda il suo contenuto sia la tecnica legislativa.

L'ultima osservazione che vorrei fare riguarda l'articolo 35. A tale proposito vorrei

rilevare che tale articolo predeve meccanismi di adeguamento dei contributi sociali che non ci sembrano assolutamente adeguati al fabbisogno. La cifra prevista al capitolo delle entrate per il Fondo sanitario nazionale è cresciuta, nel corso degli ultimi anni, grosso modo, al ritmo dell'inflazione. Anche l'aumento previsto in questo bilancio è in linea con l'inflazione, e ciò nonostante esistano ancora sperequazioni distributive tra soggetti diversi e nonostante il Governo abbia ripetutamente riconosciuto negli anni scorsi l'esigenza di una vastissima area di erosione e di evasione contributiva.

Per tali considerazioni ritengo che converrebbe non solo fare uno sforzo per cercare di correggere le diseguaglianze distributive, cosa che avviene solo in piccola parte nell'attuale formulazione dell'articolo 35, ma anche operare una variazione delle previsioni di entrata che ci porti ad ipotizzare un certo recupero, anche se parziale, della cifra rimasta fra i residui attivi. A tale proposito va detto che ci mancano gli strumenti adeguati, perchè le tabelle (che in parte ci sono state fornite questa mattina) non offrono informazioni precise circa le caratteristiche distintive fra i soggetti. Anche su questo aspetto sarebbe il caso che la nostra Commissione potesse disporre di un po' più di tempo per svolgere un'indagine più accurata.

Il Governo dovrebbe al più presto fornirci informazioni più precise, perchè i tempi dell'indagine conoscitiva che avvieremo saranno troppo lunghi per consentire un'efficace valutazione delle proposte al riguardo.

ONGARO BASAGLIA. Signor Presidente, colleghi, vorrei svolgere alcune considerazioni di carattere generale; in seguito il senatore Alberti interverrà in modo più approfondito e specifico nel merito dei vari punti alla nostra attenzione. Vorrei partire dal presupposto che uno degli elementi innovatori della legge di riforma sanitaria consisteva nella tendenza ad una maggiore democratizzazione nel rapporto medico-malato e nella riduzione del ruolo di centralità dell'ospedale, da realizzarsi grazie ai servizi di base. Occorre oggi riconoscere che tale

finalità si è tradotta da un lato in una crescente burocratizzazione dell'intero apparato, dall'altro in una ulteriore enfaticizzazione di servizi che non sono però riusciti a ridurre (quando non sono riusciti ad aumentare) il peso dell'intervento medico e delle strutture ospedaliere.

Il primo problema, quello attinente la burocratizzazione, può essere imputato, oltre che alle ambiguità ed alle distorsioni dei ruoli e delle competenze fra i diversi organi, al mancato cambiamento reale della natura del rapporto che lega, in questo settore, il presentatore di servizio ed il fruitore; cioè alla scarsa possibilità di controllo da parte del paziente sull'intero processo sanitario ed al conseguente permanere della delega totale al tecnico, depositario di una conoscenza che gli consente di appropriarsi della persona malata e di condizionare i suoi stessi bisogni, riducendoli ad immagine dei parametri delle proprie interpretazioni. Il « partecipazionismo », al quale faceva cenno il Ministro, può anche essere visto come segno dell'impossibilità della presenza concreta dell'utente del servizio nella gestione di un'organizzazione sanitaria di cui dovrebbe essere invece il soggetto centrale.

Il secondo problema, l'enfaticizzazione dell'intervento medico, resta legato, oltre che alle pressioni dell'industria di farmaci e di tecnologia medica, ad un esagerato ricorso da parte dei medici sia all'armamentario farmaceutico, che a tecnologie sofisticate, costose e spesso dannose, come semplici esami di *routine*, ampliando insieme il ricorso al ricovero ospedaliero.

In entrambi i casi è il medico direttamente coinvolto nell'amplificazione del proprio intervento, mentre la riforma presupponeva l'avvio di una educazione sanitaria in cui lo stesso concetto di salute non dovesse più coincidere con una maggiore assunzione di farmaci ed un maggior ricorso all'ospedale. Troppo estraneo alla gestione e all'organizzazione della cosa medica, il tecnico di fatto non è stato sufficientemente coinvolto nel terreno della trasformazione e si è arroccato all'interno della logica medica senza sentire (nè essere stimolato a sentire) la necessità di una sua messa in discussione.

Parlare di tagli dei finanziamenti alla Sanità solo in termini di riduzione di servizi o di riduzione di coperture significa accettare di non intaccare minimamente il processo che produce dilatazione dei consumi, dilatazione e consumi che non possono essere considerati solo in termini di spreco, ma soprattutto in termini di nocività per la salute dei cittadini. L'abuso di farmaci, di psicofarmaci (anche per i bambini), di radiografie, di ecografie, di indagini specialistiche che, da strumenti indispensabili nelle situazioni di rischio, sono diventate esami di *routine*, non è solo fonte di spreco, ma elemento di minaccia in quanto produce più malattia di quanta non ne curi. Spesso i medici non sembrano consapevoli di questo processo. Occorrerebbe quindi estendere il concetto di prevenzione, anche alla difesa dei cittadini dagli eccessi e dagli abusi della medicina, utilizzando la crisi economica e la necessità di una riduzione della spesa per cominciare ad inserire alcuni correttivi a monte dello stesso processo sanitario, incidendo così sulla fonte stessa di spreco, ma anche di danno per la salute. Se fossimo il paese ricco che non siamo e potessimo organizzare una rete di servizi tale da coprire tutti i bisogni dei cittadini, si arriverebbe ad un ingigantimento dei bisogni tanto da rendere la situazione insostenibile, il che non corrisponderebbe ad un miglioramento dello stato di salute della popolazione. Se non cominciamo a inserire correttivi anche nei confronti della « medicina » della distanza fra teoria e pratica, della sistematica espropriazione che le strutture sanitarie attuano nei confronti del malato, della preparazione e formazione dei medici e dei paramedici, del processo tecnologico, la conquista della salute si troverà sempre a coincidere con lo sviluppo della malattia.

Non possiamo partire dallo stato attuale del settore sanitario accettando per buono tutto ciò che la medicina produce; è necessario cominciare ad inserire elementi culturalmente nuovi, che in sede internazionale sono già in atto, all'interno della stessa medicina per evidenziare il carattere relativo delle diagnosi e dell'intervento medico, e il numero di opzioni che sarebbero possibili

se esistesse una cultura sanitaria che punti alla riduzione dell'intervento medico e non alla sua dilatazione in tutti i settori, tenendo conto del fatto che i maggiori progressi nel campo della salute non coincidono esattamente con i maggiori progressi della medicina.

In un documento del 1978 l'Organizzazione mondiale della sanità dichiarava: « I progressi nel campo della salute sono dovuti meno a conquiste della scienza medica che ai cambiamenti nell'ambiente esterno e ad una tendenza favorevole nel tenore della vita. Noi siamo più sani dei nostri antenati non per quanto ci accade quando siamo malati, ma perchè non ci ammaliamo; e non ci ammaliamo non perchè esistano specifiche terapie protettive, ma perchè viviamo in un ambiente più sano. Nel suo prevalente interesse per le minuzie della diagnosi e della patogenesi delle malattie, la medicina corre il rischio di dimenticare quella che finora si è dimostrata la sua più grande risorsa: la manipolazione dell'ambiente estero ». La dettagliata analisi di Thomas Mc Keown sull'andamento delle malattie dal 1840 al 1970 in Inghilterra e nel Galles mette chiaramente in evidenza come, a partire dal XVII secolo, i principali fattori del declino della mortalità e del conseguente miglioramento della salute sono stati innanzitutto « ambientali », in secondo luogo « comportamentali » ed infine « terapeutici » ed il loro ordine cronologico coincide con quello della loro efficacia. Un'altra recentissima indagine sulla mortalità infantile in diciotto paesi sviluppati in rapporto al numero dei medici esistenti, pone l'Italia al primo posto per entrambi i parametri.

Ho fatto questi riferimenti per sostenere che la crisi economica dovrebbe essere utilizzata soprattutto in termini culturali, se si vuole approdare ad una riduzione della spesa che sia insieme tutela della salute pubblica.

L'efficienza del servizio attualmente quasi inesistente, è certamente necessaria, ma dalla crisi potrebbe derivare un controllo qualitativo sulla stessa necessità degli interventi e sulla generalizzazione dei consumi. Se si continua sulla strada dei *tickets*, del-

le inevitabile riduzione delle prestazioni e delle fasce di popolazione che possono usufruirne, se l'aggiornamento professionale del personale sanitario continua ad attuarsi con corsi e lezioni anzichè tramite una verifica concreta degli interventi e della loro validità, arrivando così a livelli di dequalificazione sempre più generalizzati, entrambi gli obiettivi non potranno che fallire. Il medico dichiara queste sfere, purtroppo, di sua esclusiva competenza ed il politico ha perciò uno scarso potere di intervento a questo livello.

Dovremmo dunque tentare di inserire alcuni correttivi, consapevoli del fatto che è sempre l'offerta la principale condizionatrice della domanda. Vanno perciò studiati meccanismi di controllo che mettano i medici in condizione di verificare il loro operato, proponendo commissioni tecnico-professionali che dovrebbero verificare la qualità delle prestazioni, l'aggiornamento dei medici e all'interno di una logica di contenimento della spesa. Presumere che misure restrittive come quella di cui all'articolo 23 della legge finanziaria possano servire a contenere la spesa stimolando la qualità dei servizi significa non tenere conto della autonomia dei tecnici che può essere messa in discussione a livello tecnico. Credo siamo tutti convinti che senza medici, o con i medici arroccati in posizioni difensive, non si realizzano nè la riforma nè la riduzione di spese. Ma queste non si realizzano neppure con medici che non sentano l'esigenza di mettere in discussione la propria disciplina e l'illusione ad essa legata di una salute raggiungibile solo attraverso il progresso tecnologico anzichè attraverso un progresso sociale che allarghi sempre di più il benessere e la partecipazione collettiva della gente alla gestione dei propri problemi.

In proposito potrei fare alcune proposte che toccano i settori più nevralgici. Faccio solo accenno all'istituzione di commissioni tecniche composte da *équipes* qualificate, come previsto dall'articolo 23 del disegno di legge finanziaria. Queste potrebbero mettere a confronto, nel caso di reparti che si trovino ad eccedere sulla spesa sanitaria,

prestazioni medico-chirurgiche e impieghi di strumenti diagnostici con quelle di altri servizi che presentino analoghe caratteristiche ma con diversi risultati. Si potrebbe inoltre arrivare ad una verifica sulla prescrizione, accertando se era adeguata rispetto alla diagnosi e giungendo a definire se, ad esempio, l'aumento della spesa per farmaci sia dato dall'aumento quantitativo delle prescrizioni o dalla scelta di farmaci più costosi a parità di efficacia terapeutica.

ALBERTI. Signor Presidente, condivido le perplessità, espresse dal relatore, senatore Melotto, e successivamente, oggi, dalla senatrice Rossanda, circa l'opportunità che in questa legge finanziaria vengano introdotte norme riguardanti il Piano sanitario nazionale. Il senatore Melotto, all'inizio della sua esposizione, espresse alcune considerazioni e perplessità ponendo delle questioni.

La prima, se non ricordo male, era quella di stabilire se una legge finanziaria possa modificare una legge di merito. Prioritariamente a me pare quindi opportuno verificare se con questo disegno di legge finanziaria si operano modifiche alla legge di merito. E in proposito vi sono alcuni articoli, come l'articolo 28 — in cui, ai commi primo, secondo e terzo, si parla della decadenza dell'assemblea e del comitato di gestione — che mi pare non trovino riscontro nella legge di riforma sanitaria, cioè la legge n. 833 del 1978. Nell'articolo 28 poi addirittura si ipotizza non solo la decadenza dell'assemblea e del comitato di gestione, ma anche l'ineleggibilità di componenti di tali organi, e non capisco con quale meccanismo tali strutture possano essere ricostituite. Per tutti gli altri enti locali la legge prevede il commissariamento, come prevede l'avvaloramento del bilancio approvato nei termini previsti (se non vado errato, tre mesi prima della scadenza dell'anno finanziario precedente a quello cui il bilancio si riferisce), ma allora anche per il settore della sanità si potrebbero benissimo stabilire le stesse condizioni e quindi non mi pare ci sia nulla da modificare.

C'è ancora un altro articolo che non mi pare trovi riscontro nella legge n. 833 del 1978, e cioè l'articolo 30, che dispone, ai commi terzo e quarto, norme sui poteri del coordinatore amministrativo e di quello sanitario, i quali avrebbero addirittura il controllo, anzi il super-controllo, sull'assemblea e sul comitato di gestione, potendo porre un veto a tutte le decisioni adottate da tali organi delle unità sanitarie locali. Questo non mi sembra sia compatibile con quanto disposto dalla legge n. 833 del 1978, che prevede solo controlli di carattere politico.

Vi sono poi altre incongruenze nello stesso articolo 30, perchè addirittura, al quarto comma, si dispone che « in caso di assenza o di impedimento del coordinatore sanitario o del coordinatore amministrativo, le funzioni di cui al presente articolo sono svolte dal sanitario e dal funzionario amministrativo di più elevato livello e con maggiore anzianità ». Vorrei sapere chi è questo sanitario che, essendo chiamato all'ultimo momento per impedimento del coordinatore sanitario o del coordinatore amministrativo, si assume la responsabilità di bloccare decisioni politiche. Per quanto mi riguarda, visto che sono uno dei più anziani nell'ospedale dove esercito, dovrei intervenire all'ultimo momento per decidere rapidamente se un finanziamento adottato va bene o no. Mi pare che si tratti di cose vaghe, che andrebbero invece precisate. In ogni caso ritengo che non possano essere affidati a dei tecnici, quali sono il coordinatore sanitario o quello amministrativo, dei poteri di controllo, anzi di supercontrollo, sulle decisioni assunte dal comitato di gestione. La legge n. 833 del 1978, all'articolo 51 prevede già un meccanismo per questo caso, quando recita, all'ultimo comma, che « Gli amministratori e i responsabili in solido delle spese disposte od autorizzate in eccedenza alla quota di dotazione loro attribuita, salvo che esse non siano determinate da esigenze obiettive di carattere locale da collegare a fattori straordinari di mobilità accettati dagli organi sanitari della regione e finanziabili con la riserva di cui al quarto comma ».

Lo ripeto, abbiamo già una previsione legislativa, quella della corresponsabilità fra gli organi tecnici delle unità sanitarie locali, e non vedo perchè bisogna prevedere dei privilegi di controllo ai direttori amministrativi delle unità sanitarie locali stesse.

Anche per l'articolo 31 si potrebbero fare analoghe considerazioni.

Gli esempi citati bastano per dire che non può essere accettata, attraverso una legge finanziaria, la modifica di una legge di merito quale è la n. 833 del 1978, ma sicuramente se ne potrebbero fare altri: si tratta di guardare articolo per articolo.

