

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

RESOCONTO STENOGRAFICO

DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE
E PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE FINANZIARIA 1987) (n. 2051)

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO
PER L'ANNO FINANZIARIO 1987
E BILANCIO PLURIENNALE PER IL TRIENNIO 1987-1989 (n. 2059)

**Stato di previsione del Ministero della sanità
per l'anno finanziario 1987 (Tab. 19)**

IN SEDE CONSULTIVA

INDICE

GIOVEDÌ 27 NOVEMBRE 1986

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1987)» (2051), approvato dalla Camera dei deputati

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1987 e bilancio pluriennale per il triennio 1987-1989» (2059), approvato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1987 (Tab. 19) (Rapporto alla 5^a Commissione) (Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE (Muratore - PSI)	Pag. 3, 15, 24
ALBERTI (Sin. Ind.)	16
DONAT CATTIN, ministro della sanità	9, 17
IMBRIACO (PCI)	17
MELOTTO (DC), estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 2051	4, 9, 13 e passim
PINTO Biagio (PRI)	15, 16, 24
RANALLI (PCI)	13, 16

MARTEDÌ 2 DICEMBRE 1986

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1987)» (2051), approvato dalla Camera dei deputati

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1987 e bilancio pluriennale per il triennio 1987-1989» (2059), approvato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1987 (Tab. 19) (Rapporto alla 5^a Commissione) (Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE (Bompiani - DC)	Pag. 25, 29, 34 e passim
ALBERTI (Sin. Ind.)	36

PINTO Biagio (PRI)	Pag. 34, 36
RANALLI (PCI)	25, 29
SELLITTI (PSI)	46
SIGNORELLI (MSI-DN)	42

MERCOLEDÌ 3 DICEMBRE 1986

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1987)» (2051), approvato dalla Camera dei deputati

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1987 e bilancio pluriennale per il triennio 1987-1989» (2059), approvato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1987 (Tab. 19)

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

PRESIDENTE (Bompiani - DC)	Pag. 49, 67, 69 e passim
ALBERTI (Sin. Ind.)	102
BELLAFFIORE Salvatore (PSDI)	49, 102
COLOMBO SVEVO (DC)	102
CONDORELLI (DC)	62, 67
DONAT CATTIN, ministro della sanità	83, 85, 87 e passim
IMBRIACO (PCI)	97, 98, 99 e passim
JERVOLINO RUSSO (DC)	94
LIPPI (PCI)	51, 76, 95
MELOTTO (DC), estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 2051	78, 81, 82 e passim
MURATORE (PSI)	102
ONGARO BASAGLIA (Sin. Ind.)	72
PINTO Biagio (PRI)	100
RANALLI (PCI)	74, 86, 96
ROSSANDA (PCI)	68, 75, 85 e passim
SELLITTI (PSI)	77, 95
SIGNORELLI (MSI-DN)	101

GIOVEDÌ 27 NOVEMBRE 1986

Presidenza del Vice Presidente MURATORE

Interviene il sottosegretario di Stato per la sanità Nepi.

I lavori hanno inizio alle ore 9,50.

IN SEDE CONSULTIVA

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1987)» (2051), approvato dalla Camera dei deputati

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1987 e bilancio pluriennale per il triennio 1987-1989» (2059), approvato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1987
(Tabella 19)

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, l'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1987)», già approvato dalla Camera dei deputati, e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1987 e bilancio pluriennale per il triennio 1987-1989» - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1987 (tabella 19) - già approvato dalla Camera dei deputati.

Ricordo che l'esame della Commissione si concluderà con un unico rapporto sui due disegni di legge che dovrà essere trasmesso alla Commissione bilancio e programmazione economica entro il termine perentorio di mercoledì 3 dicembre. Tale rapporto è obbligatorio e sono ammessi pareri di minoranza.

La Commissione di merito costituisce sede inderogabile per la presentazione di proposte di modifica della tabella 19, mentre gli emendamenti relativi al disegno di legge finanziaria dovranno essere presentati alla 5^a Commissione permanente. Inoltre, gli ordini del giorno aventi carattere particolare potranno essere presentati alla Commissione di merito, mentre quelli aventi carattere generale dovranno essere presentati alla 5^a Commissione permanente.

Nel rapporto della Commissione di merito potranno essere comunque segnalate talune indicazioni ai fini di eventuali modifiche da apportare al testo del disegno di legge finanziaria.

Non sono, infine, proponibili emendamenti alla tabella 19 che comportino variazioni tra stanziamenti compresi nella stessa tabella 19 e stanziamenti compresi in altre tabelle.

Prego ora il senatore Melotto di riferire alla Commissione sulla tabella 19 del disegno di legge n. 2059 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge n. 2051.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 2051*. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, dopo l'ordine del giorno approvato dal Senato lo scorso 18 settembre, contenente una serie di indirizzi per la stesura, da parte del Governo, del disegno di legge finanziaria per il 1987, il documento che ci viene proposto in questa sede (rammento, peraltro, che quest'anno i documenti finanziari vengono esaminati dal Senato in seconda lettura) risulta, a nostro parere, particolarmente asciutto, direi quasi lapidario, almeno per quanto riguarda le parti di competenza della Commissione.

In sostanza, la nostra attenzione si concentra soprattutto sull'articolo 8 del disegno di legge finanziaria, con particolare riguardo, innanzitutto, al comma 7, concernente la rivalutazione dei limiti di reddito, che seguono il tasso programmato d'inflazione, ai fini dell'esenzione dai *tickets*, e, in secondo luogo, al comma 13, attraverso il quale viene aggiornato l'ammontare dei finanziamenti previsti dalla legge n. 595 del 1985 - sia per la parte corrente che per quella in conto capitale - introducendo altresì talune previsioni relative al 1989, non previste, ovviamente, nel triennio indicato dalla già citata legge n. 595.

Ritengo opportuno sottolineare altresì che una voce concernente la revisione dei *tickets* in materia sanitaria è contenuta nello stato di previsione del Ministero del tesoro. Si tratta, come si ricorderà, di una voce introdotta nei documenti finanziari a seguito di un accordo intervenuto in proposito tra il Governo e le organizzazioni sindacali. Tale voce, che si riferisce, in particolare, all'abrogazione dei *tickets* sulle visite specialistiche e sulla diagnostica strumentale, risulta quantificabile in 385 miliardi di lire per l'esercizio finanziario 1987, una cifra che andrà ad integrare gli stanziamenti erogati dallo Stato al Fondo sanitario nazionale attraverso un apposito provvedimento che il Governo si è già fatto carico di predisporre.

Il quadro d'insieme del disegno di legge finanziaria si sostanzia nell'obiettivo della fissazione, per il 1987, di un fabbisogno complessivo di cassa del settore statale di poco superiore (a seguito delle modifiche introdotte dalla Camera dei deputati) a 100.000 miliardi di lire e pari a circa il 12,2 per cento del prodotto interno lordo. Ci si propone di raggiungere tale obiettivo principalmente attraverso l'invarianza della pressione fiscale, attraverso una crescita delle spese correnti che superi di poco il tasso programmato di inflazione (che dovrebbe attestarsi sul 4 per cento) e attraverso una crescita delle spese in conto capitale pari all'evoluzione del tasso nominale del prodotto interno lordo, che dovrebbe ammontare al 7,5 per cento.

Si deve purtroppo constatare che la spesa ha sempre superato, negli esercizi precedenti, le relative previsioni; ciò vale soprattutto per la spesa sanitaria, nonostante l'introduzione ed il successivo aumento dei *tickets* sulle visite mediche e sui farmaci. In sostanza - dobbiamo ammetterlo - non si è stati in grado di fissare minimi di esenzione credibili, per cui la normativa è stata applicata nel paese in maniera

contraddittoria, cercando di scaricare gli oneri sugli «esenti», ben al di là delle necessità e dei reali bisogni. Sul problema della compartecipazione da parte del cittadino, al fine di stimolarne l'autogestione, il discorso tuttavia è ancora aperto, soprattutto dopo il già menzionato accordo tra Governo e sindacati che prevede la revisione dei *tickets* sui medicinali in vista di un riordinamento del sistema sanitario, peraltro già preannunciato proprio in questa sede dal Ministro della sanità.

Si tratta, in sostanza, volendo garantire un servizio sanitario tempestivo, equilibrato e qualificato e non certo meramente nominalistico e fatalmente degradato, di fissare talune corresponsabilità periferiche. Le stesse potrebbero, a mio avviso, essere indirizzate verso due livelli: innanzitutto, verso il livello delle Regioni, attraverso una oculata e fattibile politica di programmazione mirante a concretizzare – superando sprechi ed inutili situazioni di «prestigio» le profonde ristrutturazioni da più parti invocate per attestare il servizio entro i parametri e le indicazioni della legge n. 595 del 1985; in secondo luogo, verso il livello degli operatori e dei cittadini, mediante il loro coinvolgimento in una politica di autogestione e di autolimitazione che consenta di discernere tra desideri e bisogni reali.

In definitiva, occorre ridare senso e realismo alla stessa nozione di solidarietà, vale a dire a ciò che la comunità organizzata deve garantire ai cittadini laddove le possibilità del singolo non siano sufficienti, eliminando in tal modo tante prestazioni improprie spesso frutto soltanto di gretto egoismo.

L'articolo 29 della legge finanziaria del 1986 aveva peraltro indicato questa strada alle Regioni. Si deve però constatare che purtroppo nulla è cambiato, che non un solo segnale in tal senso è stato lanciato, a meno che non si considerino tali le ripetute ed ormai annose geremiadi (solo in minima parte giustificabili, dal momento che contribuiscono a perpetuare gli sprechi e l'assenza di decisioni) sulla sottostima del Fondo sanitario nazionale, aventi lo scopo di continuare a dare copertura al meccanismo del «pie' di lista».

È quindi sperabile – era questo il nostro auspicio durante il dibattito sulle dichiarazioni qui rese dal Ministro – che a tempi brevi (contavo, anzi, che potesse essere il provvedimento parallelo annunciatoci per il 10 novembre scorso) si formalizzi il provvedimento di «aggiustamento» della legge n. 833, del 1978, al fine di far chiaramente emergere la corresponsabilità regionale nella gestione del servizio, non solo per le uscite, ma anche per le entrate, superando quanto è venuto sin qui consolidandosi: essere la Regione più una «agenzia di spesa» che un «ente di governo», come Barbera, in una lunga e, secondo me, apprezzabile relazione ha recentemente ipotizzato.

Un'ultima considerazione su questo piano, mi sia consentita, dopo quanto è capitato ed è tuttora in corso, nel settore farmaceutico. Il Ministro ci ha preannunciato un provvedimento organico per il febbraio 1987, al fine di superare gli inconvenienti registratisi. Esamineremo perciò in quella occasione l'intera problematica; mi preme, però, sottolineare fin d'ora che la «generalizzazione» che si sta facendo sull'argomento, anche da parte di qualche autorità governativa, come l'eventuale «demonizzazione» di tutto e di tutti, miri più che altro ad annacquare la questione.

Le frodi, ne sono profondamente convinto, riguardano alcuni e solo alcuni: essi vanno chiaramente individuati e perseguiti. L'importante è correggere il sistema così da superare e vanificare le facili o possibili «tentazioni», renderlo in definitiva trasparente, prevedendo sistemi di controllo ed ispettivi seri, anche sostitutivi, da parte della autorità centrale per inerzie che si dovessero registrare, al fine di ridare credibilità all'intero settore.

Premesso quanto ho esposto fin qui, mi preme esporre, sinteticamente l'analisi delle entrate 1985, che dà i seguenti risultati. Nel 1985, vi fu una disponibilità complessiva di 40.120 miliardi, così risultante: 20.352 miliardi come contributi da parte dei datori di lavoro e dei lavoratori autonomi; 610 miliardi in entrate varie; 8.274 miliardi di fiscalizzazione, (vi è da dire che sulla fiscalizzazione vi è la tendenza ad una costante diminuzione, infatti il tetto massimo è stato raggiunto nel 1984 con 9.700 miliardi, mentre si prevede che nel 1986 si attesterà intorno ai 6.707 miliardi, quindi, come si può notare vi è un costante calo); il finanziamento statale per l'igiene pubblica, che è distinto dagli altri contributi, di 3.406 miliardi; l'integrazione effettiva a carico dello Stato di 6.558 miliardi. Se si fa il totale della fiscalizzazione, del finanziamento per l'igiene pubblica, dell'integrazione effettiva a carico dello Stato e delle entrate varie la cifra complessiva è di 18.848 miliardi. A questa bisogna aggiungere quindi oltre ai contributi da parte dei datori di lavoro e dei lavoratori autonomi anche l'autofinanziamento locale che è di 1.004 miliardi.

Faccio ora una breve analisi sulle uscite del 1985, limitandomi quest'anno ad una breve sintesi in quanto su parecchie «voci» abbiamo discusso recentemente, in occasione dell'approvazione della legge n. 1602. La spesa media per il 1985 si è attestata sulle 734 mila lire *pro capite*. Per il Friuli-Venezia Giulia la spesa è stata di 869 mila lire, quindi vi è stato un +18 per cento rispetto alla media nazionale; per la Basilicata la spesa è stata di 609 mila lire, con un -17 per cento rispetto alla media nazionale. Se consideriamo queste cifre al netto, cioè tenendo conto della mobilità sanitaria, le 869 mila lire del Friuli-Venezia Giulia scendono a 846 mila lire e all'ultimo posto passa il Molise con 665 mila lire, mentre la Basilicata, che prima era all'ultimo posto, passa al terz'ultimo con 698 mila lire e la Lombardia al penultimo posto con 674 mila lire. Sono ben 16 le regioni che si trovano entro la fascia delle 700 mila lire, solo due (Friuli-Venezia Giulia con 846 mila lire e provincia di Trento con 822 mila lire) presentano una spesa superiore alle 700.000 lire. Quindi, tutta quella manovra adottata per attestare il superamento della «spesa storica» sta già dando alcuni concreti risultati.

Vorrei ricordare ai colleghi l'ordine del giorno che è stato presentato in Aula durante la discussione della legge n. 1602 relativa alla situazione del Lazio per sottolineare che vi sono però anche altre regioni nella medesima situazione. Oggi, tutto sommato, si potrebbe dare per certo che in un triennio la spesa *pro capite* si potrà attestare sul livello da noi voluto.

Desidero fornire qualche altro dato interessante. Facendo base 100 la spesa sanitaria del 1982 al 1985 le variazioni percentuali della spesa sanitaria *pro capite* per alcune regioni sono le seguenti: la provincia di

Trento ad esempio scende da 115,4 al 109,8; il Friuli-Venezia Giulia invece rimane in questi tre anni intorno al 118,8, quindi per questa regione il finanziamento è costante; la Liguria passa da 120 a 112; l'Emilia-Romagna sale da 109,7 a 111,9; la Toscana sale da 108,8 a 109,7, qui vi è solo una piccola variazione; le Marche passano da 108,9 a 105,6; il Lazio scende da 116,3 a 110,8. Quindi in queste regioni, soprattutto in alcune, vi è la tendenza ad accorciare le distanze anche se in maniera graduale e senza cadute verticali, attestandosi sempre più verso una media a carattere nazionale.

Per quanto riguarda il *deficit* per il 1985 questo si dovrebbe attestare intorno ai 1.863 miliardi (uso il verbo «dovrebbe» perchè sono dei dati presuntivi visto che per alcune regioni non è possibile ottenerli con precisione) pari cioè al 4,65 per cento del Fondo nazionale. Abbiamo, dunque, 259 miliardi di *deficit* per la Toscana (pari a 9,92 per cento), 200 miliardi per la Puglia (7,80 per cento), 208 miliardi per la Campania (5,59 per cento), 261 per il Lazio (6,74 per cento), 155,6 miliardi per il Veneto (4,90 per cento), 141,1 miliardi per l'Emilia-Romagna (4,55 per cento).

Ebbene, dai dati che ho citato risulta evidente che vi sono regioni (come, ad esempio, la Basilicata, dove la maggiore spesa ammonta a 4,4 miliardi, con una percentuale, quindi, dell'1,16 per cento) in cui le erogazioni del Fondo si discostano solo in minima parte dalle stime ed altre nelle quali le stime vengono invece largamente superate.

L'incidenza percentuale delle spese del Servizio sanitario nazionale, con riferimento al periodo gennaio-dicembre 1985, risultava così ripartita: 40,7 per cento per il personale; 17,6 per cento per l'acquisto di beni e servizi; 6,7 per cento per la medicina generica convenzionata; 17,7 per cento per l'assistenza farmaceutica convenzionata; 9,9 per cento per l'assistenza ospedaliera convenzionata; 1,1 per cento per l'assistenza specialistica convenzionata interna; 3,2 per cento per l'assistenza specialistica convenzionata esterna; 2,5 per cento per altre prestazioni di assistenza sanitaria; infine, 0,3 per cento per gli obiettivi di piano e 0,3 per cento per gli interessi passivi. Anche in questo caso la distribuzione della spesa risulta estremamente differenziata; infatti, per quanto riguarda la voce relativa all'acquisto di beni e servizi si va dal 23,7 per cento della provincia autonoma di Bolzano al 12,1 per cento della Puglia, su una media nazionale - lo ripeto - del 17,6 per cento. Per quanto concerne invece la voce relativa alle spese per il personale, si va dal 51,3 per cento della provincia autonoma di Trento al 33,9 per cento del Lazio; per quanto riguarda, inoltre, l'assistenza ospedaliera convenzionata si va dal 22 per cento del Lazio all'1,1 per cento della Valle d'Aosta. Ne risulta, dunque, che all'infuori della Lombardia (13,5 per cento), della Liguria (11,1 per cento), del Lazio (22 per cento) e della Puglia (14,6 per cento), in tutte le altre regioni tale spesa si attesta al di sotto del 10 per cento. Più in particolare, ne consegue che nel Lazio si spendono 129.000 lire per abitante - sempre con riferimento alla voce relativa all'assistenza ospedaliera convenzionata - contro le 8.000 lire per abitante della Valle d'Aosta.

Per quanto concerne l'assistenza specialistica convenzionata esterna, su una media nazionale del 3,2 per cento, si va dal 6,8 per cento della Sicilia, dal 6,4 per cento della Campania, dal 5,4 del Lazio e dal 4,6

della Puglia allo 0,7 per cento del Friuli-Venezia Giulia, con una spesa di 47.000 lire *pro capite* della Sicilia contro le 6.000 lire del Friuli-Venezia Giulia, le 7.000 lire della provincia autonoma di Trento, le 8.000 lire dell'Umbria e le 9.000 lire del Veneto e della Valle d'Aosta, ciò che dimostra la persistenza di un certo retaggio in determinate zone.

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica convenzionata, la percentuale di spesa relativa alla Sicilia si attesta sul 25,7 per cento; si tratta della percentuale più alta, costituendo un quarto della spesa relativa al 1985. Per quanto concerne, invece, la Campania, circa la quale, come è noto, è in corso un'indagine della magistratura su denuncia dello stesso Ministro della sanità, si è passati dalle 84.000 lire *pro capite* del 1984 alle 169.000 lire del 1985, con una elevazione percentuale dal 13,6 al 24,1 sul totale della spesa. La Calabria, inoltre, dalle 79.000 lire *pro capite* (pari all'11,5 per cento) del 1984 è passata alle 146.000 lire *pro capite* del 1985, attestandosi così sul 22,1 per cento. La media nazionale della spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata *pro capite* è di 130.000 lire per abitante e si va dalle 71.000 lire della provincia autonoma di Bolzano alle 178.000 lire della Sicilia, alle 96.000 della Valle d'Aosta e della provincia autonoma di Trento, nonché alle 100.000 lire del Veneto e alle 107.000 lire della Basilicata. Ne risulta dunque che due Regioni che occupavano gli ultimi posti nella graduatoria della spesa sono improvvisamente balzate al secondo e al terzo posto, con tutti i problemi che ne conseguono e per effetto di irregolarità che peraltro sono già state denunciate.

Per quanto riguarda la distribuzione della popolazione assistibile per fasce d'età, si ha la seguente ripartizione: il 15,29 per cento per la fascia di età da zero a 11 anni, il 65,69 per cento per la fascia di età da 12 a 59 anni ed il 19,02 per cento per la fascia di età oltre i 60 anni.

Gli istituti di ricovero e cura pubblici sono 1.125, con 369.731 posti-letto; gli istituti di ricovero e cura privati sono invece 598, con 70.727 posti-letto. Per quanto concerne il tasso di utilizzazione dei posti-letto, con riferimento alla chirurgia si ha una percentuale del 67,4 per cento negli istituti pubblici e dell'82,9 per cento in quelli privati. Per quanto riguarda, invece, la medicina generale, si ha un tasso del 76,1 per cento negli istituti pubblici e del 93,4 per cento in quelli privati. Inoltre, per la ginecologia la percentuale è del 59,8 per cento negli istituti pubblici e del 70,5 per cento in quelli privati; infine, per quanto concerne la pediatria, si ha un tasso del 35,4 per cento negli istituti pubblici e del 37,6 per cento in quelli privati.

Circa la durata media delle degenze, per quanto riguarda la chirurgia si ha una media di 9,8 giorni negli istituti privati e di 10,4 giorni in quelli pubblici. Per la medicina generale, la degenza media è di 12,4 giorni negli istituti pubblici e di 18,4 in quelli privati; per la ginecologia, inoltre, si ha una degenza media di 6 giorni negli istituti pubblici e di 6,7 giorni in quelli privati; infine, per quanto concerne la pediatria, la degenza media è di 5,4 giorni negli istituti pubblici e di 8,3 giorni in quelli privati.

Tale è dunque la situazione del recente passato, con le relative luci ed ombre.

Riprendendo l'esame del disegno di legge n. 2051, mi resta da riferire sul comma 13 dell'articolo 8. Esso prevede e determina

l'ammontare del Fondo di parte corrente fissando; per il 1987 (sempre a carico del bilancio dello Stato) 46.200 miliardi, per il 1988 47.800 miliardi, per il 1989 49.250 miliardi, con un aumento rispetto al progetto governativo grazie ad una modifica apportata alla Camera dei deputati di 200 miliardi per il 1988 e di 200 miliardi per il 1989.

Come si è arrivati a quantificare lo stanziamento per il 1987? Il consuntivo del 1985, depurato del sommerso e con approvazione del Consiglio sanitario nazionale, è stato di 42.096 miliardi, a questo vi è da aggiungere il tasso programmato di inflazione, che per il 1986 è il 6 per cento, quindi arriviamo ad una somma di 44.621 miliardi. Riconosciuta dal Tesoro, per ulteriori «pulizie» apportate (perchè forse il sommerso riguardava solo la gestione di un anno particolare senza proiezioni), è la somma di 44.423 miliardi; a questa si è aggiunto il tasso programmato del 4 per cento, per un totale di 46.200 miliardi. Ritengo che il Fondo sia stato stimato in modo realistico privo fino ad oggi di contestazioni (anche regionali), quindi adeguato a correggere quei meccanismi del pie' di lista da tutti lamentati.

Per quanto riguarda il finanziamento per il 1987, con i contributi di malattia ed altre entrate compresa la fiscalizzazione ci si dovrebbe attestare intorno a 35.888 miliardi. Il finanziamento statale per l'igiene pubblica dovrebbe essere di 3.754 miliardi; l'integrazione effettiva a carico dello Stato di 6.943 miliardi; con un totale di tutte queste voci di 46.585.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Sul Fondo bisogna calcolare anche il trasferimento che si farà a cominciare dal 1° gennaio per gli aumenti che andranno al personale sia medico che paramedico, in base al rinnovo dei contratti. Poichè questa spesa è a carico del Servizio sanitario nazionale, questo finanziamento è stato aggiunto nel bilancio di previsione per il 1987 sotto la voce relativa al rinnovo degli accordi sindacali dei comparti del pubblico impiego, per 1.800 miliardi; vi è poi la quota di 1.500 miliardi, stanziamento triennale, per la rivalutazione. Faccio presente che non vi è copertura alcuna per il rinnovo delle convenzioni, nè vi è alcun accantonamento dal 1981, anno successivo alla stipula della convenzione più lontana nel tempo, fino al 1986.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 2051*. Dopo questa precisazione del Ministro, continuo ad illustrare alcuni dati. Per il 1987 il disegno di legge finanziaria prevede 46.585 miliardi per il Fondo sanitario; 785 miliardi di finanziamento locale che inizialmente erano circa 1.000 miliardi, ma successivamente si sono aggiunti i 385 miliardi già stabiliti nella legge finanziaria per l'abolizione dei *tickets* sulla specialistica e sulla diagnostica strumentale. Quindi, la spesa prevista a carico del Servizio sanitario nazionale è di 47.370 miliardi.

La tabella B del Ministero della sanità indica alcune voci, anche se alcune di esse hanno subito rispetto al testo governativo alcune modificazioni, e si riferiscono al triennio 1987-88-89. Vi è: «Ristrutturazione del Ministero della sanità» per cui sono previsti 8,5 miliardi per il 1988 e 8,5 miliardi per il 1989. Per la voce: «Programma cooperativo italo-americano sulla terapia dei tumori», sono previsti 3,2 miliardi per

il 1987, 4 miliardi per il 1988 e 4 per il 1989. Vi sono poi: «Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito», un disegno di legge in discussione alla Camera dei deputati per la cui approvazione si sta aspettando la copertura finanziaria. Per questa voce vi sono: 6,4 miliardi per il 1987, 8 miliardi, per il 1988 e altrettanti per il 1989. Per quanto riguarda la voce: «Norme per la raccolta, preparazione e distribuzione del sangue e degli emoderivati», anche questo è un provvedimento in discussione alla Camera dei deputati insieme ad altri su questa materia e trova qui copertura con 16 miliardi per il 1987, 20 per il 1988, 20 per il 1989.

L'indennità di rischio per i tecnici di radiologia, di cui al provvedimento approvato la settimana scorsa da questo ramo del Parlamento, comporterà una spesa di 30,4 miliardi per il 1987, di 38 miliardi per il 1988 e di 38 miliardi per il 1989. È da sottolineare che la previsione originaria era di 38 miliardi anche per il 1987, ma che lo stanziamento è sceso a 30,4 miliardi per lo stesso esercizio finanziario a seguito delle modifiche introdotte dalla Camera dei deputati.

Per quanto riguarda i provvedimenti per la cura della tubercolosi, sono previsti 22 miliardi per il 1987, 40 miliardi per il 1988 e 40 miliardi per il 1989. Inoltre, la voce relativa alla formazione dei medici specialistici (circa la quale è tuttora pendente un apposito disegno di legge presso questo ramo del Parlamento) prevede una erogazione di 40 miliardi nel 1987, di 100 miliardi nel 1988 e di 150 miliardi nel 1989. Infine, la voce relativa agli oneri derivanti dalle misure urgenti per assicurare talune prestazioni di assistenza sanitaria negli anni 1985 e 1986, ha subito una modifica a seguito dell'approvazione del disegno di legge n. 1602, per effetto della quale è stato eliminato qualsiasi onere per il 1987 mentre è prevista una spesa di 800 miliardi sia nel 1988 che nel 1989.

Le spese in conto capitale sono rimaste sostanzialmente le stesse rispetto a quelle previste dalla legge n. 595 del 1985, con la sola variazione dell'indicazione di 1.917 miliardi per il 1989, sulla base dell'incremento di spesa che è stato programmato. È auspicabile comunque che attraverso le misure già preannunciate dal Ministro e la presentazione del Piano si possa rivedere questa voce, innalzando lo «zoccolo» di partenza sulla base del quale potranno essere calcolati i vari tassi di spesa, che non dovranno rimanere inadeguati.

Questo dunque è il quadro di insieme. Vi è tuttavia da accennare ad un altro aspetto, particolarmente importante e pregnante per rendere credibile e gestibile l'intera manovra. Tale aspetto riguarda, in particolare, il rinnovo dei contratti e delle convenzioni, dati i riflessi diretti ed indiretti che ne derivano.

Abbiamo seguito con particolare interesse le varie fasi della trattativa sin qui sviluppatasi e credo di dover sottolineare, con la necessità di addivenire al riconoscimento (ormai largamente condiviso) dell'opportunità di premiare in maniera adeguata la professionalità, anche l'esigenza di pervenire ad una serie di normative flessibili e capaci di coinvolgere concretamente i vari operatori, precisando che la mobilità, lo impegno e la responsabilità devono essere caratteristiche imprescindibili del Servizio sanitario nazionale ai fini di un accrescimento della produttività e di una elevazione della qualità delle singole prestazioni.

È quasi superfluo sottolineare inoltre la necessità di trovare risorse aggiuntive per coprire immediatamente il costo conclusivo della trattativa, superando in tal modo il cosiddetto sistema delle «code».

L'approvazione in tempi rapidi dei disegni di legge sul ruolo medico e sulle incompatibilità, nonché la modifica del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 e la revisione - peraltro già preannunciata - della legge n. 833 del 1978 potranno, a mio avviso, completare un quadro razionale di intervento che trovi concreta applicazione entro la scadenza naturale della presente legislatura.

Avviandomi a concludere la relazione sulle parti di competenza della Commissione del disegno di legge finanziaria, mi permetto di rammentare ancora una volta la necessità di addivenire al più presto all'approvazione del Piano sanitario nazionale, attraverso il quale sarà possibile qualificare le novità previste dalla riforma, passando dagli affanni della quotidianità al respiro degli obiettivi da perseguire. In tal modo si misurerà anche la saldatura tra sanitario e sociale e potranno finalmente concretizzarsi poche ma significative azioni che vadano nella direzione di dare un supporto effettivo a realtà oggi, purtroppo, «peregrinanti».

Sarebbe questo, a mio avviso, un mezzo valido per ancorare il riequilibrio non solo allo spostamento (sia pure importante) delle risorse, ma anche a progetti temporali e qualitativi che lo sostanzino. In questo senso e su questa linea mi permetto, pertanto, di sottolineare che già il riparto del Fondo per il 1987 potrebbe accentuare, ancor più che negli anni scorsi, la tendenza ad accelerare i tempi per il raggiungimento degli obiettivi che si intende perseguire.

Per quanto riguarda la tabella 19, relativa allo stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1987, il bilancio assestato relativo al 1986 prevedeva una spesa globale di 841 miliardi, di cui 832 di parte corrente e 9 in conto capitale. Il bilancio per il 1987 prevede, invece, una spesa complessiva di 690 miliardi, di cui oltre 680 per le spese correnti, con una diminuzione, rispetto al precedente esercizio, di 151 miliardi così ripartita: 151,440 miliardi circa in meno per le spese di parte corrente e 750 milioni circa in più per le spese in conto capitale.

La voce che ha maggiormente inciso su questa forte riduzione degli stanziamenti è costituita dal capitolo 4032, relativo al rimborso delle spese di assistenza sanitaria all'estero, la cui dotazione, a causa delle diverse procedure e modalità per l'erogazione dei rimborsi, è passata dai 250 miliardi del 1986 ai 126 miliardi del 1987.

Le spese correnti risultano così ripartite: 175 miliardi per il personale in attività di servizio, con un incremento del 15 per cento rispetto al 1986; 7,235 miliardi per il personale in quiescenza; 286 miliardi e 500 milioni per l'acquisto di beni e servizi; 210 miliardi e 993 milioni per i trasferimenti; 3 milioni per le poste correttive e compensative dell'entrata e 51,5 miliardi per le somme non attribuibili.

La consistenza numerica del personale in attività di servizio - vale la pena di ricordarlo - è, allo stato attuale, di 5.155 unità. Nel corso del 1987 saranno comunque portate a termine le procedure per l'espletamento dei concorsi banditi nel 1986.

Mi soffermerò ora sugli aspetti maggiormente significativi delle previsioni relative al bilancio del Ministero della sanità per l'esercizio 1987.

Per quanto riguarda, innanzitutto, il capitolo 1104, relativo alla propaganda e all'educazione sanitaria ai fini della promozione della salute, la previsione originaria era di 2 miliardi, con una decurtazione di 200 milioni rispetto al precedente esercizio; a seguito delle modifiche introdotte dall'altro ramo del Parlamento, il relativo stanziamento è però stato aumentato a 3 miliardi e 300 milioni. Inoltre, sono stati istituiti dalla Camera dei deputati due nuovi capitoli di spesa: il capitolo 2041, relativo al piano di monitoraggio, con una dotazione di un miliardo per il 1987, ed il capitolo 2073, relativo al finanziamento dei programmi di eutrofizzazione e alla tutela delle acque dall'inquinamento, con una dotazione di 9 miliardi per il medesimo esercizio.

Per quanto riguarda il capitolo 2585, relativo ai contributi alla Croce Rossa italiana, da 30 miliardi si passa a 31 miliardi e 200 milioni, quindi con un aumento di 1 miliardo e 200 milioni (qui tra parentesi ho annotato «a quando la sistemazione?», non aggiungo altro perchè è una questione sulla quale torno ogni anno). Capitolo 2600, «Fondo integrativo per gli asili nido», qui compare la somma di 158 miliardi, ma vi è stata una decurtazione in quanto i finanziamenti erano stati concessi nell'assestamento di bilancio. Capitoli 3031 e 3033, anche qui vi è stata una modifica apportata dalla Camera dei deputati, «Spese per studi, indagini e rilevamenti necessari alla determinazione degli indici di qualità e di salubrità degli alimenti nonchè indagini concernenti...» e «Spese per studi, indagini e rilevamenti relativi alla fissazione negli alimenti dei residui di prodotti...»: questi presentano un aumento di 150 milioni per ciascun capitolo. Capitolo 4201, «Spese per il sistema informativo», presenta un finanziamento di 84 miliardi con un aumento di 26,237 miliardi, che è molto consistente. Capitolo 4035, «Spese per gli uffici veterinari nei posti di confine, nei porti, negli aeroporti...», anche questo dopo le modifiche apportate dalla Camera dei deputati presenta un aumento di 200 milioni. Capitolo 4303, «Rimborso per spese di assistenza sanitaria erogata in Italia al personale navigante...», si attesta su 8 miliardi con una diminuzione di 2 miliardi, perchè le spese risultanti dagli anni scorsi consentono questa diminuzione. Capitolo 4043, «Spese relativa all'acquisto, alla conservazione e alla distribuzione di scorte di sieri, vaccini, presidi profilattici, medicinali e altri materiali profilattici di uso non ricorrente, nonchè per altri interventi di prevenzione contro le epizootie», anche questo presenta un aumento di 550 milioni, grazie ad una modifica apportata dalla Camera dei deputati. L'Istituto superiore di sanità complessivamente ha uno stanziamento di 65 miliardi e 479 milioni, con un aumento di 10 miliardi e 465 milioni. L'ISPESL si attesta su 76 miliardi e 300 milioni, con un aumento di 10 miliardi e 209 milioni.

Da parte della Camera dei deputati vi sono state, inoltre, due modifiche: al capitolo 6537, «Spese per l'attuazione di corsi di preparazione, formazione, aggiornamento e perfezionamento del personale dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e per la collaborazione alla formazione ed all'aggiornamento degli operatori dei servizi di prevenzione delle Unità sanitarie locali...», è

stato apportato un aumento di 150 milioni; per il nuovo capitolo previsto dal Piano sanitario nazionale e concernente «Incarichi di ricerche...» sono stati stanziati 100 milioni. Non subiscono significative variazioni le spese in conto capitale.

Per quanto riguarda i residui passivi di parte corrente, nel 1986 avevamo 156 miliardi e 359 milioni, per il 1987 sono previsti 122 miliardi e 810 milioni; in conto capitale per il 1986 avevamo 13 miliardi e 680 milioni, nel 1987 abbiamo 5.604 milioni, portando quindi da 170 a 128 miliardi i residui passivi; essi sono costituiti principalmente da 74 miliardi circa per l'assistenza sanitaria all'estero, da 19 miliardi e 790 milioni per il sistema informativo e da 4.509 milioni per l'Istituto superiore di sanità.

Per quanto riguarda il bilancio pluriennale per gli anni 1987-1988-1989 le previsioni si pongono nella linea del documento governativo già approvato dal Parlamento, con un rientro graduale del debito pubblico, quindi con un contenimento delle spese correnti entro i limiti del tasso programmato di inflazione, in modo da destinare una parte maggiore delle risorse agli investimenti.

In merito al riordinamento del Ministero della sanità, come ho già detto, per quanto riguarda la «finanziaria» nel Fondo comune vi è uno stanziamento di 8 miliardi e 500 milioni per il 1988-89, ciò evidenzia la volontà di giungere finalmente al riordino del Ministero, io aggiungo, con qualche punto esclamativo in più: speriamo!

RANALLI. Finalizzati a cosa?

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 2051*. Finalizzati al riordino del Ministero; ho visto che questa voce è stata inserita anche per altri Ministeri e poichè il riordino dei Ministeri dovrebbe avere un certo costo sono state stanziati delle somme a questo proposito.

Per quanto riguarda il Centro studi, per il 1987 dovranno essere avviate iniziative per l'esecuzione di studi e ricerche in sintonia con i programmi della legge n. 595, quindi queste iniziative dovrebbero trovare spazio e consistenza nel Piano sanitario nazionale; in particolare sono stati individuati i seguenti settori:

materno-infantile, anziani, disabili, malati psichici, educazione sanitaria, tossicodipendenze, alcoolismo e tabagismo, farmaceutico;

psichiatria (aggiornamento della legge n. 180 del 1978): aspetti socio-sanitari dell'assistenza familiare e delle strutture sanitarie nel territorio;

iniziative per una maggiore efficienza e qualità nella gestione dei servizi sanitari;

rapporti tra sociale e sanitario;

alimentazione e dietologia.

Questi sono i capitoli sui quali dovrebbero concretizzarsi le indagini e le finalità del Centro studi per il 1987.

Per quanto riguarda il Consiglio sanitario nazionale non sono previsti aumenti se non modestissimi. Abbiamo ricevuto tutti la sintesi della relazione del triennio 1981-1983, ma credo che occorra accelerare i tempi perchè oggi la evoluzione del sistema è tale che non è pensabile

leggere relazioni di tre o quattro anni fa se si vuole governare un sistema che necessita invece di relazioni al massimo annuali. Ora, lo sforzo che facciamo per eliminare questo arretrato degli anni 1981-1983 provoca un altro arretrato per gli anni 1984-1986. Quindi, o si stabilisce che la relazione sia se non annuale in questa prima fase, almeno biennale (comunque con date certe), oppure credo che la utilità di questa relazione resa al Parlamento sia molto modesta rispetto al governo di tutto il sistema.

Per quanto riguarda il Servizio centrale della programmazione sanitaria e, quindi, il Sistema informativo sanitario l'aumento consistente previsto è giustificato dal fatto di avere anticipato i tempi rispetto alle previsioni. Numerose saranno le aree di intervento che, se pur non completate, saranno, nel 1987, almeno predisposte per la generale automazione del Sistema informativo sanitario nelle sue componenti di «sistema di governo» e di «rete di comunicazione del Servizio sanitario nazionale». Gli impegni comprendono, inoltre, il completamento del processo di informatizzazione delle Unità sanitarie locali e la definizione della rete logica e fisica dei protocolli di comunicazione per l'allacciamento «on-line» di Unità sanitarie locali, Regioni, amministrazione centrale, Istituto superiore di sanità, Istituto per la prevenzione e sicurezza lavoro, relativamente sia ai dati economici, di attività e di strutture, sia alle informazioni necessarie al Consiglio sanitario nazionale per la predisposizione della relazione sullo stato sanitario del paese. Indubbiamente, questi soggetti dovrebbero dare al Parlamento la possibilità di intervenire facendogli ricevere le informazioni necessarie per la conoscenza dei vari fenomeni.

