SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12ª COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

RESOCONTO STENOGRAFICO

DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE
E PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE FINANZIARIA 1986) (n. 1504)

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO
PER L'ANNO FINANZIARIO 1986
E BILANCIO PLURIENNALE PER IL TRIENNIO 1986-1988 (n. 1505)

**Stato di previsione del Ministero della sanità
per l'anno finanziario 1986 (Tab. 19)**

IN SEDE CONSULTIVA

INDICE

MERCOLEDÌ 9 OTTOBRE 1985

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)» **(1504)**

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988» **(1505)**

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986 **(Tab. 19)**

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

PRESIDENTE (Bompiani - *DC*) ..... *Pag.* 5, 15
IMBRIACO *(PCI)* ..... 5, 8, 9 e *passim*
MELOTTO *(DC), estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504* .... 5, 8, 9 e *passim*
RANALLI *(PCI)* 9
ROSSANDA *(PCI)* 9

GIOVEDÌ 10 OTTOBRE 1985

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)» **(1504)**

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988» **(1505)**

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986 **(Tab. 19)**

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

PRESIDENTE (Muratore - *PSI*) 15, 38, 39
ALBERTI *(Sin. Ind.)* 25, 29
CONDORELLI *(DC)* 15, 16, 21
CALÌ *(PCI)* 21
DE LORENZO, *sottosegretario di Stato per la sanità* 29, 38
GALDIERI *(MSI-DN)* 23, 24, 25
IMBRIACO *(PCI)* 31, 38
MELOTTO *(DC), estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504* . 24, 25, 38
RANALLI *(PCI)* 16

MERCOLEDÌ 16 OTTOBRE 1985

(Antimeridiana)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)» **(1504)**

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988» **(1505)**

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986 **(Tab. 19)**

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

PRESIDENTE (Bompiani - *DC*) *Pag.* 39, 40, 47 e *passim*
COLOMBO SVEVO *(DC)* 47
DEGAN, *ministro della sanità* 39, 41
MURATORE *(PSI)* 41
ONGARO BASAGLIA *(Sin. Ind.)* 43
RANALLI *(PCI)* 59
ROSSANDA *(PCI)* 40, 64
SIGNORELLI *(MSI-DN)* 53

MERCOLEDÌ 16 OTTOBRE 1985

(Pomeridiana)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)» **(1504)**

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988» **(1505)**

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986 **(Tab. 19)**

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

PRESIDENTE (Bompiani - *DC*) .... 66, 75, 86 e *passim*
ALBERTI *(Sin. Ind.)* 92
COLOMBO SVEVO *(DC)* 92
DEGAN, *ministro della sanità* ..... 83, 87, 88 e *passim*
IMBRIACO *(PCI)* ..... 71, 80, 81 e *passim*
MELOTTO *(DC), estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504* . 78, 80, 81 e *passim*

MERIGGI *(PCI)* ..... *Pag.* 66
RANALLI *(PCI)* ..... 80, 87, 89 e *passim*
ROSSI *(PRI)* 70, 71
SELLITTI *(PSI)* 73
SIGNORELLI *(MSI-DN)* 92

MERCOLEDÌ 12 FEBBRAIO 1986

(Antimeridiana)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)» **(1504-B)**, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988» **(1505-B)**, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986 **(Tab. 19)**

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

PRESIDENTE (Bompiani - *DC*) 93, 96
MELOTTO *(DC), estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504-B* .. 93, 95
RANALLI *(PCI)* 95, 96

MERCOLEDÌ 12 FEBBRAIO 1986

(Pomeridiana)

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)» **(1504-B)**, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988» **(1505-B)**, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986 **(Tab. 19)**

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

PRESIDENTE (Bompiani - *DC*) .... *Pag.* 96, 105, 109 e *passim*
COLOMBO SVEVO *(DC)* 102, 103
CONDORELLI *(DC)* 102
DEGAN, *ministro della sanità* 103, 109
MELOTTO *(DC), estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504-B* .. 106, 108, 113
MERIGGI *(PCI)* 100
MURATORE *(PSI)* 100, 101
RANALLI *(PCI)* ..... 97, 100, 101 e *passim*
SIGNORELLI *(MSI-DN)* 101, 108

MERCOLEDÌ 9 OTTOBRE 1985

Presidenza del Presidente BOMPIANI

I lavori hanno inizio alle ore 10,45.

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)» (1504)

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-88» (1505)

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986 **(Tab. 19)**

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame congiunto dei disegni di legge: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)» e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988 — Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986» (Tab. 19).

IMBRIACO. Signor Presidente, non voglio esprimere poca fiducia nei confronti del sottosegretario De Lorenzo, ma nel momento in cui si avvia il dibattito sullo strumento principale che regolerà la vita economica del Paese per il prossimo anno, anche facendo riferimento ad un articolo del Regolamento del Senato, ritengo che la presenza del ministro Degan sia più che necessaria.