Mi pare poi che ci siano delle dissonanze e delle chiare contraddizioni — vi accennava poc'anzi la senatrice Rossanda — negli obiettivi. All'articolo 22 si parla di cose come il potenziamento dei servizi poliambulatoriali che svolgono funzioni di filtro al ricovero ospedaliero; inoltre, al punto 5 dello stesso articolo, si parla, alle lettere c) e d), dei servizi di cura intensiva e di intervento d'urgenza e dei servizi sanitari per la protezione civile. Nel punto 6, alla lettera a), si parla poi del « rispetto della dignità umana e della personalità dei cittadini che ricorrono al servizio sanitario ». Se non si trattasse di una semplice ripetizione di principi che potrebbe essere non solo vaga, ma anche un po' offensiva per le strutture e per i medici, questo articolo avrebbe un suo riscontro preciso nella necessità di normalizzare il settore sanitario, specialmente il servizio ospedaliero, in Italia. Però vi è una evidente contraddizione, nel momento in cui si vogliono perseguire obiettivi di questo tipo e contemporaneamente si agisce con un'altra leva di segno opposto: quella del blocco delle assunzioni, che si verifica da circa tre anni.

C'è un punto che vorrei richiamare alla vostra attenzione: la attuale legge prevede che ci siano 120 minuti di assistenza per i ricoveri ordinari e ben 420 minuti di assistenza per i ricoveri di terapia intensiva.

Questi parametri di assistenza, che vorrebbero costituire il minimo richiesto dal rispetto della dignità umana della persona, sono saltati da un pezzo.

Oltre tutto, non siamo riusciti a far decollare, specie nelle strutture e nelle unità periferiche, i centri di terapia intensiva. O noi prevediamo una ristrutturazione del numero dei posti letto previsti in Italia, oppure si devono coprire di nuovo gli organici rimasti scoperti già da lungo tempo.

Questo disegno di legge finanziaria si propone una riduzione della spesa, ma sarebbe forse più corretto parlare di controllo e di qualificazione della spesa.

Già l'articolo 23 — come ha già detto la senatrice Ongaro — prevede la responsabilizzazione dei medici. Su tale argomento ci sarebbe molto da dire, perchè io so bene che tali norme repressive, che prevedono addirittura la sanzione della decadenza dal rapporto di convenzione del medico, non verranno mai attuate. E questo perchè limiterebbero assurdamente l'attività professionale del medico stesso che dovrebbe decidere di volta in volta se attenersi ai parametri prefissati o curare il paziente; non credo che noi abbiamo il potere di stabilire in che cosa consista l'attività medica.

C'è poi lo scottante argomento delle prescrizioni: le prescrizioni tendono a fare del medico un produttore di spesa. Non sarebbe più logico in questo caso, per riprendere il discorso della senatrice Ongaro sul rinnovamento della funzione medica, che i medici si confrontassero fra loro? Ciò potrebbe anche significare una utile correzione di rotta perchè i medici che operano sul territorio non sono in condizione di avere un aggiornamento adeguato, e si lasciano prendere la mano più dall'aggiornamento offerto loro dalle case farmaceutiche che non dalla scienza ufficiale.

In tal modo si potrebbe giungere ad un confronto fra medici operanti sul territorio e medici di più elevato livello di qualificazione scientifica. Ciò consentirebbe contemporaneamente una responsabilizzazione del medico di base, che dovrà rendere conto ad altri colleghi della propria attività e, nello stesso tempo, sarebbe un mezzo di confronto estremamente importante come forma di aggiornamento professionale.

Tutti sanno che la spesa sanitaria — è una domanda che si poneva anche la sena-

trice Ongaro — non è tanto dovuta all'aumento delle prescrizioni, quanto alle dinamiche presenti all'interno del mercato dei farmaci. Per quanto riguarda la terapia si dovrebbe arrivare, a mio avviso, all'individuazione di farmaci di prima, di seconda e di terza scelta.

Abbiamo potuto constatare attraverso varie indagini che in alcune zone la spesa per farmaci è raddoppiata da quando sono stati messi in commercio alcuni tipi di farmaci che hanno fatto lievitare la spesa farmaceutica. Ricordo, ad esempio, il passaggio dalla penicillina, che costa poco, a farmaci di più recente invenzione il cui costo arriva fino a 23.000 lire il grammo.

Ritengo che su tale materia si potrebbe utilmente intervenire in quanto non si inciderebbe in termini riduttivi sulla libertà professionale del medico, avviando contemporaneamente un confronto in grado di basarsi su parametri certi.

Un altro punto di grossa importanza è come si può fare a mantenere un patrimonio ospedaliero con i costi a cui si è arrivati negli ultimi anni. Molti ospedali in Italia sono stati trascurati e non vi è stata fatta un minimo di manutenzione. E questo perchè mancavano sufficienti finanziamenti per poter compiere un'adeguata opera di manutenzione ordinaria.

Molti ospedali stanno diventando edifici fatiscenti e non mi riferisco, in particolare, agli ospedali più vecchi, che hanno già di per sé stessi la necessità di una manutenzione ben più accurata e costosa di quelli nuovi.

C'è nella nostra tabella una voce che parla di innovazioni: non sono riuscito a capire cosa siano. C'è poi un'altra voce che parla di trasformazioni. Indubbiamente alcuni ospedali non sono mai stati aperti, ad esempio quello di Terracina, e vengono subito abbandonati al deterioramento del tempo.

Intendiamo quindi riproporre una trasformazione di queste strutture.

Per quanto riguarda il finanziamento per l'aggiornamento professionale si è parlato del 30 per cento di un fondo di 700 miliardi destinato a tale fine. Vorrei innanzi tutto

sapere come sono state individuate queste cifre dal momento che, come tutti sapete, non esiste neanche la possibilità di aggiornamento delle biblioteche. Certo, è necessario organizzare corsi di aggiornamento per il personale ospedaliero, per i medici liberi professionisti e convenzionati, per gli operatori delle USL e corsi di riqualificazione per i medici. È questo un problema complesso che investe al tempo stesso competenze tecniche e politiche. Bisognerebbe introdurre nella formazione universitaria del medico, così come in quella degli operatori del servizio sanitario, una serie di conoscenze e di problematiche rimaste finora patrimonio della cultura politica.

Voi tutti sapete che ci permettiamo il lusso di trasferire all'estero i malati perchè la legge prevede tale possibilità, sia pure per motivi del tutto particolari. Il trasferimento all'estero dei malati, che comporta un danno per la nostra economia, non è sempre necessario perchè anche in Italia esistono, per talune branche della medicina, centri eccellenti ed ottimi specialisti. Sarebbe senz'altro più proficuo utilizzare queste somme per far sì che i medici addetti a determinati reparti acquisiscano nuove cognizioni, trasformando in tal modo una spesa in un investimento per il settore sanitario italiano.

L'articolo 31 prevede la riduzione di posti letto. Ribadisco anche in questo caso che non si possono operare tagli alla spesa considerarne le conseguenze. Dobbiamo procedere nell'attuazione della riforma sanitaria che prevedeva la creazione dei dipartimenti dei quali non si è più parlato. Come ha giustamente rilevato la senatrice Ongaro, dovremmo utilizzare la crisi economica per trasformare e riconvertire le attuali strutture. Se creassimo i dipartimenti, che sostituirebbero le attuali divisioni per ognuna delle quali è fissato un certo numero di posti letto, operando contemporaneamente una trasformazione delle strutture esistenti, sarebbe possibile risolvere il problema. Dagli ultimi dati a nostra disposizione si rileva che i posti letto realmente utilizzati sono circa il 60 per cento. Si potrebbe prevedere sin d'ora una progressiva riduzione dei posti letto per quelle strutture che li han-

no scarsamente utilizzati e istituire invece i cosiddetti *day hospitals*; ciò comporterebbe una diminuzione della spesa ma al tempo stesso il rispetto di quanto disposto dall'articolo 22. Riduzione dei posti letto e creazione degli ospedali diurni comporterebbe inoltre una notevole riduzione del personale, adeguatamente utilizzabile nelle strutture di degenza.

COLOMBO SVEVO. Signor Presidente, devo innanzi tutto un ringraziamento, che non vuol essere formale, al relatore Melotto il quale ha integrato la relazione con dati statistici generali e con considerazioni sull'attuazione della riforma. Si è giustamente consentito ad una indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria, per mettere in rilievo, insieme ad alcuni dati non positivi che riguardano la gestione, il raggiungimento di alcuni obiettivi fondamentali nell'attuazione di questa stessa riforma. Nella relazione è stato notato un certo riequilibrio, ma purtroppo nell'ambito della spesa piuttosto che in quello dei servizi.

Ci troviamo in un periodo in cui delineata la riforma, si cerca di realizzarla, non più attraverso una legislazione generale, ma attraverso delle leggi singole, dei decreti-legge, delle manovre finanziarie e amministrative. La stessa cosa è accaduta per la programmazione: dalla grande programmazione si è passati ad una programmazione sempre più « settoriale » anche a livello regionale; vengono avanti progetti obiettivi e si opera una settorializzazione del quadro generale. Però, proprio perchè ci si sta indirizzando su questa via, che è anche forse la più concreta per raggiungere determinati obiettivi legislativi e programmatori, a mio avviso diventa sempre più importante chiarire a noi stessi quali sono i punti fermi. La relazione Melotto ha proprio questo significato di porre la manovra finanziaria all'interno del discorso più generale della riforma.

Mi sembra che sulla manovra politica complessiva si stiano registrando valutazioni positive anche da parte delle opposizioni e ritengo che dobbiamo fare ogni sforzo af-

finchè, almeno per le parti che sono ritenute positive da tutta la Commissione, si possa giungere alla formulazione di una serie di modifiche anche migliorative, ma soprattutto che consentano l'attuazione della manovra stessa, altrimenti il risultato sarebbe solo l'applicazione di misure come ad esempio il *ticket*, mentre invece alcuni propositi a mio avviso positivi presenti all'interno di questa manovra e rilevati già negli interventi dei colleghi che mi hanno preceduto non troverebbero possibilità di applicazione concreta.

Un'altra indicazione emersa dal dibattito è stata l'esigenza di « pulizia » legislativa sulla quale concordo, a condizione però che ci sia da parte della Commissione lo sforzo di correlare alcune parti della manovra finanziaria con gli indirizzi generali. D'altra parte, dalla discussione è emerso che, anche se da un lato si vorrebbe la limitazione della manovra a pura manovra finanziaria, i riferimenti ad alcuni obiettivi (riequilibrio, dipartimenti, eccetera) sono emersi abbastanza puntualmente. Ritengo opportuno che all'interno della legge finanziaria siano inseriti alcuni punti di riferimento e soprattutto che sia immediatamente svolta la seconda parte, a rischio altrimenti di non trovare una specificazione o quanto meno una realizzazione secondo le finalità della manovra stessa.

Rispetto a questa relazione fra concrete riforme e manovre finanziarie, vorrei esprimere alcune considerazioni generalissime. Nel quadro delle proposte esistenti per l'attuazione della riforma o per la « riforma della riforma », (uno dei punti toccati anche nella relazione del Ministro) si inquadra il tema delle unità sanitarie locali, se esse debbano essere momento di espressione del comune o della regione. In proposito non vorrei che una certa indicazione fornita da questa manovra finanziaria venisse interpretata come un'esclusione di uno dei due punti del dilemma e un'accettazione delle unità sanitarie locali come emanazione delle Regioni. Mi spiego meglio. Ci sono nella manovra finanziaria alcune indicazioni di responsabilità delle Regioni nei

confronti della spesa per quanto riguarda i disavanzi delle unità sanitarie locali che sembrano escludere una responsabilità almeno finanziaria dei Comuni stessi. Ecco perché dico che manovra finanziaria e chiarimento istituzionale devono andare di pari passo. Non vorrei che da una manovra finanziaria emergesse una configurazione delle unità sanitarie locali come organismi che non siano espressione dell'amministrazione comunale, senso che ci fosse una scelta precisa.

Mi sembra poi che vada approfondito il problema dei rapporti fra il comitato di gestione e la direzione tecnica, pur considerando che qui si tratta essenzialmente di una manovra finanziaria. Mi preme inoltre rilevare che l'estrema ricerca data al collegio dei revisori dei conti, se da una parte può costituire una risposta ad alcune critiche o ad alcune necessarie verifiche sulla gestione delle unità sanitarie locali, a mio avviso non deve essere però tale da mortificare la responsabilità degli amministratori. Secondo me sarebbe necessario un ripensamento su quanto è emerso dall'esame di questi controlli sulle unità sanitarie locali da parte della Corte dei conti. È vero che qualche unità sanitaria locale ha deliberato finanziamenti non compatibili con le finalità ad essa assegnate, ma quando si criticano pesantemente le unità sanitarie locali per alcuni interventi in materia socio-assistenziale, che nella realtà sono fortemente integrati con i problemi sanitari, non si tratta più soltanto di un problema di controllo fiscale, ma di chiarire che cosa è per noi il concetto di salute. Ugualmente bisogna riflettere sulla definizione introdotta dalla Finanze della cosiddetta attività multinazionale, e dico « attività », quindi è scontato che non si intendono le strutture. O noi indichiamo questa attività almeno nelle indicazioni penali o altrimenti a mio avviso operiamo da questo punto di vista una modifica sostanziale e senza limiti.

Le regioni nella distribuzione dei fondi alle unità sanitarie locali devono certo attenersi ai criteri indicati dalla legge per la distribuzione dei fondi stessi dallo Stato

alle regioni, ma non in maniera estremamente rigida. Esistono delle leggi regionali che prevedono le modalità di erogazione di questi fondi, e sono d'accordo che esse non siano contraddittorie con i criteri generali, ma certo non si può operare una meccanica trasposizione, perchè un conto è una legge che riguarda grandi numeri e un conto è trasferire fondi regionali alle unità sanitarie locali. Vedremo nel corso dell'indagine conoscitiva che vi sono delle unità sanitarie locali organizzate molto diversamente con dimensioni di popolazione diverse, con presenza o meno, di presidi sanitari e per le quali quindi una meccanica trasposizione potrebbe portare a delle disparità.

Per ultimo toccherò il problema dei cosiddetti fondi socio-assistenziali. Mi pare che la legge preveda un dispositivo secondo il quale per la prima volta le unità sanitarie locali possono anche erogare altri servizi socio-assistenziali, purchè delegate dai comuni e una parte delle attività in questione venga finanziata dai comuni stessi. Ci troviamo qui di fronte ad attività di tipo sociale per le quali auspichiamo una dimensione diversa che le faccia rientrare nella sfera di competenza delle unità sanitarie locali e mi sembra giusto che intervengano in questo senso i Comuni.