Il Governo ed il Parlamento devono dunque disporre di dati esaurienti e precisi per poter intervenire tempestivamente ed adeguatamente nelle varie situazioni. È comunque preferibile, a mio avviso, disporre di tali elementi con uno o due mesi di ritardo piuttosto che di anticipazioni che, come abbiamo dovuto constatare in passato, sono poi state puntualmente smentite. È necessario, pertanto, che dagli organi competenti vengano trasmesse al Governo e al Parlamento relazioni tali da non comportare il rischio di successive contestazioni sui dati in esse contenuti.

L'Istituto superiore di sanità procede nelle proprie ricerche e nell'attuazione dei propri programmi mantenendo positivi rapporti con la periferia e con il Consiglio nazionale delle ricerche. L'ISPESL, a sua volta, che è attualmente suddiviso in cinque dipartimenti (Igiene del lavoro, Medicina del lavoro, Impatto ambientale, Tecnologie di sicurezza e Omologazione), sembra ormai ben avviato e mira ad una collaborazione sempre più stretta con gli assessorati regionali alla sanità, con il Consiglio nazionale delle ricerche, con le organizzazioni sindacali e con le associazioni imprenditoriali; ha peraltro subito un notevole incremento anche la sua attività nel campo della formazione e dell'aggiornamento professionale degli operatori dei servizi di prevenzione delle unità sanitarie locali.

Non posso, a questo punto, non lamentare che per l'ennesima volta non si disponga dei consuntivi di cui all'articolo 19 della legge n. 468 del 1978, nonostante nella relazione sia specificato che gli stessi figurano in allegato. Desidero, inoltre, rinnovare una richiesta che ho

già avuto modo di avanzare in passato: quella, cioè, di una puntuale e dettagliata presenza di un fenomeno che sta subendo notevoli evoluzioni a seconda delle varie zone - e sono convinto che un attento esame della situazione sia quanto mai opportuno per capire cosa sia avvenuto in realtà - per sapere quanti asili nido siano stati costruiti e quanti ne siano in funzione e per disporre di dati certi sull'ammontare delle relative spese. Del resto, non è mai stata predisposta un'analisi del fenomeno, che sarebbe invece di grande utilità ai fini della sua esatta comprensione.

Per quanto riguarda l'educazione sanitaria, la Camera dei deputati ha elevato il relativo stanziamento, come ripeto, a 3 miliardi e 300 milioni per il 1987. Ciò non mi esime, tuttavia, dal ripetere una considerazione che ho già avuto modo di fare in passato. Sono convinto, infatti, che senza un coordinamento ed una azione propulsiva a livello centrale si realizzerà ben poco in periferia. Credo quindi che allo stanziamento di 3 miliardi e 300 milioni che ho già citato dovranno necessariamente affiancarsi misure che garantiscano un più adeguato sviluppo dei rapporti tra centro e periferia. È noto, del resto, che in tema di propaganda sanitaria vengono spesso lanciati messaggi talmente sconvolgenti che il cittadino non sa più cosa pensare; in assenza di un idoneo coordinamento, come ripeto, sarà pertanto difficile che dal centro arrivino alla periferia informazioni credibili.

Avviandomi a concludere, desidero far presente che il principale obiettivo da perseguire (dopo le esperienze del passato, che ci hanno fatto assistere a comportamenti spesso contraddittori delle Regioni) deve essere, a mio giudizio, quello di arrivare a far carico del 50 per cento della spesa al settore sanitario, lasciando la parte restante alla spesa cosiddetta sociale per tutti quei progetti che sono, per così dire, a cavallo tra l'uno e l'altro comparto. Sono infatti convinto che un adeguato riordino della materia possa consentire di qualificare ulteriormente le novità introdotte dalla vigente normativa.

Per quanto concerne, infine, l'attività del servizio ispettivo, ritengo che un suo potenziamento sia quanto mai urgente per poter adeguatamente valutare talune situazioni e per intervenire in determinate realtà per le quali, in caso contrario, non vi sarebbe alcuno sviluppo. Venire incontro alle esigenze locali, soprattutto in aree in cui si riscontrano difficoltà oggettive di funzionamento delle strutture sanitarie, non potrà infatti non contribuire a migliorare l'azione del Servizio sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Melotto per la sua ampia e dettagliata esposizione.

Dichiaro aperta la discussione.

PINTO Biagio. Vorrei chiedere al relatore a quanto ammonti esattamente e a quali stanziamenti faccia riferimento la spesa relativa alle indennità corrisposte ai membri dei comitati di gestione delle Unità sanitarie locali, che di recente son state parificate a quelle dei consiglieri comunali. A quanto mi risulta, si tratterebbe di circa 84 miliardi, esclusi gli oneri per le segreterie e gli autisti.

RANALLI. Sia il relatore che il Ministro hanno tenuto a sottolineare la totale asseza di fondi per gli eventuali oneri relativi al rinnovo delle convenzioni. Ebbene, poichè un Governo che presiede ad una trattativa deve anche porsi il problema di far fronte alle spese che potrebbero derivarne, vorrei sapere se il Governo stesso intenda predisporre misure di integrazione al riguardo oppure se intenda, invece, limitarsi, con le sue affermazioni, a sostenere che occorrerebbero fondi che non sono, però, disponibili.

In secondo luogo, vorrei sapere se il prelievo sui 1.800 stanziati per il rinnovo dei contratti per otto comparti del settore pubblico, è sufficiente - così come è stato sostenuto dal ministro Donat-Cattin - per il rinnovo del contratto di lavoro del personale del Servizio sanitario.

Una volta chiariti questi due punti sarà poi possibile dare una valutazione complessiva del disegno di legge finanziaria in questa fase di lettura.

ALBERTI. Vorrei chiedere al senatore Melotto se le spese in conto capitale erano comprese nel Fondo sanitario nazionale oppure erano considerate al di fuori e, comunque, vorrei sapere se vi è stata una variazione delle spese in conto capitale in questo disegno di legge finanziaria.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 2051*. Rispondo prima alla domanda del senatore Pinto. Come ho già sottolineato, quest'anno ho cercato di sintetizzare l'illustrazione della tabella, dato che siamo in seconda lettura. Quindi, se il senatore Pinto insiste nella sua richiesta, eventualmente in sede di replica fornirò anche i dati da lui richiesti relativi a spese che fanno capo ai 47.370 miliardi di finanziamento del Fondo sanitario, e che trovano riscontro nella tabella riguardante il Servizio informativo, dove sono stati esaminati anche i costi degli organi di gestione e delle Unità sanitarie locali. Sulla scia dell'aumento che vi è stato per le indennità attribuite ai consiglieri comunali, le Regioni hanno esteso di fatto e di diritto tali scelte anche per gli amministratori delle Unità sanitarie locali; ciò è avvenuto quasi in tutto il paese.

PINTO Biagio. Se è vero ciò che mi è stato riferito al Ministero della sanità, cioè che questa spesa si aggira intorno ai 200 miliardi l'anno, ritengo allora che si potrebbe destinare parte di questa spesa a scopi di ordine sanitario anzichè a quello che considero una specie di «assistenzialismo» a favore degli amministratori locali.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 2051*. Allora, senatore Pinto vedrò di fornirle questi dati.

Per quanto riguarda la sua domanda, senatore Ranalli, pare che tra i 1.800 miliardi per il 1987 ed i 1.500 miliardi per il 1988 si dovrebbe avere la copertura per il rinnovo contrattuale del personale del Servizio sanitario. Mentre, per quanto riguarda il rinnovo delle convenzioni, lo ha già affermato il ministro Donat-Cattin ed io lo ripeto, pare che non vi sia stanziamento; si è trovata invece copertura per l'esonazione dai

tickets, per i programmi di cui alla tabella B e, come ho affermato poco fa, per il rinnovo dei contratti.

Rispondendo alla domanda del senatore Alberti, devo dire che la somma in conto capitale è rimasta quella stabilita dalla legge n. 595 con l'aggiunta esclusiva dell'anno 1989, in quanto in essa erano previsti solo gli anni 1986-1988, ma la somma in sostanza non ha subito variazioni.

IMBRÌACO. Vorrei sottolineare una questione e porre una domanda all'onorevole Ministro.

Secondo me è necessario sapere con più precisione quale sarà il reale fabbisogno per il soddisfacimento delle richieste avanzate dai dipendenti del settore sanitario. Infatti mi sembra di capire che sul comparto pubblico noi non rileviamo nulla perchè le spese per il rinnovo dei contratti come pure quelle delle convenzioni gravano sul Fondo sanitario nazionale. Se questo è vero, la quantificazione del fabbisogno per soddisfare i dipendenti del Servizio sanitario è un problema ancora aperto in quanto ancora non si sa quanto verrà stanziato a questo scopo. Se il Ministro è così cortese da rispondere a questa mia domanda gliene sarei grato.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. La questione va divisa in due, anche se poi entrambe ricadono sul Fondo sanitario nazionale. Infatti, a seguito del decreto del Presidente della Repubblica n. 68 del 1986, la contrattazione del personale del Servizio sanitario nazionale è suddivisa in due aree: quella dei medici e dei veterinari e quella riguardante tutto il rimanente personale, nel quale sono stati anche ricompresi i farmacisti che invece tradizionalmente erano assimilati ai medici. Quindi, dobbiamo discutere due ipotesi di accordo in base a queste due aree: una per i medici ed una per il personale non medico. Il punto fondamentale è quello relativo ai medici, punto emerso a seguito delle agitazioni dei primi mesi dello scorso anno, cioè il riconoscimento del ruolo. Su questo punto tra l'altro vi sono ancora delle controversie perchè secondo la tradizione - come ho già affermato - in questo ruolo venivano compresi i medici chirurghi, i veterinari ed i farmacisti; ora, in questa fase i farmacisti non sono più ricompresi, quindi essi si trovano in una condizione non equilibrata e perciò di insoddisfazione, perlomeno per come si sono svolte finora le trattative. Inizialmente il Ministero della sanità aveva fatto presente che una volta riconosciuto il ruolo medico, poi sarebbe stato difficile discostarsi di molto dalle percentuali di aumento delle retribuzioni stabilite nel triennio per altre categorie del settore pubblico assimilabili a quella medica perchè ugualmente professionalizzate, come gli universitari e i dirigenti dello Stato: vi potrà essere un 2-3 per cento in più o in meno, ma sostanzialmente gli aumenti non potranno discostarsi di molto da quelle percentuali. Si è perso del tempo per far capire questa necessità; poi, a seguito di una intesa verbale - non un accordo scritto - intervenuta tra le confederazioni sindacali ed il Governo, si è ritenuto opportuno apportare delle modifiche al disegno di legge finanziaria, per quella parte relativa alla rivalutazione delle retribuzioni sulla base della professionalizzazione delle categorie interessate. A questo scopo è stato stanziato un fondo triennale di 1.500 miliardi, però non so come verrà

ripartito esattamente questo stanziamento, cioè quali saranno le possibilità di spesa, anno per anno, rispetto a questo stanziamento.

Come Ministero abbiamo avuto un appunto di proiezione fatto dal Ministero del tesoro che a regime prevede una spesa di 1.150 miliardi l'anno, che si discosta da quella previsione triennale, comprendendo però anche la polizia, i carabinieri e i corpi speciali che sono stati eliminati, per cui questa spesa di 1.150 miliardi dovrebbe essere ridotta. Tuttavia prima abbiamo avuto dal Ministero del tesoro delle tabelle che quantificano i riconoscimenti di corrispettivo che per ogni fascia statale deriverebbero dall'applicazione di questo fondo triennale di 1.500 miliardi.

Il criterio fa punto sulla quinta fascia che si ritiene abbia avuto una rivalutazione in numerario media corrispondente al dato di rivalutazione (un po' più bassa delle fasce con una progressione minore dalla prima alla quarta) e dopo la quale ci sarebbe uno schiacciamento progressivo fino ad arrivare alla undicesima fascia che ha avuto la maggior perdita di potere d'acquisto calcolato dal 1975. Le tabelle che abbiamo riconosciuto sono basate su un riconoscimento per il nono, decimo e undicesimo grado (cioè per il ruolo medico assistente, aiuto e primario) che ritorna al 10,5 per cento calcolato sulle voci annuali che costituiscono la retribuzione tabellare.

Mentre per il rimanente personale gli aumenti in tre anni dovrebbero essere rispettivamente del 6, del 4 e del 3 per cento, per rimanere in linea con i tassi di inflazione programmata. Naturalmente su questa base c'è la totale insoddisfazione del ruolo medico il quale a sua volta fornisce dei calcoli per il recupero di tutto il potere d'acquisto perso a partire dal 1970. Abbiamo spiegato come delegazione pubblica che si possono fare tutti i calcoli che si vogliono ma le disponibilità del Tesoro sono, in un calcolo che va dal 1975 al 1986, tese a recuperare una quota del potere d'acquisto intorno al 45 per cento, non ritenendo il recupero integrale compatibile con la scelta di politica dei redditi per la rivalutazione di professionalità così come concordata con le organizzazioni sindacali confederali. Se poi si vogliono fare calcoli dal 1970, lo si faccia, ma la disponibilità non cambia.

La via d'uscita rispetto a quest'*impasse* che sembrava portare ad una paralisi della trattativa l'abbiamo individuata al Ministero della sanità tenendo conto anche delle indicazioni delle confederazioni che corrispondevano alla linea politica che il Ministero aveva determinato di seguire, e d'accordo con la delegazione delle Regioni che secondo me ha importanza determinante nel comportamento del Ministero della sanità nella trattativa, per le ragioni che conoscete: e mi rifaccio alla volontà politica che purtroppo in termini di articolato viene ritardata da due cause. Da una parte il faticoso procedere di una trattativa che ci trova impegnati su circa 32 tavoli (una cosa veramente obbrobriosa che bisognerebbe cercare di superare, perchè tutta inquadrata con categorie che nulla hanno a che fare l'una con l'altra e con questo accavallarsi di decine di sindacati, ognuno incompatibile con l'altro e con i quali bisogna trattare con perdita di tempo; dall'altra parte (un dato positivo) lo sforzo di vedere combaciare alcuni elementi, da introdurre nella contrattazione, nelle convenzioni e nei contratti, con la legge istitutiva in modo che questa non sia avulsa dai movimenti che si compiono per

tendere a razionalizzare il sistema, a cominciare dal settore contabile. Quindi bisogna vedere se riusciamo, con i contratti e con la legge, a modificare alcune voci che dovrebbero consentirci economie in grado di finanziare in parte quello che manca per le convenzioni, perchè prima di definire se vi sia un'insufficienza di disponibilità per i convenzionamenti bisogna fare uno sforzo interno al sistema per vedere se ci sono sprechi. Non si tratta di sottrazione di servizi ma solo di eliminare margini di spreco.

Il settore della pediatria che è occupato al di sotto del 25 per cento, penso abbia bisogno di un riordinamento, senza penalizzare alcuno, per bacini di utenza, magari con una rete diversa di pediatri di base che non ci sono perchè, nonostante siano pagati una volta e mezza i medici di base, non trovano conveniente farlo; per cui la spesa è bassa perchè non facciamo tutto quello che c'è da fare, tanto è vero che la mortalità infantile è alta e c'è qualche cosa che non va.

Ho fatto un esempio per dimostrare che dobbiamo riordinare queste cose; metto da parte l'accento al finanziamento e al ritardo che comunque sarà lungo nella presentazione della legge. Abbiamo indicato il tempo pieno come centro del discorso ed abbiamo richiesto uno stanziamento che non è di 1.000 o 2.000 miliardi, visto che le cifre indicate nei giornali confondono i conti totali con i conti parziali.

Da parte dei sindacati autonomi dei medici era stata a suo tempo manifestata una certa disponibilità, quanto meno a livello formale, alla conclusione di un accordo; nella riunione tenutasi ieri è stata però presentata, da quelle stesse organizzazioni sindacali, una piattaforma rivendicativa che non esito a definire spaventosa. Si chiede, infatti, per i primari un incremento retributivo netto di 36 milioni l'anno. Personalmente, sarei anche disposto ad offrire una cifra superiore, purchè - sia chiaro - la contropartita fosse quella di una completa funzionalità del Servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda i medici a tempo pieno, sarà necessario ricercare un meccanismo che consenta di eliminare quelle «code» che via via possono determinarsi; occorre, del resto, valutare il problema non solo dal punto di vista degli operatori del settore, ma anche e soprattutto da quello degli utenti del servizio. Non sarebbe giusto, infatti, aumentare gli oneri senza ottenere, in cambio, alcun miglioramento sostanziale delle prestazioni offerte dal Servizio sanitario nazionale, come pure della sua funzionalità.

Il sistema delle prestazioni specialistiche e degli esami di laboratorio può apparire, a prima vista, concorrenziale, trattandosi di prestazioni offerte dagli ospedali, dalla medicina convenzionata esterna e dai poliambulatori. In realtà, ci si trova invece in presenza di un sistema oligopolistico, nel quale non si realizzano economie di sorta, non esiste alcuna concorrenza e si ha una dilatazione alquanto artificiosa delle prestazioni. Se mi consente questo termine di paragone, è come ci si trovasse di fronte a tre funghi parassitari che nel crescere, continuano a prosciugare risorse senza recare alcun beneficio.

È da sottolineare, inoltre, che da parte del medico di base non vengono quasi mai indicati i motivi che giustificano la richiesta di analisi e che non sono stati conclusi protocolli in tal senso, con il pretesto che così facendo sarebbe stato lesa il principio dell'autonomia

professionale dei medici. Se tali indicazioni specifiche fossero però dovute da parte del medico di base, potrebbe magari risultare sufficiente un solo esame ai fini dell'accertamento di una malattia; è sottinteso, ovviamente, che potrebbe anche darsi il caso contrario.

Lo stesso avviene nel settore dei farmaci. Sono convinto che se non si procederà ad un'indagine a tappeto sulle fustelle dei medicinali e sulle ricette (magari prendendo in esame proprio i periodi cosiddetti di punta), i rischi di eventuali irregolarità non verranno mai eliminati. Il nucleo investigativo dell'Arma dei carabinieri si è dichiarato, di recente, soddisfatto per aver sequestrato, in sette anni, fustelle irregolari per un ammontare di circa 500 milioni. Ebbene, se si tiene presente che nel giro di un anno e mezzo la spesa per i farmaci della sola Campania è aumentata di oltre 200 miliardi, risulta evidente che in determinate zone il sistema migliore per arricchirsi alle spalle del prossimo è proprio quello di inserirsi nel mercato delle fustelle dei medicinali.

Sono attualmente in fase di valutazione anche altre situazioni anomale verificatesi in aree diverse del paese. Per quanto concerne, in particolare, il caso del laboratorio di analisi di Torino - ormai a tutti noto - ho ritenuto opportuno trasmettere i dati di cui disponevo all'autorità giudiziaria; del resto, non avendo alcun potere ispettivo, non avrei potuto fare altrimenti. Nella relazione trasmessami al riguardo dall'Ispettorato viene configurata un'ipotesi di reato; si tratta ora di stabilire come e perchè il nucleo investigativo dell'Arma dei carabinieri abbia avviato una serie di indagini attraverso le quali sarebbe stata accertata l'irregolarità delle analisi effettuate presso quel laboratorio e dalle quali sarebbe risultata - sulla base di un riscontro da parte degli stessi investigatori - la coesistenza di elementi chimici ritenuti incompatibili in natura e ciò in contrasto con le certificazioni rilasciate dal laboratorio in questione. È da sottolineare, inoltre, che la relativa certificazione sarebbe stata sottoscritta da un medico che non solo non è il diretto responsabile di tale laboratorio, ma non è nemmeno addetto all'unità sanitaria locale di cui il laboratorio di analisi oggetto dell'inchiesta fa parte.

Tornando alla vertenza contrattuale dei medici, era stato a suo tempo raggiunto, come dicevo, un accordo a livello informale; successivamente, però, la situazione è cambiata, poichè i sindacati autonomi hanno richiesto che gli aumenti differenziati vengano applicati anche ai medici a tempo definito. Personalmente, non ritengo possibile dare seguito a tale richiesta, che appare, oltretutto, priva di qualsiasi fondamento e di qualsiasi giustificazione. Per quanto mi riguarda, dunque, gli scioperi potranno anche andare avanti per un altro anno; sia chiaro, però, che nessun contratto differenziato sarà concluso. Non sarebbe giusto, infatti, discostarsi in misura sensibile dalle percentuali di aumento stabilite nel triennio per altre categorie del settore pubblico assimilabili a quella medica e con un alto livello di professionalità. L'intendimento del Governo è quindi quello di evitare di dare adito a qualsiasi ulteriore forma di conflittualità.

Per quanto riguarda il personale non medico, sulla base di un accordo intercompartimentale è stata fissata al 1° gennaio 1986 la decorrenza del relativo contratto, mantenendo però invariata la situazione per quanto riguarda il 1985. L'interpretazione degli uffici

competenti del Ministero del tesoro a tale riguardo è che il 1985 debba essere, per così dire, lasciato da parte anche per il futuro; si tratta di un'interpretazione che non ritengo condivisibile, poichè i dati dell'ISTAT hanno indicato, per il 1985, una svalutazione media del 9,9 per cento, con una conseguente perdita del potere di acquisto delle retribuzioni che l'indennità di contingenza ha coperto soltanto nella misura del 50 per cento. Non sono quindi d'accordo - lo ripeto - con tale interpretazione, poichè sono fermamente convinto che il potere d'acquisto dei salari debba sempre e comunque essere adeguatamente salvaguardato. La misura in questione ha peraltro ottenuto - vale la pena di sottolinearlo - il consenso delle stesse organizzazioni sindacali, che hanno dimostrato senso di responsabilità, spirito di sacrificio (diversamente da altre associazioni di categoria, che si sono invece mosse in direzione opposta) e piena consapevolezza della necessità di un rientro dell'inflazione e di una politica che tenda a mantenere il livello dei redditi proporzionato all'andamento del costo della vita. A mio parere, tuttavia, il «vuoto» di un anno - tengo a ribadirlo - non dovrà incidere anche sul futuro, causando una ulteriore perdita del potere d'acquisto delle retribuzioni.

Le variazioni alle quali ho fatto poc'anzi riferimento potrebbero comportare taluni miglioramenti nel settore della sanità, che si trova attualmente a dover affrontare l'impatto con una situazione non prevista al momento della conclusione dell'accordo intercompartimentale di cui parlavo prima, vale a dire con la richiesta di una rivalutazione della professionalità avanzata dai sindacati autonomi dei medici. Come si ricorderà, infatti, quell'accordo riguardava l'intero comparto.

Quindi, esiste un passaggio nel quale si riconosce il ruolo dei medici e si discute a lungo se esso consista nell'immetterli in alcune funzioni all'interno del Servizio sanitario nazionale, dal quale invece essi sostengono di essere esclusi. Questa loro affermazione è assolutamente relativa, nel senso che non sono inclusi come categoria specifica ma sono largamente presenti in tanti consigli di amministrazione delle Unità sanitarie locali, negli assessorati regionali, ed anche nel Consiglio superiore di sanità.

Da più parti si vuole risolvere la questione affermando che bisogna dare loro per forza di cose un riconoscimento professionale. A questo punto è difficile che la compatibilità richiesta per la saldatura tra le due ipotesi di contratto di area per formare un'unica ipotesi di accordo di settore - rispetto al quale lo stesso decreto del Presidente della Repubblica n. 68 del 1986 ammette che una delle due parti possa sollevare questioni di compatibilità - si trovi come se non fosse intervenuta la rivalutazione dell'area medica. Non è che il rimanente personale o le varie confederazioni affermino che ci deve essere un aumento del 40 per cento; ma uno scostamento tra il 3 e il 40 per cento è effettivamente eccessivo. È in merito a questo punto che non so più come andare avanti. Ci siamo fermati di fronte ad una esplicita richiesta pervenutaci da parte del settore sanità, cioè quella di fare uno sforzo in qualche misura non del tutto rispettoso dei parametri fissati per la politica dei redditi, ma che è reso necessario da questa politica di rivalutazione.

Tale sforzo esiste in misura minore dal sesto livello in su. Certo, esso non è uniforme perchè il sesto livello rappresenta una cifra relativamente bassa, ma ciò dipende anche dalle singole posizioni: quindi non è uniforme. Infatti, chi trovandosi al settimo e all'ottavo livello ha avuto per qualche istituto un minore schiacciamento non ha diritto all'indennità professionale che proviene da questo fondo di 1.500 miliardi di lire, mentre l'aumento diventa più consistente, anche se in maniera non soddisfacente, al nono e al decimo livello. Tutto ciò riguarda la stipula dei nuovi contratti.

Per ciò che concerne le convenzioni, è chiaro che si riproduce un fenomeno di mimetismo. Infatti, i medici convenzionati dicono: «Quanto date in percentuale ai medici dipendenti che hanno un loro particolare accordo? Quando ci direte quanto date a loro, dovreste spiegarci perchè non la date anche a noi». A loro volta i medici ospedalieri rispondono che i medici convenzionati hanno la contingenza che bene o male fino ad oggi ha funzionato, recuperando un certo potere d'acquisto in misura certamente superiore a quello recuperato per loro, perchè i meccanismi di adeguamento per i medici di base sono determinati in maniera più bassa che per i medici convenzionati specialisti.

Invece, per i medici convenzionati esterni - se mi è consentita l'espressione - ci troviamo proprio in alto mare, perchè vi è tuttora un accordo da rivedere sulla base delle variazioni intervenute dal 1980 al 1986 nei costi di analisi - alcuni più alti, altri più bassi - anche se alla fine il conto che si dovrà fare sarà dello stesso tipo.

Quindi, ci troviamo di fronte ad una questione che quantifichiamo in un certo modo, ma io mi permetto di non enunciare cifre esterne. I sindacati dei medici autonomi prima dicono: lo Stato cosa ci vuol dare? Poi aggiungono; ecco cosa noi vogliamo. In pratica, si è rovesciata la tradizionale meccanica di ogni trattativa sindacale, nel senso che prima abbiamo dovuto trovarci di fronte ad una richiesta rispetto alla quale c'è stata una controfferta tendente ad economizzare quelle cifre che erano state «lanciate» sul tappeto e che minacciano poi di crescere: è evidente che quando si ottiene 50, poi si cerca di ottenere 55 oppure 60 per altre vie.

A tal riguardo, la cosa che mi è parsa più strana è stata quella di non ritrovare nei bilanci precedenti alcun accantonamento, in qualche modo impostato, sul Fondo sanitario nazionale, che tenesse in debito conto il fatto che le convenzioni maturano e che esiste un passaggio di anni che determina una certa esistenza, direi quasi naturale, sia che questi accantonamenti derivino da piani di economia, nel senso di ritrovarli all'interno del sistema, sia che rispecchino la nostra previsione. Personalmente una tale previsione me l'ero formulata al momento dello stanziamento sul bilancio del 1987, ma dovendo compiersi un considerevole salto rispetto alla condizione precedente non l'avevo esternata immediatamente, come non l'ho fatto neanche all'interno degli investimenti, visto che - come si diceva - l'ottimo è nemico del bene. Quindi, mi sono ben guardato dallo acuire un problema che era già abbastanza pesante, partendo dal punto di vista di chi voleva tagliare gli eccessi della spesa sanitaria, intervenendo o con l'introduzione di nuovi *tickets* o con altri mezzi suppletivi.

Penso che all'interno del Fondo sanitario nazionale noi otterremo qualcosa, anche se poi si potrà verificare una qualche eccedenza. Tuttavia, si tratterà di un'eccedenza che ammonterà non a qualche migliaia di miliardi di lire, ma solo ad alcune centinaia di miliardi, e quindi essa si potrà graduare in maniera che sul bilancio del 1987 sia minore per poi andare a regime successivamente.

Quindi, rispetto al complesso dell'impostazione della voce «Fondo sanitario nazionale» si tratta di un problema che per sé non desta una grandissima preoccupazione finanziaria. La mia preoccupazione è un'altra. Infatti, all'interno del settore sanitario noi vorremmo stipulare un contratto da Servizio sanitario nazionale e non il rinnovo del contratto dei medici della mutua. Cioè vorremmo arrivare ad un contratto ospedaliero che non sia soltanto, come è stato definito, un contratto, affermando: qui ci sono i soldi in più, andiamo a casa e lasciamo tutto come prima.

Le cose, come vanno adesso, per me non vanno bene, ma soprattutto non vanno bene per l'utenza, perchè essa è schiacciata in una serie di code e di giri per cui la gente ha in antipatia un tale tipo di servizio sanitario.

Per far questo abbiamo discusso, stiamo tuttora discutendo, abbiamo avanzato delle proposte e ne presenteremo delle altre. Non ho la certezza che riusciremo ad evitare gli scioperi che sono stati già preannunciati, o perlomeno tutti, però vorrei fare il possibile per giungere ad un accordo. Se la trattativa si dovesse definitivamente rompere, ciò dovrà avvenire sapendo esattamente di cosa e su quali basi si sta discutendo.

Mi permetto di far rilevare che con l'offerta finora avanzata dal Governo il guadagno medio di un primario, escluse le integrazioni, le reperibilità, eccetera, supererà i 77 milioni di lire lordi all'anno, mentre con queste altre voci si arriverà intorno ai 100 milioni. Inoltre, con le indennità accessorie mediche distribuite sull'intero comparto, anche lo stipendio di un assistente con un'anzianità media si aggirerà intorno ai 50 milioni di lire all'anno. Sappiamo tutti che esiste una differenza tra lo stipendio lordo e quello netto, per cui vorrei dare ai medici un consiglio. Visto che il Tesoro più dà soldi e più ne prende in restituzione come IRPEF, e visto che siamo arrivati ad un certo livello di reddito, tutti i biglietti da 100.000 lire li possiamo immaginare tagliati in due. È un'inutile fatica quindi andare su per questa scala, cercando di ottenere cifre molto alte per avere poi un utile finale ridotto.

Desidererei però che si sapesse chiaramente cosa vogliamo.

Noi chiediamo che il medico di base possa avere accesso all'ospedale, possa e debba fare assistenza domiciliare sistematica agli anziani, a coloro che non sono autosufficienti, agli handicappati e via dicendo. Secondo il parere del Ministero della sanità, non condiviso però dalle Regioni, dovremmo sopprimere il *plus* orario e dire ai medici degli ospedali che si occupino esclusivamente degli ospedali, non togliendo loro le indennità integrative, ma incentivandoli a migliorare l'assistenza ospedaliera. Il *plus* orario significa, per il medico ospedaliero, proiettarsi all'esterno, trascurando il paziente degente, allungando così la degenza stessa di alcuni giorni. In tal modo questa specialistica non ci viene a costare come indennità di *plus* orario o integrazioni, ma

ci viene a costare in giorni di degenza in più, che si aggira intorno alle 250.000-270.000 a posto letto/giorno. Noi vorremmo che il passaggio medico di base-specialistica fosse diretto. Si potrebbe, poi, incentivare con premi od altri riconoscimenti la medicina di gruppo, cioè una medicina di base che copra l'intera giornata e per tutta la settimana, mentre a chi si occupa di medicina in maniera isolata si possono dare riconoscimenti minori. Insomma, vorremmo che si sapesse che non è nostra intenzione respingere tutte le richieste economiche, ma che anzi siamo disposti a dare di più di quello che ci viene chiesto purchè vi sia una certa corrispondenza nel servizio che viene offerto all'utente.

Ora, a prescindere dagli scioperi, se possiamo dimostrare e rendere pubblica l'offerta che il Governo ha fatto ai primari ospedalieri (mediamente offriamo circa 18 milioni in più, anche se ne erano stati chiesti il doppio), di fronte all'opinione pubblica il sistema sanitario si presenterà sotto una luce diversa da come si è tentato di farlo apparire finora, senz'altro più positiva.

PINTO Biagio. Signor Presidente, vorrei fare una brevissima osservazione. Ritengo che occorrerebbe trattare con i medici ospedalieri per quanto riguarda l'attività professionale privata svolta in ospedale e prevedere che questi medici possano percepire le compartecipazioni anche per la loro attività privata. Infatti, in Emilia Romagna, che è l'unica regione d'Italia dove vige il sistema della compartecipazione, non si creano questi problemi, mentre si creano laddove i politici locali non vogliono questa compartecipazione.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, se non vi sono osservazioni il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge, nonchè della tabella 19, è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 12.

MARTEDÌ 2 DICEMBRE 1986

Presidenza del Presidente BOMPIANI

Interviene il sottosegretario di Stato per la sanità Nepi.

I lavori hanno inizio alle ore 17,45.

IN SEDE CONSULTIVA

«**Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1987)**» (2051), approvato dalla Camera dei deputati

«**Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1987 e bilancio pluriennale per il triennio 1987-1989**» (2059), approvato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1987 (Tabella 19)

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge «Disposizioni della formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1987)», già approvato dalla Camera dei deputati, e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1987 e bilancio pluriennale per il triennio 1987-1989» - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1987 (Tab. 19) - già approvato dalla Camera dei deputati.

Riprendiamo l'esame congiunto dei disegni di legge, sospeso nella seduta del 27 novembre.

RANALLI. Signor Presidente, onorevoli rappresentanti del Governo, onorevoli colleghi, desidero innanzitutto ringraziare il relatore, senatore Melotto, per aver offerto ancora una volta alla Commissione un insieme di considerazioni e di spunti (sui quali, in parte, riteniamo di poter convenire) e per aver corredato la propria relazione di allegati che consentono raffronti e valutazioni di estremo interesse, ma che sono, a nostro avviso, suscettibili di interpretazioni diverse da quelle che egli stesso ha inteso attribuire loro, come peraltro cercherò di dimostrare. Colgo inoltre l'occasione per ringraziare anche il Ministro, che ha fatto molte interessanti osservazioni in merito alla vertenza contrattuale dei medici, tuttora in corso. Per quanto riguarda questo particolare aspetto, dirò subito (riservandomi di tornare più avanti sull'argomento) che persistono, a nostro giudizio, talune ambiguità circa la copertura degli

oneri derivanti dal nuovo contratto. Abbiamo molto apprezzato, invece, le dichiarazioni rese dallo stesso Ministro in ordine all'intendimento - che condividiamo - di riservare i benefici di tale nuovo contratto soprattutto a quei medici che optino per il tempo pieno, rinunciando così alla deleteria pratica del doppio lavoro.

Fatte queste premesse, signor Presidente, tengo a sottolineare, a nome del mio Gruppo, l'assoluta inadeguatezza del metodo finora seguito dalla Commissione nell'esame del disegno di legge finanziaria, che non consente di dare uno sguardo d'insieme al provvedimento e di valutare più attentamente gli obiettivi che il Governo con lo stesso si propone di perseguire. Sappiamo bene, comunque, che sarà compito dapprima della Commissione bilancio e programmazione economica e successivamente dell'Assemblea procedere ad una valutazione complessiva del disegno di legge.

Prima di entrare nel merito dei documenti finanziari in esame, tengo a precisare che, nonostante i miglioramenti introdotti dalla Camera dei deputati con l'apporto della mia parte politica, il Gruppo comunista del Senato, nel confermare il proprio giudizio negativo, rinnova il suo impegno a far sì che anche in questo ramo del Parlamento la battaglia di opposizione sia condotta senza scendere a compromessi di sorta. Non sarà quindi, almeno per noi, una seconda lettura facile e scontata e su talune questioni di particolare delicatezza potranno anche esserci degli scontri; siamo infatti pienamente convinti della necessità di sostenere, anche al Senato, proposte che vadano nella direzione di un concreto mutamento degli indirizzi e della qualità degli interventi nel settore sanitario, a difesa degli interessi del paese - che riteniamo prevalenti - sia nella fase attuale che per il futuro. Il disegno di legge finanziaria non ci sembra uno strumento adeguato per il rilancio ed il sostegno di un'attività produttiva nuova, diversificata e con una base allargata, nè per la creazione di nuove fonti di occupazione e per l'incentivazione della domanda interna. Non condividiamo, infatti, l'impostazione che contraddistingue la tradizionale politica economica del Governo, imperniata sull'aumento delle esportazioni e sulla tutela delle rendite finanziarie.

Mi sia consentito, signor Presidente, soffermarmi ora su un certo ottimismo, ormai dilagante sia sulla stampa che alla radio e alla televisione, che i rappresentanti del Governo, a cominciare dal presidente del Consiglio dei ministri, insistono nel manifestare e che non riteniamo giustificato. Siamo, infatti, convinti che non si possa non tener conto della estrema gravità del problema della disoccupazione, del progressivo allargamento della fascia di nuovi poveri - di cui troppo spesso ci si dimentica - e del costante degrado delle aree metropolitane. Ebbene, è proprio la città di Roma, attraverso le battaglie condotte in questi giorni, a lanciare un grido di allarme per il crescente divario tra Nord e Sud, che si avvia, ormai, a diventare irreversibile (come, del resto, si sostiene non solo da parte nostra, ma anche da parte di eminenti studiosi) e per il progressivo declino della rete dei servizi pubblici, tra i quali è ovviamente compreso anche quello sanitario.

A fronte della situazione che ho appena descritto, vi è una concentrazione della ricchezza nei ceti più elevati, alla quale si accompagna l'acquisizione di sempre maggior potere da parte di alcuni

potentati economici, tale, peraltro, da prevaricare le stesse strutture democratiche e da determinare nuovi squilibri e nuove ingiustizie sociali, arrivando a sfidare addirittura lo Stato. Ebbene, da questo punto di vista le lacerazioni interne del pentapartito - anche le più recenti - stanno, secondo noi, a testimoniare l'assoluta necessità di un mutamento di rotta, che consenta di elaborare i programmi sulla base dei bisogni reali del paese. Le scelte che riguardano il settore sanitario non potranno, pertanto, non risentire del clima politico generale e alcuni propositi - per noi condivisibili - manifestati dal Ministro in questa sede rischieranno di essere non solo contrastati, ma addirittura vanificati dal prevalere di interessi che si muovono in direzione opposta.

Il relatore ha definito «asciutto» il disegno di legge finanziaria al nostro esame; si tratta, a nostro giudizio, di una definizione appropriata, in quanto si è tornati, quest'anno, ai criteri fissati dalla legge n. 468 del 1978. Tuttavia, a questo provvedimento «asciutto» si sarebbero dovute affiancare misure parallele (delle quali però non vi è traccia) che avrebbero dovuto dare al Parlamento la conferma della reale direttrice di marcia che si vuole seguire per far fronte ai problemi che investono il settore sanitario, soprattutto dopo l'insediamento del Governo Craxi-bis e del nuovo Ministro della sanità.

Affronterò subito un'importante questione, signor Sottosegretario: la mancata presentazione del Piano sanitario nazionale, che doveva essere agganciato alla legge n. 595 del 23 ottobre 1985. Sappiamo che esso circola nelle sedi più diverse, ma questo Parlamento non può onorarsi di averlo ricevuto nè di conoscerlo. Ciò significa che la strategia della programmazione, che dovrebbe essere l'unica valida a rimettere in sesto il sistema sanitario, non è ancora a portata di mano nè conosciamo i termini temporali entro i quali questo Governo ci farà dono di quello che è un dovere sancito da una legge dello Stato.