Esiste anche una ragione politica esterna alla questione regolamentare e procedurale: il disegno di legge finanziaria al nostro esame è stato accompagnato da vistose polemiche che hanno chiamato in causa il Ministro stesso, che a più riprese non ha esitato ad uscire allo scoperto denunciando manovre che comprometterebbero perfino la modesta attività del Servizio sanitario nazionale.

A nome del mio Gruppo chiedo perciò che il Ministro della sanità sia presente a questo dibattito.

PRESIDENTE. La prassi vigente in tutte le Commissioni parlamentari del Senato prevede che fino al termine della discussione generale si possa sostituire il Ministro competente con il Sottosegretario, fermo restando che il Ministro deve essere presente nella fase successiva fino alla conclusione dell'esame. Essendo questa la prassi consolidata, vorrei pregare il senatore Imbriaco di superare questa obiezione di principio e di passare allo svolgimento della relazione.

IMBRIACO. Ripeto che non si tratta di una questione di principio ma di una questione politica che richiama la polemica che vi è stata nei giorni scorsi. Mi permetto perciò di insistere nella mia richiesta.

PRESIDENTE. Purtroppo l'esame delle previsioni di spesa da parte del Senato coincide con la discussione di grandi provvedimenti alla Camera dei deputati, tra i quali deve essere compreso il piano sanitario nazionale.

Considerata perciò la prassi regolamentare e la coincidenza con importanti temi in discussione alla Camera dei deputati, ritengo superata l'eccezione sollevata dal senatore Imbriaco e invito il senatore Melotto a riferire alla Commissione sulla tabella 19 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge n. 1504.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge*

n. 1504. Signor Presidente, onorevoli colleghi, quest'anno la mia relazione sarà più breve rispetto a quella degli anni precedenti, perchè darà per scontate alcune premesse e cercherà di arrivare direttamente al nocciolo dei problemi per consentire una valutazione di insieme capace di attestare in modo sempre più qualificato il servizio sanitario.

Lo scorso anno ebbi modo di portare alla Commissione i dati relativi agli anni 1981-1983, sia per quanto riguarda gli aspetti economico-finanziari, sia per quanto riguarda la ripartizione della spesa per Regioni e per voci di spesa. Su questi dati si è svolto un ampio dibattito e si è tentato di comprendere l'evoluzione della spesa per correggere le eventuali distorsioni esistenti.

Quest'anno ho a disposizione alcuni dati statistici forniti dall'ISIS, in cifra assoluta e deflazionata, relativi al 1977-1984. Mi consentirete perciò di soffermarmi su questo punto anche perchè ritengo necessario ed utile studiare l'evoluzione del sistema, depurato dall'inflazione, per comprendere cosa è stato fatto in questi anni.

Prima di tutto voglio addentrarmi con sufficiente chiarezza nell'esame del consuntivo 1984, che ritengo il punto di partenza su cui il governo della spesa pubblica deve essere credibile se vuole chiedere la compartecipazione periferica. Questo ci permetterà anche di verificare quanto è accaduto nel 1985, cioè l'andamento che il comparto della sanità ha avuto in questo periodo. Solo in questo modo si potrà avere un preventivo sufficientemente credibile e realistico per il 1986.

Voglio ricordare, in primo luogo, che la politica delle entrate è frutto dei contributi di stretta pertinenza dell'11ª Commissione. Credo comunque che, sia direttamente che indirettamente, non possa non essere valutato anche questo aspetto delle entrate dalla nostra Commissione. Infatti i contributi per il finanziamento del Fondo sanitario nazionale nel 1981 ammontano a 14.196 miliardi; 5.601 miliardi sono i contributi fiscalizzati che sono integrati da una partecipazione dello Stato quantificabile in 8.638 miliardi. Da questi dati si ricava che il totale del finanziamento statale è di 14.239 miliardi, cioè del 62,4 per cento del totale. Nel 1982 la contribuzione statale è scesa al 48,5 per cento; è risalita nel 1983 fino al 51,7 per cento; è scesa nuovamente nel 1984 fino al 49,4 per cento; per il 1985 si è parlato del 48,3 per cento e si prevede che per il 1986 si arrivi al 44,7 per cento. Si può quindi affermare che il 50 per cento della spesa è sostenuta dai cittadini, mentre attraverso la fiscalizzazione o l'intervento diretto dello Stato si reperisce la copertura per il rimanente 50 per cento della spesa.