Un conto però sono queste attività — fra cui rientrano l'assistenza agli handicappati cronici ed ai tossicodipendenti — per le quali è quasi impossibile scindere il fattore sanitario dal fattore sociale e un conto sono altri tipi di assistenza che tale caratteristica non presentano. Bisognerebbe consentire che per la parte sanitaria quando la parte sanitaria sia strettamente integrata con quella socio-assistenziale, si faccia riferimento al Fondo sanitario nazionale. Si avrebbe come risultato che le risorse del Fondo sanitario per i progetti diretti integrati (di anziani) vengono erogate per medicine, o per diagnosi, o per mantenere i malati all'interno degli ospedali. Occorre fare chiarezza distinguendo fra prestazioni sanitarie integrate e prestazioni sociali di competenza dei Comuni (che possono essere gestite dalle unità sanitarie locali, ma che comunque de-

vono essere coperte dai Comuni) e quelle attività socio-sanitarie che bisogna riconoscere di competenza del Fondo sanitario nazionale.

ROSSI. Signor Presidente, ho chiesto la parola per verificare, al di là delle naturali contrapposizioni sui problemi che stiamo esaminando, se quanto meno su due questioni possiamo trovare un minimo di convergenza, al di là dei ruoli e delle diverse posizioni delle varie forze politiche e della naturale dialettica fra maggioranza e opposizione.

Riprendendo alcune cose dette dalla senatrice Rossanda, vorrei sottolineare con quanto interesse e partecipazione la mia parte politica consideri lo sviluppo e l'attuazione del programma del Governo in materia sanitaria. È molto importante, secondo me, verificare se ci sia convergenza sul complesso degli interventi proposti dal programma del Governo in materia sanitaria, ma anche sull'*iter* richiesto da tali interventi, un *iter* da concordare al più presto perchè molte situazioni necessitano di interventi con una certa urgenza.

Vorrei innanzitutto dire che ho apprezzato moltissimo la relazione del collega Melotto per l'ampiezza della sua visione e l'approfondimento dei problemi che dobbiamo affrontare in questa occasione. È necessario, per riprendere un aspetto sollevato dal relatore, fare il punto sulle prime esperienze attuative della legge di riforma sanitaria per capire cosa va salvaguardato e sviluppato e cosa rivisto.

Su questo aspetto, al di là dell'enfasi che ognuno di noi mette nei propri interventi, ho riscontrato dalla lettura delle prese di posizione dei vari partiti in questi giorni una convergenza che mi ha fatto molto piacere, seppure mi sembra che l'intervento del senatore Ranalli si muova secondo un'ottica diversa. Mi chiedo e vi chiedo che senso abbia il termine « riforma della riforma » quando una forza politica della sinistra, importante come il Partito comunista, ha dichiarato di essere favorevole ad una riforma profonda del Servizio sanitario nazionale.

ROSSANDA. Può anche esserci la riforma delle leggi di attuazione della riforma sanitaria...

ROSSI. Certamente, io citavo solo una dichiarazione di direzione. Capisco benissimo che poi, analizzando in concreto le cose da rivedere, sorgeranno dei dissensi, ma se tutti ci proponiamo di rivedere la struttura del servizio sanitario, mi pare che non abbia molto senso alimentare una polemica fra di noi, fra chi parla di riforma della riforma e chi parla di riforma del Servizio sanitario nazionale; possiamo poi in seguito polemizzare su che cosa intendiamo per riforma del Servizio sanitario nazionale o per « riforma della riforma ».

Il programma del Governo, che noi condividiamo, prevede sostanzialmente quattro tipi di interventi nel campo sanitario, che devono essere attuati con diversi strumenti in tempi assai ravvicinati.

Primo, il decreto-legge del 12 settembre scorso, che è all'esame della Camera. Esso è la riproduzione di un vecchio decreto-legge, ma tutti sappiamo che esso introduce delle innovazioni, proprio in conseguenza di questo impegno programmatico del nuovo Governo.

Secondo, la legge finanziaria (molte volte, a seconda delle esigenze del momento, le leggi finanziarie vengono trasformate in leggi *omnibus* e a tale processo hanno contribuito un po' tutti, la maggioranza come l'opposizione) che deve centrarsi soprattutto sugli aspetti finanziari, dell'entrata, della spesa, eccetera.

Terzo, il disegno di riforma della legge n. 833; quarto, la revisione e la sollecita approvazione del piano sanitario nazionale con semplice mozione, come si è fatto per il piano energetico.

E' molto importante, a nostro parere, un concreto impegno su ciò che può essere stralciato dalla legge finanziaria perchè in mancanza di chiarezza a questo riguardo si mette in dubbio la possibilità di una riforma della legge n. 833. La tentazione di affrettare la soluzione di alcuni problemi che non sono propri della finanziaria può essere forte. C'erano delle date

precise circa il terzo momento di intervento, cioè il disegno di legge di riforma della legge n. 833, per cui sono stati presentati anche provvedimenti sia alla Camera sia al Senato di cui sarebbe necessario accelerare l'iter.

Nel disegno di legge finanziaria sono contenute norme che riguardano la predisposizione dei bilanci da parte delle unità sanitarie locali. Riteniamo queste norme essenziali se non vogliamo trovarci fra due o tre anni con *deficit* sommersi sempre più controllabili. Il Ministro, fornendoci alcune cifre, ha affermato che forse sarebbe opportuno svolgere un'ulteriore indagine per conoscere l'entità del cosiddetto *deficit* sommerso. È obiettivamente difficile svolgere un'indagine di questo genere considerato che alcuni dati riguardano addirittura gli anni 1980-1981.

Secondo una tecnica abbastanza invalsa nel nostro paese, spesso sono sottostimati i costi, e i ritardi nella presentazione dei bilanci ci mettono in gravi difficoltà. Credo che nessuno di noi possa sottovalutare l'importanza del problema della spesa e delle somme da assegnare ai servizi sanitari locali, ma d'altra parte nessuno si è curato di farci conoscere le reali esigenze di questo settore. In un momento economico particolarmente difficile come quello che stiamo affrontando, forte è la tentazione di considerare i problemi settorialmente, per poi scaricare il tutto su un altro settore. Ad esempio vi è chi sostiene che alcuni problemi della Sanità andrebbero affrontati nell'ambito delle Partecipazioni statali, ma ciò non serve a dare una risposta alle difficoltà presenti.

Alcuni colleghi hanno affermato — e concordo pienamente — che la spesa per la Sanità nel nostro paese in rapporto al prodotto interno lordo non è tra le più alte in Europa. E' tuttavia indispensabile considerare la situazione interna della finanza pubblica: non dimentichiamo che tale situazione è tra le peggiori in Europa, sia dal punto di vista del *deficit* pubblico sia da quello della gravità dei problemi socio-economici da affrontare. Dobbiamo comunque cercare di

utilizzare le somme stanziare per la Sanità nel modo migliore possibile, evitando sprechi che quella stessa opinione pubblica, cui si richiedono i sacrifici, deplorerebbe. Infatti, se non riesaminiamo alcuni meccanismi, rischiamo di non realizzare la riforma sanitaria e di trovare resistenze da parte degli utenti che pagano. Con ciò non voglio dire che tutto vada male, conosciamo unità sanitarie locali che funzionano bene.

In conclusione, è necessario discutere sia nell'ambito della maggioranza sia con l'opposizione sugli interventi da attuare. Talune parti del disegno di legge finanziaria più strettamente attinenti ad alcuni aspetti del servizio sanitario nazionale possono, se tutte le parti politiche sono d'accordo, essere stralciate ed inserite in un terzo tipo di intervento. Se si dovesse tardare nell'attuazione di tale intervento per vari motivi, tra i quali non ultimo la mancanza di unità di obiettivi per il Servizio sanitario nazionale, la tentazione di anticipare la normativa in materia sarà assai forte.

La mia parte politica è particolarmente sensibile ai problemi del settore sanitario che riteniamo essenziale per la vita del paese. Non siamo tra coloro che hanno fatto pressioni perchè si realizzassero più tagli alla spesa di quelli previsti; ribadiamo tuttavia la necessità di mantenere gli impegni assunti per non rendere ancor più grave la situazione. Non esistono all'interno della maggioranza, cui ci lega un impegno di Governo, divergenze sul piano degli indirizzi di politica generale per il settore, anche se a volte vi sono diversità di opinioni sulle modalità con cui realizzare questo o quel punto del programma. C'è la più ampia disponibilità da parte nostra a discutere su questo tema anche con l'opposizione, tenendo presente i punti modificati, che noi riteniamo vadano rispettati se vogliamo fare arrivare in porto il disegno di legge finanziaria con una manovra che sia coerente con quella che noi riteniamo giusto attuare. Certo, possiamo discutere sulla qualità degli interventi e modificare alcune parti che ci sembrano velleitarie e rispetto alle quali concordiamo con le vostre valutazioni,

però non possiamo allargare il buco del *deficit* pubblico, perchè questo secondo noi sarebbe un gravissimo errore. Certamente bisognerà poi fare ogni sforzo per realizzare le quantità più o meno indicate, però altrettanta chiarezza è indispensabile sugli altri tipi di intervento previsti, che consideriamo non di minore importanza di quelli attinenti al momento strettamente finanziario.

**Presidenza
del Vice Presidente TROTTA**

BOMPIANI. Vorrei innanzitutto ringraziare ancora il relatore — questa volta lo faccio non in qualità di Presidente, ma a titolo personale — per l'efficacia della sua esposizione e per averci fornito informazioni dettagliate e tabelle molto utili. Credo che vada prioritariamente sottolineato un fatto (emerso del resto già dalla esposizione del relatore e dalle dichiarazioni programmatiche del Ministro sullo stato della Sanità e sulle caratteristiche della politica che il Governo intende perseguire), e cioè che la lettura del disegno di legge finanziaria e della tabella n. 19 va condotta — e non può non essere così — all'interno della attuale situazione storica della vita economica nazionale, ciò che ci impone di ragionare in termini di estrema concretezza, per far sì che anche il settore della Sanità concorra alla realizzazione della manovra di risanamento economico del paese che si intende perseguire. Di questo credo che siamo tutti consapevoli e la maturità di questa consapevolezza mi pare sia emersa nel dibattito a tutti i livelli e da parte di tutte le forze politiche, anche di quelle di opposizione.

Si è detto altresì che occorre che il Servizio sanitario nazionale traduca i bisogni di protezione della salute — come emergono dalla società — attraverso un finanziamento adeguato e che realisticamente tenga conto di questo fabbisogno. In linea di principio credo che ciò sia sostenibile — in quanto vero — anche se possiamo divergere molto (forse sul piano culturale più che su quello effettivo, cioè non come forze politiche,

ma come individui) nel considerare in modo più o meno ampio questo fabbisogno di salute, cioè nel fornire l'interpretazione del concetto di salute, che può essere molto sfumato nei suoi limiti. Del resto questa discussione sui fabbisogni finanziari per la Sanità non è caratteristica peculiare dell'Italia o di Stati come il nostro in cui è accesa la contrapposizione tra il pubblico ed il privato, ma si verifica anche altrove, a diversi livelli di benessere e/o di organizzazione sanitaria: avviene negli Stati Uniti d'America, nei paesi industrialmente più sviluppati, ma anche in quelli sottosviluppati. La definizione del concetto di salute e di quanto inerisce ai problemi del relativo finanziamento è argomento dibattuto dovunque.

Se dovessimo allora ragionare in termini di effettiva disponibilità di risorse da destinare alla tutela della salute, e volendo realizzare una programmazione che non sia episodica, da verificare anno per anno a seconda degli andamenti economici, ma con la quale si leghi il fabbisogno finanziario da riservare alla tutela della salute e cioè al Servizio sanitario nazionale (oggi identifichiamo questi due elementi), dovremmo prima o poi stabilire se non convenga fissare una quota del prodotto interno lordo (sia pure con le opportune oscillazioni, che potrebbero andare ad esempio dal 5,7 al 6,0 per cento a seconda delle annualità « buone » o « cattive » dell'andamento e delle previsioni economiche e così via), in modo da avere intanto un elemento di certezza, utile anche per la programmazione del settore economico. Questa potrebbe essere una proposta.

ROSSANDA. Lo sosteniamo da tempo.

BOMPIANI. Ho accennato a questo punto a titolo personale per discuterne assieme, perchè si tratta di un problema che ci ritroveremo prima o poi sul tappeto. A mio avviso sarebbe positiva, in tal senso, la previsione di una norma-quadro per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale che indichi le caratteristiche generali di tale finanziamento e le sue modalità di

ripartizione fra i vari settori oltre che nelle varie regioni, ammettendo naturalmente caratteri di una certa flessibilità, perchè è chiaro che per prevedere a distanza certi traguradi da raggiungere sarebbe un contosenso fissare in maniera rigida le quote di ripartizione.

La manovra governativa comprende tre strumenti — su questo il Ministro è stato estremamente chiaro — e tre tempi. I tre strumenti sono: il decreto-legge del 12 settembre 1938, n. 463, il disegno di legge finanziaria che stiamo discutendo, e quel complesso di norme che egli ha voluto definire « riforma della riforma », espressione (senza entrare in questa sede nella diatriba semantica di tali termini) che va dall'« adeguamento » della riforma o all'« evoluzione » della riforma, sino alla « riforma della riforma » in senso più esteso. Il problema reale è quello della verifica della qualità delle norme che verranno introdotte. A me sembra che sul piano che a noi interessa — che è quello politico — il concetto da stabilire, sul quale mi pare che siamo tutti d'accordo, è che non bastano semplicemente ulteriori norme di « stimolo » all'attuazione della riforma, ma allo stadio in cui siamo arrivati, è necessaria un'azione che modifichi alcune delle norme presenti nella legge n. 833. Si tratta di stabilire, per alcuni punti e con ampiezza da determinare, un dispositivo legislativo che integri le norme rimaste oscure o non espresse; perchè vi fu molto ottimismo, in quella prima fase. Si tratta in sostanza di completare le parti rimaste in ombra, con interventi che possiamo chiamare leggi di attuazione oppure norme di indirizzo e di coordinamento: comunque troveremo il sistema per portare a buon fine questa operazione.

Quello che mi preme sottolineare e che mi pare sia chiarissimo nelle dichiarazioni del Ministro e in tutta la proposizione della politica sanitaria del Governo è che vi è una contestualità assoluta, logica, fra le tre fasi ed io vorrei augurarmi anche una contestualità cronologica.

Vorrei far riferimento ad una sottolineatura espressa poc'anzi dal collega Rossi. Se

non solo vedessimo già chiara la contestualità logica, ma avessimo anche garanzie di una sequenza cronologica, ben programmata, per cui i vari tempi non risultino sfasati se non dell'indispensabile, della necessità operativa, potremmo anche ragionare con maggiore ampiezza, in sede di predisposizione delle leggi, collocando nella maniera più opportuna ogni norma in un complesso articolato ed idoneo anche sul piano « estetico ». Certo, abbiamo pure noi l'impressione che qualche anticipazione di questo terzo tempo nell'ambito della legge finanziaria possa portare anche a qualche inconveniente.