Ci troviamo in una fase transitoria che oserei definire pericolosa, perchè si delineano preoccupanti evoluzioni.

Onorevole Sottosegretario, qual è il significato del comma 14 dell'articolo 8 del disegno di legge finanziaria laddove recita: «A decorrere dall'anno 1988 la spesa di cui alle lettere a) e b) del comma 13 viene autorizzata con le modalità previste nell'articolo 19, quattordicesimo comma, della legge 22 dicembre 1984, n. 887»? È una domanda alla quale attendiamo una risposta chiara e precisa. Sulla base di quello che posso capire, dalla formulazione di questo comma, credo di poter dire che anzichè andare avanti secondo quanto stabilito dalla legge n. 595, cioè con un finanziamento triennale pianificato, si torna indietro, vanificando gli sforzi comuni sia della maggioranza sia dell'opposizione; ricordo ancora, colleghi del Gruppo repubblicano, il vivace intervento del collega Gualtieri su questo punto; devo aggiungere che noi comunisti, insieme ai colleghi della Sinistra indipendente, eravamo impegnati già da qualche tempo su questo problema. A questo punto però mi domando se il Piano sanitario nazionale, considerato alla luce della legge n. 595, lo si voglia realmente. La mia impressione è che si desidera creare invece un sistema che io definirei extraistituzionale, cioè il fondo sanitario verrebbe trasformato in una sorta di fondo interregionale speciale che dovrebbe uscire dal bilancio dello Stato, ma avere una sua collocazione indipendente non ben delineata giuridica-

mente. Dico queste cose perchè evidentemente vorrei che fosse approfondito questo punto durante il nostro dibattito.

Un'altra questione che desidero affrontare, signor Presidente, è quella relativa alla fiscalizzazione. Noi abbiamo affermato più volte - anche il relatore lo ha sottolineato in più di una occasione - che la forma corretta per finanziare il servizio sanitario nazionale - che è un servizio rivolto a tutti gli utenti - deve essere appunto la fiscalizzazione del fondo sanitario. Mi sembra però che questa scelta, questa strategia non trovi riscontro nei programmi politici del Governo, anche se quest'ultimo, e per lui il Ministro, ha accettato come raccomandazione un ordine del giorno che impegna il Governo a muoversi in questa direzione. Il sistema della contribuzione, desidero sottolinearlo, è ancorato alla logica del sistema mutualistico, quindi non corrisponde alle innovazioni introdotte dalla riforma sanitaria, cioè con la legge n. 833. La sovrapposizione dei *tickets* sui farmaci, da noi sempre considerati socialmente ingiusti ed inefficaci a provocare mutamenti sostanziali nel rapporto produzione/consumo del farmaco, e la ulteriore sovrapposizione della «tassa sulla salute» attraverso quel contestatissimo articolo 31 della legge finanziaria dello scorso anno sono la conferma, quanto meno, di una miopia politica che ha provocato malcontento popolare, disordine amministrativo nelle unità sanitarie locali e nell'INPS. Recentemente il Ministro ha fatto delle considerazioni tutt'altro che positive su questi provvedimenti - noi aggiungiamo sull'inefficacia di questi provvedimenti - dunque debbono essere rimossi se si vuole essere coerenti.

Consideriamo certamente positivo l'accordo concluso tra il Governo e i sindacati per quanto riguarda la soppressione dei *tickets* sulla medicina specialistica (visite ed analisi diagnostico-strumentali), assumendo a carico del Fondo sanitario nazionale i 385 miliardi di spesa per la mancata partecipazione dei cittadini dopo questo accordo. Consideriamo importanti anche se tardive le dichiarazioni del Ministro secondo cui i *tickets* sono stati e sono inefficaci a contenere la spesa; purtroppo però non troviamo una coerente conferma a queste premesse nel disegno di legge finanziaria al nostro esame. Faccio osservare al collega Melotto nella sua qualità di relatore e al Ministro, tramite il suo rappresentante, che non basta sottoscrivere un protocollo d'intesa - anche se importante, non lo metto in dubbio - tra le parti sociali, i sindacati e il Governo per dare seguito a quegli accordi sull'abolizione dei *tickets* sulla medicina specialistica, ma occorre una norma precisa da inserire nel disegno di legge finanziaria, questa è la mia opinione, altrimenti rimane un rispettabilissimo documento politico-sociale, senz'altro apprezzato da tutti, ma di nessuna utilità pratica. Quindi, come Gruppo comunista del Senato, noi riteniamo di dover riproporre, oggi con maggiore energia che in passato, la cancellazione di tutti i *tickets* e la elevazione del Fondo nella misura corrispondente alla minore entrata dovuta alla mancata partecipazione dei cittadini. Sbaglia chi pensa che potremmo sentirci appagati nel vedere ripristinare le norme contenute nel decreto-legge del 12 settembre 1983, convertito nella legge n. 638 che introdusse per la prima volta il perverso meccanismo della percentualizzazione dei *tickets*. Noi vogliamo andare oltre.

Riteniamo che, dopo gli errori compiuti nel quadriennio trascorso dal 1983 ad oggi, il 1987 possa essere il primo anno senza alcun *ticket*. Questa è la seconda grande questione che noi poniamo ai colleghi, alla maggioranza e al Governo.

Terza questione: fiscalizzare la sanità con un provvedimento *ad hoc* che può trovare la sua collocazione, noi pensiamo, nel discorso più generale che si sta facendo in tutte le sedi politiche ed anche in Parlamento, sulla riforma del fisco, liquidando il pasticcio della tassa sulla salute e ricostituendo un rapporto positivo dello Stato con i contribuenti, all'insegna dell'equità e di una lotta più consapevole contro l'evasione e l'erosione. La marcia di piazza S. Carlo, a Torino, evidentemente spinge anche a delle riflessioni che debbono portare a delle conseguenze.

Quarto problema: riguarda il Fondo e più precisamente la sua quantificazione, onorevole Presidente, fissata per il 1987 in 46.200 miliardi; sono necessarie, a nostro giudizio, alcune serie verifiche per evitare ogni ambiguità sulla sua reale portata rispetto al fabbisogno, partendo in primo luogo - questo lo segnalo al relatore - dalla constatazione che il preconsuntivo del 1986 registra già una somma di 45.000 miliardi, per cui, quanto meno, applicando le normali percentuali di inflazione noi dovremmo avere almeno 600 miliardi in più rispetto a quelli che sono iscritti nella legge finanziaria.

Richiamo poi il relatore sul fatto che in una recente riunione degli assessori regionali, che si è svolta qualche giorno fa, mi sembra che si siano manifestati minori consensi rispetto a quelli che si registrarono all'inizio in relazione alla quantificazione di 46.200 miliardi che, indubbiamente, rappresentava - non lo neghiamo - un approdo diciamo più significativo e più consistente rispetto al passato.

Mi pare di poter cogliere che l'attuale Ministro voglia liberarsi della «stupidità» - sono io che lo dico - dei suoi predecessori, che altro non facevano che sottostimare per poi, sei mesi dopo, integrare. Quindi mi sembra che liquidare questa prassi dell'altalena sia un fatto corretto e giusto; però, onorevole Sottosegretario, dobbiamo far sì che la quantificazione sia effettivamente reale e non presti il fianco a delle osservazioni.

PRESIDENTE. Forse si potrà trattare di ingenuità più che di stupidità.

RANALLI. Ho detto che si trattava di una mia affermazione; il vocabolario lo conosciamo bene e siamo in grado tutti di assegnare alla parola «stupidità» il suo reale significato.

PRESIDENTE. Ci sono dei precedenti illustri.

RANALLI. Non voglio essere il Beppe Grillo della Commissione sanità. Con i colleghi ci stiamo anche ridendo sopra.

Riprendiamo aggiungendo che l'altro elemento su cui deve farsi chiarezza è che nel Fondo non esiste, nè ci sarà, alcuna possibilità di prelevare somme aggiuntive per il rinnovo del contratto del personale

del Servizio sanitario nazionale. Ma se questo è vero - per quanto riguarda l'abbiamo discusso collegialmente, pertanto così deve essere e rimanere - bisogna allora non scaricare in altri capitoli l'inadeguatezza del fondo, per da rivalutare almeno nella misura che ho già indicato, perchè i 1.800 miliardi previsti per il rinnovo dei contratti di tutto il personale pubblico e le altre somme sparse in altri capitoli di bilancio (1.700 miliardi, più 257 miliardi, più 99 miliardi) sono finalizzati - se ho ben capito - a riparametrazioni funzionali, tuttavia riferite all'esercizio 1986. Pertanto c'è da stabilire quanto dall'un capitolo e quanto da questi altri capitoli (ove siano cumulabili, in quanto sono del 1986, con il 1987) sarà possibile prelevare, perchè, evidentemente, pur rimanendo sempre ferme tutte le responsabilità politiche del Governo, credo che noi siamo qui a fare i parlamentari sul serio, quindi avremmo anche il diritto di sapere, nel bailamme delle cifre che sono state sparate e che vengono riferite sui giornali e sulle riviste specializzate, qualche cosa in più per essere garantiti che tutto ciò che sarà necessario poi si ritrova nella legge finanziaria, o che non vi saranno le rissose rincorse fra Ministeri diversi, e fra pretendenti diversi, alla ripartizione di una torta, che non sta nel Fondo, bensì in altri capitoli della finanziaria, nel momento in cui risultassero - come ritengo - la sua inadeguatezza e la sua insufficienza.

Poi, signor Presidente, ove si accogliesse l'idea per la quale combattiamo, dell'eliminazione dei *tickets*, sul fondo dovrebbero essere ricalcolate le somme che non si ottengono più attraverso la partecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

Detto questo, per quanto riguarda la quantificazione della somma, voglio svolgere alcune considerazioni che mi vengono fornite da una delle tabelle e da una parte della relazione del collega Melotto che ci ha mostrato la distanza tra due poli, il Friuli, che spende di più *pro capite* e la Basilicata che invece spende di meno, e ci ha dato una media che si ricava da questa comparazione.

Tuttavia mi domando, onorevole Presidente (e vi prego di seguirmi in questo ragionamento perchè mi pare rilevatore di una questione di sostanza): spende troppo il Friuli e quindi «spreca», o spende troppo poco la Basilicata, che non può dare ai suoi assistiti, ai suoi cittadini quanto si dovrebbe dare? Bisogna correggere in alto, senatore Melotto o bisogna farlo in basso? Bisogna comprimere dove si è più avanti, o bisogna elevare dove si è più in basso?

Non si tratta di domande retoriche; mi pare che si tratti di questioni di sostanza, perchè il problema che desidero porre è il seguente: con quali criteri si deve formare una media nazionale di spesa sanitaria *pro capite* valida, ragionevole, proprio per procedere ad un riequilibrio, ad una unificazione e quindi ad un sostanziale miglioramento del sistema sanitario?

Si tenga conto, signor Presidente, che nel calcolo della media nazionale intervengono molteplici fattori. Per quanto riguarda, in particolare, il caso della Campania, in tale calcolo rientrano anche i miliardi rubati alle unità sanitarie locali attraverso le truffe perpetrate ai danni del Servizio sanitario nazionale e attraverso tutte quelle degenerazioni del sistema che hanno concorso a determinare la situazione che tutti conosciamo. Ebbene, in che misura tutto ciò si

ripercuoterà sui servizi e sulle prestazioni che devono essere garantiti al cittadino?

La media nazionale - come si può constatare dai dati di cui disponiamo - è caratterizzata, in termini percentuali, da alti e bassi e su di essa incidono non solo fenomeni di estrema gravità come quelli verificatisi in Campania, ma anche irregolarità, per così dire, minori che non sono state corrette, ma di cui siamo pienamente consapevoli avendone potuto accertare l'esistenza attraverso l'indagine conoscitiva che la Commissione ha condotto. Sappiamo che vi sono regioni, come il Lazio e la Campania, caratterizzate da un convenzionamento che non esito a definire patologico, vale a dire superiore alle necessità reali e non certo integrativo o complementare rispetto alle prestazioni offerte dal Servizio sanitario nazionale. Ebbene, se ci si limiterà a prendere atto di una situazione di tale gravità senza porvi rimedio e senza mutare gli attuali orientamenti, non sarà mai possibile arrivare ad una media nazionale di spesa *pro capite* convincente e significativa, ben diversa, quindi, da quella risultante dai dati di cui disponiamo e sulla quale incide sensibilmente la molteplicità dei fattori che ho poc'anzi richiamato.

Ecco perchè, signor Presidente, rinnoviamo la nostra richiesta di sapere quali e quante prestazioni lo Stato intenda garantire al cittadino con un'offerta sempre più qualificata e moderna, anche se spesso non del tutto percettiva della domanda. Ecco perchè ribadiamo con forza l'assoluta urgenza della presentazione al Parlamento del Piano sanitario nazionale, di uno strumento che, secondo noi, potrà consentire di porre rimedio alle attuali distorsioni, salvaguardando così i diritti del cittadino. Ne consegue che soltanto una media nazionale calcolata sulla base dei criteri che ho fin qui esposto risulterà credibile; auspichiamo, pertanto, solleciti ed adeguati interventi al riguardo ed un'attenta vigilanza da parte degli organi competenti (dalle Unità sanitarie locali alle Regioni e allo stesso Ministero della sanità in quanto organo centrale di coordinamento e di controllo) al fine di evitare il ripetersi di situazioni clamorose come quelle verificatesi anche nel recente passato.

Non è certo la prima volta, signor Presidente, che noi comunisti ci confrontiamo in maniera pacata con le altre forze politiche, avanzando proposte finalizzate all'eliminazione degli squilibri e ad un mutamento degli indirizzi che presidono all'attuazione della politica sanitaria da parte del Governo. I nostri suggerimenti sono spesso rimasti inascoltati e in talune circostanze, se non proprio scherniti, siamo stati emarginati. Non possiamo, pertanto, non fare carico della situazione attuale alla maggioranza, che non si è mai mostrata sufficientemente attenta e sensibile alle nostre critiche. Se fosse veramente possibile, in questo paese, attuare forme democratiche di vigilanza su vasta scala, se ognuno di noi dovesse davvero rispondere degli atti compiuti nell'esercizio del proprio mandato, diversi Ministri della sanità dovrebbero senza dubbio essere chiamati a rispondere del loro operato, a spiegare perchè hanno fatto finta di non vedere e di non sentire, a spiegare perchè hanno taciuto quando avrebbero invece dovuto denunciare apertamente determinate carenze e determinati squilibri ed adottare misure conseguenti.

Come si ricorderà, lo scorso anno conducemmo una battaglia che mirava all'individuazione dei fenomeni da combattere per impedire il perpetuarsi di una spesa perversa, degli ostacoli da superare e dei meccanismi attraverso i quali far fronte alle difficoltà del settore. Per quanto riguarda, in particolare, gli ordinatori di spesa, proponemmo l'introduzione di protocolli diagnostici e terapeutici per i medici convenzionati; ebbene, a quella nostra richiesta fece seguito una sequela di interventi a difesa di una presunta ed incomprensibile autonomia professionale dei medici (nonchè della loro stessa dignità), che male avrebbero sopportato una innovazione del genere, mentre è risaputo che gli stessi considerano ormai i protocolli un idoneo dato di riferimento.

Ci battemmo altresì per una radicale ristrutturazione del prontuario farmaceutico; a tale nostra richiesta fu però data una risposta provocatoria da parte del Governo, vale a dire l'inserimento nel prontuario stesso di 500 nuovi farmaci (oltretutto, in un periodo di crisi di Governo), nonostante le contestazioni delle stesse autorità sanitarie. Insistemmo, inoltre, perchè il Ministero della sanità intervenisse presso alcune Regioni, caratterizzate da un livello di assistenza convenzionata che può essere senz'altro definito patologico; ci fu però risposto che ciò non era possibile, poichè sarebbe stata prevaricata, in tal modo, l'autonomia delle Regioni, quella stessa autonomia - si badi - che viene sempre invocata nei momenti meno opportuni e che invece non si difende mai quando sarebbe necessario.

Da ultimo, signor Presidente, onorevoli rappresentanti del Governo e onorevole relatore, devo dire che non è affatto chiaro, a nostro parere (soprattutto dopo le denunce, peraltro doverose, all'autorità giudiziaria in ordine alle truffe perpetrate in Campania, per decine di miliardi, ai danni del Servizio sanitario nazionale), quali misure il Governo intenda adottare per dare soluzione ai problemi attuali e per porre in essere un graduale processo di miglioramento della funzionalità del Servizio. Si tratta di obiettivi che non potranno ovviamente essere perseguiti dall'oggi al domani. Occorrono, tuttavia, provvedimenti coraggiosi e noi siamo ancora tra coloro che confidano nella possibilità che vengano adottate misure adeguate, proprio perchè ci sentiamo in perfetta sintonia con le esigenze e le legittime aspettative del paese.

Per quanto riguarda la vertenza contrattuale dei medici, condividiamo la volontà del Ministro di chiedere loro precise contropartite - in termini di un miglioramento delle prestazioni e dei servizi e di una sempre più elevata qualificazione professionale - in cambio di adeguati aumenti economici. Abbiamo molto apprezzato, inoltre, le affermazioni rese dallo stesso Ministro circa l'introduzione dell'obbligatorietà della scelta tra tempo pieno e tempo definito. Si tratta di una scelta che riteniamo, infatti, giusta e necessaria per qualificare il più possibile le strutture ospedaliere, per premiare veramente la professionalità di chi opera nel Servizio sanitario nazionale e per bonificare quelle aree di sottobosco che dominano da tempo il settore.

Queste cose le abbiamo sentite dire dal Ministro e le abbiamo accolte come una novità positiva, ne abbiamo preso atto, ma l'importante è agire senza cedere di fronte alle pressioni dei sindacati autonomi e di alcuni settori della stessa maggioranza dimostratesi in

occasione della presentazione dei disegni di legge sul ruolo medico e sulle incompatibilità.

Per quanto riguarda il rinnovo delle convenzioni con i medici di famiglia, mi pare inaccettabile che il Governo ammetta la mancanza di risorse finanziarie, il Ministro lo ha sottolineato due o tre volte. Ci sono e ci sono state agitazioni in questo settore (il che tra l'altro provoca dei gravi disagi) per il mancato rinnovo delle convenzioni; mi auguro che presto si risolva questo problema considerando anche che con il rinnovo delle convenzioni si potrà fare leva per giungere ad un miglioramento del servizio e della professionalità dei medici convenzionati in tutto il territorio. Un Governo che tratta con queste categorie deve anche farsi carico di trovare la copertura finanziaria, non può lasciare la situazione nelle condizioni attuali, rendendola talmente drammatica da determinare poi spinte e contospinte.

L'ultimo punto su cui desidero soffermarmi è la spesa in conto capitale. Questa si presenta ancora una volta come una «Cenerentola», cioè emarginata e sottostimata. Siamo al 3 per cento della spesa corrente e dai documenti del Governo risulta che questa dovrebbe salire almeno al 7,5 per cento. Il Ministro ci aveva fatto in qualche misura ben sperare, perchè ricordo che nelle sue dichiarazioni sottolineò la necessità di stabilire una proporzione diversa nel rapporto tra spesa corrente e spesa in conto capitale; evidentemente egli è consapevole che così non si può andare avanti: i rinnovamenti tecnologici sono scarsi ed inadeguati; le manutenzioni ordinarie sono praticamente inesistenti e quelle straordinarie non si affrontano. Ora, tutto questo, signor Presidente, ha già portato probabilmente ad un ulteriore deterioramento del patrimonio edilizio e tecnologico del Servizio sanitario nazionale. In questa situazione come si può affermare che il servizio sanitario pubblico deve competere con quello privato che ha ben altri sistemi di sveltezza amministrativa, altre possibilità di impieghi di capitali e multinazionali alle spalle! È quindi necessario rivedere l'impostazione di tutto il sistema, perchè siamo dell'opinione che solo attraverso le spese in conto capitale si potrà promuovere lo sviluppo del nuovo nel settore sanità, quel nuovo che non vi è stato e che non è riuscito a decollare perchè evidentemente non vi è stata né la volontà né i fondi necessari destinati a questo scopo.

Attendiamo dunque non solo una risposta da parte del Governo, ma anche delle misure concrete che dovrebbero rinvenirsi nella parte finanziaria del Piano sanitario nazionale; questo per affrontare in modo adeguato l'attuale livello di degrado del servizio sanitario.

Che dire, infine, di questa pervicace ostinazione - che noi ritroviamo in ogni legge finanziaria - nel voler bloccare le assunzioni tenendo le Regioni e le Unità sanitarie locali nella condizione di non poter svolgere le loro funzioni, con conseguenti danni gravi a carico dei servizi. Se mi permettete, in questo modo ci si priva anche dell'occasione, offerta attraverso le esigenze del servizio sanitario, di offrire lavoro a molti di quei giovani professionalizzati, che esistono e che costituiscono una larga fetta fra tutti i disoccupati. Concludo, signor Presidente, sperando in una puntuale replica ed in efficaci osservazioni sia dal relatore che dal Governo, questo nello spirito che ci ha sempre animato allorché esprimiamo considerazioni negative piuttosto severe come

alcune delle quali che ho qui espresso; evidentemente lo facciamo perchè mossi dallo intento di vedere in un prossimo futuro un efficace risanamento ed un miglioramento funzionale del servizio sanitario nazionale.

PRESIDENTE. La ringrazio senatore Ranalli per il suo ampio intervento, per le sue acute osservazioni che, anche se provengono dal settore dell'opposizione, devono fare riflettere tutti noi.

PINTO Biagio. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, la posizione di questa Commissione nei confronti della legge finanziaria per la parte che riguarda la sanità è stata minuziosamente espressa con l'ordine del giorno del 18 settembre 1986, trasmesso poi alla Camera dei deputati perchè ne tenesse conto anche l'altro ramo del Parlamento. Nell'esaminare il disegno di legge in seconda lettura anche noi della maggioranza, che abbiamo assunto l'impegno di approvare il provvedimento per evitare che si vada all'esercizio provvisorio come è avvenuto purtroppo tante volte, non possiamo non criticare quella che è la posizione del Governo sui provvedimenti in discussione. Nonostante ciò e per la ragione che ho appena detto, non presenterò emendamenti. Desidero, però, fare alcune osservazioni perchè rimangano agli atti; siamo in un paese libero e democratico e non in regime di dittatura, per fortuna, quindi ognuno di noi, a prescindere dall'orientamento politico, può esprimere la propria opinione anche se contraria a quella di altri colleghi.

Sono pienamente d'accordo con il relatore perchè si vada finalmente verso una prevalenza della funzionalità e della professionalità, tenendo presente che nel campo della sanità non si amministra una azienda che fabbrica scatole di pomodori, si amministrano invece le varie aziende che provvedono per la cura della salute del cittadino.

A questo riguardo mi rivolgo al signor Ministro dicendo che è necessario rivedere la struttura del Consiglio sanitario nazionale, perchè quando la legge n. 833 fu approvata - nel dicembre del 1978 - fu stabilito con volontà pressochè unanime che si dovesse rivedere la posizione di questo Consiglio sanitario nazionale, tenuto conto che quest'ultimo deve dare un indirizzo al paese e a tutti i cittadini su cosa bisogna fare per avere una buona assistenza sanitaria. Ebbene, in quell'articolo 8, che noi votammo in quella sede, non è prevista la presenza neppure di un solo medico. Quindi i rappresentanti del Ministero del tesoro, che ne fanno parte, devono esprimersi nel merito e non lo possono fare perchè non lo sanno fare.

Se poi vogliamo arrivare a privilegiare la professionalità sulla funzionalità, è opportuno che sia rivista tutta l'assistenza per evitare la prevalenza politica su quella sanitaria, per evitare la prevalenza del politico sul tecnico.

Noi dobbiamo arrivare finalmente ad una posizione nella quale il tecnico non è che debba avere più potere, ma almeno più possibilità di esprimere la propria competenza per fornire una cura migliore al cittadino.

Ci sono però altri campi a cui bisogna ripensare, cioè si devono rivedere le convenzioni per le terapie ai cittadini. Ora però parto da un

concetto e vorrei che fosse ben chiaro; vorrei che la libertà del cittadino di poter scegliere il medico che lo deve curare rimanesse intoccabile. Su questo punto non si discute. Noi possiamo apportare grandissimi miglioramenti, ma il cittadino deve avere la possibilità di scegliere, questo è il significato di una democrazia come la nostra.

Bisogna poi porre mano alla ristrutturazione di tutte le convenzioni e innanzitutto limitare il numero delle prestazioni di ogni specialista, perchè non è possibile che vi sia uno specialista che faccia venti, trenta visite al giorno, ma che in verità le fa fare al figlio, al nipote, all'amico, eccetera. Pertanto mi appello al signor Ministro affinché valuti, nel prossimo anno, se vi è la possibilità di sciogliere le società. Voi sapete bene che un individuo che ha una convenzione per eseguire degli esami clinici e di radiologia crea una società di comodo, nella quale si inserisce come dipendente e poi inserisce il figlio, il cognato, la moglie, tutti come dipendenti, con conseguenti notevoli evasioni fiscali, che noi autorizziamo continuando a sostenere le prestazioni anonime. Bisogna vedere di valutare questi fatti.

Poi, per dare la possibilità di creare una migliore attrezzatura, bisogna applicare anche nel Mezzogiorno il principio applicato in tante regioni del Nord, cioè quello per cui i medici ospedalieri possono svolgere l'attività privata in ospedale, con la compartecipazione per il pagamento della visita, che in parte va al medico, in parte all'ospedale: perchè dove esiste la compartecipazione (per esempio nel Veneto e nell'Emilia-Romagna e il senatore Melotto lo sa bene) le cose vanno certamente molto meglio.

Voglio infine portare all'attenzione dei colleghi della Commissione sanità e del signor Ministro un problema che in questa nostra società non viene risolto, ma neppure affrontato; si tratta di un problema di una gravità eccezionale, del quale non ci rendiamo conto. Mi riferisco all'assistenza ai non autosufficienti, cioè coloro che camminano con la carrozzella e che hanno bisogno di assistenza in qualsiasi circostanza, addirittura anche nei momenti in cui devono far fronte ai bisogni fisici del loro corpo. Ebbene, l'assistenza pubblica li rifiuta, perchè si dice che l'assistenza per queste persone non può essere svolta dagli infermieri, bensì dai paramedici; questi ultimi, in sede sindacale, però, si oppongono: dicono che non è loro compito. Allora queste persone trovano rifugio soltanto presso ospedali convenzionati privati, dove il paramedico viene assunto con l'impegno di assisterli in tutte le loro necessità.

Questo è un problema che la sanità deve porsi per cercare di arrivare ad una soluzione. Si tratta, ripeto, di un problema di una gravità eccezionale; molto spesso questi individui devono essere portati a casa dai carabinieri, perchè perfino i familiari non li vogliono più in casa. Allora è bene che il Ministero della sanità si renda conto della questione.

Per concludere voglio ricordare che in sede di discussione del bilancio del 1976 (eravamo in quest'Aula da poco, scendevamo dal quarto piano e venivamo qui per tenere la seduta della Commissione sanità nella Sala Cavour) proposi un ordine del giorno con il quale chiedevo che venisse finalmente discussa e portata all'approvazione una legge per il numero chiuso nella Facoltà di medicina.

PRESIDENTE. È vero.

PINTO Biagio. Lei lo ricorda, signor Presidente, votarono tutti contro quell'ordine del giorno. Il voto dei democristiani (risulta dagli atti) fu espresso sul piano personale e non su quello politico.

Da allora sono passati dieci anni e abbiamo tanti giovani laureati i quali non sanno che cosa fare; e il vero guaio è che il laureato in medicina è difficilmente riconvertibile.

Ora noi a questi individui dobbiamo dare una risposta, perchè non è possibile lasciarli in questa condizione. Mi auguro, signor Presidente, che quest'anno possa essere finalmente accolta la legge sul numero chiuso, non sul numero programmato, perchè questo prevede la programmazione dell'occupazione per tutti coloro che si laureano e quindi porterebbe ad una situazione nella quale per alcuni anni le Università dovrebbero rimanere chiuse.

Mi auguro che questa situazione si possa finalmente risolvere arrivando così al livello di tutti i paesi, perchè siamo l'unico paese, tra Occidente ed Oriente, ad avere ancora il libero accesso all'Università; non c'è in nessun altro paese. C'era questa situazione in Belgio, ma fu risolta tramite una seduta della Camera della durata di mezza giornata. A noi occorreranno forse sei mesi, ma speriamo e cerchiamo di arrivarci.

PRESIDENTE. Non posso non dare atto al senatore Pinto Biagio della coerente linea di condotta che ha sempre seguito in ordine ai problemi del settore, di cui il suo intervento odierno costituisce una ulteriore testimonianza. Associandomi dunque ad alcune delle considerazioni che egli stesso ha fatto, formulo l'auspicio che il disegno di legge n. 847, concernente le scuole di specializzazione e l'introduzione del numero chiuso per l'iscrizione alle facoltà di medicina, venga al più presto approvato, tanto più che nel disegno di legge finanziaria è già previsto un apposito accantonamento.

PINTO Biagio. Mi consenta un'ulteriore considerazione, signor Presidente. Viviamo, indubbiamente, in uno strano paese, nel quale la forza dei sindacati è tale che mentre, da una parte, si liberalizza l'accesso alle facoltà universitarie ci si trova di fronte, dall'altra, al numero chiuso per accedere al mercato del lavoro.

PRESIDENTE. Si tratta, senatore Pinto, di un aspetto che è stato ripetutamente affrontato e di cui siamo tutti consapevoli.

ALBERTI. Signor Presidente, onorevoli rappresentanti del Governo, onorevoli colleghi, desidero, innanzitutto, ringraziare il relatore, senatore Melotto, per la sua relazione così puntuale e dettagliata ed il Ministro della sanità per i chiarimenti forniti alla Commissione in ordine ai problemi connessi alla spesa sanitaria per il prossimo esercizio finanziario.

A mio avviso, gran parte dei rilievi critici sin qui mossi si sarebbero potuti evitare se il Governo avesse rispettato gli impegni a suo tempo assunti. Mi riferisco, in particolare, alla predisposizione del Piano

sanitario nazionale e della relativa legge di finanziamento di cui alla legge n. 595 del 1985, che il Governo stesso avrebbe dovuto sottoporre al Parlamento nei 45 giorni successivi all'approvazione della già citata legge n. 595. Come si ricorderà, in occasione del dibattito su quel provvedimento il Gruppo della Sinistra indipendente, di cui faccio parte, il Gruppo comunista ed il Gruppo repubblicano avanzarono una serie di proposte tendenti a perseguire l'obiettivo di una effettiva razionalizzazione della spesa sanitaria già a partire dal 1986; tale era dunque il significato da attribuire alle previsioni relative alla presentazione del Piano e della relativa legge di finanziamento.

Signor Presidente, se si volesse veramente difendere la dignità del Parlamento, che si impegnò a fondo per la sollecita approvazione di quella legge, si dovrebbe certamente censurare l'operato del Governo. Come si ricorderà, abbiamo ripetutamente protestato per le inadempienze delle Regioni; ebbene, non credo si possa lamentare l'inosservanza di alcune disposizioni di legge da parte degli enti locali quando il primo a non rispettare le leggi è proprio il Governo, che così facendo lascia l'intero settore sanitario privo di un indispensabile quadro di riferimento.

Il relatore ha definito il disegno di legge finanziaria un provvedimento «asciutto», che, in quanto tale, dovrebbe rappresentare una sorta di gratificazione poichè consentirebbe di superare determinate diatribe apertesi con il Governo. Per parte mia, ritengo che ci si trovi invece in presenza di un provvedimento lapidario, attraverso il quale non è in alcun modo possibile individuare gli indirizzi che il Governo intende seguire in materia sanitaria, tanto più che non è stato ancora presentato il relativo disegno di legge di comparto. Ne consegue che riemergeranno, nel corso del dibattito, tutte le carenze del settore, alle quali è sempre più urgente far fronte.

In questo modo, signor Presidente, il lavoro del Parlamento è stato vanificato al punto tale da divenire frustrante, soprattutto se si considera che, di solito, si impiega molto tempo per arrivare all'approvazione di un provvedimento, come, del resto, è accaduto anche per la legge n. 595 del 1985, che occupò la Commissione per otto mesi e per il varo della quale fu profuso un grande impegno da parte di tutte le forze politiche. Il lavoro del Parlamento non può certo essere vanificato senza una ragione specifica; peraltro, la situazione si aggrava ancor più se si tiene presente che nel disegno di legge finanziaria al nostro esame sono contenute norme per effetto delle quali si tornerà all'applicazione della normativa precedente all'approvazione della già citata legge n. 595. Mi si dirà che il provvedimento di comparto prima o poi verrà presentato; tuttavia, il problema, a mio avviso, è proprio quello di sapere esattamente quando ciò avverrà. Del Piano sanitario nazionale, infatti, si è persa - come ripeto - ogni traccia e disponiamo, al momento attuale, soltanto di una bozza, costituita per lo più da articoli di stampa, che sembra sia stata oltretutto respinta dallo stesso consiglio sanitario nazionale.

Il disegno di legge finanziaria si limita dunque ad una elencazione secca degli stanziamenti per il settore sanitario, precisando che le spese verranno autorizzate in base ai criteri stabiliti dalla legge finanziaria del 1984. Si compie, così, un passo indietro e le buone intenzioni fin qui

manifestate restano tutte da provare, mentre sarebbe stato preferibile, a mio giudizio, proseguire sulla strada che il Parlamento aveva intrapreso nella presente legislatura.

Per quanto riguarda il riordino del Ministero della sanità, sarebbe utile sapere che fine abbia fatto il progetto a suo tempo preannunciato dal ministro Degan, il quale aveva dato precise assicurazioni circa la presentazione di un piano per la ristrutturazione di tale dicastero entro il 1986. Si tratta, a mio parere, di un problema la cui soluzione è quanto mai urgente. Ebbene, è forse troppo chiedere al Ministro di presentare al Parlamento una relazione sullo stato di salute - mi si consenta questa espressione - del Ministero della sanità? È forse troppo chiedergli come funzionano queste varie direzioni generali, se esiste un coordinamento fra direzione generale degli ospedali e ufficio della programmazione sanitaria; se esiste, inoltre, un coordinamento tra direzione generale dei servizi di medicina sociale e direzione generale degli ospedali? Dalla lettura del documento che abbiamo di fronte tutto questo non appare. Tutti conosciamo la situazione ospedaliera italiana in generale e conosciamo, in particolare, quella delle regioni meridionali. Ad esempio, nel Nord, la direzione generale degli ospedali si occupa dei trapianti di cuore, di fegato e, quest'anno, pare anche del pancreas, mentre nel Meridione l'assistenza ospedaliera ordinaria non raggiunge neanche i livelli minimi di un paese civile. Vorrei richiamare l'attenzione di questa Commissione sul fatto che la sanità non deve occuparsi solo di trapianti, perchè questi grandi progetti non sono tutta la sanità; la sanità, per il 90 per cento, è costituita da assistenza giornaliera ai malati, da interventi medici che, spesso, non sono meno qualificati degli stessi trapianti cardiaci. In Italia, dunque, ci troviamo ancora in questa situazione: mentre una parte del paese non ha ancora raggiunto i livelli minimi dell'assistenza ospedaliera, un'altra parte riesce a fare in un anno un numero di trapianti cardiaci che la Francia riesce a fare in tre anni. Allora non è vero che tutta la sanità è allo sfascio, esistono degli ospedali che funzionano, perchè fare un trapianto cardiaco significa operare avendo alle spalle una struttura ospedaliera funzionante al massimo.

Recentemente noi della Sinistra indipendente abbiamo appoggiato un piano di riorganizzazione ospedaliera, relativo soprattutto al funzionamento, proposto dalle varie associazioni mediche; desidero ricordare, ad esempio, quei clinici di Milano che si sono associati tra loro per creare uno di questi modelli. Anche organizzazioni sindacali come la CONIANFUD e la CGIL hanno proposto modelli di organizzazione ospedalieri nuovi e moderni. Il Ministero della sanità e la direzione generale degli ospedali quali modelli operativi hanno intenzione di proporre al Parlamento e agli stessi operatori sanitari? Non mi risulta che vi sia un solo documento proposto dalla direzione generale. Quest'ultima lo sappiamo tutti, è ormai completamente svuotata di competenze, molte di queste infatti sono state decentrate e delegate alle Regioni. E poichè le Regioni sono state costituite ormai da ben 15-16 anni, cosa ha fatto in tutti questi anni la direzione generale del Ministero? Si è occupata solo dei centri di trapianto, che, tra l'altro, hanno incominciato ad operare solo lo scorso anno? Non parliamo poi delle attività dei centri di medicina sociale! Vi sono alcune cose, in

questo settore, che io conosco bene perchè ho una certa esperienza. Vi pregherei, ad esempio, di leggere le poche righe che sono state dedicate alle malattie del sangue. Già da questo è possibile arguire che il programma per questo settore è molto vago, addirittura si rifà a sistemi «preistorici».

In questo documento si citano ancora gli *screening* per la talassemia, sistema ormai consolidato da lunghissimo tempo. Come li facciamo questi *screening*, a chi ci appoggiamo per portare avanti questi studi? Ai centri universitari e ad alcuni istituti scientifici, naturalmente, perchè negli ospedali non si è ancora riusciti ad organizzare un sistema che riesca a portare avanti questo tipo di studio ormai collaudato. Ebbene, la talassemia è una malattia diffusa soprattutto nel Meridione, ma quante sono le università e gli istituti scientifici nel Sud d'Italia? Molto pochi in verità. Allora, come possiamo avere questi dati e questo tipo di studi, che sono importantissimi in questo tipo di patologia? Il Ministero della sanità ed il Consiglio sanitario nazionale ci hanno presentato una relazione in proposito talmente scadente e povera di dati che tutti l'abbiamo dovuta criticare. Abbiamo sentito dire che addirittura la direzione generale dei servizi di medicina sociale non riesce nemmeno a fare delle telefonate ai vari centri italiani per sapere il numero esatto dei talassemici. I centri a cui rivolgersi per avere questo tipo di informazioni esistono, ve ne sono a Cagliari, a Ferrara, a Milano ed anche in Calabria, ma riusciamo ad avere solo alcuni dati parziali della regione Lazio. A questo punto vorrei sapere con quale criterio lavora il settore del Ministero che si occupa di questo problema. Comunque, non capisco per quale ragione il Ministero vuole fare questi *screening* sulla talassemia quando tutti sappiamo che l'Istituto superiore di sanità si occupa già di questo problema, visto che è dotato di una organizzazione interna e addirittura di laboratori adatti allo scopo. A questo punto mi chiedo se noi vogliamo veramente che l'Istituto superiore di sanità diventi il «braccio secolare» della sanità in Italia oppure vogliamo continuare a lasciare questa ambiguità tra tale istituto ed il Ministero della sanità.