Ora vediamo come sono distribuiti i contributi di malattia per il 1984. I contributi dei lavoratori dipendenti ammontano a 22.050 miliardi e costituiscono il 76,86 per cento del totale. All'interno di tale categoria i contributi diretti dei lavoratori rappresentano il 7,67 per cento, quelli pagati dal datore di lavoro il 35,38 per cento, quelli fiscalizzati il 33,81 per cento. I contributi dei lavoratori autonomi ammontano a 3.340 miliardi, pari all'11,64 per cento. I contributi dei lavoratori dipendenti statali, pari a 3.300 miliardi, rappresentano l'11,50 per cento. Quindi, abbiamo un totale di 28.690 miliardi di entrate per il 1984, comprensivo di 9.700 miliardi dei contributi fiscalizzati.

All'origine del finanziamento della spesa sanitaria pubblica lorda per il 1984 vi sono: i contributi versati, che rappresentano il 47,71 per cento; i contributi fiscalizzati, che rappresentano il 24,37 per cento; le entrate dirette delle USL (trasferimenti da Regioni e Comuni, interessi attivi, provenienti per servizi a terzi, *tickets* su analisi, poste compensative dalla spesa, altre entrate), che ammontano a 334 miliardi, rappresentano il 2,40 per cento. Abbiamo poi i *tickets* sui farmaci, pari a 731 miliardi, che rappresentano l'1,84 per cento dell'intera entrata; per altri *tickets* vi sono ancora 130 miliardi, corrispondenti ad uno 0,33 per cento; le integrazioni del Fondo sanitario nazionale a carico dello Stato hanno contribuito per il 23,6 per cento, pari a 9.300 miliardi.

Vorrei portarvi ora alcuni dati relativi alla spesa sanitaria pubblica per funzioni dal 1977 al 1984 in lire correnti e deflazionate. Fatta base 100 il 1977, nel 1984, la spesa sanitaria pubblica deflazionata sale a 129,9, mentre il prodotto interno lordo, fatta sempre base 100 il 1977, nell'84 (sempre deflazionato) sale a 114. Questo è dimostrato in maniera diffusa dalle tabelle, anche se, quando si entra nelle singole voci, si può notare che nella spesa sanitaria la crescita più vistosa è rappresentata da quella relativa agli ospedali pubblici, che nel 1984 sale a 142,4 fatta base 100 il 1977. Anche la medicina generica e la farmaceutica si attestano in maniera considerevole, passando rispettivamente a 122,5 e a 119,2, mentre decresce la spesa per la specialistica convenzionata interna ed esterna che va al 97, fatta base 100 il 1977.

Per quanto riguarda i dati relativi alla spesa sanitaria pubblica, tra il 1977 ed il 1984, si può notare come vi siano minori divaricazioni, rispetto alla media nazionale e tra le varie regioni, nella ripartizione delle risorse. Prendiamo ad esempio la voce relativa alla medicina generica: vediamo che questa ha un valore medio su tutto il territorio nazionale. Lo stesso non si può dire invece per la spesa farmaceutica e per la convenzionata che registrano notevoli differenze regionali.

Per quanto riguarda la spesa sanitaria *pro capite* per regioni dal 1977 al 1984 (in lire correnti e deflazionate) risulta quanto segue: per il 1984 abbiamo un totale di lire 645.780 in lire correnti, che deflazionate risultano essere lire 228.676, mentre nel 1977 erano lire 177.071; registriamo quindi un aumento di 50.000 lire (deflazionate) *pro capite*, fra il 1977 e il 1984. Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, che ritengo una voce importante nella spesa sanitaria in generale, questa è sempre in crescita (in maniera superiore rispetto al tasso di inflazione): nel 1984, si attesta sulle 99.041 lire (correnti) *pro capite*, che deflazionate corrispondono a lire 35.071, e questo nonostante l'applicazione dei *tickets*, mentre nel 1977 era di lire 29.595, sempre *pro capite*; come ripeto, dunque, rispetto alla media di aumento delle altre voci, questa è nettamente più marcata.

Indubbiamente il fenomeno varia molto da regione a regione e, all'interno di ciascuna regione, tra USL e USL. Ieri sera ho ricevuto il rendiconto del 1984 dal Servizio centrale della programmazione sanitaria del Ministero della sanità (verrà poi distribuito a tutti i membri della Commissione), che si divide sostanzialmente in due parti: un riassunto trimestrale generale per voci e per regioni ed un riassunto particolareggiato per voci e per USL all'interno di ciascuna delle 20 regioni. Da questi dati risulta che il totale delle spese correnti per il 1984 sostenute dalle regioni (comprese le spese per la Croce rossa ed altre a carattere nazionale) è stato di lire 36.764.704.000.000, pari quindi ad una spesa media per abitante di 648.000 lire, con uno scostamento percentuale vario e con un aumento dell'8 per cento rispetto all'anno precedente. Rilevanti sono gli scostamenti rispetto alla media nazionale: si va da un meno 3 ad un più 20 per cento a seconda delle regioni e della spesa. Vi sono regioni che rispetto al 1983 hanno registrato aumenti fino al 20 per cento e regioni che, rispetto allo stesso anno, hanno visto diminuire la spesa del 17 per cento. Ad esempio, gli aumenti di spesa per abitante, rispetto all'anno precedente, sono marcati nel Lazio, in Abruzzo, in Valle d'Aosta, in Basilicata e nel Molise, mentre per tutte le altre regioni si accostano alla media nazionale. In Valle d'Aosta rispetto all'anno precedente si è arrivati addirittura al 24 per cento in più, in Campania invece l'aumento è stato soltanto del 5,6 per cento.