Da un lato c'è la necessità di rendere già da adesso operanti alcuni principi, dall'altro c'è il rischio che, dovendo noi essere estremamente sintetici, si trascurino aspetti molto importanti che andrebbero invece approfonditi. Dobbiamo trovare il punto di equilibrio fra queste due esigenze: quella di essere tempestivi e di formulare al più presto le necessarie proposizioni legislative e, nello stesso tempo, non trascurare l'opportunità che la nostra Commissione possa più ampiamente, in altra occasione, mettere a fuoco gli « aspetti strutturali » su cui si basa largamente il settore sanitario. Mi sembra questa una corretta chiave di lettura per tutti i problemi che sono affiorati nella sede della nostra Commissione; i punti critici riguardano soprattutto la natura giuridica delle unità sanitarie locali, nonché la materia relativa al personale amministrativo delle unità sanitarie locali stesse, che si ricollega alla normativa del personale degli enti locali.

Le norme di approvazione dei bilanci sono già state varate. La materia da esaminare in questo caso è molto ampia e potrebbe essere articolata in una serie di preposizioni legislative da esaminare per la parte di nostra competenza.

Anche la questione del ruolo medico, tante volte dibattuta, ha certamente una stretta interdipendenza con le modifiche all'articolo 48 proposte, in quanto è inevitabile che non si tratti di una definizione soltanto enunciativa di un ruolo articolato in tre

o quattro fasce; si tratta di qualcosa di più preciso che definisca questo « *tertium genus* » — come è stato definito — del medico convenzionato. Non possiamo evitare di prendere in esame questi particolari aspetti del problema.

Un altro punto toccato nel corso di questo dibattito è quello della delegificazione del Piano su scala nazionale. Devo manifestare una certa perplessità sull'ipotesi di una integrazione del piano sanitario nazionale perché ci sono, a mio avviso, dei punti da precisare tra attribuzioni dello Stato e attribuzioni delle Regioni che non possono essere risolti nell'ambito della legge finanziaria o semplicemente nella « mozione » di approvazione del piano sanitario nazionale in Parlamento. Occorre qualcosa di più specifico che venga a definire, pur senza alterare l'impostazione già data ai problemi, ma proprio come norma di integrazione o di specificazione, i limiti della legge n. 833 del 1978. Questo lavoro, svolto dalla Commissione sanità nel corso dell'VIII legislatura, credo che abbia già portato a precisare alcuni aspetti di grande interesse e ricchi di conseguenze politiche per alcune questioni. Mi sembrerebbe assurdo interrompere questa strada per riprendere il discorso da capo, ciò che inevitabilmente porterebbe ad un ulteriore squilibrio nell'attuazione della legge di riforma sanitaria, frantumando ancor più il servizio sanitario nazionale in varie « sanità regionali » del tutto autonome. Dico questo a titolo puramente personale, ma per presentare dei problemi reali all'attenzione di questa Commissione. Certamente vi sono anche altri problemi, nell'ambito di questa legge finanziaria, suscettibili di maggiore approfondimento e lo vedremo meglio quando passeremo all'esame dei singoli articoli: ad esempio il problema della diagnostica strumentale, il problema della riduzione dei posti letto, il problema dell'istituzione dei dipartimenti, eccetera. Sono problemi emersi nel corso della discussione e sui quali ritengo opportuno ritornare in sede di valutazione degli articoli inerenti.

A questo punto dobbiamo renderci conto che abbiamo alcuni « obiettivi » da perse-

guire in modo prioritario. Il primo è che non venga ridotto il livello fondamentale di assistenza per tutti, cioè l'emergenza e ciò che è più vicino all'emergenza, che può essere chiamato il livello fondamentale di un Servizio sanitario nazionale. Ciò è indispensabile, a prescindere che si tratti di « categorie deboli » o di « categorie forti »; è un problema di eticità dello Stato, che non può non fornire almeno una prestazione uguale per tutti i cittadini nel caso dei grandi rischi e dell'emergenza. Secondo: che si lavori per far sì che il contenuto della prestazione assistenziale abbia la più alta qualità possibile nelle attuali contingenze, che vanno dai finanziamenti sui quali si può far conto alla attuale preparazione e disponibilità di personale. Sono perfettamente d'accordo con tutte le cose dette circa la necessità di affrontare questo aspetto in modo pratico, operativo e di approfondire un grosso impegno per la formazione del personale. Convegno che non si identifica affatto una prestazione di più alto livello semplicemente perchè, ad esempio, è in aumento il numero dei farmaci somministrati, o il numero delle occasioni di interventismo sanitario, diagnostico e così via. Bisogna però approfondire al massimo questi aspetti che costituiscono il valore fondamentale dell'atto medico, cioè lo sforzo di perseguire il giusto rapporto fra il bene dell'individuo che viene sottoposto a cura e le circostanze concrete e reali nelle quali opera il medico, che deve sempre tendere al meglio finalizzandosi al ben dell'ammalato.

Terzo punto: che si debba realizzare i propositi della manovra finanziaria mi sembra una responsabilità civile, oltre che politica. Siamo convinti che la situazione finanziaria dello Stato che ci è stata presentata sia realmente grave ed abbiamo il dovere di impegnarci per l'attuazione della manovra finanziaria.

Quarto aspetto: la necessità di riprendere in esame la legge n. 833 del 1978, correggere tutte le distorsioni del Servizio sanitario nazionale e di eliminare i meccanismi perversi che in esso si sono annidati. Qui non faccio una accusa a questa o a quella struttura, a questo o a quel modello; in tutti

i paesi si verificano disfunzioni nell'assistenza. È anche vero però che, approfondendo la conoscenza sulle cause delle disfunzioni, si possono predisporre gli opportuni correttivi.

Come ultimo punto, vorrei menzionare la necessità di attuare una maggiore « pulizia » legislativa o sfolgimento del testo al nostro esame, fermo restando che nella legge finanziaria debbano rimanere quei contenuti giuridici fondamentali che sostengono la stessa manovra finanziaria, altrimenti essa non potrebbe essere attuata.

Mi sembra che su questa linea esista la concreta volontà di portare avanti un lavoro comune. Anche l'opposizione ha contribuito su questo punto, impegnandosi all'esame rapido di eventuali norme da stralciare dal disegno di legge « finanziaria ». C'è quindi fin da questo momento il consenso di tutte le forze politiche a far procedere rapidamente l'esame di tale disegno di legge.

ROSSANDA. Il consenso ci sarà effettivamente se il Governo assumerà l'impegno di esaminare rapidamente le proposte di stralcio. Non cambiamo le carte in tavola!

BOMPIANI. Credo che sarebbe utile ascoltare la replica del relatore e del rappresentante del Governo ed il loro parere circa l'opportunità di stralciare dalla legge finanziaria le norme in materia sanitaria, che potranno essere poi discusse in altra sede, senza far venir meno l'urgenza di una decisione nel merito.

Propongo pertanto di sospendere brevemente la seduta per consentire al senatore Melotto di riflettere sui vari temi qui discussi per replicare ed al Ministro della sanità di venire in Commissione ed esporre il parere del Governo in merito alle proposte avanzate.

IMBRIACO. Vorrei avanzare una proposta subordinata a quella del senatore Bompiani.

La discussione ha evidenziato qual è il vero nocciolo della questione; occorre capire se il lavoro della nostra Commissione debba essere volto esclusivamente ad un

dibattito sul disegno di legge finanziaria, oppure sia possibile recuperare quelle norme che riguardano più direttamente la nostra materia. Non è possibile a mio avviso stabilire un calendario dei lavori se non si risolve preliminarmente tale questione. Sarebbe preferibile perciò che, prima di assumere ogni altra decisione, il Governo ci faccia conoscere il suo parere in merito alla proposta qui avanzata di stralciare alcuni articoli dal disegno di legge finanziaria.

RANALLI. A conferma di quanto dice il senatore Imbriaco, aggiungo che a mio parere non possiamo considerare ancora chiusa la discussione generale.

MONACO. Il presidente Bompiani, prima di parlare a titolo personale, ha chiesto se qualcun altro intendeva prendere la parola. Poichè nessun altro aveva chiesto di parlare, il Presidente ha rilevato l'opportunità di una breve sospensione per consentire al senatore Melotto e al rappresentante del Governo di preparare la replica. La discussione generale quindi si deve intendere chiusa, anche perchè mi sembra inutile ripetere cose già dette.

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella n. 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 195*. Concorro con la proposta avanzata dal presidente Bompiani, cioè di sospendere la seduta e rinviare il seguito della discussione per consentire al Ministro di essere presente al momento della mia replica e di farci conoscere il parere del Governo circa la proposta di stralcio.

IMBRIACO. Ma questa è la procedura stabilita dal Regolamento! Concorro comunque con il senatore Melotto.

PRESIDENTE. Mi sembra che sia intendimento unanime della Commissione rinviare il prosieguo del dibattito alla seduta pomeridiana. Non facendosi altre osservazioni, rinvio il seguito alla discussione alla seduta di questo pomeriggio alle ore 16,30.

I lavori terminano alle ore 12,05.

MERCOLEDI' 19 OTTOBRE 1983
(Seduta pomeridiana)

Presidenza
del Presidente BOMPIANI

I lavori hanno inizio alle ore 16,40.

« **Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984)** » (195)

(Parere alla 5^a Commissione)

« **Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1984 e bilancio pluriennale per il triennio 1984-1986** » (196)

— **Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1984 (Tab. 19)**

(Rapporto alla 5^a Commissione)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame congiunto del disegno di legge: « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984) » e della tabella n. 19 del bilancio dello Stato: « Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1984 ».

Proseguiamo nella discussione generale con particolare riguardo alla tabella n. 19, sulla quale ascolteremo un intervento del senatore Ranalli, a conclusione del quale il relatore e il Governo svolgeranno le loro repliche su entrambi i punti all'ordine del giorno.

RANALLI Intervengo brevemente: ho anche sinteticamente scritto quello che intendo dire e ringrazio, preliminarmente, anche per questa parte il senatore Melotto per la relazione svolta, la quale conteneva alcune riflessioni sulle quali concordiamo.

Lo stato di previsione del Ministero della sanità, tabella n. 19, mostra in primo luogo una significativa espansione della spesa, che non risulta, a nostro giudizio, nel complesso, giustificata da effettive ragioni di bilancio e neppure chiaramente motivata dal

corredo della documentazione che ci è stata fornita e che, in verità, signor Ministro, ci appare inadeguata e parziale.

La previsione di 401.917 milioni per l'esercizio finanziario 1984 è, infatti, sensibilmente più cospicua della previsione dell'anno 1983 (342.220,2) e del bilancio recentemente assestato del 1983 (378.424,0). La dinamica, poi, è orientata a nuovi sviluppi, se si considera la previsione già concreta per il 1986 di 444.389,7 milioni.

Tale fenomeno di espansione consente di osservare, in via preliminare, che il Governo, il quale viene conclamando da tempo la necessità del risanamento della finanza pubblica e, quindi, di un accorto e più congruo suo contenimento, in verità con lo stato di previsione del Ministero della sanità, non sembra confermarsi coerente con le sue stesse dichiarazioni. L'osservazione diviene più specifica se si considera che è proprio sul Servizio sanitario nazionale che, invece, il Governo intende rivolgere le sue premure (e sappiamo come), attraverso i tagli e i prelievi che consideriamo inaccettabili e di cui abbiamo già parlato nelle sedute precedenti.

La questione della spesa del Ministero della sanità e della sua preoccupante espansione si fa più seria in considerazione del fatto che tale fenomeno si sviluppa in assenza di un disegno di riforma del Ministero e, quindi, in una condizione anomala, confusa e pericolosa di accrescimento di compiti e funzioni sulla struttura vecchia e ormai anacronistica di un Dicastero che è tutto da riordinare e ridimensionare secondo i canoni indicati dalla legge n. 833, fino a questo momento disattesi.

È il caso di ricordare al riguardo che la riforma del Ministero, in base all'articolo 59 della legge n. 833, doveva essere realizzata entro il 30 giugno 1979. Volendo anche consentire con la ovvia osservazione che, in un contesto di generale ritardo, era difficile attendersi il rispetto proprio di questa scadenza, non si può tuttavia non sottolineare che da quanto viene dichiarato nella relazione che si allega alla tabella n. 19, risulta ancora non chiaro e, quindi, non definito il modello di Ministero a cui si tende. Il che

lascia supporre che la presente confusa situazione possa ulteriormente procrastinarsi con una pericolosa deviazione istituzionale dagli articoli 5 e 6 della legge n. 833, che, insisto, sono indicativi di un progetto di Ministero diverso e nuovo. La scelta, cioè, di un Ministero snello, qualificato, professionalmente in grado di misurarsi con le decisive questioni dell'aprogrammazione sanitaria, in un quadro di contestuale completamento del decentramento alle Regioni ed ai Comuni di tutte le competenze che ad essi competono, in base all'articolo 117 della Costituzione ed alle successive chiarificazioni introdotte dalla legge n. 382, via via fino alla legge n. 833.

Non si può, quindi, che sollecitare su questo punto una politica di coerente adeguamento del Ministero ai compiti di indirizzo e di coordinamento ed al passaggio definitivo di un'altra residua funzione ai soggetti istituzionali competenti, che sono, appunto, le Regioni e i Comuni, evitando inoltre per questa via anche ogni tentazione centralistica che, il signor Ministro me lo consentirà, allo stato attuale non solo esiste, ma viene anche recepita, praticata e direi insufficientemente contrastata. Ne sono conferma il mantenimento al Ministero di tutte le Direzioni generali preesistenti la riforma, la mancata fusione, nonostante fosse indicata nel decreto, della Direzione generale degli ospedali con la direzione generale della medicina sociale. Non si può, infine, tacere dell'organico del Ministero rivalutato dal decreto n. 791 del 1982 e portato da 1.309 unità a 2.637, come ulteriore segno di una volontà politica che mira a compromettere e pregiudicare la trasformazione qualitativa del Ministero, prima di avere determinato i caratteri del nuovo Ministero. Con il che non si vuole assolutamente sottovalutare che alcune misure in ordine all'organico erano necessarie e che, quindi, andavano anche prese.

D'altronde, sul punto del personale, sul quale sarò grato al Ministero se vorrà fornire una specifica chiarificazione, mentre non è dato capire quali concorsi indetti siano già andati ad esito, si evince dalla tabella n. 1 che il personale in attività di ser-

vizio ammonterebbe a 4.728 unità, con preoccupante incongruità rispetto ai 2.637 fissati dal decreto n. 791 del 1982, e si indicano altri concorsi in atto per complessivi 475 nuovi dipendenti e si fa cenno a nuovi concorsi per altri 421 dipendenti.