Per quanto riguarda il problema della medicina psichiatrica, questo continua ad essere visto in una logica propria del sistema precedente alla legge n. 180. Infatti, anche la direzione generale degli ospedali si occupa della medicina psichiatrica, come se fosse - ma non voglio crederlo - un problema esclusivamente ospedaliero, quindi di custodia e di ospedalizzazione del malato di mente. Secondo me il problema va affrontato con la partecipazione degli operatori delle singole Regioni e va studiato in maniera tale che il Ministero abbia una giusta e corretta conoscenza della situazione in cui si trova la medicina psichiatrica in Italia, questo prima di giungere ad una eventuale modifica della legge n. 180. Mi pare evidente che anche in questo settore è necessario un maggiore impegno ed una più approfondita conoscenza del problema.

Per tutte queste ragioni insisto nel chiedere al Ministro della sanità una relazione che ci dia maggiori informazioni sulla situazione reale in cui si trova il Ministero attualmente e, se fosse possibile, ci presenti anche un progetto che ne preveda la riorganizzazione.

Sulla questione della spesa sanitaria, il senatore Melotto ha affermato che quest'anno si è verificato un riavvicinamento tra le

posizioni massime e quelle minime delle varie regioni. L'anno scorso in effetti ricordo che per alcune regioni i dati erano addirittura spropositati. Vi era infatti una grande differenza, ad esempio, tra il Friuli-Venezia Giulia e la Calabria, la prima presentava una spesa del + 17 per cento, mentre la seconda aveva una spesa del - 17 per cento; questi due dati li ricordo bene perchè evidenziavano il raffronto con la mia regione che era l'ultima regione d'Italia in fatto di spesa sanitaria.

Però vorrei dire che anch'io sono rimasto perplesso di fronte a questi dati (e ricordo che ne abbiamo discusso con il senatore Ranalli) e penso che in effetti bisogna fare un esame della situazione, perchè la situazione stessa nel Mezzogiorno d'Italia non si è modificata, anzi è peggiorata notevolmente anche rispetto allo scorso anno. Devo pensare che evidentemente non si tratta della stessa spesa *pro-capite* e che, probabilmente, giocano fattori diversi, per esempio la mobilità, che credo sia rimasta immutata; infatti non ho segni che mi dicano che la mobilità tra Nord e Sud si sia modificata. Inoltre, come spiegate che nel Nord si continuano a fare trapianti e quindi a fare spese notevoli e molto elevate mantenendo le cifre dell'anno scorso, mentre invece nel Sud si migliora la capacità di spesa, ma contemporaneamente la situazione peggiora?

Allora ha ragione il senatore Ranalli quando pensa che ci sono altri fattori e che quel dato statistico evidentemente non può essere preso in considerazione. Ma credo che neanche il senatore Melotto volesse assumerlo come un indice di minore funzionamento delle strutture. Comunque bisogna ragionare su questo dato. Se la situazione peggiora e la spesa aumenta, è evidente che interferiscono altri fattori e l'abbiamo verificato per alcune voci di spesa; abbiamo visto qual è stata la spesa farmaceutica, abbiamo visto che la Calabria è balzata improvvisamente al terzo posto in Italia mentre era agli ultimi posti della spesa farmaceutica; la Campania è al primo posto, la Sicilia al secondo posto. Quindi sono tutte le regioni meridionali, dove si sta peggio da un punto di vista sanitario e si offrono meno servizi, che hanno registrato un maggior aumento di spesa percentualmente parlando.

Certo, è chiaro che vi sono regioni dove non esistono presidi sanitari ed ospedalieri e lì la spesa farmaceutica aumenta, perchè evidentemente si adotta il sistema di accontentare il paziente; ma tutti capiamo perfettamente che si tratta di un sistema di spreco e in danno del paziente che abusa dei farmaci.

Qui vorrei richiamare l'attenzione sulla questione del prontuario; devo ricordare che noi della Sinistra indipendente abbiamo presentato un disegno di legge che ricalca grosso modo gli emendamenti che presentammo alla finanziaria dell'anno scorso. Siamo preoccupati sostanzialmente che il prontuario vigente possa essere controllato e che l'uso di certi farmaci possa avere degli effetti secondari. Siamo sempre stati preoccupati di questo e abbiamo sempre detto che il consumo dei farmaci induce di per sé ad un altro tipo di patologia che tutti quanti conosciamo. Siamo preoccupati per il consumo di farmaci che va aumentando. Siamo inoltre sempre stati contro i *tickets* ed abbiamo sempre sostenuto che il *ticket* da solo non è disincentivante all'uso dei farmaci e su questo mi pare che la spesa sanitaria farmaceutica ci ha dato ragione, perchè malgrado i *tickets* la spesa farmaceutica è andata

umentando di anno in anno. Quindi urge, a mio avviso, che questo prontuario venga rivisto e che venga ridimensionato. Devo dire che la questione è urgente, soprattutto in questo particolare momento in cui abbiamo visto che il controllo dei farmaci non è possibile. Ci si dice che sono più di 4 milioni i pezzi che vengono consumati ogni anno in Italia, per specialità in confezioni. Su 4 milioni di pezzi, se noi volessimo esercitare realmente un controllo che abbia un minimo di significato la spesa sarebbe già di per sé elevata. Pare che non sia proprio tecnicamente possibile. Ma intanto finora è accaduto questo: che l'industria farmaceutica e il farmacista presentano conti e il Fondo sanitario nazionale paga. Non abbiamo sistemi di controllo.

È chiaro, quindi, che bisogna ridurre questo prontuario a poche specialità che abbiano veramente significato. Ma, dico: siamo veramente una nazione civile, la settima nazione più industrializzata del mondo? Se così non fosse, potremmo rivolgerci anche ai nostri amici europei. Ma è così difficile creare un gruppo di farmacologi che ci venga a dire quali sono i farmaci che servono veramente per la cura delle malattie e quali sono i farmaci inutili (e tutti sanno che ne esistono)?

Noi abbiamo predisposto un disegno di legge che dovrebbe servire ad aprire in questa direzione, finalmente, una discussione. Avevamo proposto che venissero enucleati i farmaci che servono veramente (si tratterà di 500-600 farmaci) da passare gratuitamente, riferendoci poi alla tabella dell'ONU e avevamo suggerito di introdurre *tickets* progressivi sui farmaci rimanenti, cosiddetti di supporto, di conforto, eccetera. Il principio di *tickets* progressivi sui farmaci inutili va applicato con un aumento graduale anno per anno, certamente sarebbe servito da disincentivante, perchè alla fine dei tre anni le stesse industrie farmaceutiche non avrebbero avuto convenienza a produrre quei farmaci ed avrebbero dovuto eliminarli dal mercato.

Comunque mi sembra che tutto questo discorso sia rimasto allora lettera morta, e, d'altra parte, lettera morta è rimasto anche l'anno scorso quando presentammo l'emendamento e non riuscimmo nemmeno a farlo discutere in Aula, perchè il Ministro della sanità dell'epoca decise che andava respinto, senza nemmeno giustificare il perchè lo facesse. Avrebbe potuto aprire in quella sede una discussione e far conoscere al Parlamento come era in realtà la situazione.

Voglio ora fare un ultimo rilievo su una questione accennata poco fa dal senatore Ranalli, cioè la istituzione dei protocolli di terapia. Ora io andrò un po' più alla radice, chiedendo: i nostri rapporti, quelli dello Stato e quelli del Ministero con l'organo dei medici, quali devono essere? Credo che esista una legge istitutiva dell'Ordine dei medici e credo che questo abbia l'obbligo di controllare l'albo professionale ed anche se il comportamento del medico è deontologico o meno. Questo è il suo compito, per questo esiste l'Ordine; al di fuori di questo l'Ordine non avrebbe nessun significato. A questo ora noi ci affidiamo, perchè l'Ordine va richiamato alle sue funzioni originarie. Non è possibile che noi si debba combattere con leggi, con i carabinieri, con i giudici, con la Magistratura, il comportamento anomalo dei medici; non credo che questo sia possibile; noi combatteremmo contro i mulini a vento.

In questa sede do atto al Ministro della sanità di aver preso una posizione ferma, che io apprezzo, nel senso di privilegiare il lavoro a

tempo pieno, affermando che il ruolo medico va accompagnato ad una legge sulle incompatibilità. Apprezzo molto quella che credo non sia solo una promessa, bensì una sua determinazione precisa e che mi auguro che possa portare a termine.

Ora noi dobbiamo agire anche sull'altro versante; dobbiamo richiamare l'Ordine professionale alle sue funzioni istitutive, quindi alle sue prerogative; dobbiamo fare in modo che le denunce che vanno a carico del comportamento dei medici siano vagliate dall'Ordine professionale.

In proposito desidero ricordare che nel 1983, all'inizio della legislatura, furono previste con il decreto n. 463, se non erro, apposite misure per reprimere gli abusi dei medici convenzionati proprio in merito alle prescrizioni di farmaci. Non mi risulta, però, che esse siano mai state effettivamente applicate. La stessa normativa stabiliva anche che il medico avrebbe dovuto essere sottoposto ad un confronto - così lo definimmo allora e il Presidente lo ricorderà - con i colleghi qualora la prescrizione farmaceutica fosse apparsa palesemente eccessiva o inadatta ed inopportuna. Eppure, di tutto ciò non si è fatto niente.

Pertanto, signor Presidente, la situazione della sanità oggi in Italia può essere riassunta dicendo che ben poco di quanto è stato deciso dal Parlamento in questi tre anni, anche avvalendosi di contributi esterni di autorevoli studiosi e del confronto con i vari rappresentanti del Governo, ha poi trovato concreta attuazione. Anche a proposito delle norme di piano contenute nella legge finanziaria del 1984 occorre lamentarne la mancata attuazione. Infatti, non si è proceduto alla eliminazione di alcun posto letto, nell'attesa dello stralcio del piano sanitario delle Regioni, che avrebbe dovuto essere approvato dopo tre mesi e che invece, nel silenzio generale, non fu più approvato. Ed altri rinvii seguirono poi in attesa del Piano sanitario nazionale, che ancora non esiste, e della legge di comparto, per la quale vale la stessa considerazione. Mi domando a questo punto quale esempio possa dare un Parlamento che non riesce a far rispettare le leggi che approva neppure dai Ministri della Repubblica. La conclusione a cui mi trovo costretto è che le funzioni di controllo sull'Esecutivo sono da lungo tempo disattese da parte del Parlamento.

PRESIDENTE. Per amor di chiarezza e per gusto di precisione desidero ricordare che io stesso in sede di esame del provvedimento concernente la programmazione sanitaria triennale, poi divenuto legge n. 595, in qualità di relatore, sottolineai la importanza che si annetteva alla programmazione, in carenza della quale si sarebbe verificato il dissesto del servizio.

SIGNORELLI. Signor Presidente, signor Ministro, colleghi, siamo giunti alle geremiadi del 1987, geremiadi che non sono in previsione, ma che sono già in atto nel momento in cui ci presentiamo in questa Commissione per cercare di fare pesare in qualche modo, attraverso le nostre critiche e le nostre osservazioni, il nostro pensiero e la nostra professionalità di parlamentari, con la speranza di poter in qualche maniera contribuire a migliorare le previsioni di spesa, per quanto concerne il comparto sanitario e soprattutto per portare qualche speranza agli operatori ed agli utenti del servizio sanitario nazionale.

La relazione del senatore Melotto, che tutti abbiamo ascoltato, è stringata come non potrebbe essere altrimenti dovendo «friggere l'aria». E anche noi, dell'opposizione del Movimento sociale italiano-destra nazionale, che viviamo insieme a voi l'esperienza di un periodo in cui disegni di legge a lungo discussi non vengono poi approvati o, se lo sono, non trovano poi concreta attuazione da parte del Governo, non possiamo fare altro che essere stringati. Nella relazione non è contenuta alcuna proposta ed il senatore Melotto si limita a rivolgere una generica critica alla maggioranza; questo ci fa piacere e ci convince che la nostra attività di opposizione, che non è andata mai disgiunta da un'attività propositiva, non è stata completamente delusa. La mia impressione è che si continui a cincischiare, a «ciurlare nel manico», come si suol dire, finanziando operazioni cosmetiche a favore di strutture periferiche che sono mummificate se non addirittura in decomposizione per quanto riguarda i servizi e il personale. Non riesco a comprendere come si possa giustificare il crescendo wagneriano della spesa sanitaria avendo sotto gli occhi la situazione reale in cui versa il sistema sanitario nazionale. Voglio dire che il dissesto economico a livello periferico è l'unica costante che si va consolidando e alla quale non si riesce a porre rimedio imponendo comportamenti adeguati alle finalità stesse di un sistema sanitario, cioè all'assistenza dell'utente.

Secondo i dati forniti qualche settimana fa dal Ministro, gli sprechi nel settore della sanità costituiscono il 25 per cento della spesa il che, tradotto in cifra assoluta, significa circa 11 mila miliardi di lire. Mancano i soldi; la monetizzazione della salute è tale per cui, mancando i soldi, questa non può essere affermata come un bene primario. I costi del regime - gli sprechi hanno un significato molto preciso - rappresentano un quarto delle risorse finanziarie che lo Stato elargisce alla periferia. La manovra finanziaria dei vari governi che si sono succeduti in questi ultimi anni si è basata sul sistema dei rimborsi a pie' di lista. Facendo un conto globale di tutti gli sperperi prodotti da tale sistema si può affermare che abbiamo accumulato un *deficit* di varie migliaia di miliardi. Eppure, questo sistema viene alla fine premiato attraverso il solito ripiano dei debiti contratti dalle Regioni e costituisce ormai una costante dell'attuale situazione finanziaria italiana che, essendo sbilenco e dovendo sempre far fronte all'emergenza, non riesce mai a prendere in seria considerazione il vero oggetto della sanità, cioè l'assistenza. Ma il fatto grave è che questa spesa per la sanità che è in crescendo progressivo, non è indirizzata al soddisfacimento di quei servizi che noi ci aspetteremmo, quali quelli indicati dalla legge n. 833 e quelli confermati e riqualificati attraverso la legge n. 595 concernente il Piano sanitario nazionale.

Questo Piano sanitario nazionale avrebbe dovuto essere attuato fin dal 1° gennaio 1986, tant'è vero che tutti i riferimenti, non del tutto illusori, che attenevano alla riforma della sanità prendevano le mosse proprio da questo piano. È quindi quasi un anno, ormai, che attendiamo che il Governo si decida a realizzare, attraverso i suoi strumenti, questa operazione prescrittiva. Sicuramente questo piano non sarà presentato nel corso di questa legislatura alla quale riteniamo non rimangano che pochi mesi di vita.

In questi anni, inoltre, non è stata attuata affatto la politica di prevenzione, nè primaria, nè secondaria, nè terziaria. Non si è

proceduto a ristrutturare i servizi in maniera congrua alle esigenze e siamo ancora fermi a situazioni pregresse. Un paese che voglia dirsi civile e moderno deve, invece, attuare la medicina soprattutto come prevenzione. Tanto per fare un esempio, quando si assiste all'emergenza di patologie nuove come l'AIDS non si fa altro che esorcizzare il pericolo sostenendo che questa malattia è propria dell'America e dell'Africa centrale e quindi ci interessa marginalmente. Ma l'AIDS è una malattia che presenta una progressione esponenziale, è una malattia che mette veramente paura per la sua morbilità, per la sua diffusività e per le conseguenze inevitabili che comporta per l'individuo e per la società. Ma non si sta studiando questo problema, come se si trattasse soltanto di una questione ideologica.

È da sottolineare, inoltre, la scarsa attenzione finora dimostrata, da parte del Governo, nei confronti del settore dell'assistenza convenzionata esterna. Il Ministro, infatti, rifiuta addirittura di ricevere i rappresentanti di categorie che operano in un comparto ineliminabile e che fino ad oggi ha mostrato una certa «tenuta», anche se non va taciuto che nell'ambito dell'assistenza convenzionata esterna possono determinarsi quelle situazioni che sono state ripetutamente denunciate, ma che non giustificano in alcun modo una sua eventuale uscita dal contesto più generale dell'assistenza sanitaria. Del resto, se il sistema pubblico non funziona si deve purtroppo (e dico purtroppo perchè dovrebbe essere lo Stato a provvedere adeguatamente alle esigenze della collettività) fare ricorso alle strutture private.

Perchè, dunque, il Ministro della sanità insiste nel non voler ricevere i rappresentanti delle categorie operanti nel settore dell'assistenza convenzionata esterna? Perchè non si vogliono portare avanti le attuali forme di collaborazione almeno fino a quando il sistema pubblico non sia in grado di funzionare in maniera soddisfacente? Non è certo così che si salvaguardano i diritti del cittadino. Ci si rende forse conto della estrema gravità della situazione, al di là degli sperperi, dei guadagni, degli sprechi o delle irregolarità che possono in taluni casi essersi verificate? Ci si rende forse conto del fatto che le ricerche diagnostiche e le richieste terapeutiche, magari con prenotazioni a lungo termine, non sono il soddisfacimento di capricci ma rappresentano, invece, l'accertamento di situazioni cliniche, di malattie che devono essere prevenute e curate?

Per quanto concerne il problema delle lungodegenze, è stato calcolato che nel Lazio mancano circa 10.000 posti-letto, che, a mio avviso, troverebbero una definizione molto più calzante nell'espressione «posti-uomo». Vi sono, infatti, famiglie che non sanno cosa fare non già per disfarsi di un parente malato, bensì per poterlo far curare ed assistere in maniera idonea. Quanti sono, in realtà, i posti-letto disponibili nel Lazio? Quali sono gli itinerari di dolore che quotidianamente molte famiglie si trovano a dover seguire, con un degrado dello stesso istituto familiare dovuto a situazioni che ne causano la crisi? Perchè non si riesce a migliorare le strutture ospedaliere? Perchè non si riesce a razionalizzare un comparto così importante, ad offrire prestazioni in grado di soddisfare una domanda ormai non più sostenibile?

Anche per quanto riguarda il settore della riabilitazione, del resto, si registrano carenze sia di posti-letto che di strutture. L'aumento dei

traumi e delle malattie vascolari è costante anche nelle fasce di età medio-basse e la richiesta di prestazioni è continua e pressante. Non si riesce quindi a riabilitare persone che, se tempestivamente curate, avrebbero ottenuto risultati molto diversi e si arriva a dover prenotare determinate prestazioni con mesi di anticipo addirittura per i casi urgenti. L'intervento riabilitativo, invece, deve essere caratterizzato da una continuità terapeutica, soprattutto quando è in gioco la mobilità dell'individuo.

Con riferimento, poi, alla situazione dei malati di mente, non intendo certamente soffermarmi su taluni aspetti non positivi della legge n. 180, ma limitarmi ad alcune considerazioni di ordine pratico. È cosa ben diversa per gli operatori sanitari, soprattutto per quelli che prestano la propria attività in periferia, avere a che fare con malati sottoposti a terapie di riabilitazione dall'aver a che fare con soggetti caratterizzati da psicosi recidivanti o da malattie psicotiche allo stadio demenziale, affetti da vasculopatie o dal morbo di Alzheimer, dal quale ultimo è ormai colpito il 50 per cento dei pazienti di una certa età. Bisogna quindi aver chiare le reali necessità su cui basarsi per migliorare le strutture; di fronte ad una situazione come quella che ho poc'anzi esposto non ci si può, infatti, limitare a lamentare la scarsità di disponibilità finanziarie per il settore sanitario. Il morbo di Alzheimer, ad esempio, è uno stato demenziale progressivo ed incurabile che colpisce, come ripeto, la metà di coloro che, affetti da malattie mentali, abbiano superato una certa età. Non si tratta, dunque, di degenti schizofrenici o schizoidi, ma di malati ben diversi, che non possono certo rimanere in famiglia.

È stato demandato alla famiglia un atto d'amore dal quale sono imprescindibili l'assistenza e la custodia del malato. L'etica della custodia in famiglia è un concetto splendido che è giusto sostenere; se, però, non si creeranno strutture adeguate, in grado di funzionare ventiquattr'ore su ventiquattro, sarà perfettamente inutile continuare ad affidare alle famiglie la custodia di malati pericolosi per se stessi e per gli altri, che oltretutto possono anche costituire un ulteriore fattore di crisi in seno alle famiglie stesse.

Ebbene, in presenza di progetti-obiettivo e di azioni programmate così ben inquadrati nell'ambito della legge n. 833 del 1978 e della legge n. 595 del 1985, perchè continuare a parlare delle previsioni contenute nel disegno di legge finanziaria? perchè perdere la nostra dignità di parlamentari e di professionisti portando avanti discorsi che probabilmente non approderanno a nulla? E ancora: quando si dovrà veramente riorganizzare l'assistenza sanitaria come ciclo completo, con riferimento al personale, alle strutture, ai servizi, insomma a tutte quelle voci che rientrano ormai nella nomenclatura ufficiale, quale dovrà essere l'ammontare delle somme da trasferire dal centro alla periferia - in considerazione anche delle prospettive future - per poter realmente soddisfare le richieste dei cittadini?

Dalle cifre di cui disponiamo si possono trarre molte ipotesi. Tuttavia, quando con la legge finanziaria del 1985 si stabilisce per il triennio, per la parte corrente, una somma di 123.230 miliardi da destinarsi al settore sanitario, che vengono poi aumentati a 130.205 con la legge finanziaria del 1986 e portati successivamente, attraverso le

previsioni per il 1987, a 143.250, ci si trova, a mio giudizio, di fronte a cifre che vanno ben al di là di quanto la situazione attuale possa giustificare. Non condivido affatto questo modo di procedere, nè posso accettare l'esistenza di una dicotomia tra una realtà concreta che non si affronta ed una realtà economica nella quale si stanziavano per il settore sanitario somme che non si sa bene dove vadano a finire.

Mi sia consentita, signor Presidente, un'ultima considerazione. Al di là di certe descrizioni virtuali, se non si arriverà ad una prescrittività reale non si potrà mai portare avanti un discorso valido. Non possiamo dunque consegnare il Paese reale alla prossima legislatura nè al periodo che seguirà l'approvazione dei documenti finanziari e - aggiungo - alla nostra stessa coscienza senza porre mano ad una situazione di questa gravità. Una volta approvati i disegni di legge finanziaria e di bilancio si riprenderà forse l'esame dei problemi connessi alla riforma dell'assetto delle unità sanitarie locali - e mi preme ricordare che i tentativi di giungere ad una normativa organica al riguardo sono miseramente falliti - magari approvando un provvedimento che sarà quanto di più decrepito ed ignobile si sia riusciti nel frattempo a formulare. Quando poi dovremo esaminare i nuovi documenti finanziari, senza avere frattanto provveduto a regolamentare l'accesso alle facoltà di medicina, senza una normativa sulle scuole di specializzazione, senza aver recepito le direttive comunitarie in tal senso, ci troveremo nuovamente ad affrontare gli attuali problemi del settore della sanità. Allora, anzichè limitarsi a ricercare le cause della situazione verificatasi nel settore materno-infantile, perchè non istituire una Commissione bicamerale che si occupi delle questioni riguardanti l'intero comparto della sanità, in modo tale da avere, prima ancora che un'immagine economica e finanziaria del nostro settore sanitario, un'immagine reale di ciò che è e di ciò che dovrebbe essere? Solo dopo questo esame sarà possibile, a mio parere, occuparsi dei finanziamenti e delle unità sanitarie locali. Non è, infatti, possibile continuare a sovvenzionare piani che non decollano.

Non abbiamo un'esatta conoscenza della reale situazione del settore. Per parte mia, mi sono soffermato sui problemi connessi alle patologie e sulla prevenzione, sottolineando l'assoluta necessità di interventi tempestivi ed adeguati; vi sono però molte altre questioni da affrontare e risolvere e per questo rivolgo alla Commissione l'invito ad accertare, una volta per tutte, la reale situazione del settore sanitario del nostro Paese, per elaborare programmi sulla base dei bisogni effettivi e per arrivare ad una serie di prescrizioni affinché sia finalmente reso operativo il piano sanitario nazionale.

SELLITTI. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, desidero suddividere il mio intervento in due parti. Una relativa al finanziamento del Servizio sanitario nazionale che trova copertura nell'articolo 8 della legge finanziaria, l'altra relativa alla tabella 19 concernente lo stato di previsione della Sanità.

Si tratta infatti di due argomenti che trovano una autonoma trattazione nei due documenti finanziari, posto peraltro che il Fondo sanitario nazionale non fa carico agli stanziamenti relativi allo stato di previsione del Ministero della sanità, bensì a quelli del Ministero del

tesoro. Quanto alla determinazione dell'importo relativo al Fondo sanitario nazionale 1987, fissato nei termini efficacemente illustrati dal relatore, non si può condividere la sollecitazione rivolta dallo stesso relatore al Governo circa l'inadeguatezza delle dotazioni riservate alla componente di spesa destinata ad interventi in conto capitale.

La spesa sanitaria, signor Ministro, è una mina vagante che da anni minaccia di far saltare l'intero sistema se non vengono attivati più efficaci sistemi di utilizzazione delle risorse e contenuti i fabbisogni da finanziare con il ricorso ai *tickets*. Quella relativa agli investimenti però marcia a ritmi terribilmente contenuti. È stato più volte osservato nelle stesse Aule parlamentari che il problema della sanità non è tanto quello della insufficienza dei finanziamenti globali posto che, in percentuale al prodotto interno lordo, sono abbastanza vicini a quelli degli altri paesi, quanto piuttosto quello della cattiva distribuzione e della destinazione insufficiente della spesa stessa. La spesa per assistenza farmaceutica e la spesa ospedaliera sembra non vogliono e non possano cedere il passo alla medicina preventiva per fare quel salto di qualità che si è auspicato fin dal 1978 e che si continua a chiedere che gradualmente ma progressivamente avvenga.

Purtroppo, nonostante l'indicizzazione preventiva del Fondo, attraverso l'ancoraggio al prodotto interno lordo, e malgrado il ripiano successivo dei maggiori fabbisogni registrati, l'uso dei finanziamenti sanitari resta ancora lontano dagli obiettivi richiesti dall'utenza e da una moderna concezione dell'assistenza sanitaria, e ci dà non poche preoccupazioni. Quindi, mentre non possiamo non concordare con le quantificazioni globali che il Governo indica nella legge finanziaria come espansione della dotazione del fondo stesso nel triennio 1987-89, mentre non possiamo dissociarci dalla politica delle entrate e dei *tickets* che lo stesso Governo, direi, è costretto a fare per restare entro i vincoli di espansione del *deficit* che con la complessiva manovra finanziaria si è imposto, non possiamo, però, non richiamare l'attenzione dello stesso Governo sull'opportunità di accelerare il processo di programmazione, razionalizzazione e rilancio dell'intervento statale nella politica sanitaria. Ciò appare tanto più urgente e necessario per il momento che stiamo attraversando e che ci preannuncia, drammaticamente, l'esigenza di una massiccia campagna di promozione sanitaria come forse mai era successo in passato.

Le nuove terribili malattie - tra queste l'Aids - che stanno colpendo la moderna società e che trovano nelle tossicodipendenze, nelle forme di promiscuità ed emarginazione sociale attorno ad esse gravitanti, un grosso e pericolosissimo veicolo di diffusione e di contagio, impongono sforzi tempestivi ed adeguati per contenere i danni di fronte al flagello incombente di queste nuove patologie.

Non ci si può nascondere dietro alle inefficienze del sistema, all'insufficienza di fondi, ai ritardi di attuazione e programmazione delle politiche di intervento sanitario. Per questo bisogna insistere, come giustamente il relatore, senatore Melotto, ha chiesto, e come anche le forze di opposizione hanno sottolineato, affinché la legge n. 833 del 1978 ed il Piano sanitario nazionale siano prontamente adeguati alle esigenze mature ed a quelle emergenti. Ma vogliamo anche che il Ministero della sanità si adegui alle necessità emergenti, svolga appieno

la funzione a cui è preposto, si muova e ottenga quelle riforme che sono necessarie a un suo miglioramento funzionale e ad una sua struttura più efficiente.

L'esame della tabella del Ministero della sanità che, non contenendo gli stanziamenti del Fondo sanitario nazionale, non è rappresentativa che di una piccola parte della spesa sanitaria globale (in termini quantitativi sfiora l'1,5 per cento della dotazione del fondo sanitario nazionale) ci offre l'occasione per parlarne. Questo esame ci spinge a ritenere estremamente importanti ed urgenti misure che riqualifichino il ruolo del Ministero, soprattutto nei settori della ricerca che sono essenziali alla prevenzione e che fanno da testa di ponte verso le nuove frontiere della medicina e quindi della tutela della salute; si richiede quindi che il Governo, e per esso il Ministro della sanità, compia ogni sforzo possibile in questa direzione. Per arginare con opportune norme di prevenzione, anche informativa, le categorie esposte ai maggiori rischi occorre che gli strumenti che attualmente esistono vengano rivitalizzati e riqualificati. Fra gli intendimenti che debbono muovere questo rinnovato impegno nei confronti dell'apparato sanitario pubblico, debbono inserirsi gli interventi svolti attraverso l'Istituto superiore di sanità e l'Istituto per la prevenzione e la sicurezza nel lavoro.

Come già osservato, l'entità della spesa sottoposta alla gestione diretta del Ministero è relativamente poco consistente. Essa tuttavia ha finalità di tipo strategico che non possono essere sottovalutate: si pensi al servizio informativo sanitario che è lo strumento propedeutico per la definizione e realizzazione della programmazione. Si pensi però anche ai settori della ricerca scientifica, dell'educazione e della profilassi sanitaria, che fanno capo agli istituti specializzati e al Ministero stesso, e la cui spesa grava sul suo bilancio. In altri termini, mentre dal punto di vista strettamente finanziario non sembrano sussistere ragioni di preoccupazione sull'evoluzione della spesa del Ministero, che anzi risulta più contenuta nel 1986, l'auspicio che viene espresso è che sussista quella efficienza e sufficienza di giusta spesa per garantire i servizi che risultano indispensabili e che ci attendiamo.

Quindi, il voto favorevole ai documenti presentati espresso dal Gruppo socialista ha, pertanto, il senso di un sostegno stimolante a fare di più e meglio, posto che il cammino da compiere sulla strada di una migliore qualità dell'assistenza sanitaria è praticamente interminabile, pieno di difficoltà e di imprevisti da affrontare. Signor Presidente, mi riservo di presentare in proposito un ordine del giorno.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Sellitti per aver aggiunto anche queste altre considerazioni.

Tenuto conto degli impegni del Ministro, che deve recarsi a una riunione già predisposta per il problema del contratto dei medici, il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge, nonché della tabella 19, è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 20.

MERCOLEDÌ 3 DICEMBRE 1986

Presidenza del Presidente BOMPIANI

Interviene il sottosegretario di Stato per la sanità Nepi.

I lavori hanno inizio alle ore 9,40.

IN SEDE CONSULTIVA

«**Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1987)**» (2051), approvato dalla Camera dei deputati

«**Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1987 e bilancio pluriennale per il triennio 1987-1989**» (2059), approvato dalla Camera dei deputati

- Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1987
(**Tabella 19**)

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1987)» e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1987-1989» - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1987 (tabella 19), già approvati dalla Camera dei deputati.

Proseguiamo l'esame dei documenti di bilancio rinviato nella seduta di ieri.

BELLAFIORE Salvatore. Signor Presidente, onorevole Ministro, colleghi tutti, io mi associo alla relazione approfondita, diligente e corretta da una tematica variegata e convincente, svolta dal senatore Melotto; relazione che è consona alla realtà di quanto si è vissuto e si vive nella sanità e che è frutto di uno studio serio e accurato. Certo, a corroborare l'immane vastità del tema sanitario altri interventi si sono aggiunti, alcuni illuminanti, altri di critica costruttiva, altri ancora pensosi, altri pregni di dubbio prospettico e realistico. Il tutto variegato accomuna entrate varie e spese che vanno dall'acquisto di beni e servizi a spese per il personale dipendente, dall'assistenza medico-generica convenzionata all'assistenza ospedaliera convenzionata, dall'assistenza

farmaceutica convenzionata all'assistenza specialistica convenzionata esterna, agli istituti di ricovero e case di cura private convenzionate.

A dire il vero, tra l'avere e il dare è quest'ultimo che ogni anno cresce patologicamente. È bene allora che quest'ultimo venga osservato, controllato e, se nell'ingiusto travalica, perseguito. Onde evitare questo degrado è bene corresponsabilizzare le Regioni, portando così la responsabilità, dal centro, che deve essere giusto e sano osservatore, alla periferia, per attestare la gestione del servizio entro limiti giusti ma non fissi, perchè il variare nei limiti ristretti la spesa è giusto in economia. Il tutto, senza incidere sulla parte diciamo «dovuta» perchè sarebbe penalizzante, specie per le fasce più deboli, i lavoratori.

È giusta pertanto l'abolizione del *ticket* sulle visite specialistiche e la diagnostica strumentale. Il cittadino deve partecipare, avvedersi e correggersi autogestendosi. Deve essere ben curato, se malato, con libertà di scelta di indirizzo medico e ospedaliero. I medici devono garantire un servizio sanitario tempestivo, equilibrato, qualificato, in cambio di un compenso che deve vedere premiato contrattualmente il tempo pieno.

Perseguire le incompatibilità, approvare il ruolo medico; questo si impone come guida maestra, al riordinamento del sistema nazionale sanitario (come già riferito dal Ministro), anche con la presenza vigile e pronta di bravi ed eclettici medici, per così migliorare la qualità delle prestazioni. Per le frodi, occorre guardare, ispezionare, controllare ridurre la spesa che poi finisce nello stesso paniere, e che non risponde al dovuto, ma ad un furto continuo già da tempo attuato ed ora perseguito, anche per la montagna di fustelle regolarmente addebitate con alto costo.

Si deve dare corso ancora, se il tutto si vuole riportare al Fondo sanitario nazionale definito nei limiti programmati, alla prevenzione come primo impatto medico-cittadino; alla assistenza qualificata, alla terapia mirata avvalendosi di ricerche diagnostiche e riducendo i facili e superficiali rinvii dei pazienti nelle strutture ospedaliere, pazienti che anche a domicilio il più delle volte possono, se curati da medici umani e diligenti, avere le prestazioni dovute.

Bisogna ridurre le lunghe degenze debilitanti il più delle volte e per l'utente e per il Ministero del tesoro; istituire *day-hospital* con personale medico e paramedico d'avanguardia, anche per immettervi dentro la riabilitazione dei vascolopatici e dei traumatizzati, il cui costo incide molto nelle spese.

Infine occorre gestire meglio consigliando i cittadini tutti ma soprattutto i giovani, con inserzioni, film, interventi nelle scuole e propaganda in generale, di guardarsi da quello che è un male che avvince, affascina e sconvolge: la droga: perchè la tossicodipendenza non solo il più delle volte uccide, ma ha anche dei costi elevati; mentre, per quanto riguarda i meno giovani, bisogna combattere l'alcoolismo, fenomeno altrettanto dannoso, sconvolgente e con gli stessi alti costi che fanno abbassare la bilancia dal lato delle spese.

Potrei fare delle altre citazioni, ma entro nel vivo del tema della psichiatria. Dove e come finirà? Si tratta di un problema angosciante dopo l'abolizione dei manicomi.

Con il girovagare nelle ministruccie ospedaliere, questi pazienti erranti, il più delle volte, rappresentano mine vaganti che ogni tanto esplodono causando morti e feriti, e per i familiari sono causa di continuo cruccio e perenne croce, tanto da trasmettere a questi ultimi uno stato ansioso e depressivo che loro non sentono e non osservano, perchè è a loro connaturato in modo non astratto, ma sentito e vissuto in loro stessi, nei girovaghi, e legato alla patologia del profondo.

Per questi si deve assicurare una maggiore assistenza. Potrei poi continuare ad enunciare altre patologie il cui costo in rapporto al servizio è dovuto, cioè i trapianti di organi: retina, reni, cuore, eccetera.

A tutta questa patologia reale e variegata, nel comparto della sanità di un paese che possa definirsi civile va rapportata una previsione finanziaria adeguata alla realtà. Una schiera di giovani medici può essere inserita nel mondo del lavoro dopo una sofferta disoccupazione. Un altro impegno per cui le spese sono giuste e valide, rappresenta lo svolgimento normale dei concorsi, sbloccando quindi la via alle assunzioni per colmare le piante organiche ospedaliere che sono in difetto di personale il che comporta un declino, quindi, dei servizi dovuti. Infine occorre riportare l'Ordine dei medici alle sue funzioni originali e controllare l'Albo.

Il finanziamento del 1987, con l'integrazione a carico dello Stato di 385 miliardi per la prevista abolizione del *ticket* per visite specialistiche e diagnostico-strumentali, è di lire 47.370 miliardi; si spera che a questa somma venga acclusa la somma globale per il rinnovo del contratto che soddisfi i medici ospedalieri e che il Governo si faccia carico di predisporre e trovare la copertura per avere così non il ripetersi di un dramma, bensì una reale e valida rispondenza e coniugazione tra sanitario e sociale.

Parlando quindi al Ministro della sanità faccio voti perchè, in collaborazione con i politici tutti qui presenti e assenti, corregga, prevenga e curi tutte le istanze che si levano dai cittadini tutti, ma soprattutto da quelle fasce povere che pullulano di malati e handicappati e che nella malattia trovano il loro quotidiano sconforto che ne debilita sempre più le difese.

LIPPI. Signor Presidente, signor Sottosegretario, anch'io voglio unirmi ai colleghi che hanno ringraziato il senatore Melotto nella sua qualità di relatore. Effettivamente con la sua introduzione ai nostri lavori sui disegni di legge relativi alla finanziaria ed al bilancio per l'anno 1987 e le sue osservazioni, il senatore Melotto ha fornito, con dovizia, dati, elementi di riflessione ed obiettivi di lavoro corretti, del qual fatto non possiamo che essergli grati. Forse, se c'è un rilievo da fare - non me ne voglia il collega Melotto - riguarda un eccesso di auspici che traspare dalla sua relazione, così come traspare tra le righe una sensazione di logoramento e di delusione, sensazione del resto emersa anche in altri interventi di colleghi della maggioranza. Basti citare la stessa interruzione, molto indicativa, fatta ieri dal Presidente della Commissione sulla «scomparsa della logica di programmazione dall'impianto del servizio sanitario nazionale». Questo sta a dimostrare che anche alcuni protagonisti, se non tutti i «padri» della riforma, sono fiaccati, ormai, in questo continuo rincorrere le contraddizioni che loro

stessi, nella logica della maggioranza, hanno contribuito a fare andare avanti, logorando il senso generale della riforma. Quest'anno, anche se il documento che stiamo trattando è un documento «asciutto» o, se piace di più una «finanziaria leggera» - come la cronaca l'ha voluta definire, forse in modo lapidario - in questa secchezza pur tuttavia credo vi sia lo spazio sufficiente per dare alcuni giudizi politici e di merito per quello che si dice e, soprattutto, per quello che non si dice nella normativa del disegno di legge finanziaria e nella «struttura» del bilancio. Se c'è qualcosa di lapidario, senatore Melotto, credo che - senza esagerazioni - sia il comportamento del Governo nei confronti del Parlamento proprio su questa problematica e sulla sperimentazione in corso, anche da lato del comparto sanitario, di quella che avrebbe dovuto essere una sperimentazione forse più felice (almeno nella volontà) partita dal documento della Camera dei deputati e del Senato nel giugno scorso sul riordino della gestione di tutta quanta la sessione di bilancio e di altri documenti così importanti.

Voglio solo ricordare che, comunque, anche soltanto rispetto al documento che la maggioranza ha approvato nell'Aula del Senato il 18 settembre scorso, ben altri erano i contenuti, gli obiettivi, le regole del gioco che la stessa maggioranza si era prefissata tre mesi fa in questa nuova e interessante ma anche complessa fase di sperimentazione. Sono bastati tre mesi, a malapena, per sfaldare qualsiasi tentativo di avvio anche di questa nuova logica. Voglio ricordare, infatti, che tre erano le fasi: il documento preliminare sulla manovra di bilancio, approvato appunto, sia pure con ritardo, a causa della crisi nel settembre scorso; il disegno di legge della finanziaria e del bilancio, secondo gli indirizzi che il Governo aveva dato a se stesso e confortati dall'approvazione in Parlamento, sia pure a maggioranza, di quel documento preliminare; infine, i provvedimenti cosiddetti collegati o paralleli tra i quali emergevano proprio la finanza locale e la finanza regionale, connessi, ovviamente, anche agli interessi del servizio sanitario nazionale. Vi era, inoltre, il modo dei trasferimenti delle grandi risorse finanziarie dovute al servizio sanitario nazionale e, ancora, alcune modifiche e riasseti - quindi operazioni strumentali - per la razionalizzazione e il rilancio dell'intero servizio. Se non vi era stato il tempo, nel luglio e nell'agosto scorsi, impegnati nella soluzione della crisi, per affrontare l'elaborazione di questi provvedimenti collegati, vi è stato però questo periodo di tempo, dal 18 settembre ad oggi, che non ha dato praticamente alcun frutto. Negli obiettivi c'era quasi tutto, anche per quanto riguarda il comparto sanitario: ce li aveva annunciati il ministro Donat-Cattin durante la presentazione delle linee e delle strategie nella seduta del 1^o ottobre proprio privilegiando il rapporto e il confronto con questa Commissione. Ma questo «quasi tutto» è stato interamente disatteso: infatti non è stato presentato nessun provvedimento di settore di quelli che erano stati preannunciati.

Tra l'altro dovrei rammaricarmi del fatto che da un certo periodo non possiamo neppure fruire della «fase dell'intervista» dell'onorevole Ministro, dalla quale presagire, indovinare, vedere di ricostruire il mosaico di una strategia. Forse gli impegni e la gestione del confronto e dei rapporti sindacali, ed anche il dibattito alla Camera dei deputati hanno impedito al Ministro di dedicare come è giusto e corretto, un po'

del suo tempo ad una informazione doverosa al Parlamento. Credo però che fosse doveroso - e comunque gli impegni non li aveva assunti la minoranza, li aveva assunti il Governo attraverso la voce autorevole del Ministro - mantenere almeno alcune scadenze. A maggior ragione se era vero che l'urgenza, lo stato di degrado e le necessità di intervento erano così come il Ministro li aveva delineati, e in quella fase noi concordammo, credo che voi tutti lo ricordiate, sul fatto che l'urgenza era tale da meritare elaborazioni certamente non frettolose ma, comunque, immediate. L'annuncio che il 10 novembre sarebbe stato presentato al Consiglio dei ministri un primo schema di riordino e di riassetto della normativa del servizio sanitario nazionale, nella parte istituzionale e strumentale, non ha avuto seguito. C'era stato un impegno ed una disponibilità - tra l'altro anche cortese - dell'onorevole Ministro, in quanto membro autorevole del Senato della Repubblica, a confrontarsi con questa Commissione e a verificare preliminarmente alcuni «nodi» di questo dibattito (che dura ormai da troppo tempo), alcuni elementi centrali di avvio per il recupero e l'attuazione di parti essenziali del servizio sanitario; e anche questo è mancato. Come si può allora pensare di continuare soltanto a dichiarare, così come ha fatto il Ministro ai colleghi della Camera dei deputati, che occorre un assetto robusto all'impianto del servizio sanitario. Se questo è il primo degli obiettivi strategici, ed è condivisibile, poi occorre, certo, arrivare anche alla gestione rigorosa della spesa come è stato detto. Anche questo obiettivo siamo stati i primi a rivendicarlo, prima ancora che si consolidassero le logiche del Ministero del tesoro e del ministro Gorla che intendono il rigore da un altro punto di vista, cioè in termini meramente contabili e riduttivi. Come si può fare tutto ciò - e questi tre mesi trascorsi lo hanno dimostrato - se non si persegue quanto richiesto ed annunciato, se non vi è un metro di confronto, di collaborazione e di riflessione in cui è essenziale (non certo determinante) anche l'apporto e il contributo della nostra esperienza e della nostra riflessione? Come si può non ritenere utile l'apporto e il contributo delle sedi istituzionali associative, siano esse l'ANCI o la Conferenza dei Presidenti delle Regioni? Come è possibile pensare di poter lavorare e dare anche un minimo di avvio ad altre componenti attuative del disegno strategico annunciato se invece vengono continuamente disattese certe rivendicazioni provenienti dalla periferia? In alcuni casi, sia pure in modo sommerso, ciò avviene anche all'interno della stessa compagine governativa. Allora, ci vuole - scusate - un po' di «faccia tosta» nell'imputare all'opposizione e in particolare al Gruppo comunista - questo è ciò che è emerso durante il dibattito alla Camera dei deputati - il ritardo nell'affrontare le modifiche alla legge di riforma, quando la nostra volontà unica (forse a questo punto dobbiamo dire incongrua) è quella di perseguire l'attuazione della legge n. 833.

Non si può continuare a lamentare (come, purtroppo, ha fatto anche lo stesso Ministro) il ritardo ed il tentativo permanente di svuotare dei propri contenuti la legge di riforma; non ci si può più nascondere dietro alibi che hanno ormai perso ogni validità, cercando di imputare la responsabilità delle difficoltà del processo di revisione della legge di riforma al dibattito in proposito aperto in seno al Partito comunista. È senza dubbio indilazionabile l'esigenza di modificare la

normativa vigente; occorre tener presente, tuttavia, che nel settore sanitario si è intervenuti, nel recente quinquennio, in maniera esasperata, eccessiva, confusa, attraverso «una selva oscura di decreti e leggine» che dettavano, spesso, norme contraddittorie pur essendo stati emanati nel medesimo periodo.

Ebbene, nel procedere ad una revisione della legislazione in materia sanitaria, da dove si dovrebbe cominciare se non proprio dalla legge n. 833 del 1978? Forse dalla legge n. 595 del 1985, da un provvedimento che a poco più di un anno di distanza dalla sua approvazione con il disegno di legge finanziaria 1987 si tenta già di svuotare dei contenuti in maniera subdola?

A nostro parere, occorre affrontare - e senza infingimenti di sorta, sia chiaro - quella che potrebbe essere definita «la seconda fase della riforma» (se non altro in senso, per così dire, cronologico), cioè bisogna arrivare ad una separazione netta con il modo di procedere nei spezzoni, stralci, decreti di emergenza e fare in modo che nessuno possa nascondersi dietro alibi molto spesso strumentali, perseguendo quegli obiettivi di riordino che a suo tempo lo stesso Governo aveva ritenuto essenziali. Mi sia consentito far rilevare, tuttavia, che nelle odierne dichiarazioni del Ministro non si fa alcun riferimento alla eventuale introduzione di una fiscalizzazione generale dei contributi del settore sanitario. Come è noto, del resto, è stata alimentata una burrasca (e, successivamente, addirittura una tempesta) da parte di alcune forze politiche proprio in relazione ai problemi connessi al fisco; si tratta, peraltro, di una polemica che investe l'intera manovra di politica economica e finanziaria e che è tuttora in corso sia all'interno della compagine governativa che nel Paese, una polemica che ha preso le mosse dalle proteste e dalle marce di Torino e di altre città, con obiettivi non sempre omogenei.

È fuori di dubbio - e lo ha sostenuto, del resto, lo stesso Ministro - che la contribuzione garantisce l'effettiva destinazione delle risorse a determinate finalità. Nessun atteggiamento giacobino, nessun piglio massimalista, dunque, nella nostra fermezza nel sostenere la necessità di una fiscalizzazione progressiva anche nel settore sanitario, ma la pura e semplice volontà di rispettare un principio costituzionale nel predisporre la manovra di politica economica e finanziaria, soprattutto in una congiuntura come l'attuale.

È chiaro che non si potrà procedere a breve termine ad un riordino generale del sistema contributivo; di questo siamo consapevoli. Ritengo opportuno ricordare, tuttavia, che la mia parte politica ha già presentato un disegno di legge in materia di riordino contributivo presso l'altro ramo del Parlamento. Sarebbe, pertanto, necessario cominciare, per lo meno, ad affrontare i problemi connessi alla contribuzione riportando a sintesi le diverse angolazioni: innanzitutto, quella dottrina e, successivamente, l'angolazione fiscale, giuridica e politica. Le attuali situazioni di squilibrio devono, infatti, essere sanate quanto prima, restituendo autonomia impositiva agli enti locali e, se del caso alle Regioni ed evitando, al tempo stesso, eventuali degenerazioni che potrebbero derivare dal decentramento. Tale era, peraltro, uno dei principali obiettivi della strategia a suo tempo preannunciata dal Governo.

Il Ministro della sanità ebbe ad affermare, nell'ottobre scorso, che qualsiasi ipotesi sarebbe stata attentamente valutata, insistendo sulla necessità di un'autonomia impositiva degli enti locali da inquadrarsi in un processo di revisione dei meccanismi finanziari finalizzati anche ad una responsabilizzazione delle Regioni. Si deve, purtroppo, constatare che gli enti locali sono stati finora penalizzati da un decentramento fittizio e punitivo; non è possibile, pertanto, individuare il perno di una loro autonomia gestionale.

Di revisione del sistema contributivo (finalizzato, soprattutto, ad un riequilibrio delle componenti attuali della pressione fiscale), dunque, non si parla più, mentre si parla molto della problematica relativa alla finanza locale.

La finanza locale è, come tutti sappiamo, una finanza derivata e la volontà del Ministro - da sempre convinto regionalista - è proprio quella di farne una finanza derivata e libera al tempo stesso. Ricordo anzi che, soffermandosi sull'argomento, egli stesso disse testualmente che: «ognuno deve pagare i propri cocci», con ciò intendendo che la procedura di riequilibrio deve necessariamente essere decentrata.

Il senatore Melotto ha giustamente sottolineato che le Regioni non hanno attuato la strategia di intervento dettata dalla legge finanziaria dello scorso anno. A nostro parere ciò è avvenuto proprio perchè le Regioni medesime non ne hanno avuto la volontà perchè in termini sia di correttezza che di ruolo e di prerogative istituzionali e costituzionali, hanno rifiutato, dopo un'esperienza quinquennale, di continuare a fare da cavie di un decentramento riduttivo e punitivo - lo ripeto - che tenta di scaricare su di esse la responsabilità delle difficoltà finanziarie, rispetto ad un sistema che, in base alle strategie del Ministero del tesoro, non consente loro di intervenire in concreto per attuare un riequilibrio. È questa, a nostro giudizio, la corretta interpretazione politica dell'operato delle Regioni; non si possono, infatti, accusare le autonomie locali e regionali di inadempienze o di incapacità se non si danno loro i mezzi necessari per svolgere le loro funzioni.

Per quanto riguarda il progetto relativo ad un fondo sanitario regionale, disponiamo, attualmente, di una bozza di cui non si conosce, comunque, la provenienza; ci auguriamo, tuttavia, che la fonte sia ministeriale. Tale progetto pare, peraltro, rappresentare soltanto un'ipotesi «stralcio» rispetto agli interventi da adottare nel complesso; ad ogni modo, di questo progetto si è ormai persa ogni traccia, per cui mi pare evidente che non si vuole individuare la base dell'autonomia di gestione delle risorse sanitarie da parte degli enti locali e delle Regioni.

Può darsi che i problemi connessi alla finanza locale impongano il ricorso alla decretazione d'urgenza, nonostante la logica della decretazione d'urgenza, soprattutto a fine anno, sia una logica aberrante. È possibile, dunque, che sia presentato un decreto-legge per far fronte ai problemi di sopravvivenza degli enti locali, le cui richieste vengono spesso disattese. Il termine del 10 novembre è ormai scaduto, del resto, e lo stesso Ministro ha ripetutamente affermato che gli obiettivi che il Governo intende perseguire non possono essere raggiunti tutti in tempi brevi poichè esistono contraddizioni e forti opposizioni in seno alla stessa compagine governativa. È da notare, peraltro, che il principale

oppositore di eventuali interventi in tal senso è proprio il ministro Visentini e noi ci auguriamo che per adottare provvedimenti concernenti la finanza regionale non si debba attendere che egli stesso lasci - come, d'altro canto, ha preannunciato - il Governo. Anche ammesso che ciò accada nel marzo prossimo, sarebbe comunque troppo tardi per dare l'avvio ad un nuovo modello di autonomia impositiva degli enti locali.

Allora, se non si procederà quanto meno ad un riordino parziale, se non si attueranno adeguate forme di decentramento, verrà a mancare una parte importante non già del vecchio servizio sanitario nazionale, bensì di una normale ed equilibrata gestione del servizio sanitario, e ciò a partire proprio dal 1987.

Siamo in presenza di affermazioni che non si possono certo essere considerate dati ufficiali e circolano elaborati che ipotizzano la costituzione di una struttura, per così dire, entificata che dovrebbe accentrare tutto, magari responsabilizzando, poi, gli assessori regionali: una sorta di superagenzia, insomma, che potrebbe anche essere un modello di razionalizzazione ma che non rappresenta certamente un modello di riforma. Al di là di tutto questo, resta comunque una dura realtà da affrontare, che risulta sempre più evidente soprattutto se si considerano le previsioni contenute nel disegno di legge finanziaria proprio in relazione agli aspetti contributivi e fiscali.

Mi riferisco, in particolare, alla cosiddetta «tassa sulla salute». Ebbene, cosa intende fare il Governo dopo la babele di rinvii alla quale abbiamo assistito? Il 20 dicembre è ormai prossimo. Intende forse mantenere l'articolo 31?

Sulla stampa si è detto tutto ed il contrario di tutto, da parte di tutti e dovunque. Non si tratta di un contributo, non si tratta di un'imposta; si tratta di una tassa di scopo regressiva ed anche punitiva che ha colpito tardivamente e malamente una serie di fasce di operatori professionali autonomi.

Lontano da noi fare della facile demagogia e, quindi, riproporre «fasce» di esenzione o modifiche normative di più facile elusione fiscale, ma neanche, da parte nostra, mantenere qualche cosa che non ha nessun significato, che non ha niente di innovativo, nulla di interessante rispetto a questo avvio di completamento dei prelievi a favore del servizio sanitario nazionale.

Annuncio fin d'ora che proporremo emendamenti (lo diremo nel rapporto di minoranza che presenteremo come Gruppo) e si tratterà di emendamenti sostitutivi dell'articolo 31 della legge n. 46 del 1986, per intero, che, se non avremo la forza di ottenere risultati, saranno comunque indicativi, quanto meno per un riordino e una riduzione dell'aggravamento che alcune categorie si sono trovate a subire inopinatamente sei anni dopo l'avvio della riforma.

L'altro elemento negativo che rimane, che «tradisce» tutto ciò che è stato annunciato, è quello dei *tickets*. C'è un coro unanime su questa questione. Non voglio tediarvi leggendo ciò che ha detto il collega Poggiolino (relatore di maggioranza alla Camera), quello che ha detto il collega Melotto, quello che ha detto il primo ottobre l'onorevole ministro Donat-Cattin, e quello che ha detto in modo però diverso alla Camera il 16 ottobre, quando ha abbandonato le corrette considerazioni

del documento del Governo del settembre scorso rispetto alla esosità, all'iniquità e inutilità del prelievo attraverso la «tariffa dei *tickets*» sulla spesa farmaceutica-diagnostica-specialistica, quando ha detto che «in fondo, il *ticket* che riguarda la spesa farmaceutica, ha un significato moderatore della stessa».

Non so, signor Ministro, se questa voleva essere la precostituzione di un alibi per la trattativa, che ormai era stringente, con le forze sindacali, che hanno appunto ottenuto soltanto l'eliminazione dei *tickets* sulla diagnostica strumentale e la specialistica, con un ulteriore rinvio, quindi, della decisione sui *tickets* per la spesa farmaceutica (e forse anche perchè una manovrabilità, che andasse oltre i 400 miliardi, al Ministero della sanità non era concessa!).

Su questo punto bisogna intenderci: non ci si può «stracciare le vesti» come correttamente, giustamente, ha fatto il documento preliminare del Governo a settembre, come hanno fatto i relatori di maggioranza, come si scrive ogni giorno sui giornali quando si va a confronto con tutte le istituzioni e con le associazioni; e poi, soltanto perchè non si riescono a manovrare altri 700-800 miliardi, si lascia questa tassa iniqua e assurda, che poi colpisce le parti più deboli della domanda sociale e sanitaria, anche quando ci si riferisce ai redditi che vengono immediatamente dopo la fascia di esenzione, anche se aumentata del tasso di inflazione previsto.

E allora dico che è grave che l'operazione non sia globale ed è altrettanto grave che non si sia fatta un'operazione immediata, anche soltanto per la parte dei 385 miliardi messi in tabella, nelle appostazioni relative alle «Amministrazioni diverse» sotto la voce del Ministero del tesoro.

Quando si farà questo provvedimento a cui il Governo si è impegnato nei confronti dei sindacati? Può darsi che a farlo prima di gennaio, e a farlo procedere come provvedimento normale, non ci sia il tempo, se è vero che dopo gennaio e dopo l'approvazione della legge finanziaria, «arriverà il diluvio». Allora come intende il Governo mantenere questo impegno? Perchè non è stato possibile codificarlo subito nel passaggio del disegno di legge finanziaria che è del 30 settembre alla Camera? Non è affatto vero che non si può intervenire anche su «fatti normativi», quando il fatto normativo in se stesso è soltanto ed esclusivamente un «fatto finanziario».

Questa logica che la finanziaria leggera non può prevedere una strumentazione normativa è aberrante; è piuttosto una affermazione prevaricatrice - io direi, ovviamente senza sapore offensivo - del Ministero del tesoro, che poi ha dimostrato, nel passaggio dal primo testo al secondo testo (bisognerebbe aver la pazienza di rileggerlo tutto, e non solo i due commi che ci riguardano) che è possibile porre nuove norme, eccome! ove si vuole, dove si media, dove si tratta, dove c'è la risorsa da distribuire, la «logica» normativa c'è; c'è una procedura, ci sono i soggetti, ci sono i tempi e si riformano così «pezzi» di leggi proprio nella stessa finanziaria leggerissima di quest'anno.

Allora - e non vuole essere una provocazione - se mancano 700-800 miliardi andiamo a vedere alle voci del Ministero del tesoro, oltre i 385 miliardi accantonati, sulle grandi voci che cosa si può recuperare. Troviamo questa voce: «cessata gestione partite alimentari, condotta per

conto dello Stato». Si è aperta forse una trattativa tra il ministro Donat-Cattin, il ministro Gorla ed il ministro Pandolfi per vedere se in questa regolazione finanziaria, molto delicata e complessa, tra i 2035 miliardi c'è qualcosa da «recuperare» per poterlo stornare sulla voce dei *tickets*? Lo dico come esempio, soprattutto per dire che c'è una ampiezza tale - nella tabella B - di risorse ancora manovrabili che, se esiste la volontà politica di cancellare una volta per tutte l'operazione *tickets*, così come è stato dichiarato, le risorse ci sono e sono anche disponibili in tempi immediati; possono essere regolati anche normativamente, senza esasperazioni, a meno che tutte le altre operazioni non siano frutto di un altro disegno di legge che non fa parte del disegno di legge n. 2051.

Quindi c'è da dare una certezza, che noi rivendichiamo non per noi, ma per gli impegni che il Governo ha preso nei confronti dei sindacati: se non si fa questa operazione e non c'è la forza di farla da parte vostra in sede di Assemblea del Senato si faccia (forse è una proposta aberrante!) con decreto-legge entro il 31 dicembre, insieme ad altri decreti, perchè il 1° gennaio sia garantito l'impegno che avete assunto nei confronti di questi utenti, di queste fasce sociali. Quindi si faccia tempestivamente: dal 1° gennaio nessuno deve pagare i *tickets* della diagnostica strumentale e della specialistica; noi comunisti diciamo anche che nessuno dovrebbe pagare anche quelli della farmaceutica, e in questo senso ci comporteremo presentando emendamenti al testo della finanziaria.

Un altro punto importante riguarda la sottostima del Fondo. Anche su questo si è detto molto e non mi ripeto; c'è una lettera degli assessori regionali che il signor Ministro conosce, dopo la Conferenza di Firenze di qualche giorno fa; ci sono problemi aperti quali i *tickets* e il contratto, su cui si è già discusso.

Sui *tickets* ho già parlato; del contratto ha già parlato il collega Ranalli. Ora, scusate se per la mia inesperienza ripropongo problemi già trattati: voglio far rilevare che il signor Ministro ha detto che per le convenzioni almeno una cosa è certa: non ci sono risorse per le convenzioni.

Ora voglio ricordare che il signor Ministro quando parlò della sua strategia, il 1° ottobre, disse che si voleva far perno sul sistema delle convenzioni e, quindi, della presenza degli operatori sul territorio (si parlò di USL, di distretti, di filtri e di forte recupero della componente prevenzione); poi, un pezzo della «contrattualistica» in corso, un pezzo essenziale quale la comunicazione «generica», che coinvolge tanta parte degli operatori medici e del mondo sanitario, non ha risorse. E il Ministro ha avuto la spregiudicatezza - ma devo dire anche la serietà - di dircelo molto francamente. Noi accogliamo queste informazioni e siamo pronti anche a lavorare per reperire queste risorse sia con operazioni sul comma 10 dell'articolo 1, che riguarda tutto il comparto pubblico, sia operando all'interno della tabella del Tesoro.

Quali sono le regole del gioco, attualmente, nel comparto pubblico, con tutta la contrattualistica in corso? Questi 1500-1800 miliardi, secondo la cronaca e le dichiarazioni dei singoli Ministri, che nella sua «funzione regolatrice» sta dipanando il ministro Gaspari, quali sono? Sono quelli relativi alla scuola? Quelli relativi agli enti locali? Quelli

relativi alle Regioni, alla sanità, ai corpi militari? Ci sono cioè per tutti? Però, se questo è vero, secondo l'andamento delle trattative in corso, non c'è un fondo sufficiente. E non è vero che nella tabella del Tesoro esiste già una partita esclusiva per la Sanità, perchè si tratta di una partita irrisoria destinata a quelle che sono le parametrizzazioni funzionali ai livelli (si tratta di una voce della tabella B): si hanno 99 miliardi per il 1987 ed oltre 200 miliardi per il 1988 e per il 1989, ma queste poche risorse non servirebbero, ammesso che fossero utilizzabili, se il Ministro mantenesse (come fa) nella fase contrattuale gli incrementi percentuali che ha annunciato e che hanno spostato l'attenzione ed acuito lo stato di agitazione generalizzato.

Quindi la domanda, precisa, che le rivolgo, signor Ministro, è questa: qual è la disponibilità reale che ha come «riserva», certamente ancora da definire nella fase e nel momento della firma? Nel momento in cui il Governo e la parte pubblica (Regioni, ANCI) si presentano alla trattativa, qual è la loro disponibilità manovrabile e per quali componenti dell'intero settore dell'impiego pubblico decentrato e, in esso, del servizio sanitario? Nel fondo si parla del 6, del 4 e del 3 per cento. Lei dunque ha ragione, l'ha detto e l'ha ripetuto più volte, ma tutto il resto dov'è? Guai a ricorrere nel 1987 a «drenaggi» improvvisi sul Fondo incidendo sulle risorse destinate al servizio ed al mantenimento dei suoi livelli. È già successo un'altra volta a livello regionale, con le code contrattuali. Credo che opportunamente gli assessori, unanimemente, di qualsiasi parte, hanno detto che non deve succedere più. Per essere più tranquilli, prima della fine dell'anno, dicevo, sia i sindacati che le istituzioni devono essere messi in grado di sapere come fare perchè questo non accada più.

Un altro tema che voglio affrontare riguarda non soltanto la quantità delle risorse per le finalità contrattuali o di gestione del servizio rispetto a determinate fasce di utenza, ma anche la qualità di questa spesa. Ammesso che il Fondo sanitario non sia sottostimato - ma secondo noi lo è per i motivi che abbiamo già esposto in altre occasioni e che dimostreremo con i nostri emendamenti - a quali fini è destinata questa spesa, questa massa ingente di risorse? Scusate se personalmente dimostro una certa «ignoranza» in proposito. Con il documento preliminare, infatti, è stato promesso al Parlamento un momento di verifica su questi temi. Inoltre, nella legge n. 595 del 1985, all'articolo 7, è contenuta la norma che reca il «Diritto alle prestazioni», e che impone al Ministro della sanità di riferire periodicamente al Parlamento sui livelli di prestazione e sulle modalità dell'erogazione delle prestazioni. Dunque, in base a ciò, noi chiediamo un momento di verifica sulla qualità della spesa rispetto alla utenza e alla generalità del paese. Sulla base di questa verifica, che deve comprendere la risorsa in conto capitale e la risorsa corrente, si dovranno apportare, poi, profondi ritocchi e modifiche. Il Ministro ha a disposizione un gruppo di consulenti particolarmente competenti in materia economica e sanitaria; perciò non dovrebbe costituire un problema preparare questa documentazione e riferire al Parlamento sullo stato dei livelli delle prestazioni sanitarie. Chiedo cortesemente al Ministro di riferire, nei tempi e nei modi opportuni, sulla manovrabilità delle risorse correnti ed anche su quello che il Governo si era impegnato a fare con il

documento preliminare: cioè fissare i livelli minimi di prestazione in tutto il paese e creare le condizioni normative ed operative per una eventuale perequazione nel territorio attraverso un riordino generale; questo impegno finora non è stato mantenuto.

Devo fare qualche osservazione anche per quanto riguarda il conto capitale. Siamo d'accordo con le richieste formulate dal ministro Donat-Cattin - lo siamo da tempo - ma forse il Ministro è andato oltre, perchè alla Camera dei deputati ha affermato che un investimento corretto e coerente, anche per un minimo di ammodernamento, dovrebbe costituire l'11 o il 12 per cento della spesa. Poichè il senatore Melotto sa bene come stanno le cose, egli, sia pure con un certo imbarazzo, ha dovuto ammettere che, attualmente, questa percentuale è del 4 per cento; il Ministro lo ha corretto dicendo che la percentuale oggi è poco più del 3 per cento. Ora, a noi non interessa tanto conoscere l'esatta situazione dell'esistente, ma interessa soprattutto che il Governo mantenga l'impegno di regolare il conto capitale del settore sanitario almeno al 7,5 per cento, come si è fatto per altri settori strategici, che sono strategici quanto la sanità o forse meno della sanità; addirittura, in qualcuno di questi settori si è fatto anche di più. Questo 7,5 per cento va riproposto, perchè i 1.680 miliardi previsti sono poche, a malapena sono il 3,35 per cento e non servono neanche a mantenere il servizio sanitario ai livelli attuali, che sono molto scarsi. È per queste ragioni che poi si viene a parlare di sfascio e di degrado sia nel Meridione che nel Settentrione. Teniamo presente, inoltre che il 7,5 per cento all'anno rappresenterebbe ancora una percentuale nettamente inferiore a quello che è stato il tasso di inflazione dal 1978 ad oggi. Da tutto ciò emerge chiaramente che non è possibile mantenere, nè tanto meno rinnovare, attrezzature ed immobili e, ovviamente tantomeno i servizi di prevenzione con questo scarso capitale. Comunque, ben venga la percentuale del 7,5 per cento, se mai verrà perchè sarebbe già qualcosa. Noi, a questo scopo, proporremo un emendamento, anche per vedere se alle parole seguiranno poi i fatti. Se ciò non dovesse avvenire significherebbe ricadere nel solito gioco delle parti - a cui noi non vogliamo abituarci - che è un gioco delle parti all'interno della stessa maggioranza che ormai mostra la corda.

Nel disegno di legge finanziaria sono stati individuati e finanziati dei settori senz'altro importanti, ma non certo più importanti del settore sanitario. Ad esempio, l'articolo 7 stabilisce un finanziamento straordinario di 6.700 miliardi per l'ANAS. Ora, ben vengano questi miliardi, perchè nel caso dell'ANAS sono essenziali e tutti sappiamo in quali condizioni si trovi il sistema viario del nostro paese. Con questo esempio voglio solo dimostrare che per alcuni settori essenziali i finanziamenti si trovano, mentre per altri no. Vorrei portare un altro esempio per dimostrare come i finanziamenti non vengano stabiliti in base ad una razionale strategia, ma in base ad una logica di spartizione territoriale e, forse, anche di spartizione pentapartita: si sono trovati gli stanziamenti per Venezia, Roma, Palermo e altre città, ma non si sono trovati, ad esempio, per Firenze e l'area dell'Arno. Ebbene, Firenze e la Toscana in generale hanno le stesse esigenze, sia nel campo sanitario che in quello delle grandi opere pubbliche, delle città alle quali non sono stati lesinati i finanziamenti, anzi in qualche caso si è andati ad un

esuberano formidabile rispetto alle proposte originarie. Come è possibile, allora, non riuscire a trovare quei 1.000 miliardi necessari per giungere a quel 7,5 per cento di cui parlavo poco fa? È inutile andare avanti con giusti ed accorati appelli - che anche il Ministro della sanità ha lanciato in diverse sedi - quando basterebbe apportare qualche aggiustamento ed operare con una certa coerenza logica.

Il Ministro ha affermato che non tutto delle risorse esistenti viene utilizzato. Per quale ragione non viene utilizzato l'esistente? Forse perchè vi è un certo degrado in tutto il sistema, nei poteri centrali da una parte e anche in alcune Regioni dall'altra, impegnati entrambi in una logica permeata da interessi categoriali, burocratici e microsettoriali. Abbiamo saputo che la gestione di queste risorse, in buona parte avviene tramite una commissione istruttoria all'interno del Ministero, quindi sostanzialmente in un rapporto di cogestione tra singoli assessori regionali e funzionari ministeriali. Se va bene, la ripartizione, dunque, avviene secondo logiche non note, perchè non vi è indirizzo, non vi è programmazione, non vi è progettazione centrale e decentrata, vi è solo tanta falsa «autonomia» di decidere al fuori degli organi rappresentativi competenti. Discutiamo di queste cose e cerchiamo di migliorarle, modificandole.

E si può cambiare, se si va verso il piano sanitario. A tal proposito, si è parlato anche qui di azioni programmate e di progetti-obiettivo. È passato un altro anno, ma questa «strategia» della 595 ancora non si riesce o non si vuole metterla in pratica. La presentazione del piano è prevista per il 31 dicembre (noto solo che si stabilisce sempre la fine dell'anno per queste scadenze: rientra nella logica «temporale» dei programmatori). Ben venga il piano sanitario nazionale anche il 15 gennaio, purchè si faccia, soprattutto se si fa in base alla logica della spesa qualificata per progetti e per l'utilizzo dei fondi di sviluppo in modo mirato. Cioè, il piano si faccia, se viene a realizzare quel minimo stabilito dalla legge n. 595, legge che aveva almeno in parte tentato di recuperare e rilanciare quella logica programmatica che il primo impianto della 833 si era prefisso.

Su tali questioni siamo pronti ad aprire un dibattito tempestivo e più approfondito e ad apportare le necessarie modifiche normative, anche in sede di presentazione degli emendamenti.

Per quanto riguarda l'articolo 8, comma 13, noto che riporta le componenti della spesa, la spesa di parte corrente e quella in conto capitale: a nostro avviso queste sono però incongrue, sia per quantità che per le modalità della loro attuale utilizzazione. Vi è poi il comma 14 che anzichè dare nuova concretezza alla logica di programmazione propone una cosa ovvia, la scorrevolezza triennale, che costituisce uno degli obiettivi precisi della legge n. 595, se solo la si applica.

Vi sono quindi motivi a sufficienza per richiedere ulteriori e più precise informazioni su tutte le questioni sollevate anche per poter meglio motivare e dare sostanza agli emendamenti che presenteremo. Spero si giunga presto ad un confronto serrato per vedere se al di là delle semplici parole vi è anche un reale desiderio di mantenere gli impegni assunti.

Concludo scusandomi per essermi dilungato troppo, ma sentivo il bisogno di sottoporre ed approfondire tutte queste osservazioni e

critiche, alcune anche in dettagli e con diverse sottolineature, sperando di dare un contributo che risolva in qualche passo in avanti del servizio sanitario.

CONDORELLI. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi chiedo scusa per non avere potuto ascoltare la relazione del collega Melotto dalla quale certamente avrei appreso molto e mi dispiace non aver potuto ascoltare gli interventi di altri colleghi a causa dei miei impegni alla Commissione pubblica istruzione. Vorrei fare ugualmente alcune considerazioni, perchè, al di là del significato delle cifre per quanto riguarda la legge di bilancio, bisogna sempre discutere in queste occasioni sul valore politico di queste cifre. Il mio discorso sarà franco, anche perchè il ministro Donat Cattin, persona che stimo molto, non cerca consensi facili ma semmai vuole delle verità. Proprio per questo vorrei fare alcune considerazioni.

La prima considerazione è che la cifra, finalmente realistica, di 46.000 miliardi, destinata al Fondo sanitario nazionale, potrà consentire una gestione degli stanziamenti che non costringa a fare ricorso a successivi provvedimenti di assestamento del bilancio. Un altro aspetto molto importante è costituito poi dall'eliminazione dei *tickets* per le visite specialistiche e la diagnostica strumentale, una misura che, oltre ad assumere un particolare significato politico, si rivela efficace ed intelligente, in quanto l'aumento dei ricoveri ospedalieri è dovuto principalmente al pagamento di *tickets* piuttosto elevati per poter usufruire di tali prestazioni.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, occorre adottare misure che portino ad una limitazione del consumo di farmaci, tuttora eccessivo anche se in netto calo per effetto di un'efficace politica attuata dal Ministero della sanità non già attraverso strumenti legislativi, bensì mediante una serie di iniziative e di circolari della Direzione generale dei farmaci. Al riguardo, ritengo opportuno sottolineare l'assoluta urgenza dell'esame del disegno di legge sulla sperimentazione dei farmaci; ci troviamo, infatti, in una situazione a dir poco indecente rispetto a quella di altri paesi (mi riferisco, in particolare, agli Stati Uniti d'America), che ci muovono continuamente critiche per non essere stati finora in grado di far fronte alle difficoltà del settore attraverso l'adozione di un'apposita normativa. Sono convinto che strumenti legislativi adeguati potrebbero senz'altro dare l'avvio ad una efficace politica del farmaco che agevolerebbe la produzione di medicinali innovativi e concorrenziali limitando, al tempo stesso, l'eccessivo potere delle imprese multinazionali che operano in questo comparto.

Il senatore Melotto si è soffermato, nella sua relazione, sul problema delle responsabilità periferiche, sottolineando la necessità di intervenire principalmente su tre livelli: quello delle Regioni, quello degli operatori sanitari e quello dei cittadini. La questione, peraltro, è piuttosto delicata e complessa, poichè non è certo facile tradurre in atti concreti determinati concetti.

Bisognerebbe, innanzitutto, stimolare nell'opinione pubblica la formazione di una vera e propria cultura della sanità; il cittadino dovrebbe, cioè, essere perfettamente consapevole dei costi e della qualità delle prestazioni offerte dal servizio sanitario nazionale. Non è

affatto giusto, del resto, che per poter usufruire di determinate prestazioni si debba ricorrere alle strutture private; occorre tener presente, tuttavia, che spesso ciò accade proprio perchè manca, nel Paese, un'adeguata cultura sanitaria.

Gli operatori sanitari rappresentano, a mio giudizio, i veri e propri ordinatori di spesa. Per quanto concerne, in particolare, le cliniche universitarie, si è passati da un tipo di gestione molto oculata, in quanto comportava anche controlli sui bilanci, ad un tipo di gestione come l'attuale, che non consente affatto di sapere quanto in realtà si spenda. Nessuno, infatti, sa - o si chiede - quanto costino i farmaci e le attrezzature. Se non si restituirà dunque alle strutture periferiche la responsabilità della gestione delle disponibilità finanziarie, la situazione non migliorerà ed i consumi saranno sempre elevati. È noto, del resto, che spesso sono stati recapitati agli ospedali farmaci ed attrezzature che non erano mai stati richiesti, solo perchè l'amministrazione così aveva disposto sulla base delle proprie valutazioni. Sprechi come questi devono quindi essere eliminati.

Mi soffermerò ora sui dati forniti dal relatore, circa i quali vorrei chiedere qualche chiarimento.

Stando a tali dati, negli istituti privati la durata media della degenza risulterebbe superiore a quella che normalmente si registra negli istituti pubblici. Ora, trattandosi di un fenomeno circoscritto, in pratica, alla medicina generale, ritengo che su di esso influisca una tendenza a ricorrere prevalentemente alle strutture private determinata non già da una cattiva conduzione delle strutture pubbliche, bensì dall'esigenza di non creare intasamenti negli istituti di ricovero e cura pubblici, il cui compito primario è quello di garantire prestazioni di alta diagnostica e terapie particolari, nonchè la cura delle malattie acute. Sarebbe, pertanto, opportuno che il relatore facesse chiarezza al riguardo proprio per evitare che dati come questi prestino il fianco ad interpretazioni errate.

Per quanto concerne poi la spesa regionale per l'assistenza farmaceutica, dagli elementi forniti dal senatore Melotto risulta che in Sicilia, in Campania ed in Puglia si spendono, per questo settore, somme di notevole entità. Occorre tener presente, a mio avviso, che si tratta di regioni che spendono meno di altre sia per il personale che per l'acquisto di beni e servizi. Credo, pertanto, che la situazione descritta sia imputabile soprattutto a talune carenze degli organismi preposti ai controlli, dovute principalmente alle insufficienze degli organici.

Un altro quesito riguarda i posti letto degli istituti di ricovero e cura pubblici e privati convenzionati. Dai dati forniti dal relatore si può constatare l'esistenza di forti disparità tra le varie regioni. Da un'attenta analisi del fenomeno, risulta però che tali disparità riguardano soprattutto il Lazio e la Lombardia. Si tratta, a mio avviso, di un fenomeno del tutto giustificabile, dovuto al fatto che in quelle regioni operano professionisti di alto prestigio; ciò determina, quindi, una costante emigrazione di pazienti dal Sud verso il Centro ed il Nord che, proprio per i motivi che ho testè esposto, può considerarsi ormai fisiologica.

Quindi credo che questo sia un fatto importante e da considerare con attenzione, fino a quando nelle varie regioni non si potranno creare

dei centri di altissima specializzazione che possano impedire questo fenomeno, tenendo però presente che la fiducia dei cittadini verso le istituzioni non può essere imposta con legge.