Pare, dunque, delinearci un meccanismo, che non è chiaro, dei vari processi messi in moto dal Ministero e che preoccupa sui risultati finali ai quali, appunto, si tende guardare. La tendenza negativa all'accrescimento, a nostro giudizio disordinato e informe, della struttura del Ministero prima di aver chiaro il modello nuovo e riformato dello stesso, tende peraltro a debordare dalla stessa struttura del Ministero della sanità per invadere aree come quelle della programmazione e degli studi che, seppur facenti parte organicamente della struttura del Ministero, in qualche misura segnano un avvio di una sua parziale riforma. L'ufficio, ad esempio, della programmazione — e noi siamo d'accordo — fu opportunamente promosso, date le sue competenze promozionali, ma si sta realizzando con una crescita di strutture, di apparato e anche di spesa che non rispondono ad un modello di Ministero riformato. Questo ufficio è già articolato in dieci divisioni, laddove, mi si permetta, perfino la vecchia terminologia di divisione, sembra usata per suscitare deleterie tendenze alla separazione degli uffici e alla dispersione di energie e di risorse. La allocazione nella previsione 1984 di un incremento di 10.056 milioni e la dichiarazione che tale spesa sarà soprattutto assorbita dai viaggi in Italia e dalle missioni all'estero (e questa allocazione riguarda proprio la categoria programmazione sanitaria nazionale) contrasta nettamente con gli evidenti ritardi complessivi che si registrano proprio nel settore della programmazione sanitaria nazionale, cui questo ufficio deve attendere con le sue elaborazioni. Non si vorrebbe deprecare la costituzione di un ufficio necessario — lo ribadiamo — che anticipando una parziale riforma del Ministero doveva essere finalizzato al conseguimento di obiettivi prioritari e che nonostante il suo costo crescente, ristagna nell'incertezza e nell'inerzia, certamente perchè manca al-

lo stato attuale una volontà politica, in primo luogo, per andare al programma sanitario nazionale. Emerge anche, dall'analisi della spesa una tendenza dispersiva delle risorse che raggiunge livelli impressionanti proprio nella voce degli studi, delle indagini, delle ricerche. Se il conto che ho fatto è esatto, si elencano nel bilancio non meno di nove capitoli (2037, 2038, 2542, 2543, 2544, 2546, 3031, 3033, 3073) ognuno dei quali, con una assegnazione di risorse mirata, come si legge, di volta in volta ad approfondire e a ricercare su particolari settori e tematiche della patologia, della prevenzione e dell'igiene, ma al di fuori, tutto questo, di un disegno che non appare, che non è indicato, e di una cultura generale che viceversa dovrebbe ispirare queste indagini e queste ricerche. Il dato è ancora più sintomatico ove si valuti che il Ministero dispone anche di un Centro studi dotato di uno staff di 31 esperti e che dovrebbe svolgere (almeno così si legge) una funzione di orientamento più complessiva del Ministero nel campo delle attività di studio e della ricerca. Pare dunque necessario dover suggerire il coordinamento di tutte queste attività, la selezione più rigorosa delle tematiche sulle quali ricercare, in ordine agli obiettivi prioritari che si vogliono conseguire con la programmazione sanitaria e l'adozione di un controllo più rigoroso delle risorse, che distribuite così come sono a troppi uffici e dispersi per troppe categorie, rischiano di non raggiungere un elevato indice di produttività, dando luogo anche a sprechi e, me lo si lasci dire, jurtropo anche a discrezionalità personali.

L'Ufficio per l'attuazione del Servizio sanitario nazionale, che costituisce un'altra rubrica del bilancio che stiamo esaminando, cui sono demandate competenze avute in eredità dai disciolti enti mutualistici, soprattutto dell'INAM, e in particolare la disciplina e la gestione dei conti relativi all'assistenza erogata agli italiani all'estero e agli stranieri in Italia e poi anche l'assistenza sanitaria al personale navigante marittimo e dell'aviazione civile, dispone, almeno secondo la previsione, di una dotazione complessiva di 74.685 milioni che pare, nono-

stante tutto, piuttosto esorbitante e su cui a nostro giudizio, si potrebbe operare qualche risparmio. Sia ben chiaro, al fine di intenderci, che noi, come tutti voi, siamo dell'avviso che agli italiani residenti all'estero debba essere assicurato e garantito quanto evidentemente ad essi compete, con la relativa reciprocità per quanto riguarda gli stranieri residenti o occasionalmente presenti nel nostro paese, tuttavia i colleghi sanno che il decreto n. 618 del 1980, cui si riferisce tutta questa partita finanziaria, prevede anche altre possibilità di assistenza sanitaria che non risultano ben chiare, per cui, a nostro giudizio su tale questione bisogna fare una riflessione. Noi non siamo, cioè, sufficientemente documentati per comprendere perchè dall'esercizio 1983 all'esercizio 1984 sia necessario compiere un balzo, se ben ricordo, di venti miliardi in più per quanto riguarda la cassa del 1984 e non ci basta a comprenderlo la notizia, che in relazione ci viene data, che risulterebbero 150.000 i modelli presentati all'incasso da Stati esteri al nostro Ministero della sanità, per cui abbiamo bisogno di ulteriori notizie e chiarificazioni del caso e, tuttavia, ciononostante, presa in sè complessivamente, questa operazione si presta a quelle osservazioni che ho già svolto e quindi, a nostro giudizio, a una sua sensibile riduzione.

In ordine all'ISPEL, — la cui articolazione in 33 distretti non ha esaurito le osservazioni e i commenti che all'epoca ne accompagnarono il decollo, e che finalmente, tuttavia, è stato costituito —, c'è da osservare che il suo funzionamento a regime — di questo ormai dobbiamo parlare — presenta ancora troppe incongruenze, una delle quali è la sua tendenziale azione scoordinata dalle regioni e dalle Unità sanitarie locali.

Se non si provvede a favorire una forte integrazione tra le due sfere, quella nazionale e quella locale, si rischia che l'ISPEL resti di fatto estraneo, o almeno separato, dalle realtà locali dove, come è noto, si sprigiona un alto tasso d'iniziativa sindacale e politica in favore della prevenzione e dell'igiene ambientale; pertanto, è necessario che questo scopo istituzionale del-

l'ISPEL sia sviluppato e portato avanti in una forte intesa con le regioni e con le unità sanitarie locali.

Una riflessione particolare inoltre, per questo capitolo di spesa, noi riteniamo si debba fare circa l'entità triplicata rispetto alla stessa voce dell'Istituto superiore di sanità, per quanto riguarda viaggi in Italia e missioni all'estero del personale dell'ISPEL; se ho ben letto, infatti, mentre per quanto riguarda l'Istituto superiore di sanità questi due capitoli di spesa — viaggi e missioni — sommano a lire 160 milioni a lire - sioni — sommano a lire 160 milioni, nel caso dell'ISPEL siamo ad un livello di 2 miliardi 450 milioni!

Ebbene, signor Ministro, ritengo che dovrebbero essere offerte alla nostra attenzione motivazioni che ci consentano di capire come mai, già sul nascere, appena nella fase di decollo, l'ISPEL abbia già ottenuto una così cospicua dotazione di risorse.

Un giudizio nettamente negativo noi riserviamo come è ovvio, all'ufficio farmaceutico per la gestione del prontuario terapeutico, per la disciplina dei prezzi delle medicine, per gli orientamenti generali che si affermano all'interno di questo ufficio, tutte questioni che concorrono a determinare, come è noto, il continuo accrescimento della spesa dei farmaci, assicurando, a nostro giudizio, profitti anche illeciti all'industria del farmaco, attraverso la continua manipolazione del prontuario che, invece, deve essere rigorosamente riportato ai criteri stabili dalla legge n. 833: vera capacità terapeutica, eliminazione dei farmaci nocivi ed inutili, inserimento — a parità — dei farmaci più economici.

Chiarezza va anche fatta a proposito del capitolo 1097 il quale prevede un incremento di ben 5 miliardi 570 milioni per fitto locali; in verità, non so di quali locali si tratti e, pertanto, chiedo delucidazioni al riguardo. Ma ove, come da qualche parte risulterebbe, questi miliardi fossero destinati all'acquisizione di locali per la nuova sede centrale del Ministero della sanità, evidentemente, sarei portato a fare le più ampie riserve. Il Ministero della sanità dispone della sua sede centrale nella zona del-

l'EUR, ha acquisito l'utilizzazione della sede dell'ONMI sul Lungotevere, vicino Trastevere, e, francamente, con i tempi che corrono per la finanza pubblica proporre oggi un'ipotesi di questa natura (con un incremento di tale portata) mi sembra sia contraddittorio rispetto a quanto si dice: assottigliare, far rientrare entro ambiti più oculati la spesa pubblica.

Per quanto riguarda poi il capitolo 1585, che prevede la spesa di 89 milioni circa, esprimiamo lo stesso stupore del relatore di maggioranza e, in sintonia con quanto egli stesso ha chiesto, chiediamo non solo chiarimenti in proposito ma, se possibile, la soppressione della cifra stessa; riservare oggi al commissario del Governo del Friuli-Venezia Giulia risorse da assegnare ad istituzioni sanitarie private ci sembra, infatti, una cosa veramente enorme!

Altro elemento politico di preoccupazione è costituito dal capitolo 3585, con il quale si assegnano alla Croce Rossa italiana 27 miliardi e 500 milioni; evidentemente, l'osservazione non riguarda la cifra che viene assegnata della quale si danno spiegazioni ragionevoli quanto, piuttosto, il fatto che nella relazione si usa il condizionale, l'ipotetico, rispetto all'adempimento di scorporare queste strutture e questi servizi dalla Croce Rossa italiana in base all'articolo 70 della legge n. 833 per procedere alla loro assegnazione di competenze delle Regioni, delle USL e dei Comuni.

Abbiamo quindi motivo di dubitare che nel 1984 il Ministero della sanità abbia la volontà di procedere all'attuazione dell'articolo 70 della legge n. 833 salvo che questa sera il Ministro non dia una smentita e confermi una chiara intenzione di far questo scorporo e la relativa assegnazione.

Un'ultima osservazione su questo bilancio riguarda la categoria quarta, laddove si fa il conto dei residui passivi al primo gennaio 1984.

Devo dire che si nota in tutte le voci relative al bilancio della Sanità una costante, crescente residualità passiva il che, evidentemente, fa riflettere sulla scarsa velocità della spesa, sulla farragine della macchina statale e amministrativa che coinvol-

ge tutti i settori della Pubblica amministrazione ma che, nel campo della Sanità, diventa particolarmente delicata; ragioniamo infatti di un servizio, di un settore il quale, se può, deve ridurre al minimo i tempi dei suoi provvedimenti amministrativi. Nel caso specifico dei 73 miliardi 391 milioni allocati come residui passivi al primo gennaio 1984, va messo in luce che si tratta di beni e servizi, vale a dire di strumenti indispensabili per il funzionamento della vita sanitaria e che, quindi, fanno sorgere particolari preoccupazioni; sapere infatti che non si riesce a spendere pienamente tutto ciò che si stanziava nella voce beni e servizi costituisce un elemento di riflessione che può in parte essere spiegato da ragioni generali riguardanti la farraginosità della macchina governativa, che dovrà intervenire con più efficacia ma, dall'altro, preoccupa perchè, come ho detto poc'anzi, siamo di fronte ad un servizio delicatissimo.

Ciò detto e ciò premesso, signor Presidente, in attesa di conoscere attraverso la replica del Ministro il parere del Governo in ordine a queste e ad altre questioni che sono state trattate, il Gruppo comunista si riserva di formalizzare, entro domani mattina e secondo le norme procedurali, gli emendamenti alla tabella in esame.

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

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella n. 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 195.* Signor Presidente, onorevoli colleghi, vorrei rivolgere un ringraziamento a quanti sono intervenuti nel dibattito con una serie di osservazioni che ha completato il panorama della manovra che il disegno di legge finanziaria e la tabella n. 19 prevedono; oggi abbiamo dinnanzi una serie di questioni sulle quali occorre decidere per far sì che il servizio sanitario nazionale possa decollare nell'intero paese.

Farei allora mia la frase del collega Rossi secondo la quale non vi sono tempi, ma occorre riparare la macchina mentre cam-

mina affinché proceda più speditamente. Non ci si può fermare per riflettere; il Servizio deve funzionare subito e possibilmente nel modo più qualificato.

Credo, allora, che il mio compito non sia quello di rispondere punto per punto, argomento per argomento, ma quello di riassumere alcune questioni, ovviamente unendomi alla Commissione nel chiedere al Ministro ciò che il Governo pensa e, quindi ciò che il Governo propone, in base a quanto è emerso in questa sede, come correttivo, integrativo e sostitutivo di momenti delineati negli articoli del disegno di legge, nei quali si estrinseca la materia sanitaria.

Credo che la prima questione sia, non dico pregiudiziale, ma sostanziale per capire dove andiamo a collocarci. Dobbiamo chiarire che cosa debba e possa essere la legge finanziaria nella vita normale del nostro paese. Superando l'interrogativo posto nella relazione, ritengo che si debba ribadire che la legge finanziaria è strumento con il quale si può entrare, anche nel merito della legislazione esistente, in riferimento però alle questioni economico-finanziarie e ai loro controlli, lasciando ovviamente alla legislazione di merito, il compito di integrare, sostituire o abrogare, con la più ampia libertà da parte del Parlamento. Si tratta in sostanza di verificare nella concretezza cosa si intenda per manovra finanziaria e quali siano gli strumenti necessari a renderla credibile, altrimenti faremmo osservazioni che, ovviamente, lascerebbero il tempo che trovano, perchè nella gestione quotidiana vengono ripetutamente vanificate.

Quindi, gli aspetti istituzionali e di programmazione debbono far parte di provvedimenti a sè stanti; non possono trovare una risposta in questa sede, se non per elementi di tale gravità ed urgenza, che proprio per la loro imprevedibilità possono trovare un momento di risposta urgente nell'iter del disegno di legge. Ma, ripeto, ritengo che la scelta degli aspetti programmatici e degli aspetti istituzionali debba trovare momenti e provvedimenti legislativi a sè stanti.

Si è detto — colgo l'affermazione che viene dall'opposizione comunista — di cerca-

re anche momenti preferenziali per dare velocità, per dare tempestività a domande che provengono dal paese. Oggi, l'esperienza fatta durante l'VIII legislatura sul Piano sanitario nazionale deve farci riflettere se si debba ritualmente ripeterla o se invece si debbano usare strumenti più idonei, più celeri, più dinamici con i quali imbrigliare, da questo livello fino alla estrema periferia, il momento programmatico; altrimenti, lasciando le cose al loro crescere naturale, è inutile pensare di superare squilibri che vanno, piuttosto, aggravandosi. Allora, vista l'esperienza del passato, visto quanto è stato scritto nel programma di Governo, visti gli strumenti dell'articolo 20 della legge n. 463 e dell'articolo 22 del disegno di legge in esame, avanzo la proposta di vedere se non sia il caso di formulare, attraverso un disegno di legge, poche norme chiare, tali da essere momento significativo e di guida della programmazione regionale, per poi riservare al CIPE, come si fa per tanti altri settori, il momento di esplicazione di quelle norme con tabelle aggiuntive che potrebbero arricchire il disegno. Avanzo questa proposta perchè, come ho colto dal dibattito, mi sembra che nessuno di noi voglia ripetere la disquisizione filosofica del Piano per poi accorgersi che lo strumento arricchisce soltanto la biblioteca di qualcuno e non diviene norma cogente; abbandonato alla libera fantasia, mentre vorrebbe rappresentare un momento di scelta che peraltro rimarrebbe sganciato da un disegno complessivo. Ribadisco che oggi il Servizio sanitario nazionale non è e non può essere mai, in nessun momento, la sommatoria delle 20 Regioni del paese. O si ha il coraggio di fare alcune scelte a questo livello, o alla fine registreremo solamente, come dato residuale, la scelta che in altri luoghi è stata fatta. Con questo non intendo sottovalutare i due momenti di responsabilità, quello legislativo e quello programmatico, nazionale e regionale.