È chiaro che, se si vuole evitare l'emigrazione dalle zone dove non esistono delle strutture di altissima specializzazione, bisogna avere anche il coraggio di innovare e di trovare gli strumenti per poter inviare delle persone di grandissima capacità, con degli incentivi che possano rappresentare un'attrazione per la popolazione. Infatti i concorsi, i titoli di anzianità, sono cose veramente superate; in una nazione civile sono veramente ridicole; si tratta di sistemi di cooptazione degli ospedalieri addirittura assurdi, inimmaginabili per un paese civile. Certo, se si agisce in questo modo, si continuerà ad appiattare la sanità, anche laddove avrebbe bisogno di una grossa spinta.

Ora, sul problema dei posti convenzionati, vorrei dire qualcosa. Sono d'accordo su quello che credo sia concetto del Ministro, perchè sto cercando di captare questi pensieri laddove sono espressi, cioè in interviste, nei ritagli di giornali. Mi sembra di aver capito che il Ministro ritiene che, così come stanno le cose, questa ospedalità convenzionata non è corretta, perchè non si tratta di un ricorso al libero mercato, ma soltanto di un sistema pubblico vero e proprio dato in concessione ai privati, quindi di un sistema fuori del mercato, che non giova a nessuno: non giova ai pazienti, non giova allo Stato e neanche ai privati, perchè in questo sistema di convenzione ci può essere il pericolo che il privato, per guadagnare, risparmi sulla presentazione, cioè sul costo dell'offerta sanitaria. Questo è un pericolo reale.

Allora il rimedio potrebbe essere il ricorso ad un principio importantissimo, al quale credo ciecamente, proprio per la mia formazione democratica, liberale, cioè il libero mercato, attraverso un sistema che mi viene suggerito anche da certe idee che il Ministro ha avuto modo di esprimere in altre occasioni. Il concetto è questo: sarebbe più logico che l'offerta sanitaria, sia del pubblico che del privato, sotto il profilo del costo e della qualità, fosse contrattata dalle grandi categorie attraverso rappresentanti e amministratori da loro eletti. In questo modo si metterebbero in concorrenza il sistema pubblico e quello privato, ma nello stesso tempo si opererebbe anche un'azione di controllo nella gestione della spesa.

È ovvio, infatti, che ci sarà tutto l'interesse da parte di questi settori che hanno questo potere e capacità di controllare la qualità del servizio, di disdirlo se il servizio stesso risulta inefficiente. A questo punto, con questo sistema che mi sembra molto logico, lo Stato può benissimo anche pagare il costo dell'offerta sanitaria ai privati, ma a condizione che questi forniscano un servizio concorrenziale e di alta qualità.

In questo modo mi sembra che si potrebbe trovare una soluzione equilibrata e veramente utile, sia per lo Stato, sia per i cittadini, sia anche per il privato, che così verrebbe a svolgere un ruolo importante e qualificante nell'attività sanitaria.

Vorrei fare un'altra osservazione sulla tabella 19. Io vedo cancellate, decurtate quasi tutte le spese per la ricerca biomedica da parte del Ministero della sanità, e credo di averne capito il perchè: il Ministro dice che se non ha gli strumenti adeguati per gestire la spesa della ricerca biomedica, non la deve fare. Condivido pienamente questa

idea, però il problema della ricerca biomedica esiste ed è enorme. In sede di Commissione pubblica istruzione abbiamo avuto un grossissimo dibattito e devo dire che noi della maggioranza forse ci siamo messi in una posizione più rigorosa rispetto all'opposizione, tanto che alla fine abbiamo firmato un ordine del giorno, con i colleghi comunisti e della Sinistra indipendente, su questo grave problema della ricerca scientifica che in Italia è veramente trascurata.

Ora noi ci lamentiamo soprattutto del fatto che c'è una dispersione enorme di mezzi e non c'è un sistema univoco di coordinamento della ricerca nei vari settori. Noi pensiamo soprattutto, per quanto riguarda la ricerca biomedica, ad una specie di Consiglio nazionale per la ricerca di biologia e medicina (in cui siano rappresentati tutti i vari Ministeri interessati: della sanità, della pubblica istruzione, dell'industria eccetera) con poteri esterni, cioè indipendenti rispetto ai vari Ministeri per la gestione della spesa, il coordinamento e la programmazione. Questa è, secondo me, la via da seguire; il fatto che ci sia un Comitato preso il Ministero della pubblica istruzione, un Comitato presso il CNR, vari enti sparsi in tutta Italia, varie leggi (come la legge n. 46, eccetera), crea un disordine ed una dispersione di mezzi che non può continuare. È necessario avere un'idea esatta e continua di quello che avviene e della politica che deve essere seguita non soltanto, signor Ministro, nella ricerca finalizzata (che riguarda i grandi settore strategici dello Stato) ma anche nella ricerca spontanea, che è una cosa importantissima, perchè è la più innovatrice, cioè quella che può dare anche la possibilità di scoprire nella nazione i veri talenti. Infatti con la ricerca finalizzata si finanziano storicamente soltanto alcuni centri di alta ricerca, ma a noi non serve solo questo; noi vogliamo che in Italia emergano tutte le più belle intelligenze che hanno la capacità di creare innovazioni. Non vogliamo che queste intelligenze debbano trasferirsi all'estero, prendersi il premio Nobel all'estero.

Ritengo pertanto che vi debba essere un cambiamento di tendenza, un nostro grande impegno; dobbiamo agire tutti insieme, nessuno escluso, maggioranza ed opposizione, per far fronte ad un discorso così importante.

Un ultimo punto riguarda il problema della riforma sanitaria.

Noi abbiamo varato la cosiddetta «miniriforma» della USL, ma qualcosa di utile può discendere dalla riduzione dei componenti del Comitato di gestione e dalla distinzione dei ruoli della maggioranza e della minoranza. Non se la debbono prendere a male i colleghi dell'opposizione, ma si tratta di una necessità che risponde anche a un principio biologico fondamentale: sono necessari gli agonisti e gli antagonisti.

Non può esistere un organismo se non c'è questo meccanismo dell'agonismo e dell'antagonismo, è una necessità importante quindi questi due ruoli devono convivere. Naturalmente l'importante - lo sappiamo tutti, quindi non devo tenere una lezione su questo tema - sta proprio nell'ascoltare la voce degli antagonisti, perchè questi costituiscono la parte fisiologica più importante nella società, questo è il significato che vogliamo dare alle nostre parole. Voler risolvere i problemi della sanità con la «miniriforma» è come voler curare un tumore con un panno caldo.

Il grande problema, come anche il ministro Donat-Cattin ha sottolineato nella prima seduta di questa Commissione sui disegni di legge in discussione, è quello dell'anomalia del sistema. Il Ministro ha sostenuto che le Unità sanitarie locali sono degli enti che amministrano ed erogano dei servizi che non pagano, quindi spendono non avendo la responsabilità della spesa stessa, senza alcuna contrattazione anche rispetto alle prestazioni: questo è il vero nodo del problema.

Fra le varie ipotesi avanzate durante i nostri dibattiti, si sta facendo strada quella secondo la quale bisogna dare una capacità impositiva alle Regioni. Io personalmente sono contrario a questa idea, perchè tale meccanismo non darà certo efficienza alle Regioni inefficienti. Lei, signor Ministro, è originario dell'Italia settentrionale, quindi certe cose non le sa, ma io che sono del Meridione posso sostenere con certezza che, ad esempio, nella mia Regione un meccanismo del genere non potrà mai funzionare, semmai pagheremo più tasse, pagheremo cioè con un prezzo ancora più alto l'inefficienza delle Regioni; ciò, naturalmente, provocherà un enorme malessere nei cittadini, quindi è una via che non potrà essere mai imboccata. Mi sembra, invece, che l'ipotesi da lei avanzata in altre occasioni - non so se lei, signor Ministro, è ancora dello stesso parere - sia più logica. Infatti, lei aveva affermato che con l'attuale riforma sanitaria vengono sottratte alla capacità contributiva delle categorie sociali le prestazioni ed i loro costi, venendosi così a determinare la crescita dei passivi nelle gestioni. Allora, lei stesso aveva indicato una via per ovviare a ciò: permettere l'offerta dei servizi sanitari anche ai privati, in modo da far competere questi ultimi con il servizio sanitario pubblico sia sul piano dell'offerta che su quello della qualità e dei costi. Questa era la via da lei indicata, ed io sono perfettamente d'accordo. Naturalmente l'offerta privata e quella pubblica saranno scelte o scartate - parzialmente o totalmente - da amministratori espressi direttamente dalle grandi forze sociali differenziate le une dalle altre. L'iniziativa e la responsabilità delle forze della società devono, cioè, essere dominanti in un sistema di offerta mista: pubblica, sociale e privata. Ritengo che questo possa realmente rappresentare il meccanismo più logico. Con ciò non intendo dire che bisogna creare nuovamente il sistema mutualistico, ma creare un sistema che dia questa possibilità di contrattazione: da una parte le forze sociali e dall'altra l'offerta sanitaria pubblica e quella privata. Tra l'altro, con questo meccanismo sarà possibile anche una verifica ed un controllo continui della spesa anche in periferia, con un conseguente buon funzionamento di tutto il sistema.

Vorrei fare qualche altra osservazione su un problema che a me sta molto a cuore: la vivibilità e la qualità della vita negli ospedali. Il presidente Bompiani, in proposito, ha presentato un disegno di legge che spero sarà posto presto in discussione. In questa Commissione, d'altronde, non si può e non si deve parlare solo di numeri, anche perchè non siamo un sottocomitato del Ministero del tesoro, ma si deve parlare soprattutto di sanità ed avere ben presente ciò che implica questo concetto, anche sotto il profilo etico. Non ho mai capito perchè si debba chiudere un albergo, se igienicamente indecente, mentre un ospedale nelle stesse condizioni no. Secondo me gli ospedali devono avere almeno le stesse qualità degli alberghi di prima categoria,

altrimenti devono essere chiusi immediatamente, bisognerebbe essere molto drastici da questo punto di vista. Perchè questo accada sarebbe bene, allora, dare anche ai direttori degli ospedali una responsabilità amministrativa ed il potere di chiudere senza dipendere da nessuno. Si è lottato tanto contro i cosiddetti baroni per vedere poi il trionfo dei «ragionieri». Bisognerebbe dare maggiore responsabilità ed autonomia nell'ambito ospedaliero per tante ragioni: fra queste vi è la stessa manutenzione degli ospedali, che in alcuni casi sono giunti ad un livello di degrado indescrivibile. Talvolta, anzi spesso, si fanno delle collette fra il personale per riparare un vetro, cambiare una lampadina ed altre piccole cose, ma sono piccole cose che vengono notate subito dalle persone. La soluzione di questo, dunque, e di altri problemi etici estremamente importanti potrebbe portare ad un notevole miglioramento del livello di vita negli ospedali.

Vorrei concludere sollevando un'altra questione sulla quale il Ministro ha dimostrato una grande sensibilità: il problema delle persone non autosufficienti. Dobbiamo riconoscere che per questi poveri derelitti non abbiamo le strutture adeguate. Con l'aumento della durata della vita media, poi, questo problema si andrà sempre più ingigantendo; infatti in base ai dati statistici nel Duemila in Italia ci saranno un milione e mezzo di dementi. Questa è una grossa questione che dobbiamo affrontare con la massima urgenza. Possiamo prendere ad esempio i modelli e le strutture esistenti in Svezia; e, se lo Stato non intende porre rimedio a questo stato di cose, ciò potrebbe costituire una sfida per l'assistenza privata perchè trovi una idonea soluzione. Il collega Ranalli ha dimostrato di avere poca fiducia in quelle persone che si dedicano a questo problema privatamente, in perfetta buona fede e non a fini di lucro, invece, secondo me, bisognerebbe sapere sfruttare questa possibilità.

PRESIDENTE. Cioè il privato sociale, che spesso è particolarmente valido.

CONDORELLI. Esatto, il privato sociale, perchè caro collega Ranalli la grande sfida per il sistema pubblico è che quest'ultimo deve tentare di fare quello che fa il privato; è su questo terreno che sfido le persone, a prescindere da una mia concezione particolare della democrazia e del sistema che vede il privato in primissima linea insieme al pubblico.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola al relatore per la replica consentitemi di fare qualche breve considerazione. Innanzitutto, per sottolineare come questo dibattito si inserisca con assoluta continuità nel contesto delle dichiarazioni rese dal Ministro della sanità il 1° ottobre e, successivamente, di ciò che ha affermato nei dibattiti del 23 e del 29 ottobre. Devo dire, però, che, se è vero che la discussione sulla finanziaria e sul bilancio del Ministero della sanità costituisce sempre un'occasione per la verifica della politica sanitaria annuale del paese, è anche vero che l'assunzione di responsabilità da parte del ministro Donat-Cattin è molto recente rispetto all'esame di questi provvedimenti.

Quello che vorrei maggiormente sottolineare è la necessità di superare certi accenti di scoraggiamento sull'attività che svolge il Parlamento in questo momento, questo senso di frustrazione, emerso anche da qualche intervento di oggi, perchè non credo sia giustificato.

Non condivido affatto il senso di frustrazione emerso in taluni interventi, anche se devo dare ragione a chi sostiene che non si sono potuti trattare temi di ampio respiro poichè la Commissione ha dovuto affrontare una serie di problemi contingenti la cui soluzione appariva urgente. È vero che alcuni disegni di legge di particolare importanza sono rimasti fermi; è altrettanto vero, però, che le cause di tale ritardo sono imputabili a diversi fattori, non ultima la crisi di Governo che la scorsa estate ha paralizzato l'attività parlamentare. Mi auguro, pertanto, che si possa ritrovare al più presto quel clima di costruttiva operatività che ha caratterizzato la prima parte della presente legislatura e che ha consentito di produrre poche polemiche e molti atti concreti, diversamente da quanto, purtroppo, accade da qualche mese a questa parte. Auspico quindi che tutti gli ostacoli vengano rapidamente superati e che possa essere sollecitamente completato l'iter di importanti provvedimenti.

Per quanto riguarda la programmazione, ritengo opportuno ribadire il principio - da tutti, peraltro, condiviso - che l'impianto complessivo della riforma sanitaria poggia soprattutto sull'attività programmatica, senza la quale, del resto, la legge non potrebbe trovare adeguata attuazione, come, d'altro canto, è ampiamente dimostrato dalle esperienze precedenti. Occorre riconoscere, tuttavia, che deve innanzitutto essere sciolto il seguente importante dilemma: o si cambia la struttura della riforma sanitaria rinunciando, in tal modo, alla programmazione oppure si programma al giusto livello, apportando alla riforma medesima le modifiche che si rendano necessarie. Come si ricorderà, nel varare la legge n. 595 del 1985 il Parlamento affidò al Governo il compito di predisporre il Piano sanitario nazionale, che però non è ancora stato presentato. Al riguardo, devo richiamare l'attenzione dei colleghi sulle dichiarazioni rese dal Ministro alla Commissione nello scorso mese di ottobre, nelle quali il rappresentante del Governo non negò affatto la necessità di un'adeguata programmazione, ma fece presente di non poter condividere la bozza di piano che aveva, per così dire, ereditato dal suo predecessore, poichè riteneva opportuno dare al piano sanitario nazionale i contenuti di una vera e propria riforma.

Ora, se si considerano la mentalità dell'italiano, la formazione culturale di coloro che operano nel settore sanitario a tutti i livelli, la concezione che della vita ha la gente e le notevoli differenze - di vario genere - tra una Regione e l'altra, appare evidente che non è certo facile predisporre un piano sanitario nazionale. Infatti, gli *standards* della programmazione devono essere vincolanti perchè il piano stesso possa avere un senso. Pertanto, qualora si verificasse l'ipotesi di un sempre più ampio decentramento delle responsabilità di gestione, con riferimento sia all'acquisizione di risorse che alle spese, gli enti locali dovrebbero necessariamente procedere alla programmazione, dalla cui logica non si può in alcun modo prescindere.

ROSSANDA. Alcune Regioni hanno già predisposto i rispettivi piani.

PRESIDENTE. Proprio per questo, senatrice Rossanda, è necessario compiere un ulteriore passo avanti.

Perchè, dunque, non esaminare i piani finora predisposti? Perchè non chiedere chiarimenti in proposito agli assessori? Perchè non invitare gli amministratori degli enti locali ad esporre le difficoltà che hanno incontrato? Non si tratta, onorevoli colleghi, di stabilire chi sia il primo o l'ultimo della classe, ma di accertare i motivi per i quali alcune Regioni hanno già elaborato la terza stesura dei rispettivi piani, mentre altre sono ferme magari alla seconda. Così facendo sarebbe possibile, a mio avviso, acquisire elementi sugli ostacoli incontrati dalle amministrazioni locali e sui meccanismi eventualmente attivati per superarli, tracciando un quadro complessivo della reale situazione del settore sanitario. Verrebbe in tal modo placata, almeno in parte, l'attuale polemica sulla programmazione.

Devo riconoscere che, da questo punto di vista, le conclusioni dell'indagine conoscitiva svolta dalla Commissione hanno in qualche misura deluso le aspettative. Infatti, mentre da parte di alcuni degli intervenuti (citerò, a titolo di esempio, i rappresentanti degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) è stata manifestata piena disponibilità a collaborare con la Commissione, di tutti gli assessori regionali al riguardo interpellati soltanto tre hanno fornito una documentazione, nonostante le ripetute sollecitazioni rivolte alle Regioni. Si pone, pertanto, il problema dell'effettivo ruolo che si intende attribuire al Parlamento: se cioè lo si consideri una sede di puro e semplice dibattito teorico o se invece non lo si ritenga concretamente impegnato in una continua verifica sia delle linee di politica generale che dell'attuazione e del rispetto delle leggi.

Per quanto concerne il riordino degli ospedali, sono state rivolte al Governo sollecitazioni circa l'applicazione della legge n. 595 del 1985, alle quali intendo peraltro associarmi. Infatti, ad oltre un anno di distanza dalla sua approvazione le Regioni non hanno elaborato alcuna proposta di riordino degli ospedali. Ebbene, i casi sono due: o le norme che il Parlamento approva sono pura utopia al punto tale da non poter essere rispettate nella maniera più assoluta, oppure bisogna abbandonare l'idea che al riassetto del settore debba provvedere principalmente il Ministero e affidare tale compito alle Regioni, sulle quali ne ricadrebbe peraltro l'intera responsabilità.

Per quanto riguarda i *tickets*, devo ricordare che già nello scorso mese di settembre fu proprio lo stesso Governo a riconoscerne la sostanziale inefficacia ai fini del contenimento della spesa.

Però questa Commissione, soprattutto su quelli che riguardano la diagnostica strumentale che sono di data molto più recente rispetto a quelli sui farmaci, aveva unanimemente fatto delle riserve.

Naturalmente ci possono essere delle posizioni diverse sul piano politico generale; però non c'è dubbio che c'erano state delle riserve, e, comunque, avevamo accettato il mantenimento dei *tickets* solo a titolo sperimentale e a condizione che se ne verificasse l'utilità reale anche ai fini economici. Inoltre per quanto riguarda i *tickets* sui farmaci, non dimentichiamo che il problema risale al 1974, perchè non sono stati introdotti dopo la riforma e non è stato un colpo di maggioranza degli ultimi anni; si tratta di una norma approvata nel 1974, cioè prima della

riforma sanitaria, quando passarono alle Regioni le competenze. Dobbiamo perciò essere coerenti nella lettura dei documenti attraverso la storia.

Perchè non funzionano i *tickets* sulla diagnostica e funzionano - entro certi limiti - quelli sulle medicine? Perchè la riscossione dei *tickets* sulle medicine è un fatto amministrativo puro e semplice, affidato perifericamente alle farmacie; c'è un controllo e una scorrevolezza del sistema. Non funzionano quelli sulla diagnostica perchè appesantiscono la burocrazia e impongono difficoltà enormi.

Quindi, al di là di quelle che possono essere le posizioni etiche sul *ticket*, che noi tutti condividiamo (sarebbe certamente preferibile non esistessero), ci sono delle difficoltà reali e questo spiega perchè il Governo abbia preso quest'altra via.

Circa la riforma del Ministero, altro tema affrontato con grande impegno, devo dire che certamente (dato previsto già dalla legge n. 833) il fatto che in bilancio quest'anno vi siano anche fondi stanziati per la riorganizzazione del Ministero stesso fa pensare che ci si avvii a qualche cosa di più produttivo, per la nota ragione che, in generale, studi, ricerche e così via hanno un loro costo, e che comunque si delinea una volontà di fare. Riconosco peraltro che l'istituzione del Ministero dell'ambiente pone una tematica abbastanza delicata, che riguarda anche il problema della tabella 22 sulla quale non siamo stati richiesti d'esprimere un parere penso a ragione, perchè quest'anno si trattava soprattutto di produrre la prima struttura burocratica del Ministero e quindi la valutazione sulla tabella 22 è stata affidata alla Commissione affari costituzionali, con molta correttezza; quando il prossimo anno avremo già una certa azione del Ministero dell'ambiente e ci sarà da coordinarla con le azioni sanitarie, ecco che i nodi verranno al pettine e si porrà anche il problema di una ristrutturazione degli uffici per vedere fino a che punto le competenze che sono passate al Ministero dell'ambiente non verranno ad interferire con le competenze del Ministero della sanità, non tanto in termini di concerto (questi sono previsti molto largamente), ma in termini generali, cioè in termini di uffici, di competenze, oltre che di concerti. Questo è un problema che sarà molto opportuno mettere per tempo all'esame della Commissione, perchè è pur vero che la tabella 22 prevede decreti del Ministro del tesoro che dovrebbero finanziare il trasferimento di funzioni, beni e personale che, in base alla citata legge n. 349, istitutiva del Ministero dell'ambiente, deve essere definito comunque con decreto del Presidente del Consiglio. Allora sarebbe utile che il Governo fornisse informazioni su tale decreto di trasferimento, sui criteri adottati, in modo di avere un quadro più completo, ed essere consapevoli di quanto anche delle funzioni sanitarie viene trasferito all'Ambiente.

L'ultima questione è quella dei progetti-obiettivo della ricerca finalizzata con fondi regionali, ferma rimanendo al di fuori di tutto il discorso quella che può essere la ricerca finalizzata del CNR, la ricerca di base dell'Università, e così via.

Certo, debbo dire che la politica dell'introduzione di progetti-obiettivo e di ricerca finalizzata non è degli ultimissimi anni ma risale come prima idea al 1977, prima ancora della riforma sanitaria, chi era in Parlamento lo ricorda; la prima richiesta di progetti-obiettivo fu fatta

nei settori materno-infantile, e di tutela degli anziani e dei lavoratori. Nel bilancio della Sanità del 1977, ancora presente il ministro Dal Falco, questa idea è stata mano a mano precisata anche nella sua consistenza burocratica, cioè nelle linee secondo le quali poteva essere svolta.

Riconosco che ci sono state molte lentezze nell'attivare il dispositivo dei progetti-obiettivo; ci sono state delle difficoltà; non si è forse capita l'importanza che poteva rappresentare questo meccanismo per la soluzione di alcuni problemi fondamentali, primo fra i quali il rapporto fra il sociale e il sanitario.

Ora devo dire che almeno per quanto mi riguarda (sono convinto di esprimere anche l'opinione di molti della nostra area) non si può rinunciare ad una modalità integrata di intervento per queste «povertà», nel senso di un'assistenza socio-sanitaria, perchè di ritornare alla spaccatura fra la beneficenza comunale e l'assistenza sanitaria pura e semplice noi non ce la sentiamo. Lo diciamo con molta energia anche al Ministro della sanità, perchè si tratta di un impegno preso nell'ultimo Congresso del partito della Democrazia cristiana, che si è svolto tutto all'insegna della ristrutturazione dello Stato sociale, non di quello assistenziale; quindi siamo fermamente convinti (esco al di fuori della mia funzione di Presidente, per diventare un membro di questa Commissione) nel sottolineare questa necessità.

Certo, attraverso varie leggi (le finanziarie del 1983, 1984, 1985) abbiamo sempre più precisato le modalità con le quali costituire un fondo a destinazione vincolata. Ora, il vero problema da più parti sollevato, per quanto riguarda il famoso comma 14 dell'articolo 8, è di far saltare il Fondo (per lo meno ci può essere questa ipotesi) a destinazione vincolata. Questo evidentemente non sta bene a nessuno di noi, lo dico con molta sincerità, perchè sono convinto - e lo dico con tutta consapevolezza - che anche la rivalutazione, pur giusta, anzi giustissima, della cosiddetta professionalità attraverso il meccanismo stipendiale non è sufficiente se non si mettono poi dei fondi a disposizione per impegnarsi più concretamente in determinati settori e in determinate ricerche. Non basta pagare di più le persone se non c'è anche la possibilità di pilotare il tutto attraverso dei progetti centrali di alto livello, che non dico debbano essere di ricerca pura (non l'ho mai detto, non l'ho mai sostenuto e credo che nessuno in questa Commissione lo potrebbe sostenere) ma che abbiano una finalizzazione molto precisa.

Ora, a parte ciò che abbiamo stabilito con la legge n. 595, con atto di indirizzo e coordinamento, il 9 luglio 1985 «Linee direttive per la formazione di programmi di utilizzazione delle quote del Fondo sanitario nazionale con vincoli di destinazione a norma dell'articolo 17, eccetera, eccetera», il Governo ha preso posizione ed ha dato delle linee di comportamento alle Regioni per poter inviare i programmi, valutare questi ultimi e così via. Devo dire che manca ora l'ultimo anello della catena, cioè il modo in cui vengono valutati questi programmi, come vengono stimolati, una conoscenza precisa che rivendico alla Commissione, sempre chiedendo al Governo che ci informi in maniera dettagliata su che cosa è stato fatto in questo settore, quali programmi sono stati approvati, qual è lo stato di avanzamento dei progetti-

obiettivo e delle linee di ricerca, oltre che di formazione e aggiornamento del personale, dell'educazione sanitaria e così via, che confluiscono tutte nelle attività coperte da fondi a destinazione vincolata.

Qualora anche si volesse trasferire alle Regioni completamente un fondo sanitario autonomo, con capacità di prelievo e di spesa autonoma, le Regioni dovrebbero comunque mantenere un fondo a destinazione vincolata per queste attività. Non credo che si possa uscire da questa logica; c'è la necessità di pilotare in qualche modo l'azione di miglioramento, cioè l'azione qualitativa, che costituisce il vero progresso della sanità, altrimenti rimarremo sulle spese correnti. E qui dobbiamo dire, purtroppo, che gran parte del bilancio fa riferimento alle spese correnti (anche il relatore aveva davanti in gran parte soltanto il problema delle spese correnti), in qualche modo è avvilente pensare che dobbiamo ogni anno parlare di spese correnti e non di progresso di spese per investimento.

Vi è però questo documento, che è la relazione previsionale e programmatica per il 1987 presentata dal Governo, in cui si sottolinea che le Unità sanitarie locali nel primo trimestre dell'anno in corso hanno realizzato un sostenuto ritmo di crescita, caratterizzato dall'attività di questi enti nell'ultimo triennio nel campo degli investimenti. Questo significa che a livello di Usl sta forse aumentando l'impegno per spese in conto capitale.

Un'ultima osservazione che desidero fare è di ordine generale. Se calcoliamo il bilancio del Ministero della sanità per il 1987 possiamo vedere che - su 680,777 miliardi - 128,500 miliardi sono residui passivi, cioè circa il 18 per cento; devo dire che questa percentuale mi sembra piuttosto elevata, quindi si dovrebbe cercare di rimediare a questo stato di cose. Ad esempio, per quanto riguarda il Centro studi, i residui passivi addirittura superano le spese di gestione, come è possibile che vi siano difficoltà di investimento in questo settore? È paradossale! Ritengo che esistano dei problemi che forse possono essere facilmente risolti, quindi cerchiamo di attivarci in questo senso.

Desidero ringraziare il relatore, senatore Melotto, per l'opera svolta in questo dibattito ed i colleghi per l'estrema attenzione - sia pure espressa in maniera piuttosto vivace - dimostrata per i problemi più spinosi riguardanti il settore sanità.

Poichè nessun altro chiede di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale. Debbono ora essere illustrati alcuni ordini del giorno non illustrati nel corso della discussione generale.

ONGARO BASAGLIA. Signor Presidente, l'ordine del giorno sulla tabella 19, che illustrerò a nome del Gruppo della Sinistra indipendente e del Gruppo comunista, riguarda il settore dell'assistenza psichiatrica.

Partendo dalla constatazione della totale insufficienza delle attività e delle funzioni del Ministero della sanità nel settore della psichiatria così come descritte dalla tabella 19, attività che sembrano in questo settore attualmente giunte a un punto di crisi non più sostenibile e semplicemente orientate a sostenere il procedere del lungo *iter* parlamentare relativo alla modifica della legge n. 180 anzichè alla realizzazione urgente dei servizi necessari, si sente la necessità di creare un organismo centralizzato, rappresentativo delle Regioni, che sia in

grado di fornire al Ministero stesso elementi concreti sull'andamento delle singole realtà, tali da consentire e sollecitare le indispensabili linee di indirizzo e coordinamento che il Ministero non ha finora emanato e i provvedimenti più urgenti nelle Regioni finora inadempienti.

Parto da alcune premesse molto schematiche per motivare la nostra proposta. 1) All'interno della riforma sanitaria la psichiatria è il solo campo nel quale si disciplina l'abolizione integrale del precedente assetto istituzionale (gli ospedali pubblici e privati) in favore di nuovi modelli di intervento. 2) Nessuno dei progetti di legge attualmente in discussione alla Commissione sanità della Camera dei deputati intende riaprire al funzionamento i precedenti istituti manicomiali e, viceversa, tutti intendono istituire, in forme diverse fra loro, nuovi tipi di servizi, territoriali e/o residenziali. 3) In questo senso qualunque sarà l'esito del dibattito parlamentare si tratterà comunque - in un paese nel quale fino al 1978 la sola struttura psichiatrica nella maggioranza delle regioni era l'ospedale psichiatrico provinciale - di creare *ex novo* una rete di strutture nei territori che tuttora ne sono privi, o di valorizzare o correggere quelle esistenti, nati dopo la legge di riforma. 4) La letteratura nazionale e internazionale (come risulta tra l'altro dal parere dell'Istituto superiore di sanità, presentato al Comitato ristretto della Camera dei deputati e dall'esperienza di quei territori regionali dove è in corso di realizzazione la riconversione o sostituzione del precedente assetto istituzionale) e gli stessi dati dell'indagine CENSIS sullo stato attuale delle strutture psichiatriche e sulle politiche regionali dagli anni Sessanta ad oggi, evidenziano che l'abolizione di un istituto quale quello manicomiale non può essere supportata dai malati, dalle loro famiglie, dalla restante parte del servizio sanitario nazionale e dalla società in generale, quando si concretizzi come puro vuoto di servizi - il 14 per cento di persone vivono in unità sanitarie locali totalmente sprovviste di servizi psichiatrici - o come pura e semplice dislocazione nel territorio di ambulatori aperti poche ore alla settimana o di posti letto ospedalieri senza alcun collegamento con il momento territoriale.

Si vuole dunque sottolineare il fatto che l'abolizione dell'ospedale psichiatrico e la creazione di una nuova rete di strutture impongono operazioni complesse sia dal punto di vista istituzionale che amministrativo, che siano in grado cioè, come dimostrano le Regioni che hanno avviato la costruzione di una rete efficace di servizi, di far fronte a problemi come quello di reperire nuove fonti di finanziamento per l'acquisizione di strutture e di personale; qualificare e riqualificare il personale nuovo e quello eccedente degli ospedali psichiatrici; programmare il risanamento e il riutilizzo degli ospedali psichiatrici; raccordare le spese e le strutture del servizio sanitario nazionale con gli interventi di tipo sociale, che in questo genere di disturbi sono rigorosamente necessari per un decorso positivo; coordinare e riformulare competenze - oggi in mano a diversi enti locali - e funzioni di cui sono titolari gruppi istituzionali diversi, spesso non comunicanti (medicina territoriale, servizi sociali, amministrazioni della giustizia civile e penale) fronteggiare una serie di problemi nuovi che si pongono quando si voglia mantenere il più possibile il malato nel suo contesto di vita o reinserirlo successivamente.

Tutto ciò premesso, desideriamo presentare il seguente ordine del giorno:

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

premessi che:

dal 1978, anno dell'approvazione della riforma psichiatrica, solo le Regioni del Nord hanno istituito su tutto il territorio sistemi di servizi sostitutivi dell'internamento, mentre parte del Paese ne è totalmente sprovvista, e la maggioranza delle Regioni esprime grosse difficoltà a dare attuazione alle disposizioni delle leggi regionali vigenti in materia;

il settore nel suo complesso è a un punto di crisi non più sostenibile con disagio per i malati, le famiglie e gli operatori;

presso il Ministero della sanità non esiste alcun organismo in grado di sollecitare l'istituzione e l'organizzazione dei servizi in questione,

impegna il Ministro della sanità:

a promuovere l'istituzione di un organismo consultivo nell'ambito del Consiglio sanitario nazionale, composto da amministratori ed esperti, al fine di sollecitare iniziative e provvedimenti urgenti nel campo dell'assistenza psichiatrica, in particolare nei confronti delle unità sanitarie locali ancora totalmente sprovviste di servizi, nonché di proporre al Ministero e alle Regioni stesse azioni di indirizzo e coordinamento basate sulla conoscenza diretta delle diverse realtà regionali».

(0/2059/1/12-Tab. 19)

ONGARO BASAGLIA, ALBERTI, IMBRIACO, RANALLI

RANALLI. Signor Presidente, mi limiterò a dare lettura dell'ordine del giorno da me presentato, insieme con altri colleghi, alla tabella 19 del disegno di legge di bilancio, relativa allo stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1987, poichè ritengo che lo stesso si illustra da sè:

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

considerato che l'ISPESL svolge funzioni di prevenzione e sicurezza del lavoro, nonché di consulenza e formazione del personale delle unità sanitarie locali;

considerate le delicate ed importanti funzioni proprie di detto istituto;

ritenendo preoccupante la riduzione che in sede di assestamento di bilancio è stata portata ai finanziamenti ad esso destinati nella misura di 1.200 miliardi per la cassa e di 1.200 miliardi per la competenza, riduzione motivata dalla presenza di residui attivi di rilevante entità, peraltro da attribuirsi a inadempienze e ad una gestione non conforme alle prescrizioni dell'articolo 23 della legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978;

considerato infine, che la legge n. 595 del 1985, che detta norme per la programmazione sanitaria, assume l'intervento del settore prevenzione tra le priorità del piano stesso,

impegna il Governo:

a relazionare sullo stato e sui programmi dell'attività svolta dall'ISPESL a livello centrale e periferico;

ad attivare con urgenza interventi rivolti a potenziare, di intesa con le Regioni, l'attività di ricerca nel campo della sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro;

ad intensificare e potenziare la già avviata collaborazione dell'ISPESL con le unità sanitarie locali, in modo particolare per quanto concerne l'utilizzo di personale nell'attività periferica di competenza dell'istituto;

a dare attivazione con apposito decreto al nuovo tariffario per le attività già svolte dai disciolti ENPI e ANCC, secondo l'aggiornamento approvato dal comitato amministrativo dell'ISPESL già nel 1985».

(0/2059/2/12-Tab. 19)

RANALLI, MERIGGI, LIPPI, IMBRIACO, ROSSANDA, CALÌ

ROSSANDA. Signor Presidente, mi limiterò anch'io a dare lettura dei due ordini del giorno da me presentati, insieme con altri colleghi, al disegno di legge finanziaria, poichè ritengo che gli stessi si illustrino da sè.

Il primo, di particolare importanza per le donne, è così formulato:

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

considerato che le finalità della legge n. 405 del 1975 «Servizi consultoriali» e n. 194 del 1978 «Norme sulla tutela della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza», devono trovare attuazione anche attraverso le disposizioni previste dalla legge finanziaria per il 1987,

impegna il Governo:

a) ad adottare le misure necessarie per favorire l'estensione dei servizi consultoriali nelle aree meno servite, soprattutto nelle regioni meridionali, ed una più elevata qualificazione delle attività degli stessi;

b) a promuovere attività di ricerca scientifica nel campo della contraccezione e il trasferimento in Italia dei risultati più avanzati raggiunti in tale campo all'estero;

c) ad attivare iniziative per la formazione del personale che opera nei servizi consultoriali e nel settore materno-infantile, per favorire una più corretta procreazione responsabile e la prevenzione del ricorso all'aborto;

d) ad assumere gli atti e le iniziative necessarie per l'adozione e la diffusione delle metodiche di interruzione della gravidanza che presentino le maggiori garanzie per la salute delle donne ed evitino per quanto possibile il ricovero ospedaliero;

e) a garantire la gratuità delle prestazioni farmaceutiche per la contraccezione, per l'interruzione di gravidanza e per la tutela della maternità, come stabilito nella già richiamata legge n. 194;

f) a riprendere e completare la campagna "azione donna" promossa dal Ministero della sanità;

g) ad intraprendere iniziative per consentire e promuovere l'informazione sui problemi della sessualità nelle scuole».

(0/2051/1/12)

ROSSANDA, LIPPI, RANALLI, IMBRIACO, MERIGGI, BELLAFIORE VITO

Al riguardo, ricordo che si è svolto di recente, presso l'Istituto superiore di sanità, un convegno nel corso del quale è stata rilevata la persistente carenza di informazioni, alla quale si potrebbe peraltro far fronte anche attraverso una idonea revisione del prontuario terapeutico e mettendo a disposizione delle donne tutti i dati di cui possano avere bisogno.

Il secondo ordine del giorno riguarda, invece, i problemi connessi all'assetto del personale, che assumono particolare rilevanza proprio ai fini di una corretta attuazione della riforma ed è così formulato:

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

considerato che la politica del personale è la base di un buon funzionamento del servizio sanitario nazionale e che di essa sono elementi indispensabili una presenza quantitativamente e qualitativamente adeguata e una disponibilità piena del personale per il servizio sanitario nonché una sua qualificazione e competenza;

ritenendo che sia per questo più che mai necessario andare ad una rapida soluzione del rinnovo dei contratti del personale del servizio sanitario nazionale e delle convenzioni;

considerato che il disegno di legge finanziaria per il 1987 prevede a copertura della relativa spesa solo poco più della somma corrispondente ai tassi d'inflazione programmata per il personale del servizio sanitario nazionale e non prevede alcuno stanziamento per il rinnovo delle convenzioni, come ha esplicitamente ammesso il ministro Donat-Cattin alla Commissione sanità del Senato nella seduta di giovedì 27 novembre;

impegna il Governo:

a garantire con il disegno di legge finanziaria per il 1987 un'adeguata copertura per i contratti e le convenzioni, in maniera di evitare che si verifichi quanto occorso negli anni passati ovvero che una quota del contratto finisca col pesare sul fondo sanitario nazionale di parte corrente;

a considerare l'opportunità di abolire il blocco degli organici delle USL».

(0/2051/2/12)

ROSSANDA, LIPPI, IMBRIACO, RANALLI, CALÌ, MERIGGI

È da rilevare, peraltro, che molti assessori regionali alla sanità hanno ripetutamente fatto presenti le difficoltà di attuazione delle

deroghe concesse dal Ministero alle Regioni per l'espletamento dei concorsi, date le lentezze che caratterizzano le relative procedure.

LIPPI. Signor Presidente, mi limiterò anch'io a dare lettura dell'ordine del giorno da me presentato, insieme con altri colleghi, al disegno di legge finanziaria, poichè i problemi nello stesso affrontati sono già stati ampiamente trattati nel corso del dibattito.

Il testo dell'ordine del giorno è il seguente:

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

considerato che anche il *ticket* sulle prescrizioni farmaceutiche e sui farmaci così come quelli sulle prestazioni diagnostiche e di laboratorio si è dimostrato, alla prova dei fatti, uno strumento non idoneo nè ai fini di contenimento della spesa, nè ai fini di disincentivare forme di ricorso improprio ai farmaci e alle predette prestazioni;

rilevato che, anzi, il *ticket* stesso rappresenta ormai una vera e propria tassa sulla malattia e comporta, oltre che costi di gestione, per talune prestazioni, superiori al gettito, un appesantimento burocratico e un disagio sempre più grave e intollerabile nel rapporto fra servizio sanitario, farmacie e utenti;

rilevato altresì che l'attuale sistema delle erogazioni di farmaci dà adito, come denunciato anche con recenti iniziative del Ministro della sanità in carica, a forme di estesa corruzione e immoralità,

impegna il Governo a:

addivenire dal 1° gennaio 1987 alla eliminazione di tutti i *tickets* nel campo della sanità pubblica;

realizzare in tempi rapidi e certi una rigorosa e selettiva ristrutturazione del prontuario terapeutico del Servizio sanitario nazionale, secondo quanto già previsto anche dall'articolo 32 della legge 27 dicembre 1983, n. 270;

determinare misure di indirizzo e di controllo degli operatori del Servizio sanitario nazionale idonee a favorire la prescrizione e l'uso corretto dei farmaci anche mediante appropriate campagne a direzione pubblica di aggiornamento scientifico degli operatori e di educazione sanitaria degli utenti».

(0/2051/3/12)

LIPPI, IMBRIACO, CALÌ, BELLAFFIORE Vito,
ROSSANDA, MERIGGI

SELLITTI. Signor Presidente, mi limiterò a dare lettura dell'ordine del giorno da me presentato, insieme con il senatore Muratore, al disegno di legge finanziaria, poichè l'argomento è già stato oggetto di ampia discussione nel corso del dibattito.

L'ordine del giorno è così formulato:

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

considerato:

che l'ANCI, l'UNCEM e le Regioni hanno evidenziato la funzione organizzatoria del contratto del comparto della sanità e la necessità di

tener conto, per una corretta individuazione dei modelli organizzativi, della valorizzazione del ruolo, dei compiti e delle responsabilità della dirigenza in considerazione delle particolari funzioni attribuite;

che per la valorizzazione delle «professionalità di maggior rilievo» si sono anche pronunciate le parti (forze sociali e Governo) al tavolo delle trattative per il rinnovo dei contratti nel pubblico impiego in data 31 ottobre, come da documento congiuntamente firmato da CISL, CGIL, UIL e CIDA;

preso atto:

che alla dirigenza amministrativa delle USL non può esclusivamente essere conferito, in virtù dell'equipollenza fissata dalla tabella 2 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, un trattamento economico ancorato alla retribuzione dei dipendenti statali, se si vuole da un lato realizzare la lotta agli sprechi nella gestione delle USL e dall'altro vedere la dirigenza amministrativa svolgere un ruolo rilevante e manageriale;

dell'urgente necessità, anche alla luce dei diversi disegni di legge presentati in Parlamento che attribuiscono alla dirigenza amministrativa una funzione di responsabilità nella gestione della sanità, di incentivare e coinvolgere nel «rischio di impresa» la dirigenza, in conformità allo spirito ed alla lettera dell'articolo 51 della legge n. 833 del 1978;

impegna il Governo:

a finalizzare l'occorrente parte degli stanziamenti miranti alla rivalutazione della professionalità, alla istituzione, in sede di trattative ed in sede di emanazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivi gli accordi sindacali del personale della sanità, di un'adeguata indennità di responsabilità gestionale, giustificata dalla partecipazione al «rischio di impresa» di cui all'articolo 51 della legge n. 833 del 1978».

(0/2051/4/12)

SELLITTI, MURATORE

PRESIDENTE. Lo svolgimento degli ordini del giorno è così esaurito.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 2051*. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, la mia replica sarà abbastanza breve.

Ringrazio tutti i colleghi intervenuti, anche per le cortesi espressioni che hanno avuto; ho cercato, quest'anno, in linea con la finanziaria, di essere abbastanza stringato, ridotto all'essenziale, anche perchè credo che l'importante fosse andare al nocciolo delle questioni, dando per acquisito tutto il dibattito che c'è stato in questa Commissione, nel Paese, tra le categorie, tra le forze sociali, soprattutto in questi tre anni. Credo si sia trattato di un dibattito che ha inciso e che ha integrato le nostre posizioni.

È emerso da parte di tutti, in particolare dai senatori Ranalli, Lippi, Condorelli, Bompiani, che qui, mentre la finanziaria è coerente con

l'ordine del giorno del settembre scorso, purtroppo sono mancati i provvedimenti collaterali, per cui indubbiamente la manovra rischia di spostare ancora di un anno quella governabilità che abbiamo chiesto e che credo lo stesso Ministro, nella relazione dell'ottobre scorso, ci aveva illustrato.

Fra i provvedimenti collaterali primeggia su tutti, a mio avviso, il Piano sanitario nazionale, senza del quale è difficile avere delle medie razionali, anche se scarnificando le singole voci alla fine i parametri vengono lo stesso fuori. Ma anche a proposito della legge n. 4, cioè la cosiddetta «miniriforma», non voglio associarmi al giudizio che abbia portato a compiere un passo indietro, ma sarebbe piuttosto il caso di dire che la sua concreta attuazione non ha portato ad alcun passo in avanti, sia per la qualità delle persone alle quali si è chiesto il *curriculum*, sia soprattutto perchè ha lasciato sguarnito tutto l'altro versante, quello degli operatori, quello dei tecnici, che non fa da *pendant* al politico che, reso così numericamente ridotto, essendo solo espressione della maggioranza, ha avvocato a sè ancora maggiori poteri di quelli che aveva fino ad ieri.

Sul secondo problema, senatori Ranalli, Sellitti, Alberti, Signorelli, Bellafiore, il riordino del Ministero, che qui è stato invocato (ne avevo accennato anch'io), finalmente trova una prima posta in bilancio, anche se riferita al 1988 e credo siamo convinti tutti noi che senza un organo propulsivo al centro difficilmente si riuscirà a superare gli squilibri che esistono nel Paese. Dobbiamo ammetterlo: noi che avemmo responsabilità periferiche diverse, in passato, pensavamo che la responsabilità delle Regioni fosse sufficiente. Ora dobbiamo dare atto che, senza una forza propulsiva al centro, di coordinamento, di stimolo, di ispezione, di sostituzione in caso di inerzia, è impossibile attestare un servizio oggi omogeneo in tutto il paese.

Abbiamo corretto le risorse, ma non abbiamo attestato i servizi, diciamo così con franchezza; quindi, ad un certo punto, dobbiamo tutti insieme fare un sforzo perchè nel riordino, oggi, si abbandoni l'aspetto burocratico autorizzativo che fin qui il Ministero ha avuto, e si realizzi invece, in linea con la legge n. 833, un momento di ausilio, di coordinamento, assumendo anche eventualmente aspetti sostitutivi.

Per quanto riguarda il Fondo ho analizzato per filo e per segno il modo in cui si è arrivati a quantificare il Fondo stesso. Sembrava che prima fosse veritiero, ma che bastasse che gli assessori si riunissero, dicendo che era sottostimato, per continuare nella geremiadi del passato.

Allora, onorevoli colleghi, le cose effettivamente sono sempre quelle di ieri, indipendentemente dalla quantità, perchè 47.370 miliardi sono una proiezione seria dopo aver attestato il consuntivo 1985, dopo aver ipotizzato il preconsuntivo 1986, depurato di partite che non sono proiettabili negli anni che seguono e che erano legate solamente a delle questioni che si andavano esaurendo.

Ora, senza quei provvedimenti di cui parlavo all'inizio, si ripeterà la stessa storia anche quest'anno, perchè alla fine è molto più facile rinviare le decisioni, non scontentare nessuno; cercare in fondo una politica di «permissivismo» è sempre più piacevole che ricercare una

politica del contenimento e della attestazione di scelte che comportino il contenimento, oppure il no da una parte, per dire sì all'altra.

Sul problema dei *tickets* credo di aver detto chiaramente nella relazione alcune cose che ora non ripeto. La finanziaria, attraverso l'accordo Governo-Confederazioni, ha stabilito l'esenzione per il 1987 delle visite specialistiche e della diagnostica strumentale; senatore Ranalli, occorre un provvedimento *ad hoc* per essere in linea con la finanziaria. Credo che il Governo, prima della fine del mese, stabilirà con un provvedimento di dare esecuzione a tutto questo, altrimenti non servirebbero a niente i 385 miliardi iscritti in bilancio per sopperire a questa spesa, se non venisse creato il meccanismo per metterla in essere.

Sul tema della partecipazione del cittadino, credo che il discorso sia ancora aperto; il Ministro ci ha detto che entro febbraio, con il provvedimento sulla politica del farmaco, ci parlerà esattamente anche di queste cose.

Credo che senza la partecipazione del cittadino alla limitazione della spesa sanitaria, quindi all'autogestione, a cominciare dal settore farmaceutico, non si potranno risolvere i problemi della sanità; questo vale non solo per il nostro paese, ma anche per tutte le altre nazioni del mondo, senatore Ranalli, compresa la Russia. Per quanto riguarda ad esempio il Friuli e la Basilicata i dati che ho fornito sono in continua evoluzione, quindi sono dei valori medi che, comunque, ritengo molto significativi; però non si può stabilire quale delle due Regioni stia imboccando la strada giusta senza un piano sanitario a monte. Possiamo solo dire che, rispetto a quanto stabilito dalla legge n. 595 del 1985, il Friuli Venezia-Giulia ha un maggior numero di posti letto, con una spesa ospedaliera enorme. Da ciò possiamo dedurre che il processo di ristrutturazione della rete ospedaliera - con chiusura di reparti, ospedali, diminuzione di posti letto e via discorrendo - è avvenuto solo parzialmente. D'altronde capisco anche che per l'amministrazione periferica è più facile evitare lo scontro con la popolazione e non chiudere ospedali, magari offrendo più servizi, evitando così di seguire quella politica di attestazione di posti letto indicata dalla legge n. 595.

Le faccio osservare, senatore Alberti, che la mancanza di strutture e servizi nell'ambito ospedaliero non implica affatto un aumento della spesa farmaceutica, perchè non si identificano in quest'ultima; la spesa farmaceutica è solo una componente dell'assistenza sanitaria. Ripeto, sono decisamente contrario a generalizzare su tale questione, perchè significherebbe lasciare le cose come stanno, ma vanno colpiti solo coloro che hanno dimostrato di approfittare del servizio creando gravi fenomeni di malcostume, nonostante i larghi guadagni in questo settore.

Per quanto riguarda le previsioni di spesa in conto capitale - ne ho già parlato, quindi non mi ripeterò - spero che con la legge di finanziamento si possa rivedere questa voce, alzando lo «zoccolo» di partenza, altrimenti ritengo che non si potrà giungere ad un certo ammodernamento delle strutture e gli stessi interventi successivi saranno di conseguenza più costosi e farraginosi.

Sul problema della fiscalizzazione devo riconoscere, senatore Lippi, che non è stata possibile finora una maggiore partecipazione e

responsabilizzazione periferica, perchè innanzitutto era necessario attestare la spesa e procedere ad un riordino generale entro le linee che avevamo definito. Come lo stesso collega Condorelli ha sottolineato, credo che un'autonomia impositiva nel Mezzogiorno non risolverebbe alcun problema, come invece sarebbe possibile nel Settentrione d'Italia dove il confronto tra amministratori e cittadini è serio e reale, e dove si può chiedere di più, dato che la contropartita è l'offerta di più servizi. In generale, bisogna tener presente che solo aumentando i servizi prestati e migliorandone la qualità degli stessi sarà possibile chiedere maggiori compartecipazioni ai cittadini, altrimenti temo sia molto difficile.

Per quanto riguarda il prontuario terapeutico e la politica del farmaco, discorso ancora del tutto aperto, è urgente risolvere il problema, questo è stato riconosciuto da tutti. Il Ministro ha chiesto di poter approntare un progetto organico a questo proposito, quindi rinviando la discussione a quella sede.

In relazione al problema dei lungodegenti, ricordato dal senatore Signorelli, nella mia relazione alla tabella 19 avevo ipotizzato un obiettivo che naturalmente, come per tutte le questioni, richiede una certa gradualità di applicazione: poichè è un problema che sta a cavallo tra il sociale ed il sanitario ritengo si possa porre a carico della sanità metà della spesa necessaria a questo fine, data anche la gravità della situazione in cui si trovano i lungodegenti nel nostro paese. Anche in questo settore, però, è bene offrire servizi e non rinvii; teniamo presente che in alcune regioni solo il 15-20 per cento della spesa è a carico della sanità.

Il collega Condorelli ha accennato alla questione delle convenzioni. Secondo me, ripeto, la medicina privata ha un suo ruolo, che può essere variabile a seconda delle regioni, integrativa o complementare, comunque è una questione sulla quale è inutile continuare a parlare dato che se ne è discusso ed abbiamo approvato una normativa al riguardo nella legge n. 595. Desidero solo aggiungere che non si può imporre al cittadino di utilizzare l'uno o l'altro servizio, perchè egli sceglie l'uno o l'altro a seconda della cultura, della sensibilità, della tradizione ed anche, perchè no, a seconda della qualità. Quindi, è errato voler cambiare questo stato di cose in modo violento, lo si può cambiare solo migliorando la qualità del servizio pubblico. Tutto ciò dovrà essere previsto nei piani sanitari regionali, anche per dare sicurezza agli interventi e far emergere un servizio maggiormente qualificato, insistendo però sul Piano sanitario nazionale, perchè non dobbiamo dimenticare che i piani regionali non lo precedono, ma discendono da quest'ultimo, quindi non lo devono sconvolgere, altrimenti è inutile usare il termine «nazionale», potremmo creare dei servizi sanitari locali ed ognuno di questi opererà come più riterrà opportuno.

PRESIDENTE. Ho posto il problema in termini meramente dialettici, senatore Melotto.

MELOTTO, estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 2051. Ne sono perfettamente consapevole, signor Presidente. Ciò non mi esime, tuttavia, dal chiarire il mio pensiero al riguardo.

Nel riparto delle spese per il 1987 si dà grande spazio ai fondi a destinazione vincolata. Ciò comporta una diretta assunzione di responsabilità da parte del Ministero, senza la quale, peraltro, difficilmente gli interventi potrebbero trovare corretta attuazione. È a tutti noto, del resto, che i residui passivi sono piuttosto consistenti.

PRESIDENTE. Mi consenta un'osservazione, senatore Melotto. Come lei ricorderà, le previsioni relative ai fondi a destinazione vincolata arrivavano fino al 1987, senza alcun riferimento agli anni seguenti. Pertanto, se non si potranno inserire norme al riguardo nel disegno di legge finanziaria per non doverlo rinviare all'altro ramo del Parlamento, ritardandone così l'approvazione definitiva, dovranno comunque essere date precise assicurazioni circa l'intendimento del Governo di introdurre previsioni relative a tali fondi nelle successive leggi di finanziamento del settore.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 2051*. È una risposta che potrà darle soltanto il Ministro, signor Presidente.

Come ho già avuto modo di dire, occorre procedere ad un'adeguata educazione sanitaria del cittadino ed attuare forme di coordinamento e di coinvolgimento della periferia da parte del centro ai fini del perseguimento degli obiettivi prefissati.

Vorrei ora far presente al senatore Biagio Pinto che nel 1985 la spesa per gli organi istituzionali delle 673 unità sanitarie locali italiane è stata complessivamente di 45 miliardi e 676 milioni, ripartiti nel modo seguente: 4 miliardi circa per le assemblee; 29 miliardi per le indennità ai componenti dei comitati di gestione; 11 miliardi e 500 milioni per altri organi e 900 milioni per spese di rappresentanza. Nel primo semestre del 1986 la spesa è stata di circa 30 miliardi e si può ritenere che la cifra relativa all'intero anno in corso si attesti sui 60-62 miliardi di lire. L'aumento è dovuto all'incremento delle indennità corrisposte ai membri del comitati di gestione, che diverse Regioni hanno equiparato, con apposite norme, a quelle dei consiglieri comunali, che sono state di recente aumentate. Non mi sembra si tratti, comunque, di una cifra esorbitante; ritengo, infatti, che ben altri siano i fattori che incidono sulle spese e sul funzionamento di tali organi.

Se l'attuale legislatura arriverà alla sua scadenza naturale, proprio per il costruttivo confronto che ne ha caratterizzato la prima parte, sarà senz'altro possibile, a mio avviso (stanti anche gli impegni assunti dal Ministro), modificare, nel 1987, la legge n. 833 del 1978 ed il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 giungendo conseguentemente all'approvazione del Piano sanitario nazionale e di una serie di norme concernenti il personale medico con l'istituzione del ruolo specifico e le regolamentazione delle incompatibilità.

Certo, il programma è ambizioso. Sono convinto, tuttavia, che oggi siamo preparati ad affrontarlo più di quanto non lo fossimo in passato. Tutto è legato, ovviamente, al fatto che la presente legislatura rispetti la sua scadenza naturale; se così sarà, come mi auguro, non verrà in alcun modo vanificato l'intenso e costruttivo confronto politico di questi ultimi anni.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Ringrazio il relatore, senatore Melotto, per le considerazioni che ha fin qui esposto, che mi esimono da talune ripetizioni. Analogo ringraziamento rivolgo, inoltre, al Presidente per le sue puntuali osservazioni e a tutti coloro che sono intervenuti nel corso del dibattito, assicurando che di tutte le sollecitazioni e le indicazioni emerse nella discussione il Governo terrà il dovuto conto.

Il ritardo nella presentazione del provvedimento di iniziativa governativa sulla riforma complessiva della legge n. 833 del 1978 è dovuto, innanzitutto, alla difficoltà di introdurre un nuovo strumento finanziario di carattere regionale, senza il quale sarebbe però difficile pensare di rendere (almeno per quanto riguarda questo comparto) le Regioni enti di governo, e, in secondo luogo, alla necessità di attendere la conclusione delle trattative sul rinnovo dei contratti di lavoro del personale del servizio sanitario nazionale nonché delle convenzioni. Il disegno di legge - che mi ripropongo di presentare al Senato - è già stato predisposto nelle sue linee generali; si rendono, tuttavia, necessari taluni aggiustamenti.

Occorre, infatti, tener conto dell'attitudine delle Regioni a rompere gli schemi della spesa storica. Del resto, non si può certo adottare un provvedimento autoritario; si devono invece predisporre norme che trovino il consenso degli operatori del settore ed il moderato dissenso - diciamolo pure - di talune categorie, poichè prese di posizione di netto favore o di netta contrarietà ne renderebbero più difficoltoso il cammino.

Dello schema di disegno di legge avremo modo di parlare tra breve, infatti è mia intenzione presentarlo al Senato. Accenno solo brevemente ai temi fondamentali che saranno trattati: costituzione del fondo interregionale, amministrato dalle stesse Regioni, ripartito per il 90 per cento con automatismi e per il 10 per cento lasciato in riserva (comprendendo anche le riserve dimensionali). Il bilancio dello Stato non può portare che la voce: «Fondo sanitario nazionale» e poi quella relativa ai dipendenti dello Stato, per quanto concerne gli aumenti retributivi. Le convenzioni sono strumenti di attività del Fondo sanitario nazionale, cioè strumenti di prestazione.

Quello che mi ha meravigliato è non trovare, dalla decorrenza delle presenti convenzioni, riserve *ad hoc* per gli adeguamenti dei costi che sarebbero intervenuti a scaglione, perchè non intervengono tutti anno per anno, bensì a scaglione, al momento nel quale vengono definiti i contratti, ma tutto questo deve avvenire all'interno del Fondo sanitario nazionale e non al suo esterno.

Ora noi ci troviamo di fronte alla scadenza di alcune convenzioni che vengono raggruppandosi (rinnoveremo anche la convenzionata esterna, scaduta nel 1980). Proponiamo poi di stabilire delle riserve per non arrivare all'immobilismo di fronte ad altri rinnovi.

Ora vorrei dire anche qualcosa sul disegno di legge sulla nuova configurazione delle USL come enti pubblici in parte dipendenti dalle Regioni in parte autonomi, con una direzione unica a rischio di impresa; rischio che non si configura con il dare un'indennità di rischio di impresa, bensì solo se non c'è la stabilità di impiego; infatti il rischio di impresa si configura in questi termini, altrimenti non c'è che

l'aggiunta di una indennità in più alle altre che compongono la retribuzione pubblica.

È previsto che sia delegato il modo con il quale definiremo la contabilità, che sarà poi discussa nelle sedi più idonee, nel senso che tendiamo a dare una contabilità budgettaria, con centri autonomi di spesa, eccetera. È prevista la ripartizione contabile autonoma e indipendente finché si mantiene il sistema dei contributi ed è prevista una Consulta eletta direttamente dai cittadini in tutte le USL (che avranno un minimo di 150.000 cittadini nello schema) e che deve essere obbligatoriamente riunita ogni due mesi e che dovrà avere i conti annuali delle USL.

Un altro elemento che ci fa riflettere è l'esame delle possibilità in ordine al Piano sanitario nazionale. Il documento predicatorio (se così possiamo definirlo) che ho davanti è ricavato dalla legge n. 595 in rapporto alle possibilità della spesa, perché il sistema contabile di redistribuire per le voci dei 15 programmi finalizzati la spesa ordinaria delizia il dottor Paderni, che è maestro nel fare queste cose, però non aggiunge né una lira né uno strumento a ciò che è già previsto. Tuttavia si può sempre dimostrare che, spendendo quei soldi come si fa oggi e mettendoli sotto un bel titolo, essi sono in qualche maniera finalizzati. Ripeto, però, che non aggiungono nulla. Non è che non ci sia un che di sofisticato in questa ripartizione.

Mi sono orientato, nello scegliere alcuni piani, ad un negoziato con il Tesoro, diverso da quello immaginato negli interventi che ho prima sentito. Ho scelto dei piani che comportassero un finanziamento che non può essere soltanto sulla sanità; si tratta dei piani che riguardano l'emarginazione, l'anzianità, la tossicodipendenza e gli *handicaps*; si tratta di alcuni dei 15 piani ai quali vorrei aggiungere l'infanzia, con le sue connessioni, che finiscono per darci un piano che riguarda, nel complesso, la famiglia.

Poi ci avviamo sul terreno dell'AIDS, con tutta la forza possibile, ma con tutte le limitazioni esistenti.

I primi tre programmi comportano un intreccio indissolubile con l'assistenza e pongono il problema dell'impossibilità della gestione dell'assistenza separata dalla sanità. Bisogna però mettere un punto al periodo nel quale il Ministero della sanità rimane isolato e, man mano, scarnificato, non per imperialismo ministeriale, ma perché avrei visto molto meglio l'integrazione del Ministero dell'interno e del Ministero per la protezione civile. Infatti il Ministero dell'interno un tempo comprendeva anche la Sanità; poi si è avuta una scissione; tra i suoi compiti era prevista anche l'assistenza, con una concezione che potremmo definire un po' militarista dell'assistenza stessa. Ora non pongo rivendicazioni di questo tipo, ma dico che l'approccio ad un piano che si incentri soprattutto su questo, con una spesa da definirsi, ma che comporterà già nel 1987 alcune centinaia di miliardi, tanto per iniziare, impone una collaborazione che non può essere demandata a scarsi concerti ministeriali, bensì ad un organismo unico che porti all'attuazione di questi piani.

Sulla legge di comparto non dico altro. Poi, quando si dice: «se arriva il diluvio non se ne farà nulla», per carità, sono convinto anch'io di questo, ma devo notare che qui non è stato nemmeno possibile un

decreto-legge che riguardava il recepimento di alcune direttive comunitarie, che io non ripresenterò in forma di decreto-legge proprio perchè non me la sento di reiterare un decreto-legge che recepisce direttive comunitarie.

Credo che i disegni di legge sul ruolo e sulle incompatibilità siano state regolarmente inviate già da tempo, tanto alla Camera che al Senato; quindi, alla richiesta avanzata in un ordine del giorno affinchè il Governo si impegni a questa presentazione, devo rispondere di guardare nello specchio e vedere negli *interna corporis* di Camera e Senato nei quali non posso mettere «becco», per dire una parola che può essere pericolosa.

Qualcuno ha creduto di vedere, nella presentazione di questi disegni di legge, un cedimento da parte nostra, ma non è così. Inoltre, il loro *iter* deve svolgersi in parallelo onde evitare che ne venga approvato uno lasciando finire l'altro nel dimenticatoio. Dico questo perchè i due provvedimenti sono collegati fra loro; infatti l'istituzione del ruolo medico senza una nuova normativa sulle incompatibilità per i medici ospedalieri costituirebbe un grave squilibrio ed un privilegio intollerabile. Sta nella tattica parlamentare perchè questo *iter* avvenga nel modo giusto e considererò positivo il contributo che sarà dato sia dalla maggioranza che dall'opposizione e con qualsiasi scontro questo avvenga.

Sulla questione del rinnovo dei contratti per il personale ho già parlato altre volte. Mi si chiede quale sarà la disponibilità finanziaria al riguardo. Ebbene, non si può stabilire in anticipo quale cifra sarà posta a disposizione quando le trattative contrattuali debbono ancora concludersi; prima ci si siede al tavolo delle trattative, si ascoltano le richieste e si fa di tutto per contenerle laddove non siano giustificate, mentre si accettano od eventualmente si offre anche di più, in cambio di servizi migliori, così come si è tentato di fare finora ma senza risultati di rilievo. Comunque, posso dire che la cifra stanziata per il rinnovo dei contratti per tutto il personale pubblico per il 1987 è di 1.800 miliardi, in questa cifra è compresa la quota relativa al personale sanitario, che non so a quanto ammonti esattamente.

ROSSANDA. Vorrei capire dove è previsto lo stanziamento di questi 1.800 miliardi.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Ora non so esattamente in quale capitolo di spesa si trovi questo stanziamento, ma so che esiste e che riguarda il rinnovo contrattuale per tutto il personale pubblico.

Vi è poi un fondo per l'aggiornamento professionale, che è stato in qualche modo negoziato tra le organizzazioni sindacali ed il Governo, che ammonta a 1.500 miliardi, ripartiti in tre anni.

Infine, vi è uno stanziamento per il 1988-1989 che ricadrà poi sul 1987, per i medici ospedalieri che lavorano a tempo pieno; le cifre sono state già previste in bilancio quindi non vi è alcuna possibilità di variazione nè è possibile incidere a tal fine sul Fondo sanitario nazionale.

Per il rinnovo delle convenzioni, i medici di famiglia hanno finora prospettato alcune richieste che sembrano inaccettabili, come la

possibilità di prolungare l'attività oltre i 70 anni e di mantenere un massimale di 1.800 assistiti. Questo mi sembra chiaramente eccessivo, oltre tutto ne va di mezzo anche una seria possibilità di cura per i pazienti; sappiamo, ad esempio, che alcuni medici hanno addirittura 3.000 assistiti, quindi bisognerà essere severi al riguardo e creare delle normative che portino alla eliminazione di questo tipo di malcostume. Cosa ancora più grave, si è arrivati a formulare l'ipotesi di espletamento di attività libero-professionale con gli assistiti. Dopo tutta questa serie di fatti, che ormai tutti conosciamo, molti hanno anche il coraggio di sollevare delle polemiche affermando che la generosa prestazione medica non viene premiata adeguatamente. Il Governo, d'altro canto, è giunto ad offrire qualcosa in più in cambio di un miglioramento dei servizi prestati ai cittadini. Si tenga presente, invece, che addirittura non vengono prestati neanche taluni servizi che erano già obbligatori in base alle precedenti convenzioni. Ad esempio, ci risulta che solo una parte dei medici di base redige una apposita cartella clinica per ciascun paziente, cartella che poi dovrà accompagnare l'assistito anche in caso di eventuale ricovero ospedaliero o di visita specialistica.

Dunque, il nostro orientamento è quello di chiedere ai medici delle precise contropartite in cambio di aumenti economici, tenendo conto naturalmente anche dell'incremento del costo della vita. Tenderemo, inoltre, ad incentivare i medici che effettuano medicina di gruppo, dando ad essi degli aumenti più consistenti rispetto a ciò che verrà offerto a chi invece svolge un lavoro individuale. Tutto questo dovrebbe portare, in generale, a quel miglioramento del servizio che noi ci siamo prefissati.

Per quanto riguarda poi l'assistenza (ospedaliera o domiciliare) agli ammalati non autosufficienti, questa sarà compensata adeguatamente; naturalmente dovranno essere stabiliti dei protocolli per l'assistenza a domicilio, dando priorità ai problemi relativi ai malati non autosufficienti e agli anziani. Le prestazioni dovranno ovviamente essere compensate in maniera congrua, in modo che possano essere previsti, nel complesso, aumenti paragonabili a quelli corrisposti ai medici ospedalieri.

I fondi a disposizione del Ministero sono piuttosto consistenti, anche se per il 1987 potranno risultare lievemente inferiori rispetto alle aspettative; lì si potrà comunque incrementare attraverso opportuni accordi con il Ministero del tesoro in vista del prossimo assestamento di bilancio.

Una particolare attenzione sarà poi dedicata alla lotta contro l'AIDS, nella quale devo tuttavia dire di essere in qualche modo penalizzato dall'entità degli stanziamenti. Del resto, essendo solo da pochi mesi preposto al Ministero della sanità, non ho avuto la possibilità di contribuire alla stesura del relativo stato di previsione per il 1987, che comporta una diminuzione del 16 per cento rispetto al preconsuntivo relativo all'anno in corso ed un taglio dell'8 per cento rispetto alle previsioni per il 1986, con una disponibilità di bilancio alquanto ridotta soprattutto se rapportata agli *standards* a suo tempo stabiliti.

RANALLI. È forse un atto di fiducia nelle capacità di risparmio del Ministero della sanità?

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Non mi sembra questa, senatore Ranalli, la motivazione che giustifica il trasferimento di fondi al Ministero del tesoro ed il taglio di 195 miliardi e 990 milioni operato attraverso la riduzione delle dotazioni di alcuni capitoli ai fini del ripristino degli stanziamenti originari che, con il provvedimento di assestamento, sono stati integrati mediante prelievo dagli appositi fondi speciali.

Come è facile constatare, il virtuosismo del Ministero del tesoro è andato, quest'anno, addirittura al di là degli obiettivi di finanziamento prefissati. Per parte mia, intendo recuperare almeno mille miliardi già in corso d'anno, non certo per una sorta di rivalsa, ma per ristabilire le giuste proporzioni; del resto, le previste variazioni della spesa in conto capitale impongono, caso mai, di risalire la china. Chiederò anche che vengano aumentate le dotazioni dei capitoli di bilancio di quei dicasteri la cui attività si intreccia, in un modo o nell'altro, con quella del Ministero della sanità nel campo dell'assistenza.

Per quanto riguarda il rinnovo del contratto dei medici, ho già avuto modo di dire che sarei disposto a concedere aumenti consistenti solo a condizione che, come contropartita, mi venisse garantito il buon funzionamento del servizio sanitario nazionale. Ad ogni modo, se i medici minacceranno altri scioperi non vi saranno, da parte mia, cedimenti di sorta; oltretutto, questa non sarebbe una buona politica. Cercherò, comunque, di soddisfare le loro richieste nei limiti del possibile. I protocolli diagnostici dovranno però costituire una linea-guida per i medici convenzionati, poichè se si arriverà ad una tariffazione ci si dovrà necessariamente basare su di essi.

Il Ministero si presenterà alla fase di trattative che si aprirà la prossima settimana con una delegazione integrata da rappresentanti del personale medico. La delegazione che ha seguito fino ad oggi la trattativa era infatti composta esclusivamente da funzionari dei vari enti; ho ritenuto pertanto opportuno integrarla con alcuni medici membri del Consiglio superiore e dell'Istituto superiore di sanità proprio al fine di esaminare adeguatamente i problemi tecnici connessi al ruolo e alle funzioni del medico e di evitare eventuali scontri tra personale medico e burocrati. È giusto che i medici esaltino la libertà nell'esercizio della loro professione; devono però tener conto, a mio avviso, del modo in cui la professione medica viene esercitata negli altri paesi evitando di irrigidirsi su determinate posizioni.

Con la conclusione del contratto ci si propone, inoltre, di dare soluzione ad alcuni problemi, il più delicato dei quali attiene al settore della chirurgia, caratterizzato da una percentuale di pazienti operati sensibilmente inferiore a quella dei pazienti ricoverati; infatti, soltanto il 40 per cento dei malati ricoverati viene sottoposto ad intervento chirurgico. Si tratta, peraltro, di un fenomeno spesso causato dal sottodimensionamento degli organici.

I blocchi delle assunzioni non sono mai benefici di per se stessi; talvolta, però, si è costretti a farvi ricorso perchè la situazione non peggiori ulteriormente. A mio avviso occorre intervenire soprattutto in quei settori in cui vi è stata una notevole confluenza di personale proveniente dai disciolti enti mutualistici. I servizi sanitari delle varie Regioni dovranno, pertanto, provvedere a riqualificare il personale

amministrativo attualmente in servizio e anzichè lamentare le carenze dei rispettivi organici dovranno utilizzare gli addetti in maniera più razionale. L'obiettivo, in pratica, è dunque quello di arrivare, nel settore sanitario, ad un'organizzazione del lavoro di tipo industriale. In nessun altro paese, del resto, i mezzi a disposizione trovano un impiego così limitato come in Italia.

Il medico ospedaliero, secondo me, dovrebbe essere esclusivamente tale, anche se mi rendo conto delle difficoltà che impediscono il perseguimento di questo obiettivo. Ritengo comunque dannoso il lavoro straordinario, anche perchè spesso costituisce un'occasione per effettuare talune prestazioni al di fuori dell'attività ospedaliera vera e propria. Esercitare controlli, del resto, non è facile e lo è ancor meno nei casi in cui nelle vicinanze degli ospedali vi siano cliniche private.

Come è noto, la legge vieta espressamente ai medici a tempo definito lo svolgimento di attività concorrenziali rispetto a quelle prestate nell'ospedale di zona. Si rende, quindi, necessario procedere ad una verifica dell'effettiva osservanza della normativa vigente al fine di prevenire e reprimere ogni tipo di abuso. Devo però constatare che, da parte della magistratura, vi è purtroppo una certa renitenza ad entrare nel merito di questioni che sono peraltro molto chiare.

Per quanto concerne i problemi connessi al riordino del Ministero della sanità, devo innanzitutto dichiarare di non condividere i contenuti del disegno di legge di riforma predisposto dal mio predecessore. Ritengo, infatti, che un provvedimento che porti a tredici le direzioni generali si configuri più come una misura «*pro-Ministero*» che come un intervento per un suo adeguato riassetto. prima di dare corso al disegno di legge di riforma del dicastero, sarebbe comunque preferibile, a mio parere, attendere il varo della normativa concernente il Fondo sanitario nazionale.

Ora posso solo dire che due cose sono necessarie per una funzionalità anche minima, cioè il raggruppamento delle relazioni internazionali, lasciato oggi agli ordini o ai «disordini» di ciascuna direzione generale, e il raggruppamento degli studi e delle ricerche, perchè ci sono dei residui passivi che si giustificano in parte con il fatto che le procedure sono tali da ritardare il pagamento. Basti pensare ai miliardi, non moltissimi, che sono in ritardo per gli studi, le indagini e i rilevamenti; una elencazione del genere meraviglia anche un profano come me, perchè non c'è alcun coordinamento tra le ricerche che vengono effettuate, per cui ci sono dispersioni e sprechi anche sotto questo aspetto.

Quindi, senza parlare di una riorganizzazione generale del Ministero, occorrerebbe però avere almeno l'accentramento in una responsabilità unica, che dovrebbe essere il Centro studi, che diventerebbe una sottodirezione generale (o qualcosa del genere), affinchè anche in rapporto all'abbondanza di mezzi che in questo senso sono dati alle regioni noi possiamo avere una migliore utilizzazione dei mezzi per la ricerca.

La direzione generale degli ospedali, poi, viene criticata perchè fa soltanto quello che può, essendo la responsabilità passata altrove. Si chiama impropriamente «direzione generale degli ospedali» ed ha delle funzioni residue per quanto riguarda i concorsi, le autorizzazioni o

altro; naturalmente è uno dei comparti che va rivisto sotto l'aspetto dell'esistenza dei servizi regionali, per costituire un'interfaccia rispetto a questi ultimi.

Nell'ambito dei riordinamenti un'attenzione particolare va data all'ISPESL (dove ho visto che le cose sono rimaste parecchio ferme, anche per contrasti interni con la direzione nell'attuazione della riforma), per rimmetterlo in movimento dandogli una figura giuridica precisa e consentendogli di diramarsi perifericamente.

A questo punto devo fare un'osservazione, e cioè che la caduta di una delle finalità principali della riforma, quella della prevenzione, interviene attraverso il degrado della funzione del medico di base che diventa l'ultimo anello della catena burocratica, con qualcosa in più, per buona volontà di molti, ma con molte carenze; d'altra parte ciò dipende anche dalla caduta ancora più netta dell'igiene pubblica: le USL finora hanno dimostrato di non avere vocazione per l'igiene pubblica. Se guardiamo la veterinaria come servizio collettivo, potremmo paragonarci al Bangladesh perchè siamo al quarto anno di afta epizootica; la veterinaria, così frammentata, non funziona. Essa ha bisogno di essere raggruppata, di aver centri di comando provinciali e regionali che controllino seriamente l'attività che si svolge.

La stessa cosa si può dire per la generalità delle altre attività dell'igiene pubblica e a questo riguardo ho visto gli indici di rilievi fatti in campo alimentare, dove troviamo un risveglio, ma non eccessivo, dopo Chernobyl e dopo il «vino al metanolo». In complesso siamo andati nettamente indietro e mi riesce sempre più difficile dire alla gente che tale settore è affidato alla responsabilità delle Regioni, perchè un Ministro che continua ad affermare questo viene preso o per un ipocrita o per un imbecille. La gente ha bisogno di certezza, la fede pubblica ha bisogno di essere assicurata.

In questo senso, perciò, un riesame va fatto, almeno nel tentativo di avere non soltanto, come previsto nella parte contabile del disegno di legge per la ristrutturazione, un potere ispettivo del Tesoro e della Sanità, bensì un potere di sostituzione, laddove non si effettuino investimenti e non si effettui la formazione del personale, ed anche laddove c'è bisogno che la fede pubblica non decada.

Ho sentito lamentele da parte di alcuni assessori perchè è stato dato un potere surrogatorio ai prefetti in materia di alimentazione con la legge sul metanolo, ma questo è stato fatto perchè nulla era stato predisposto per evitare episodi che «mandano al Creatore» la gente, come l'avvelenamento alimentare diretto, non quello a lungo termine con i prodotti chimici (anche questo avviene, ma almeno in modo più nascosto e dilungato). Quindi viene concessa una possibilità surrogatoria a cui noi dovremo provvedere.