Pertanto, credo che l'articolo 20 della legge n. 463 del 12 settembre 1983 e l'articolo 22, strettamente correlati, debbano essere ambedue superati per riprendere quel disegno complessivo di cui ho testè detto.

Sul resto degli articoli sarà bene misurarci concretamente entrando nel merito della discussione, avendo di mira una questione che deve emergere con molta chiarezza: Stato, Regioni, USL devono essere messe in grado di decidere ciascuno per il proprio livello, ma tutte legate da una corresponsabilità nella gestione del servizio. La sommatoria delle lamentazioni genera il « piè di lista »; dobbiamo porre dei filtri alla responsabilità ai vari livelli se vogliamo superare decisamente il piè di lista. Altrimenti parlare di 34.000, di 50.000 o di 60.000 è sempre la stessa cosa; dobbiamo riabilitare il preventivo come strumento di certezza su cui fondare le scelte successive.

Manovra finanziaria. Qualcuno ha detto che dando più soldi oggi miglioriamo il sistema; forse, ma non è detto, perchè non è soltanto l'aggiunta di personale e di strutture che rende efficace ed efficiente la scelta prima e il servizio poi; è una cultura che va innescata, va portata avanti e alla fine mettere in sintonia il servizio con le esigenze vere, non fantasiose della gente. Un paese non può essere governato con una spesa illimitata che alla fine genera soltanto sprechi. Qui propendo per la proposta avanzata dal Presidente; credo che per non lasciare continuamente questa fase di incertezza del sistema bisogna privilegiare il momento economicistico: ancorare cioè alla crescita del paese e, quindi, al prodotto lordo, le scelte ed il finanziamento del sistema. Alti e bassi dell'economia, poi, possono anche darci dei momenti di ripensamento, ma è anche opportuno far giustizia di certe voci che sembrano demonizzare il Servizio sanitario nazionale; non credo che dei 28.000 miliardi spesi nel 1982 o dei 31.000 miliardi spesi nel 1983 duemila miliardi siano andati per gite o per squadre di calcio! Accreditarle certe voci genera sfiducia in tutti, una sfiducia che si ripercuote fino all'ultimo dei nostri operatori o dei nostri amministratori, i quali si domandano se valga ancora la pena di gestire con responsabilità e in prima persona un servizio che si va ad

erogare con fatica, sì, ma anche, in taluni casi, estremamente qualificato. Propendo, quindi per questa soluzione, di cui lascio al Ministro tempi e modi per una opportuna valutazione. Credo anche che introdurre il meccanismo del finanziamento come possibilità di integrazione o di copertura da parte locale sia una norma certa che va nel segno della corresponsabilità. Penso che oggi non possiamo che attestarci sul piano regionale, in attesa di discutere le questioni istituzionali; ma, se domani, la scelta sarà quella di ribadire che le USL sono emanazione dei Comuni con tutte le implicazioni del caso, una tale strada reclama per ciò stesso la corresponsabilità.

Livello dei servizi. Con le tabelle prodotte credo di aver dimostrato che, nonostante tutto, ci si è incamminati sulla via del riequilibrio, si sono prodotti alcuni aspetti positivi, si è accorciata notevolmente la divaricazione; certo ho dei dubbi che, al di là di una distribuzione automatica delle risorse, sia aumentato il numero dei servizi e migliorata la loro qualità; è il prezzo che dobbiamo pagare se vogliamo accettare la sfida. Se continuano le lamentazioni che al Nord si dà più che al Sud, che certe regioni sono privilegiate rispetto ad altre, indipendentemente dai servizi che effettivamente svolgono, non riusciremo mai a superare gli squilibri reali. La strada imboccata è quella giusta, se vogliamo aumentare la qualità e la quantità dei servizi.

Manovra farmaceutica e *tickets*; c'è necessità di una cultura sanitaria larga e diffusa in tutti i cittadini e in tutti gli operatori; lasciare invece che le cose degradino perchè « tanto, c'è sempre qualcuno che paga » non è stimolante per nessuno. Gli sprechi sono evidenti, è vero che tutti chiedono di eliminarli, ma concretamente l'efficacia del servizio si salvaguarda corresponsabilizzando ognuno.

La domanda — oggi — non è più rivolta soltanto alla prestazione, ma riguarda anche come questa prestazione viene data, quale il grado di qualità che assume. Per il

cittadino non è sufficiente sentirsi un numero in lista di attesa per fruire della prestazione che comunque vengono erogate, ma esso vuole sentirsi in sintonia con il servizio che la comunità ha organizzato nel rispetto di tutti. Quindi, la necessità dell'educazione alla spesa, sapendo che in questo momento occorre coinvolgere a tutti i livelli operatori e cittadini e che soltanto da questo coinvolgimento si potrà arrivare al controllo ed al miglioramento del rapporto cittadino-malato-servizio sanitario.

Credo che la stessa Inghilterra, che ha vissuto il medesimo *iter* prima di arrivare all'affermazione di un sano regime sanitario, abbia registrato, lo dico con molta onestà, la fuoriuscita di molti medici dal paese in un momento di protesta, quando il servizio non era soddisfacente per nessuno; tuttavia, credo che oggi il tiro sia stato aggiustato sapientemente per cui le disposizioni di legge si muovono in sintonia con le esigenze dei cittadini raggiungendo i livelli dignitosi e qualificanti propri di questo settore.

Politica dei controlli. Alcuni hanno parlato di rispondenza, ma si tratterà di verificare se effettivamente la manovra complessiva sia rispondente a quanto è emerso; alcuni correttivi, tuttavia, potranno essere più compiutamente inseriti nella revisione e nelle scelte istituzionali in quanto, anche in questo caso, a seconda dell'ente che andremo ad accreditare dipenderà l'opportunità di fare certe scelte e non altre. Nello stesso tempo credo però che alcuni filtri, alcuni controlli debbano esserci, se vorremo, alla fine, arrivare a rimuovere gli effetti negativi, per quanto è possibile, che il sistema lasciato a sé può procurare.

Per quanto riguarda le spese in conto capitale lo stanziamento può essere considerato a prima vista insufficiente; se però guardiamo ad altri dati, ad altri capitoli esistenti nella legge finanziaria, ci rendiamo conto che, per alcune aree del paese, essi crescono di molto; tuttavia, mi permetterei di raccomandare al Ministro di essere certi delle scelte triennali che si compiono.

Sono infatti convinto che difficilmente nel primo anno si riesce a spendere in quanto occorrono scelte, progetti, e via dicendo; però non facciamo slittare gli anni successivi come invece da qualche tempo sta avvenendo, per cui esiste solo lo stanziamento relativo al primo anno, che si riporta poi al secondo ed al terzo.

Una programmazione, deve avere momenti di certezza, e, nel triennio, ci si deve attestare su un *quid* di risorse sufficienti rispetto alle voci.

L'importante è aver preso coscienza del fatto — e condivido quanto detto questa mattina — che il primo problema da considerare è quello del mantenimento delle strutture e, soprattutto, dell'adeguamento delle stesse all'evoluzione in atto.

Lasciare questo patrimonio così ingente nel degrado per scarse disponibilità di risorse porterà, alla fine, soltanto ad una soluzione: una completa sostituzione! Ritengo invece che con risorse modeste, ma certe e ben programmate, si abbia la possibilità di dare risposte significative per l'evoluzione necessaria — nel tempo — delle strutture stesse. Non vi deve essere dunque solo la volontà politica di mantenere quanto già esiste, ma anche quella di seguire ed agevolare il cammino della riforma per mettere in luce aspetti nuovi tra i quali, indubbiamente, emergono quelli già elencati per i quali la sensibilità è maggiore.

La riserva a favore del Consiglio sanitario nazionale è certamente modesta anche se non si tratta di un organo di spesa; lo è, il Ministero il quale deve farsi carico — sentito naturalmente il Consiglio sanitario — di una azione centralizzata che non va rivolizzata, a mio avviso, ma che deve essere supporto di atti vincolanti, successivi e periferici se vogliamo accrescere la forza unificante del Ministero stesso.

L'attività socio-assistenziale è indicata come obiettivo da perseguire con la possibilità di caricarne una parte dell'onere sul fondo sanitario: la parte sanitaria è infatti stret-

tamente connesso, in molti casi, a quella socio-assistenziale con riferimento soprattutto alle affezioni croniche.

Questioni istituzionali. Credo sia emerso chiaramente anche dal dibattito odierno la urgenza di applicare la legge n. 833 per decidere, alla luce delle necessarie verifiche, come attestare complessivamente il Servizio sanitario nazionale.

In proposito, credo che la viva tradizione locale, la sensibilità che emerge a livello locale, debbano aiutarci ad umanizzare, a rendere più efficaci le scelte e più efficiente il servizio senza stravolgerlo per farne una sommatoria di contraddittorietà.

Ripeto, la caratteristica della prestazione del Servizio sanitario a livello locale resa più umana e più qualificante deve essere recepita da un disegno complessivo che deve coinvolgere tutto il servizio sanitario; deve essere dunque ricercato uno strumento legislativo idoneo per concretizzare questa volontà. Ritengo perciò che, in quella sede, avremo modo di scambiarci con chiarezza le nostre opinioni operando le necessarie verifiche per dare, alla fine, risposte concrete.

Concludendo, mi auguro di aver risposto ai problemi emersi dal dibattito in maniera sufficiente, mentre mi riservo, in sede di discussione dei singoli articoli, di entrare nel dettaglio di altre questioni.

Per quanto riguarda la tabella n. 19 in particolare, esaminata poc'anzi dal senatore Rannalli in maniera così puntuale, non avrei altro da aggiungere: sta ora al Ministro della sanità fornirci i chiarimenti richiesti tenendo presente la necessità di raccordare l'azione stessa del Ministero con il dettato della legge n. 833 del 1978.

Dobbiamo dire con chiarezza che in questi anni si è fatto poco in questo senso, anche se ho dato atto di alcune iniziative che sono state assunte; ho concluso peraltro con la speranza che la tenacia del Ministro attuale possa far compiere il salto necessario a tutta l'organizzazione che è preposta all'indirizzo, al coordinamento consentendo-

ci quindi di operare certe scelte che si rendono indispensabili.

Non credo al modello perfezionistico: credo che ogni scelta imponga studi, verifiche, il confronto con altre alternative; ma rispetto ad un Ministero ereditato da un alto Commissariato, reso poco credibile perchè è l'ultima delle creature « messa lì a fare la sanità », rispetto anche all'ammontare della spesa che interessa la collettività dei cittadini, che attendono poi da questa spesa risposte concrete, credo che valga la pena di fare un salto di qualità decisivo; scegliere una strada e per quella battersi, affinché il Ministero non sia solo uno strumento che recepisce e burocraticamente macinando quintali di carta, ma sia invece un organo propulsivo e di supporto alle scelte che la periferia è chiamata a fare.

DEGAN, *ministro della sanità*. Signor Presidente, onorevoli senatori, mi debbo scusare se questa mattina non sono stato in grado di presenziare al dibattito: ero impegnato in una riunione al CIPE per ottenere il consenso degli organi collegiali ad alcune delibere emanate recentemente dal Consiglio sanitario nazionale, finalizzate essenzialmente a consentire la mobilitazione di tutti i fondi disponibili, anche quelli possibilmente accantonati nel 1981 in attesa di rendiconti precisi da parte delle regioni. E debbo dire che si è dovuto deliberare la mobilitazione di tali fondi accantonati nel 1981 in presenza di soli 10 rendiconti regionali rispetto alle venti regioni italiane.

Comincio con questa annotazione per chiarire le difficoltà entro cui si muove, anche a livello semplicemente conoscitivo, l'azione del Ministero. La struttura del Servizio sanitario nazionale e la impostazione della stessa legge n. 833 del 1978, pure in presenza di uno sforzo massiccio di programmazione, non ci consentono ancora, allo stato dei fatti, di avere una chiarezza nei rilevamenti dei dati, anche perchè non sempre tutti i dati vengono messi a disposizione come sarebbe richiesto dalla legge e dalle necessità.

Desidero rilevare, ad esempio, che in presenza della sentenza della Corte costituzionale, avendo dovuto il Governo assumere un atto di indirizzo e coordinamento degli scopi perseguiti dall'articolo 9, ancora una volta abbiamo dovuto constatare che dieci regioni sul complesso delle regioni italiane hanno provveduto, dopo parecchio tempo, alla definizione delle piante organiche provvisorie. Questo non lo dico con spirito polemico, ma con la consapevolezza che lo sforzo di corresponsabilizzazione di tutti i vari centri istituzionali che fanno capo al Servizio sanitario nazionale è uno sforzo che è ancora in essere, non è arrivato ancora a conclusioni positive. La legge finanziaria, che abbiamo all'esame, pone in maniera precisa questo tema della corresponsabilizzazione e intende promuoverlo attraverso previsioni che garantiscono, così come era indicato nel programma di Governo, al massimo grado possibile la certezza della spesa, per ciò stesso mettendo le basi per un dialogo aperto, sereno, anche se difficile tra le strutture del Servizio sanitario nazionale.

Questa è una sfida, come dice il relatore, ed è una sfida che è posta al Governo per la sua capacità di esercitare il potere di indirizzo e coordinamento — così come previsto dalla riforma sanitaria —, ma è anche una sfida posta al Servizio sanitario nel suo complesso. Il termine « sfida » anche qui non vuol essere polemico (lo riprendo dall'intervento del senatore Melotto), ma vuole indicare la volontà del Governo di determinare nel 1984 almeno l'avviamento di una inversione di tendenza rispetto al passato. Può apparire francamente difficile determinare questo avviamento in maniera perfetta e tranquilla; le sfide, del resto, non sono mai tranquille ma sempre motivo di impegno ed anche di confronto serrato tra chi le pone e chi le riceve; e oltre tutto, in questo caso, il Governo rappresenta nello stesso tempo chi la pone e chi la riceve, perchè non è certamente accettabile l'immagine di un Governo che ponga la sfida a tutti gli altri e non la ponga a sè stesso.

In proposito, un grave inconveniente è ad esempio la mancata conoscenza, nella sua quantità e nella sua composizione anche formale, del debito pregresso. Questa conoscenza è la prima condizione per concretare la volontà politica del Governo (mi pare che l'onorevole Gorla lo abbia dichiarato in sede di illustrazione della manovra finanziaria ciò che è venuto a nostra conoscenza, anche con indagini conoscitive, come ci è consentito dalla legge, per poter verificare attentamente quello che può essere avvenuto) di avviare un'opera di risanamento del pregresso. Desidero qui dichiarare che la legge n. 463, relativa alla formazione dei collegi dei revisori dei conti, ha avuto la sua efficacia, perchè tali collegi sono stati costituiti autonomamente e laddove ciò non è avvenuto il Ministero ha avviato le procedure perchè si provveda.