Per quanto riguarda il finanziamento, il passaggio alla fiscalizzazione completa può avvenire, purchè questa venga affidata alle Regioni. Qui c'è un punto di contrasto: se il sistema è regionale, se la finanza deve essere regionale, fiscalizzate pure i contributi, non fate pagare la tassa sulla salute, sulla quale non capisco tutto il rumore che si è fatto. Infatti i lavoratori dipendenti pagano il 10 per cento; con la tassa sulla salute si paga inizialmente il 7 per cento, poi il 4 per cento per i redditi superiori ad una certa quota, per arrivare infine allo zero totale: in Italia

quindi non esiste una imposta più regressiva. Passiamo quindi ad un aumento adeguato dell'IRPEF, che è progressivo, per la somma corrispettiva di 50.000 miliardi e poi tale somma l'attribuiamo alle Regioni, con possibilità di sovrimposta qualora vengano a trovarsi in passivo. In quel caso non ci sarà più bisogno di fare una distinzione tra lavoratori dipendenti e lavoratori autonomi.

Se questo è il risultato che vogliono ottenere quelli della «marcia di Torino» a me sta bene; le imposte, secondo la Costituzione, dovrebbero essere progressive; questo è un sistema in cui l'imposta non è progressiva, perchè non di imposta si tratta, bensì di contributo; anzi, per chi ha modo di non denunciare tutto, è ancora più bassa.

Ora, considerato realisticamente il modo in cui oggi vanno le cose, vorrei far presente al senatore Melotto che, anche se fiscalizzati, si tratta sempre di contributi e non di fondi propri dello Stato. Si tratta di una sostituzione che lo Stato compie a sostegno dell'industria e della produzione. Si tratta quindi di un contributo pagato sul costo del lavoro, ma pagato dello Stato in proporzione al costo del lavoro di quei lavoratori. Questi sono accorgimenti contrattuali che non hanno altra natura che questa; c'è una voce sola nei bilanci: «costo del lavoro», e non c'è scritto che tutto ciò si sottrae al profitto o altro; nel momento in cui venisse abolita, il datore di lavoro dovrebbe dare almeno altrettanto al lavoratore perchè vada ad aprirsi un'assicurazione privata, a costi che non potrebbero essere identici, bensì maggiori.

Non credo che avremo in breve tempo questo trasferimento di imposte, quindi mi preoccupo di fare i conti sui contributi: mi preoccupa questa battuta di arresto sulla «tassa della salute», perchè naturalmente i bilanci sono fatti con la previsione di un certo gettito, quindi questo non deve venire meno. Teniamo presente che per i lavoratori autonomi vi è una maggiorazione del 15 per cento, perciò rispetto al sistema precedente non è un contributo eccessivo, tenendo anche conto del rilevante importo dell'evasione contributiva. Mi preoccupa la previsione fatta dall'INPS su questo punto, dato che attualmente esso stenta a fare controlli efficaci sul territorio. L'importo dell'evasione contributiva si sta avvicinando al livello dell'evasione fiscale; a questo riguardo nel disegno di legge sulla riforma delle pensioni si dovrà prevedere che il Ministero della sanità o le Regioni - ma soprattutto queste ultime - possano controllare e fare degli accertamenti.

Per quanto riguarda il finanziamento alle Regioni - diventate ormai enti di governo, come ricordava il relatore Melotto citando Barbera - è necessario fare ricadere anche su di esse una certa responsabilità sulle uscite e sulle entrate.

L'abolizione dei *tickets* sulle prestazioni di diagnostica strumentale e l'alleggerimento di quelli sui farmaci portano necessariamente ad una minore previsione delle entrate. Però questo si rende necessario e su tale questione intendiamo sottoporre al Consiglio sanitario nazionale un decreto in base al quale la ricetta con non più di due prescrizioni debba avere un costo fisso, ad esempio 2.000 lire per medicinale. Questo contributo, anche se minimo, si rende necessario per moderare il consumo incontrollato di medicinali. Vorremmo proporre anche delle misure più idonee per distinguere gli esenti dai non esenti.

Per quanto riguarda gli investimenti ho detto che è necessario il 7 per cento per provvedere alla manutenzione ordinaria e straordinaria delle attrezzature e degli immobili, e il 12 per cento per effettivi cambiamenti in senso migliorativo. La media triennale, secondo le previsioni, è del 3,7 per cento, però questa percentuale aumenta se teniamo conto che gli investimenti possono essere fatti anche con le spese correnti; inoltre, vi sono anche altri stanziamenti come ad esempio quelli relativi al FIO e alla Cassa per il Mezzogiorno. Con i finanziamenti di quest'ultima, ad esempio, sono stati costruiti alcuni ospedali, come quello di Salerno, che ho visitato personalmente e che, anche se non mi è sembrato un'opera di perfezione dato che in alcune sale operatorie vi erano addirittura delle fessure nei muri, è pur sempre un nuovo ospedale. Quindi, nell'insieme arriviamo già ad un 5,7 per cento circa per quanto riguarda gli investimenti. Devo aggiungere che il Ministero del tesoro ha dato assicurazioni su ulteriori disponibilità per un programma specifico. Ora, con un programma specifico a livello nazionale, a cui si può giungere rilevando tutte le necessità, si può fare una legge di finanziamento ulteriore. Ho però delle difficoltà ad avviare questo programma dato che non riesco a reperire i fondi necessari per formare le 6 commissioni necessarie a rilevare i dati, formate da medici ed esperti nel settore. Spero che entro i primi mesi del 1987 si potrà giungere alla formazione di queste commissioni, che dovranno poi concludere rapidamente i propri lavori. Esse mi forniranno dei dati utili anche per verificare alcune situazioni nel Settentrione dove vi è un eccesso di posti letto rispetto al numero programmato.

Se queste Regioni non diminuiranno tale disponibilità sarà necessario prevedere che i costi per i posti letto eccedenti non siano più sostenuti dal servizio sanitario nazionale. Del resto se la Regione Friuli-Venezia Giulia, che è così dotata di mezzi, vuole mantenere quel numero di posti letto lo può fare a proprie spese, altrimenti una perequazione diventa impossibile; questo oggi si rende ancora più necessario dato che ci troviamo di fronte ad una richiesta di finanziamenti per il rifacimento degli ospedali maggiori di Milano e Torino. Capisco le esigenze di queste due città, però mi preoccupa la somma che sarà necessaria per una impresa di questo genere, tenendo anche conto che vi sono tante altre esigenze altrettanto e forse più urgenti. Detto per inciso: se le banche e gli istituti vari che finanziano la ricerca sul cancro si preoccupassero maggiormente delle esigenze sanitarie correnti e non meno importanti, si avrebbe un certo alleggerimento della spesa. Comunque, con un programma nazionale, dobbiamo stabilire un ordine di priorità, perchè è vero che a Milano, a Torino e a Roma vi sono strutture che vanno indubbiamente rifatte, però anche in altre direzioni sono necessari interventi urgenti per la salute pubblica.

Non mi soffermo sui farmaci; dico solo che in questi giorni sarà presentato un programma di interventi per la lotta contro l'AIDS; analogo programma è peraltro previsto per far fronte al preoccupante aumento dei casi di tubercolosi.

Per quanto riguarda la formazione, al momento non sono in condizione di fornire dati esaurienti al riguardo, poichè nei programmi regionali sinora predisposti non vi si fa alcun riferimento.

Circa uno dei quesiti posti dal senatore Alberti, posso invece affermare che attualmente i talassemici censiti sono 8.700 e che la Regione Calabria, pur disponendo di mezzi per procedere a rilevazioni in tal senso, non ha ancora provveduto a farle.

Per quanto concerne, inoltre, i malati non autosufficienti, ribadisco la volontà del Governo di porre tale problematica in primo piano, anche attraverso l'adozione di disposizioni relative ai medici di base.

In materia di corretto funzionamento del sistema, le mie idee sono piuttosto chiare. Ad esempio, sarebbe opportuno, a mio parere, rinsaldare l'offerta pubblica sollecitando la compartecipazione di grandi imprese private. Si tratta, peraltro, di un'idea che, come del resto altre, posso anche tenere per me, dal momento che nessun segnale in tal senso è finora venuto dal settore privato. È preoccupante, inoltre, che le stesse organizzazioni sindacali sembrino decisamente orientate verso la stipula di convenzioni integrative con importanti compagnie di assicurazioni, arrecando in tal modo grandi benefici al sistema assicurativo e scarsi vantaggi agli assicurati. Del resto, anche la stessa proposta avanzata dalle associazioni di categoria dei commercianti e degli artigiani è proprio quella di dare vita ad un sistema integrativo che magari garantirebbe loro il rimborso delle spese sostenute per le montature degli occhiali o la corresponsione di contributi per la degenza in stanze a pagamento. Ad ogni modo, ognuno è completamente libero di compiere le scelte che ritiene opportune.

Occorre dunque, a mio giudizio, ispirarsi ad un modello che stimoli la produttività del sistema pubblico, la cui razionalizzazione costituisce ormai un'esigenza insopprimibile.

Non sono d'accordo con il relatore quando fa riferimento al senso di sfiducia che pervaderebbe attualmente gli amministratori locali del Mezzogiorno. Per imparare a nuotare, senatore Melotto, bisogna tuffarsi in acqua: gli amministratori locali delle regioni meridionali dovranno quindi imparare a gestire correttamente le proprie disponibilità finanziarie, tenendo conto sia delle entrate che delle uscite. In realtà, quelli che sanno governare sono molti di più di quanto non si pensi e le vere difficoltà sono dovute a conflitti di poteri e di classi nati molto tempo fa. Del resto, nel corso delle visite che ho finora effettuato in alcune zone del Meridione - e che mi riprometto di intensificare - ho potuto constatare che le leggi non vengono affatto rispettate e che la loro mancata osservanza è imputabile sia, per taluni versi, alla magistratura che alle pressioni politiche e popolari. Sono quindi convinto che attraverso idonee forme di controllo dei bilanci si possa arrivare alla totale eliminazione di tutte quelle «macchie» del sistema che costituiscono un preoccupante fattore di disorganizzazione e di crisi.

PRESIDENTE. Invito il relatore ed il Governo a pronunciarsi sugli ordini del giorno.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 2051.* Per quanto riguarda l'ordine del giorno 0/2059/1/12-Tab.19, presentato dal senatore Ongaro Basaglia e da altri senatori, credo che lo stesso possa essere accolto come raccomandazio-

ne, anche se devo esprimere forti perplessità circa l'efficacia dell'organismo consultivo di cui si sollecita l'istituzione presso il Consiglio sanitario nazionale.

Sul problema dei *tickets*, affrontato nell'ordine del giorno 0/2051/3/12, presentato dal senatore Lippi e da altri senatori, si è già sviluppata un'ampia discussione, nel corso della quale sono stati forniti dal Ministro precisi chiarimenti in ordine agli intendimenti del Governo al riguardo. Ritengo, pertanto, che si tratti di un ordine del giorno superato ed esprimo parere contrario.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno 0/2051/2/12, presentato dalla senatrice Rossanda e da altri senatori, concernente la politica del personale ed il rinnovo dei contratti e delle convenzioni, esprimo ugualmente parere contrario, poichè dalle previsioni contenute nel disegno di legge finanziaria risulta che gli oneri relativi alle convenzioni medesime non troverebbero adeguata copertura. Circa l'abolizione del blocco degli organici delle unità sanitarie locali, devo poi far rilevare ai presentatori che alle Regioni, come del resto è noto, è attribuita la potestà di predisporre le piante organiche definitive e che alcune di esse hanno già provveduto in tal senso.

ROSSANDA. La predisposizione delle piante organiche definitive non comporta affatto la sospensione del blocco.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 2051*. Non sono d'accordo; ritengo, infatti, che la predisposizione delle piante organiche definitive da parte delle Regioni sospenda, di fatto, tale blocco.

Esprimo, inoltre, parere favorevole sugli ordini del giorno 0/2051/4/12, presentato dai senatori Sellitti e Muratore, e 0/2059/2/12-Tab. 19, presentato dal senatore Ranalli e da altri senatori, concernenti, rispettivamente, l'indennità di responsabilità gestionale per i dirigenti ed interventi a favore dell'ISPESL.

Per quanto riguarda, infine, l'ordine del giorno 0/2051/1/12, presentato dalla senatrice Rossanda e da altri senatori, relativo all'attuazione, attraverso il disegno di legge finanziaria, di disposizioni contenute nella legge n. 405 del 1975 e nella legge n. 194 del 1978, invito i presentatori a ritirarlo, ritenendo più opportuno che lo stesso sia ripresentato in sede di esame, che sta avvenendo da parte delle Commissioni riunite giustizia e sanità, sulle relazioni presentate dai Ministri di grazia e giustizia e della sanità per l'attuazione della già citata legge n. 194 del 1978.

ROSSANDA. Mi riservo di presentare un ordine del giorno di analogo tenore anche in quella sede.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Per quanto riguarda l'ordine del giorno presentato dai senatori Sellitti e Muratore, inerente il «rischio d'impresa» per la dirigenza, posso accettarlo come raccomandazione, tranne l'ultima parte, quella relativa all'indennità di responsabilità gestionale, anche per il fatto che non abbiamo più margini contrattuali. Inoltre, se l'indennità di rischio viene stabilizzata, non vedo quale rischio si possa correre.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno 0/2051/1/12, presentato dalla senatrice Rossanda, mi rifaccio all'invito espresso dal relatore. Parere contrario esprimo sull'ordine del giorno 0/2051/3/12, presentato dal senatore Lippi; accolgo come raccomandazione, tranne la parte finale inerente l'abolizione del blocco degli organici, l'ordine del giorno 0/2051/2/12, presentato dalla senatrice Rossanda.

Quanto agli ordini del giorno sulla tabella 19, sono favorevole all'ordine del giorno 0/2059/2/12-Tab.19, presentato dal senatore Ranalli e accolgo come raccomandazione l'ordine del giorno 0/2059/1/12-Tab.19, presentato dalla senatrice Ongaro Basaglia.

PRESIDENTE. Passiamo ora alla votazione degli ordini del giorno sul disegno di legge finanziaria.

Domando ai presentatori se insistono per la votazione dell'ordine del giorno 0/2051/1/12.

ROSSANDA. Signor Presidente, insistiamo per la votazione.

JERVOLINO RUSSO. Signor Presidente, l'ordine del giorno che è stato presentato, come risulta dallo stampato che abbiamo davanti, è sostanzialmente la riproposizione di un ordine del giorno presentato alla Camera dei deputati.

Ora, mentre capisco che la Camera dei deputati, non avendo altro modo di esprimersi in questo momento sull'azione dei consultori e sui problemi inerenti la legge n. 194 cerchi la via di un ordine del giorno in sede di discussione del disegno di legge finanziaria, sinceramente non capisco perchè il Senato, e in specie questa Commissione, che ha in discussione fin da maggio le relazioni dei due Ministri sull'attuazione della predetta legge, non completi la discussione su tali documenti e non si esprima compiutamente in questa sede.

Pertanto la Democrazia cristiana vota contro questo ordine del giorno perchè ritiene impropria la sede di presentazione e anche perchè ritiene parziale l'ordine del giorno stesso rispetto ad una azione globale di prevenzione dell'aborto, che ha degli aspetti che non sono contenuti nel documento che ci è stato presentato.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare per dichiarazione di voto, metto ai voti l'ordine del giorno 0/2051/1/12, presentato dalla senatrice Rossanda e da altri senatori.

Non è approvato.

Passiamo alla votazione dell'ordine del giorno 0/2051/2/12. Domando ai presentatori se insistono per la votazione.

ROSSANDA. Signor Presidente, insistiamo per la votazione.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'ordine del giorno 0/2051/2/12, presentato dalla senatrice Rossanda e da altri senatori.

Non è approvato.

Passiamo alla votazione dell'ordine del giorno 0/2051/3/12.
Domando ai presentatori se insistono per la votazione.

LIPPI. Signor Presidente, insistiamo per la votazione.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'ordine del giorno 0/2051/3/12, presentato dal senatore Lippi e da altri senatori.

È approvato.

Passiamo alla votazione dell'ordine del giorno 0/2051/4/12.
Domando ai presentatori se insistono per la votazione.

SELLITTI. Signor Presidente, insistiamo per la votazione.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'ordine del giorno 0/2051/4/12, presentato dai senatori Sellitti e Muratore.

È approvato.

L'esame degli ordini del giorno concernenti il disegno di legge finanziaria è così esaurito.

Passiamo ora alla votazione degli ordini del giorno concernenti la tabella 19.

Metto ai voti l'ordine del giorno 0/2059/1/12-Tab.19, presentato dalla senatrice Ongaro Basaglia e da altri senatori.

È approvato.

Metto ai voti l'ordine del giorno 0/2059/2/12-Tab.19, presentato dal senatore Ranalli e da altri senatori.

È approvato.

L'esame degli ordini del giorno è così esaurito. Passiamo ora all'esame degli emendamenti.

Ne do lettura:

Al capitolo 4201, diminuire di lire 216 milioni le previsioni di competenza e di cassa.

Conseguentemente, al capitolo 4031, aumentare di pari importo le previsioni di competenza e di cassa.

12^a-21.Tab.19.1

IMBRIACO, ALBERTI, MERIGGI, LIPPI, ROSSANDA, RANALLI, CALÌ

Al capitolo 4201, diminuire di lire 500 milioni le previsioni di competenza e di cassa.

Conseguentemente, al capitolo 6537 *aumentare di pari importo le previsioni di competenza e di cassa.*

12^a-21.Tab.19.2

IMBRIACO, ALBERTI, MERIGGI, LIPPI, ROSSANDA, RANALLI, CALÌ

Al capitolo 4043, incrementare di lire 1.089.000.000 milioni le previsioni di competenza e di cassa.

Conseguentemente, al capitolo 4201 diminuire di pari importo le previsioni di competenza e di cassa.

12^a-21.Tab.19.3

IMBRIACO, LIPPI, RANALLI, ROSSANDA, MERIGGI, BELLAFIORE, CALÌ, ALBERTI

RANALLI. Invito la Commissione ad accogliere gli emendamenti da me predisposti unitamente ad altri senatori del Gruppo comunista e della Sinistra indipendente, che si propongono di spostare poste di spesa all'interno dei vari capitoli e quindi non comportano nuovi oneri.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 2051.* Esprimo parere contrario sui tre emendamenti in discussione anche perchè, per quanto riguarda alcuni degli spostamenti di somme proposti, si può, se del caso, provvedere in sede di assestamento del bilancio.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità.* Il Governo è d'accordo con il parere del relatore. Aggiungo che il disegno di legge sulle incompatibilità porta il n. 2028 del Senato.

PRESIDENTE Metto ai voti l'emendamento 12-Tab.19.8, presentato dal senatore Ranalli e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 12-Tab.19.9, presentato dal senatore Ranalli e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 12-Tab.19.10, anch'esso presentato dal senatore Ranalli e da altri senatori.

Non è approvato.

L'esame degli emendamenti è così esaurito.

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

Propongo che tale incarico sia affidato all'estensore designato, senatore Melotto, sulla base dello schema da lui predisposto che è stato distribuito.

IMBRIACO. Signor Presidente, signor Ministro, noi comunisti voteremo contro la manovra complessiva che il Governo ha presentato per la finanziaria ed il bilancio dello Stato per il 1987 e, quindi, contro la relazione che la maggioranza ha predisposto.

In alternativa presentiamo una nostra relazione di minoranza che sintetizza, in buona sostanza, le motivazioni e le argomentazioni sviluppate abbondantemente, tra ieri ed oggi, dai senatori Ranalli e Lippi e che ora non ripeterò.

Credo, però, che verremmo meno ad un compito fondamentale se non iscrivessimo la conclusione di questo dibattito all'interno delle dichiarazioni conclusive che il ministro Donat-Cattin ha reso qualche attimo fa alla Commissione, perchè ritengo che queste dichiarazioni, nella loro stringatezza, offrano già un terreno sufficientemente serio e valido per un confronto sulle prospettive future; prospettive che per quanto riguarda la legge finanziaria e di bilancio per il 1987 sono abbastanza fosche se è vero, come lo stesso relatore ha sottolineato nella replica, che la governabilità del settore sanitario è rinviata di un anno, sia per mancanza dei provvedimenti paralleli sia per il venir meno di una serie di impegni dei quali il Ministro ha sufficientemente, anzi abbondantemente parlato. Ora, se tutto ciò è vero mi consenta, signor Ministro, di fare alcune riflessioni, giacchè noi apparteniamo a quell'area che ha accolto le sue dichiarazioni, fatte alcuni mesi fa quando ha assunto la carica che ricopre attualmente, con grande interesse ed anche con grandi speranze. Infatti, eravamo reduci da un triennio di gestione grigia ed incolore da parte del Ministero; eravamo stati, soprattutto, testimoni di una manovra (che si era andata via via sviluppando) che in più occasioni abbiamo definito come tesa a smontare pezzo a pezzo la legge di riforma sanitaria n. 833 con vari strumenti, compreso il non governo, favorendo tutte le spinte - perfino quelle degenerative - che di fatto dovevano creare le premesse per un malcontento diffuso e generalizzato, fino a che l'opinione pubblica stessa ed il senso comune della gente fossero intervenuti pesantemente per dichiarare che questa legge di riforma era stata un errore e che quindi bisognava rimuoverla e ripartire da zero.

Noi siamo fra coloro che hanno ascoltato con grande interesse le prime dichiarazioni rese dal ministro Donat-Cattin. Infatti, appena il Ministro ha assunto l'incarico è finalmente esplosa lo scandalo sui farmaci, scandalo che disperatamente sia il Gruppo comunista che altre forze politiche negli scorsi anni avevano denunciato e del quale il precedente Ministro, invece, aveva ostinatamente negato l'esistenza. Non è questo il solo esempio della ventata di novità positiva che si prospettava con la nuova gestione ministeriale. Credo che tutti ricordiate quanta forza e grinta il ministro Donat-Cattin abbia posto nei suoi discorsi sugli sprechi, nella denuncia delle distorsioni che si sono create nell'ambito del rapporto settore pubblico-settore privato, e in particolare la demistificazione che egli ha operato a proposito del «convenzionamento», di questo regime che si è via via strutturato fino al punto che lo Stato paga tutto, in nome della convenzione, a pochi privati che non rischiano nulla. Io, personalmente, sono rimasto colpito di fronte al fatto che un ministro democristiano per la prima volta non abbia avuto alcuna esitazione ad accogliere denunce venute dall'opposi-

zione, denunce che il pentapartito e i ministri precedenti non prendevano in considerazione forse solo per il fatto che queste venivano dall'opposizione. Bisogna quindi riconoscere al ministro Donat-Cattin il merito di questo gesto, che va a rafforzare l'immagine di un personaggio che non ha mai avuto, come si suol dire, «peli sulla lingua».

Altro esempio è quello della sottostima. È la prima volta che un Ministro riconosce finalmente, in maniera intelligente, che sottostimare il Fondo significa dover poi pagare ugualmente a pie' di lista. Le osservazioni del Ministro, quando ha assunto l'incarico, erano osservazioni affidate soprattutto alla logica, alla intelligenza e al buon senso. Successivamente, però, mano a mano che passava il tempo ci siamo chiesti se l'onorevole Donat-Cattin era veramente l'uomo in grado di recuperare la riforma sanitaria, se egli era realmente espressione di una forza politica che improvvisamente fa propria e riprende la bandiera di un processo riformatore, correggendo le parti che non vanno e rimettendo in asse il tutto; o, viceversa, ci trovavamo di fronte ad un personaggio - più o meno consapevole - a cui la maggioranza aveva affidato l'incarico di «far volare la scimitarra» per le escrescenze più mostruose che il non-governo aveva finito col produrre, per bloccarlo, poi, quasi immediatamente quando si tratterà di giungere ad un reale riordino del comparto sanitario. Ora, rispetto a queste riflessioni e, soprattutto, agli accenti di novità e all'entusiasmo che egli aveva mostrato nell'aver appena assunto l'incarico, credo che ci troviamo di fronte ad un arretramento. Perché questo? Cosa è accaduto? Sarebbe da parte mia un errore grossolano avviare un processo alle intenzioni dato che il Ministro ha affermato di avere rinviato i suoi programmi solo di alcune settimane o mesi.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. È un rinvio di giorni, non di settimane o addirittura mesi.

IMBRIACO. Prendo per buone le dichiarazioni del Ministro e non ho dubbi che su alcune questioni egli svilupperà tutta l'iniziativa necessaria per giungere ad un rilancio della riforma; però il Ministro ha anche detto alcune cose che mi lasciano alquanto perplesso e un po' preoccupato, alcune di queste preoccupazioni sono già state esposte dai colleghi. Ad esempio, sulla grande questione della incompatibilità, che costituisce un ostacolo alla possibilità che il sistema sanitario pubblico riesca a vincere sul privato. Di questo lei, signor Ministro, non è colpevole, però tenga presente che in alcune regioni meridionali il sistema sanitario privato ormai ha la stessa forza del sistema sanitario pubblico, anche dal punto di vista finanziario. Abbiamo calcolato che in una regione meridionale, su 4.500 miliardi stanziati per la sanità, circa 2.000 miliardi si spendono per farmaci, cliniche private e laboratori di indagine diagnostico-strumentale; se si considera che i restanti 2.500 miliardi servono a coprire, per il 60 per cento, le spese per il personale dipendente è evidente che la salute, in questa regione, è tutelata quasi esclusivamente dal sistema sanitario privato.

Dicevo, dunque, che i fatti ed i propositi annunciati oggi dal Ministro, comprese alcune particolari dichiarazioni, ci lasciano francamente perplessi. Per quanto riguarda la legge di programmazione

sanitaria, la n. 595 del 1985, sulla quale questa Commissione ha lavorato abbondantemente, a me pare che rispetto al disegno iniziale vi è stato un allontanamento dalle disposizioni in essa contenute, anche se fra gli interventi programmatori annunciati compare quello che potrebbe sembrare un orpello se non fosse che questo settore è rimasto finora drammaticamente assente nella politica governativa: saldare il sociale al sanitario, cioè creare un collegamento tra piano sanitario e area dell'emarginazione. Nei programmi futuri però non si accenna alla prevenzione, all'infanzia, alla famiglia e via discorrendo. Vi è quindi tutta una serie di questioni non ancora prese in considerazione, questioni che costituiscono un terreno fertile su cui operare. Comunque, non voglio fare qui un processo alle intenzioni solo perchè i provvedimenti non sono stati ancora presentati. Desidero però sottolineare che un esempio su cui riflettere è costituito dai due disegni di legge sul ruolo e sulla incompatibilità, che rappresentano i primi atti reali, coerenti e conseguenti alle dichiarazioni dell'agosto scorso. Non vi è dubbio che il Ministro su questo punto sia stato intrappolato e sconfitto da una congerie di forze che non lasciano spazio e libertà di manovra oltre certi limiti. Ciò costituisce, peraltro, un precedente tanto significativo quanto pericoloso.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Se si fosse trattato di decreti-legge anzichè di provvedimenti ordinari si sarebbero certamente approvati entro sessanta giorni dalla loro presentazione.

IMBRIACO. Francamente, non riesco a comprendere questo suo scetticismo, signor Ministro.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Intendevo dire che avrei voluto che i disegni di legge concernenti il ruolo medico e le incompatibilità procedessero di pari passo.

IMBRIACO. Secondo noi, signor Ministro, non sarà possibile porre rimedio a situazioni causate dal progressivo deterioramento di certe metodologie di intervento in materia di prestazioni sanitarie se non verrà consacrato e rispettato il principio in base al quale il medico che abbia optato per il tempo pieno è tenuto a prestare la propria attività in ospedale senza, nel contempo, esercitare la professione anche altrove.

Per quanto riguarda il riordino del Ministero, non illudiamoci: la miniriforma a suo tempo approvata non ha dato, finora, alcun risultato concreto. Siete proprio convinti che il riordino istituzionale porterà all'attuazione di una vera e propria riforma? Per parte mia, ritengo che nessun criterio aziendalistico riuscirà a garantire l'efficienza del servizio sanitario nazionale se non si creeranno le condizioni per porre fine agli sprechi e per riequilibrare gli ordinatori di spesa. Non ci si può, infatti, ispirare a modelli che finiranno fatalmente per farci tornare alla vecchia filosofia mutualistica. Come tutti sappiamo, gli enti mutualistici furono disciolti poichè era maturata, nel paese, una pressante esigenza di civiltà, di rinnovamento e di progresso; ebbene, se andassimo a rileggere la storia di quel periodo, troveremmo un'intera biblioteca di dati, di calcoli e di denunce riguardanti la corruzione e gli sprechi di

quei pozzi senza fondo che erano ormai divenute le mutue. Pertanto, non è certo ispirandosi ad un modello di tipo aziendalistico (o meglio mutualistico) che si potrà ripianare l'attuale dissesto finanziario e dare al paese un sistema sanitario moderno ed efficiente.

Riteniamo, signor Ministro, che la maggioranza, di fronte a quei problemi della cui gravità lei stesso si è dichiarato perfettamente consapevole, debba procedere ad una riorganizzazione del Ministero che coinvolga sia il centro che la periferia. Al riguardo, non possiamo non muovere pesanti critiche al progetto a suo tempo predisposto dal suo predecessore, che prevede direzioni e servizi obsoleti e frenanti, addirittura superati dalla stessa riforma sanitaria.

Il riassetto istituzionale non può, a nostro giudizio, avere alcun senso senza una modifica della normativa sulla finanza regionale che preveda l'autonomia impositiva degli enti locali. Occorre, in pratica, dare vita ad un sistema che consenta controlli puntuali e che dia al cittadino certezze in ordine alle prestazioni e ai servizi che lo Stato può garantirgli; sarebbe del tutto illusorio, del resto, pensare di risolvere i gravi problemi che abbiamo di fronte in maniera quasi automatica e meccanica, attraverso un riordino istituzionale che, stando al progetto attuale, stravolgerebbe lo spirito della stessa legge di riforma.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. In che senso lo stravolgerebbe, senatore Imbriaco?

IMBRIACO. Nel senso del collegamento territoriale, dato che lo stesso rapporto diretto tra unità sanitarie locali e Regioni finisce già, di fatto, per emarginare taluni aspetti importanti del sistema.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Come lei certamente saprà, senatore Imbriaco, le unità sanitarie locali sono per lo più intercomunali. È vero che provvedono a nominare i rispettivi consigli di amministrazione; i membri di tali consigli, tuttavia, sono degli amministratori e non dei gestori, come, del resto, è giusto che sia.

IMBRIACO. Ad ogni modo, il disegno di legge finanziaria al nostro esame, considerato l'attuale clima politico generale, se approvato così com'è rischierà di lasciare ingovernabile il sistema sanitario ancora per un anno. Mi auguro, dunque, che la diatriba che potrà eventualmente aprirsi e le incertezze che caratterizzano in questo periodo il rapporto tra le diverse forze politiche non creino le premesse per il definitivo affossamento della legge n. 833 del 1978. Ciò costituirebbe certamente un fatto di estrema gravità per la democrazia italiana: si compirebbe infatti, in tal modo, un passo indietro che vanificherebbe un'importante conquista civile e sociale.

PINTO Biagio. Dichiaro che voterò a favore dello schema di rapporto predisposto dal relatore, come, del resto, avevo già preannunciato intervenendo nella discussione generale.

Colgo comunque l'occasione per richiamare ancora una volta l'attenzione del Governo e della Commissione sulle condizioni assolutamente sfavorevoli - rispetto alle possibilità offerte dal mercato del

lavoro - in cui si trovano i giovani laureati in medicina. Non è un mistero, infatti, che il medico di base sceglie spesso come «associato» il figlio o magari il nipote; ne consegue che le occasioni di lavoro finiscono, in tal modo, per diventare un fatto ereditario.

Come ho già avuto modo di dire, viviamo dunque in uno strano paese, in cui l'accesso alle facoltà universitarie è libero mentre esiste, in pratica, il numero chiuso per l'inserimento nel mercato del lavoro.

SIGNORELLI. Dichiaro il voto contrario del Movimento sociale italiano-Destra nazionale sullo schema di rapporto predisposto dal relatore.

La mia parte politica ha sempre cercato di incidere in maniera costruttiva sui comportamenti e sulle opinioni (non certo sulle coscienze, poichè sarebbe esagerato) di coloro che condividono con noi le aspettative e le speranze - non soltanto politiche - di vedere finalmente risolti i drammatici problemi del settore sanitario. Il nostro giudizio, pertanto, va ben al di là degli aspetti strettamente economici e finanziari dei documenti in esame, poichè investe la stessa qualità del servizio sanitario nazionale.

L'unico dato certo è che sarà assicurata, ancora per un anno, un'assistenza sanitaria che può essere senz'altro definita «a rischio», un'assistenza sanitaria che non solo ha causato gravi danni psicologici per gli utenti, ma ha anche determinato spesso situazioni irreversibili, provocando, in diversi casi, la morte del paziente. Di fronte ad una situazione come quella che ho appena descritto c'è, quindi, ben poco da enfatizzare.

Colgo dunque l'occasione per proporre nuovamente l'istituzione di un'apposita Commissione bicamerale che affronti una volta per tutte i problemi rimasti insoluti e restituisca al Parlamento la possibilità di intervenire in determinati ambiti, senza limitarsi ad enfatizzare i vari piani sanitari nazionali e le norme che disciplinano il settore, vale a dire la legge n. 833 del 1978 e la legge n. 595 del 1985.

Devono esserci date precise assicurazioni circa la possibilità di risolvere al più presto i problemi connessi alle tossicodipendenze, alle lungodegenze e all'assistenza agli anziani; devono, inoltre, esserci date garanzie in ordine all'adozione di adeguati provvedimenti per il comparto materno-infantile. Riteniamo, infatti, che dare corso alle attuali iniziative legislative sia perfettamente inutile; proprio per questo, quindi, sollecitiamo - lo ripeto - l'istituzione di un'apposita Commissione bicamerale, incaricata di accertare le cause e le responsabilità degli insuccessi registrati nei vari settori (e mi riferisco, in particolare, a quello dell'assistenza ai malati di mente, la cui situazione è a dir poco indecorosa) e di formulare proposte concrete per far fronte alle varie esigenze.

Ci siano date, dunque, precise assicurazioni in proposito; ci sia data, finalmente, la possibilità di risolvere, tutti insieme, problemi che non possono certo essere affrontati attraverso misure totalmente inadeguate, come quelle contenute nel disegno di legge finanziaria al nostro esame, o con provvedimenti di emergenza. Sappiamo bene che non è cosa da poco: è questa, tuttavia, la realtà che abbiamo di fronte, una realtà che si trascina ormai da troppi anni.

- COLOMBO SVEVO. Intervengo per annunciare, signor Presidente, il voto favorevole del Gruppo democratico cristiano sullo schema di parere per la tabella n. 19 del bilancio e per la parte relativa alla sanità di questa legge finanziaria, almeno per due motivi. Il primo motivo è che ci siamo trovati di fronte quest'anno ad una legge finanziaria che si limita alla parte finanziaria, rimandando la parte di programmazione e di revisioni istituzionali ad altre normative, come abbiamo sempre chiesto. In secondo luogo mi pare che, rispetto alle normative che dovranno venire, ci siano delle indicazioni importanti nella relazione che ha preceduto questa legge finanziaria sulla quale ci sarà occasione di discussione all'interno di questa Commissione. Infine, ci troviamo di fronte per la prima volta ad un fondo che non è sottostimato, che quindi autorizza a richiedere anche autonomia e responsabilità nella gestione da parte delle Regioni.

Per questi motivi ribadisco che il voto favorevole che oggi esprimiamo è un voto convinto e senza riserve per la prima volta dopo tanti anni.

MURATORE. Signor Presidente, anche negli anni scorsi la votazione della legge finanziaria è sempre stata una votazione di maggioranza, legata alla speranza che qualcosa si modificasse, che qualcosa tornasse nella normalità. Il Ministro ha fatto una serie di dichiarazioni di intenti già in Commissione e in quella sede ho espresso apprezzamento perchè ero e sono convinto che il Ministro si prodigherà. Pur trattandosi di un settore che richiede interventi particolari, non è certo con pannicelli caldi che si potranno risolvere problemi che sono incancreniti dagli anni e dalle difficoltà che si sono create nel corso di questi anni. Se in passato in questa Commissione ho dovuto dichiarare che avrei votato per disciplina di partito, questa volta il mio voto favorevole rappresenta un'apertura di credito al Ministro perchè dia concretezza agli impegni che ha assunto di fronte a questa Commissione. Signor Ministro, ci attendiamo provvedimenti conseguenti alle sue dichiarazioni ed è anche per questo che, questa volta con interesse, con convinzione, noi socialisti votiamo a favore di questa legge finanziaria, anche se avremmo fatto comunque lo stesso per dovere politico e dovere di maggioranza.

BELLAFFIORE Salvatore. Confermo il voto favorevole del Gruppo socialdemocratico su questa legge finanziaria.

ALBERTI. Signor Presidente, noi avevamo espresso la nostra perplessità sulla presenza del comma 14 dell'articolo 8, perchè la presenza di questo comma, introdotto all'ultimo momento e con un voto di fiducia alla Camera, coincide anche con il fatto che il Ministero della sanità ha disatteso la legge n. 595 approvata nell'ottobre dello scorso anno. Non solo il Ministero non ha presentato entro i 45 giorni previsti il Piano sanitario nazionale e la legge di comparto, ma non ha neanche presentato tali documenti in occasione della presentazione di questa legge finanziaria. Dice bene il collega Melotto quando ipotizza che, se pure il Piano sanitario nazionale e la legge di comparto fossero

presentati nel corso del prossimo anno, si slitterebbe di due anni rispetto alla legge n. 595.

Il secondo aspetto che ci rende perplessi è che non abbiamo avuto assicurazioni circa l'impegno da parte del Ministro sulla riforma del Ministero della sanità. Ieri ho criticato alcune direzioni generali del Ministero della sanità non per come sono condotte tecnicamente, ma per come funzionano strutturalmente dal momento che, in mancanza di una riforma del Ministero, esse sono state svuotate dei loro compiti. Era compito dei Ministri che hanno governato per 15 anni questa struttura dopo la riforma sanitaria dare agli uffici del Ministero compiti precisi, che potevano essere appunto quelli di programmazione e di studio, cosa che non è avvenuta. Con ciò si è vanificata la funzione del Ministero della sanità, che dovrebbe essere appunto una funzione di programmazione e di punto di riferimento per l'organizzazione della sanità nell'ambito delle Regioni.

Mi associo alle considerazioni di carattere politico che ha già fatto il senatore Imbriaco, che non ripeto, e vorrei insistere perchè la nostra richiesta di ristrutturazione del Ministero venisse accolta il più presto possibile, come si era impegnato a fare il Governo all'inizio dell'anno 1986.

PRESIDENTE. Non facendosi ulteriori osservazioni, il mandato a trasmettere alla Commissione bilancio il rapporto sulla tabella 19 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge n. 2051 resta conferito al senatore Melotto.

I lavori terminano alle ore 14,15.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOTT. GIOVANNI LENZI