Quindi, da questo punto di vista, mi pare che qualcuno abbia proposto la preoccupazione che il collegio dei revisori dei conti diventi organismo quasi di tutela sulle strutture del Servizio sanitario nazionale. Certo è che la garanzia della legittimità e della certezza amministrativa va sempre opportunamente perseguita, ma nella immaginazione del Ministro questo strumento, questi organismi sono, soprattutto allo stato dei fatti, nell'immediato futuro, finalizzati a questa operazione che, anche se non siamo in grado per difetto di conoscenza di indicarne i termini concreti di attuazione, oggi si avvia nella (chiamiamola con una parola non simpatica) sanatoria del passato.

Voglio dire ancora una volta, in questo ramo del Parlamento come già nell'altro, che il Ministro non ha sposato, non sposa e non sposterà una campagna contro il Servizio sanitario nazionale, ma con ciò non si creerà nemmeno l'alibi per non verificare le insufficienze, gli errori, spesso le inadempienze e le scarse consapevolezze che si rivelano in diverse situazioni. Là dove intervenga la magistratura non possiamo interferire, ma abbiamo avviato iniziative su qualora sia accaduto, per poter decidere qua-

li siano le iniziative che gli organi, le Regioni ed eventualmente il Governo possano assumere nei confronti di coloro che, sia pure in sacra minoranza, per il loro cattivo comportamento provocano e incentivano questa valutazione così diffusa, spesso esasperata ed emotiva fatta di giudizi negativi nei confronti del Servizio sanitario nazionale. Allora, si tratta di una sfida, certamente difficile, che il Governo propone a sè stesso, al Parlamento, al Servizio sanitario nazionale nel complesso; una sfida inserita in qualche modo nella formulazione della legge finanziaria 1984. Certo, come ha detto il relatore e come hanno detto molti colleghi, la legge finanziaria deve perseguire essenzialmente la compatibilità delle cifre, ma la compatibilità delle cifre va anche costruita non semplicemente erogando quanto, in maniera più varia, è richiesto dal Servizio sanitario nazionale. Questa è un'esperienza già percorsa che ha rivelato che vi sono due componenti: una crescita fisiologica della spesa e una crescita non fisiologica ma incentivata dalla consapevolezza che il piè di lista sarebbe comunque scattato facendoci trovare, nella situazione generale del paese in cui, viceversa, il piè di lista non può scattare, nelle condizioni di controriforma selvaggia. Allora, è necessaria la corresponsabilità con un'iniziativa autorevole, che certo si scontra con molteplici pigrizie e resistenze, si scontra con molte prese di posizione, quali che esse siano, che debbono in qualche misura essere riportate sotto controllo e non per un controllo ragionieristico, ma perchè l'andamento della somma delle corporazioni fa sì che un servizio, questo o qualsiasi altro servizio, minacci di diventare una struttura che alimenta sè stessa piuttosto che alimentare lo scopo per cui è stata creata. Allora, lo sforzo e la sfida sono necessari.

Vado subito al nodo politico, circa le norme che sono compatibili con la legge finanziaria e che, viceversa, possono apparire non strettamente compatibili. Non credo che vi sia un limite giuridico da questo

punto di vista; del resto per il decreto, anche in adesione ad una indicazione programmatica del Governo circa la delegificazione (che riteniamo un atto doveroso e importante per dotare nel frattempo il Governo, il paese e le Regioni dello strumento del Piano sanitario nazionale), avevamo immaginato che le norme precettive fossero trasfuse nella legge finanziaria, lasciando ad un successivo momento l'approvazione di un documento con atto non legislativo autonomamente definito dal Parlamento. Questa è la ragione dell'inserimento dell'articolo 22, del resto esso stesso funzionale allo scopo più strettamente finanziario della normativa successiva, relativo alla chiusura di quello che si potrebbe definire il cerchio che deve essere chiuso e che altrimenti, diventa una spirale che si avvita su sè stessa, rischiando di corrodere profondamente le capacità operative del Servizio sanitario nazionale, vale a dire prestazioni, controlli, modalità del Servizio stesso e disponibilità finanziaria. Questa ipotesi trasfusa nel testo del Governo ha incontrato alcune obiezioni delle quali il Governo prende atto, non assumendo atteggiamenti rigidi, ma non fino al punto di vanificare lo scopo per cui la manovra di inversione di tendenza del superamento del « piè di lista » per il 1984 ha supportato le indicazioni e l'articolato del disegno di legge finanziaria.

Resto nella mia personale convinzione che anche gli articoli che appaiono, ad una lettura più immediata, non del tutto congrui rispetto alla struttura tradizionale del disegno di legge finanziaria sono funzionali alla manovra; nel momento stesso in cui parliamo di inversione di tendenza non è opportuno che le regioni, oltre ad avere indicazioni finanziarie e indicazioni parametriche su un modo nuovo della distribuzione del fondo sanitario nazionale, non abbiamo anche indicazioni circa la politica e il programma che dovrebbero attuare. Ma questo, evidentemente, caricherà l'azione politica generale del governo, delle Regioni, delle USL di un maggior impegno politico. Se l'arti-

colo 22 non lo si ritiene organico con la manovra della legge finanziaria, possiamo trasferire nell'articolo 26 qualche annotazione, riguardante la distribuzione del Fondo sanitario nazionale, qualche significato più preminentemente precettivo e di indirizzo nei confronti del Governo nel momento in cui questo deve appunto andare alla distribuzione del fondo e, a valle, anche del Servizio sanitario nazionale nel suo complesso. Così come possono apparire surrogabili con altri strumenti gli articoli 24 e 27; faccio presente che l'articolo 24 è la codificazione necessario di una serie di attività che è utile codificare proprio per consentire di uscire da alcuni nodi circa l'assistenza degli italiani all'estero, l'assistenza degli stranieri in Italia, i rapporti fra Ministero della sanità e Ministero di grazia e giustizia, ma mi auguro che, preso atto dell'opportunità di questa norma, possa essere rapidamente varata, con altro strumento, in sede parlamentare. Così come l'articolo 27 può apparire surrogabile da una norma di indirizzo e di coordinamento.

Allo stato dei fatti le altre norme appaiono, sia pure con il Governo disposto a riconsiderarle per ulteriormente finalizzarle, organiche alla manovra, perchè se assumiamo la strada di indicare semplicemente il tetto spendibile in termini di cassa e di competenza del Servizio sanitario nazionale, allora non ci sarebbe nessuna inversione di tendenza. Personalmente non ho dubbi che trasferiremmo sul 1984 una serie di problemi irrisolvibili se non fossero accompagnati da un'insieme di indicazioni, presenti negli altri articoli, che supportano lo sforzo del Governo, delle Regioni, delle Unità sanitarie locali al fine di determinare compatibilità e certezza, per quanto possibile, in un servizio dove la matematica è certamente qualcosa di appena ipotizzabile. Ed invero, gli operatori della spesa, per mille e una ragione e tutte comprensibili, non sono controllabili per la natura stessa di questo tipo di servizio che non è come quello dei trasporti pubblici locali o delle

ferrovie dello Stato, ma certamente con una valutazione ragionevole delle previsioni che si possono fare in presenza di una serie di norme di controllo e di indirizzo, al fine di determinare indirizzi di contenimento e di responsabilizzazione.

Sui controlli sono state sollevate molte obiezioni e perplessità circa una certa rigidità delle norme di salvaguardia, rivolte agli organismi delle USL, qualora non riescano a rispettare le indicazioni del Fondo sanitario nazionale. Il Governo si rende conto che alcune di queste obiezioni hanno una loro fondatezza ed è disposto a collaborare per contornare di maggiore prudenza e cautela alcune indicazioni inserite nella legge finanziaria, ma allo stato dei fatti ritiene tutte queste norme in qualche modo necessarie alla generale manovra.

La preoccupazione circa l'equilibrio tra le cifre indicate e il complesso delle erogazioni è una preoccupazione anche dello stesso Governo, ma dipende dalla sua capacità e dalla natura stessa del Servizio sanitario che non può dare una matematica certezza dei risultati. Ma la ragionevole consapevolezza che il risultato è possibile conseguirlo è propria del Governo, altrimenti non me la sarei davvero sentita di venire a offrire una valutazione di questo tipo che pur con la preoccupazione di mantenere una metodologia che tutti giudicano negativa rispetto agli anni trascorsi, non sarei certamente in grado di fare una proposta che non avesse la ragionevolezza di essere corrispondente alle reali possibilità. Tutto ciò richiede una grande autorevolezza e una grande forza politica di governo.

Ringrazio il senatore Melotto per avermi riconosciuto almeno la qualità della tenacia; mi auguro che vi sia anche la capacità di governare e qui faccio un appello a tutte le forze politiche, della maggioranza e dell'opposizione (insomma a tutto il Parlamento), alle forze sociali e alle categorie impegnate nel Servizio sanitario nazionale perchè si facciano carico di raccogliere la sfida per avviare questa importante manovra nel corso del 1984.

Non entro in ulteriori dettagli per quanto riguarda l'articolato in quanto la mia dichiarazione di disponibilità mi pare sia stata ben chiara; certo è che la manovra, per essere organica, ha bisogno di essere definita nella sua completezza soprattutto per quanto riguarda il superamento del « piè di lista » e la responsabilizzazione. Vi sono scelte importanti da fare a cominciare da quella del prontuario terapeutico a proposito del quale è necessaria una analisi attenta ed organica da effettuare nei modi più opportuni per corresponsabilizzare chi determina la spesa, chi — come indicato nel decreto-legge n. 463 e nel disegno di legge ora all'esame — verifica la formazione dei prezzi ed i comportamenti dell'industria farmaceutica coinvolgendo, ripeto, tutte le componenti.

Anche in questo caso vi è la ragionevole consapevolezza che la manovra sia possibile come è possibile, credo, riuscire a convincere e poter approfonditamente colloquiare con le categorie che in questo momento appaiono più preoccupate per certe limitazioni e determinazioni conseguenti, d'altra parte, al decreto-legge che ha codificato l'accordo del settembre scorso, se non erro, per i lavoratori dipendenti del Servizio sanitario nazionale; l'appello è che vi sia comprensione per questo sforzo di recupero in condizioni di operatività da parte del Servizio sanitario nazionale.

Lo stesso appello mi pare sia in buona sostanza rivolto — nell'articolo 31 — a certe forze sociali per organizzare la mobilità nel settore ospedaliero, per attivare quei filtri che ora funzionano scarsamente rispetto alla struttura stessa e per determinare l'avviamento di quella riconversione strutturale già ipotizzata dalla legge n. 833 del 1978.

Da questo punto di vista ha certamente valore la tutela dei fondi in conto capitale ed anche quella dei fondi accantonabili per i progetti finalizzati previsti dall'articolo 26.

In definitiva, o la manovra ha una sua complessità o rischia di fallire: è necessario dunque mobilitare gli investimenti par-

ticolarmente allo scopo del riequilibrio territoriale ma anche al fine di quello strutturale delle USL, così come è necessario mobilitare i fondi finalizzati per l'erogazione sanitaria, per la ricerca, per la professionalità del personale, proprio per assicurare il perseguimento degli scopi previsti e che rimangono essenziali, parlando di riforma, per il Servizio sanitario nazionale.

Convegno con il relatore sul fatto che, se non trovano sede opportuna in questo disegno di legge, le indicazioni dell'articolo 22, *a fortiori*, non potranno trovarvi collocazione i problemi più specificamente istituzionali sui quali, almeno in termini problematici, ho già riferito a questa Commissione e sui quali si riaprirà il dibattito nel momento in cui, mi auguro, abbastanza presto, sarà possibile da parte del Governo affrontare con ampiezza questa tematica, cosa da fare non sulla base di un articolato ma, prima di tutto, sulle scorte di un approfondimento all'interno di questa Commissione e di quella analoga della Camera dei deputati.

Per quanto riguarda la tabella n. 19 il senatore Ranalli ne ha evidenziato alcuni problemi, preoccupato, essenzialmente, che si possa determinare un neocentralismo del Ministero della sanità.

Francamente, a me pare che la struttura del Ministero debba essere riorganizzata per renderla adeguata ai poteri conferitigli dalla legge n. 833, poteri di indirizzo e coordinamento; già da questo punto di vista, infatti, vi è bisogno di una riorganizzazione e colgo la notazione fatta dal senatore Ranalli circa l'opportunità, almeno in via di fatto, in attesa e, comunque, parallelamente alla tematica delle correzioni da apportare alla riforma sanitaria, di una gestione unitaria dei fondi per studi ed indagini varie; questa è una notazione che colgo e, nei modi possibili, sarà assunta come linea di indirizzo da parte del Governo per rendere più efficiente ed organica possibile — anche in vista della riorganizzazione della gestione del Ministero stesso e del Servizio sanitario nazionale — questa attività.

L'espansione della spesa prevista dalla tabella non è un gran che in termini numerici; quella del personale è connessa alla necessità di ottemperare ad alcune delle indicazioni già previste dalle leggi, come ad esempio, la nuova struttura dell'ISPESL che ha assunto responsabilità inizialmente non previste; certamente l'ISPESL è in una fase di difficile avviamento, ma è mia intenzione dedicarvi la massima attenzione perchè solo in un rapporto cordiale tra USL, Ministro e Centro operativo si potranno soddisfare al meglio le attese. Così, per quanto riguarda la Croce rossa italiana, ritengo di aver avviato la fase conclusiva del progetto di scorporo, riservandomi di considerare in modo più attento le ragioni che hanno determinato, fino a questo momento, un rallentamento della previsione di cui alla legge n. 833 del 1978.

Quindi, non parlerei tanto di un Dicastero da ridimensionare, quanto di un Ministero da dimensionare e rafforzare secondo le prospettive della riforma sanitaria e le correzioni da tenere presente fermo restando l'impegno, da parte del Ministro, di prendersi tutte le responsabilità che gli competono.

A questo punto porterò l'attenzione sul tema della sede unitaria del Ministero.

Questa è una necessità, perchè il Ministero frantumato in più sedi francamente soffre di scarsa funzionalità.

Le ipotesi che si sono fatte finora sono in corso di esame e approfondimento per poterne verificare la congruità, la maggiore efficienza e determinazione. Le scelte saranno fatte proprio in linea con la maggiore efficienza e, nei limiti del possibile, anche con la riorganizzazione del Ministero stesso.

Mi auguro che le prossime ore di approfondimento ulteriore, soprattutto della legge finanziaria, consentano di pervenire a un risultato positivo, peraltro con l'apertura doverosa da parte del Governo che ha offerto alla meditazione del Parlamento un complesso più organico e dettagliato possibile della manovra finanziaria. Il Governo però — e concludo —, non potrebbe immaginare una tale strage (come si è andato chiedendo in qualche sede) che determinasse una scom-

posizione della legge finanziaria inaffidabile rispetto allo scopo essenziale della inversione di tendenza che dev'essere realizzata nel 1984.

PRESIDENTE. Se non si fanno osservazioni, il seguito dell'esame della tabella n. 19 è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 18,30.

GIOVEDÌ 20 OTTOBRE 1983

(Seduta pomeridiana)

Presidenza

del Presidente BOMPIANI

I lavori hanno inizio alle ore 18,25.

« **Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984)** » (195)

« **Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1984 e bilancio pluriennale per il triennio 1984-1986** » (196)

— **Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1984 (Tab. 19)**

(Rapporto alla 5ª Commissione)

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame della tabella n. 19 del bilancio dello Stato: « Stato di previsione del Ministero della sanità » e documenti connessi.

Riprendiamo l'esame, rinviato nella seduta pomeridiana di ieri.

RANALLI. Preannuncio che il mio Gruppo presenterà alla 5ª Commissione, nei termini di Regolamento, un rapporto di minoranza il cui contenuto riprodurrà sostanzialmente l'intervento sulla tabella n. 19 da me svolto nella seduta pomeridiana di ieri.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame degli emendamenti.

BILANCIO DELLO STATO 1984

12^a COMMISSIONE

I senatori Bellofiore, Cali, Grossi, Meriggi, Ranalli e Rossanda hanno presentato un emendamento tendente a diminuire gli stanziamenti di competenza e di cassa di alcuni

capitoli e ad aumentare quelli di altri capitoli.

Ne do' lettura:

Nei seguenti capitoli, alle previsioni ivi riportate, sostituire le altre di seguito indicate:

Capitolo	Cifre riportate		da sostituire con	
	competenza	cassa	competenza	cassa
1021	173.000.000	173.000.000	250.000.000	730.000.000
1097	6.300.000.000	6.300.000.000	730.000.000	800.000.000
1112	700.000.000	1.300.000.000	500.000.000	500.000.000
1537	900.000.000	950.000.000	500.000.000	»
1585	»	89.156.000	»	5.000.000.000
4081	2.300.000.000	2.300.000.000	5.000.000.000	50.000.000.000
4302	50.000.000.000	70.000.000.000	40.000.000.000	300.000.000
4505	175.000.000	175.000.000	300.000.000	250.000.000
4506	175.000.000	175.000.000	250.000.000	100.000.000
4536	60.000.000	60.000.000	300.000.000	100.000.000
4537	60.000.000	70.000.000	13.000.000.000	300.000.000
4538	10.000.000.000	10.000.000.000	1.300.000.000	13.000.000.000
4540	880.000.000	1.000.000.000	300.000.000	1.300.000.000
4582	150.000.000	150.000.000	1.000.000.000	300.000.000
6505	3.000.000.000	3.000.000.000	4.500.000.000	1.000.000.000
8221	2.500.000.000	2.750.000.000	250.000.000	5.000.000.000

BELLAFFIORE, CALÌ, GROSSI, MERIGGI, RANALLI, ROSSANDA

ROSSANDA. Le motivazioni generali dell'emendamento sono state largamente illustrate nell'esposizione del senatore Ranalli.

In particolare abbiamo voluto richiamare l'attenzione sul fatto che in diversi settori del Ministero vengono condotti studi in modo non coordinato e, pertanto, proponiamo la diminuzione dei capitoli 1112 e 1537. Ci sembra, inoltre, non matura e non sufficientemente motivata la decisione del trasferimento ad altra sede del Ministero della sanità in ispecie se considerata, in rap-

porto alle difficoltà economiche esistenti e, pertanto, proponiamo una diminuzione al capitolo 1097, cioè, in pratica, che la decisione sia rinviata. Altra riduzione proposta è quella al capitolo 4302, nel quale le cifre relative all'assistenza per i cittadini italiani all'estero, a giudicare dall'andamento dei residui, ci sembrano in sopravanzo. Ugualmente proponiamo di ridurre la voce del capitolo 6505 relativa alle indennità di missione previste per il personale dell'ISPESL; è stato notato, infatti, che al confronto la

proposta di spesa per un istituto a grande attività quale è l'Istituto superiore di sanità è molto inferiore.

Passando alle modifiche in aumento va osservato che l'aumento proposto al capitolo 1021 si richiama alle motivazioni espresse per la diminuzione proposta per le indennità di missioni al personale ISPESL, in quanto il personale del Ministero ha una disponibilità così bassa per la voce « missioni » da non permettere neanche ad alcuni funzionari la partecipazione alle riunioni della Comunità economica europea.

Gli aumenti proposti ai capitoli 4505, 4506, 4536, 4537, 4538, 4540 e 4582 si riferiscono a diverse voci riguardanti l'Istituto superiore della sanità, sulla base di confronti con spese previste per altri istituti e di una specifica conoscenza delle necessità dell'Istituto stesso. Per gli stessi motivi si propone l'aumento del capitolo 8221 per la acquisizione di strumentazione da parte dello stesso Istituto.

Di differente natura sono le motivazioni per le quali si propone un aumento al capitolo 4081. È stata prospettata la preoccupazione, da parte del Ministero e dell'Istituto superiore di Sanità, che rimanga scoperta la possibilità di intervento per l'abbattimento del bestiame nel caso di una nuova esplosione di epidemia di peste suina africana. La voce non è coperta dagli impegni futuri del Governo in base alle direttive CEE e vi è già un serio indebitamento; inoltre, i servizi veterinari segnalano che la mancanza di un pronto intervento, nel caso di epidemie del genere, comporterebbe un danno al patrimonio zootecnico che, in termini economici, sarebbe di gran lunga superiore alle somme che chiediamo di stanziare.

PRESIDENTE. Il senatore Alberti ha proposto il seguente emendamento:

Al capitolo 2593 (Contributo annuo al Centro internazionale di ricerche per il cancro, con sede in Lione), alla cifra: « 1.020.000.000 », rispettivamente per la competenza e per la cassa, sostituire la seguente: « 2.000.000.000 », del pari rispettivamente

per la competenza e la cassa; conseguentemente, al capitolo 1097 (Fitto di locali ed oneri accessori), alla cifra: « 5.300.000.000 » rispettivamente per la competenza e per la cassa, sostituire la seguente: « 5.320.000.000 », del pari rispettivamente per la competenza e per la cassa.

ALBERTI

ALBERTI. Il capitolo 2593 prevede un contributo annuo al Centro internazionale di ricerche per il cancro, con sede in Lione, di lire 1.020.000.000. Per l'importanza che il Centro riveste mi sembra opportuno aumentare lo stanziamento previsto.

MELOTTO, relatore alla Commissione sulla tabella n. 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 195. Vorrei ribadire quanto affermato nella mia relazione a proposito della tabella n. 19, nel senso che credo di avere già dato atto al Ministero dello sforzo compiuto. Credo anche di aver indicato con estrema chiarezza i momenti di analisi e di sintesi che, nel rispetto reciproco, indubbiamente non possono essere mescolati.

Ho anche dato atto che, per quanto riguarda l'ISPESL, la cifra messa in bilancio consente un decollo rapido, più di quanto finora abbiamo osservato. Di questo istituto vorrei anche verificare qualche riflesso in periferia. Pertanto non mi sentirei di accogliere oggi emendamenti che, riducendo stanziamenti, possono pregiudicare altre attività, perchè un bilancio ha sempre delle sue armonie abbastanza intrinseche, anche se gli emendamenti proposti dal Gruppo comunista tendono al potenziamento dell'Istituto superiore di sanità. Rispetto a ciò, non ho elementi per poter giudicare sulla loro effettiva necessità rispetto all'armonia di cui prima parlavo. Pertanto invito il Ministro, nel corso dell'anno venturo, a tener conto della discussione svoltasi sulla tabella n. 19 per verificare quanto il Ministero sta facendo in questo sforzo di adeguamento, per essere momento di impulso e di propulsione di tutta la riforma, superando, di fatto e di diritto e soprattutto con men-

talità diversa, aspetti burocratici, che certo non possono essere soppressi o eliminati, ma certo devono essere indirizzati in maniera diversa. Chiedo inoltre al Governo, a proposito del capitolo 1585, a che cosa si riferisce il residuo di cassa di 89 milioni.

ROMEI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo ritiene che la tabella n. 19 sia equilibrata. Devo soltanto fornire alcuni chiarimenti alle cifre più rilevanti proposte dal Gruppo comunista in diminuzione, specificatamente per quanto concerne la eliminazione dell'impegno per la nuova sede del Ministero. Il Governo ritiene che questa cifra debba rimanere in bilancio, perchè come è noto, il Ministero è diviso in più sedi e credo che l'obiettivo di realizzare una sede unica sia giusto e rispondente a criteri di funzionalità.

Per quanto riguarda, invece, i venti miliardi per l'assistenza dei cittadini italiani all'estero, la cifra è il saldo fra quanto costa l'assistenza agli italiani che vanno all'estero, specie nell'ambito della CEE, e gli stranieri che l'Italia assiste. L'aumento è dato dalla minore capacità del Servizio sanitario nazionale di documentare i propri crediti. In passato si sono ottenute valutazioni forfettarie che ci hanno agevolato, ma da quando abbiamo dovuto dare la dimostrazione, si è dovuta sopportare la disfunzione di una parte delle unità sanitarie locali a documentare i loro crediti.

RANALLI. Quello che sta dicendo è molto grave!

ROMEI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Per rimediare si sta procedendo all'automazione prioritaria di questo settore; il nuovo sistema dovrebbe consentire dati tempestivi ed esatti.

RANALLI. Il Presidente mi consenta la interruzione. Ne dovremmo ricavare che quindi si erogano somme sulla cui attendibilità lo stesso Ministero dichiara di avere dei forti dubbi. Ne prendiamo atto per la gravità che questa dichiarazione esprime.

ROMEI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Ma se il Ministero non riceve tempestiva comunicazione dalle unità sanitarie locali è chiaro che ci si venga a trovare in questa situazione! Proprio per questi motivi il Ministero propone di ovviare all'inconveniente.

Per quanto riguarda l'indennità di missione dell'ISPESL devo far rilevare che questo istituto ha 33 distretti e, anche per quanto concerne i suoi compiti istituzionali, ciò comporta frequenti viaggi sul territorio nazionale, il che non si verifica per l'Istituto superiore di sanità.

ROSSANDA. E' esattamente il contrario!

ROMEI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Del resto proprio dalla vostra parte è stata evidenziata l'esigenza di un maggior raccordo tra ISPESL e presidi multinazionali. Se vogliamo che funzioni bisogna anche dargliene la possibilità.

Il relatore ha chiesto informazioni sugli 89 milioni di residui. Le previsioni assestate sono di 3.461 milioni; si propone una variazione di 3.372 milioni; la differenza è la cifra di cui ha parlato il relatore, come del resto è chiaramente scritto nel capitolo 1585.

MELOTTO, *relatore alla Commissione sulla tabella n. 19 ed estensore designato del parere sul disegno di legge n. 195*. Si tratta di un capitolo in via di estinzione: se c'è qualche fattura ancora da pagare la si paga.

RANALLI. Il Sottosegretario potrebbe essere più preciso in ordine a questi contributi dovuti; intanto l'erogazione è affidata al commissario di Governo. A regime di riforma avviata ormai da quattro anni noi abbiamo bisogno di ragioni più convincenti e ragionate di quelle portate qui dal Governo. Dipenderà dalla mia capacità di intendere in questa circostanza, ma io non ho capito niente.

ROMEI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo è in definitiva contrario a tutti gli emendamenti, naturalmente anche a quelli in diminuzione.

PRESIDENTE. Mi pare di poter riassumere che, a giudizio sia del relatore sia del Governo, la tabella n. 19, nelle sue varie voci, è ben equilibrata e che pur raccomandando il relatore il superamento di eventuali momenti burocratici e svolgendo una particolare sottolineatura di alcuni capitoli per il bilancio 1985, come ad esempio per i fondi destinati all'Istituto superiore di sanità — al che io mi associo pienamente —, ai fini della programmazione la tabella n. 19 è armonica.

Così riassunto lo stato delle cose, chiedo se i senatori Bellofiore ed altri insistono nei loro emendamenti.

ROSSANDA. Insistiamo per la votazione.

PRESIDENTE. Ritengo che le modifiche ai singoli capitoli di spesa vadano votate separatamente.

Poichè non si fanno osservazioni, passiamo per prima cosa alla votazione delle modifiche proposte dai senatori Bellofiore, Casì, Grossi, Meriggi, Ranalli e Rossanda, tendenti alla diminuzione degli stanziamenti di competenza e di cassa previsti ai capitoli 1112, 1097, 1537, 1585, 4302 e 6505.

Metto ai voti la modifica al capitolo 1112, di cui ho già dato lettura.

Non è approvato.

Metto ai voti la modifica al capitolo 1097, di cui ho già dato lettura.

Non è approvata.

Metto ai voti la modifica al capitolo 1537, di cui ho già dato lettura.

Non è approvata.

Metto ai voti la modifica al capitolo 1585, di cui ho già dato lettura.

Non è approvata.

Metto ai voti la modifica al capitolo 4302, di cui ho già dato lettura.

Non è approvata.

Metto ai voti la modifica al capitolo 6505, di cui ho già dato lettura.

Non è approvata.

Passiamo ora alla votazione delle modifiche tendenti ad incrementare gli stanziamenti di competenza e di cassa previsti ai capitoli 1021, 4505, 4506, 4536, 4538, 4540, 4582, 4081 e 8221, presentati sempre dai senatori Bellafiore, Calì, Grossi, Meriggi, Ranalli e Rossanda.

Metto ai voti la modifica al capitolo 1021, di cui ho già dato lettura.

Non è approvata.

Metto ai voti la modifica al capitolo 4505, di cui ho già dato lettura.

Non è approvata.

Metto ai voti la modifica al capitolo 4506, di cui ho già dato lettura.

Non è approvata.

Metto ai voti la modifica al capitolo 4536, di cui ho già dato lettura.

Non è approvata.

Metto ai voti la modifica al capitolo 4537, di cui ho già dato lettura.

Non è approvata.

Metto ai voti la modifica al capitolo 4538, di cui ho già dato lettura.

Non è approvata.

Metto ai voti la modifica al capitolo 4540, di cui ho già dato lettura.

Non è approvata.

Metto ai voti la modifica al capitolo 4582, di cui ho già dato lettura.

Non è approvata.

Metto ai voti la modifica al capitolo 4081, di cui ho già dato lettura.

Non è approvata.

Metto ai voti la modifica al capitolo 8221, di cui ho già dato lettura.

Non è approvata.

Chiedo al senatore Alberti se insiste per la votazione dell'emendamento proposto al capitolo n. 2593 e, di conseguenza, al capitolo 1097.

ALBERTI. Sì.

PRESIDENTE. Metto allora ai voti l'emendamento del senatore Alberti, di cui ho già dato lettura.

Non è approvato.

L'esame degli emendamenti è così esaurito.

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

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

Poichè nessuno domanda di parlare, il mandato a redigere rapporto favorevole sulla tabella n. 19, nei termini emersi dal dibattito, resta conferito al senatore Melotto.

Ricordo, inoltre, che il senatore Ranalli ha preannunciato la presentazione di un rapporto di minoranza.

I lavori terminano alle ore 18,55.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

*Il Consigliere parlamentare preposto all'Ufficio centrale
e dei resoconti stenografici*

DOTT. ETTORE LAURENZANO