Se procediamo all'esame per voci, sempre rispetto a questi due anni di riferimento, il personale è salito dal 42,2 per cento al 42,5 per cento, l'ospedalità convenzionata è scesa dal 9,8 al 9,6 per cento, la farmaceutica convenzionata dal 16 per cento è scesa al 15,3 per cento, i beni e servizi dal 16,2 per cento sono passati al 17,8 per cento. Le spese per il personale dipendente, che incidono per 276 mila lire per abitante sul Servizio sanitario nazionale, viaggiano

praticamente fra il Friuli, che presenta una cifra di 392.000 lire, e la Sicilia con la cifra di 216.000 lire. Per quanto riguarda invece i beni e servizi, su una media di 116.000 lire, abbiamo la Sicilia con 71.000 lire ed il Veneto con 160.000 lire. Per quanto riguarda invece la generica convenzionata, è l'unica che si attesta sulle 46.000 lire e quindi lo scostamento è tra le 38.000 e le 49.000 lire: la forbice in questo caso si restringe molto. Per quanto riguarda invece la farmaceutica convenzionata, andiamo dalle 62.000 lire della provincia di Bolzano (la media in Italia è di 99.000 lire) alle 135.000 della Sicilia. Praticamente l'incidenza percentuale sul totale delle spese correnti del Fondo sanitario nazionale (è riconfermato l'andamento degli anni precedenti) è del 24,3 per cento in Sicilia, essendo invece del 9,9 per cento nella provincia di Bolzano, con una media in Italia del 15,3.

La spesa per la specialistica convenzionata esterna, che si attesta su una media nazionale di 21.000 lire, vede il Lazio a 41.000 lire, la Sicilia a 38.000 lire, il Friuli, il Molise, l'Umbria e altre regioni a 6-7.000 lire. Questi dati vengono riconfermati nella ospedaliera convenzionata, dove su una media nazionale di 62.000 lire, abbiamo 173.000 lire per il Lazio, scendiamo ad 89.000 lire in Liguria, a 85.000 lire in Puglia, a 81.000 lire in Lombardia, per arrivare in Umbria alla cifra di 9.000 lire. Pertanto nel Lazio incide per il 22,6 per cento delle spese correnti del Servizio sanitario nazionale, mentre la media in Italia è del 9, con regioni che sono sul 4-5 per cento.

Senza soffermarmi su molti altri dati, credo che però qualche altro meriti di essere ricordato perchè poi occorre analizzare non solo l'aggregato, ma anche il disaggregato per regioni e per USL, per capire esattamente come si presenta il fenomeno e come si va via via ad attestare. Per esempio, la distribuzione delle USL secondo l'incidenza degli esenti da *ticket* dà questa tabella: fino al 10 per cento, c'è il 45 per cento delle USL; dal 10 al 20 per cento scendiamo al 32 per cento delle USL; dal 20 al 30 per cento siamo al 12-13 per cento delle USL; dal 30 al 40 per cento siamo al 7 per cento, però ci sono anche USL che arrivano al 70 per cento ed oltre degli esenti da *ticket*.

IMBRIACO. Tutte nel Mezzogiorno.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504.* Abbiamo questa incidenza percentuale per regioni: il Molise presenta una percentuale del 38,6 per cento (in Italia la media è del 13,4), la Puglia del 28 per cento; la Basilicata del 25,7 per cento; la Sicilia del 25,5 per cento; l'Abruzzo del 21 per cento; la Sardegna del 21 per cento; la Calabria del 18 per cento; la Campania del 16 per cento; l'Umbria del 14 per cento; le Marche del 13 per cento; la Toscana dell'11 per cento; l'Emilia-Romagna dell'11 per cento; il Friuli del 9 per cento; il Lazio del 9,3 per cento; la Liguria del 9,1 per cento; il Veneto del 9,1 per cento; la provincia di Trento del 7 per cento, fino a scendere a quella di Bolzano che ha una percentuale del 2,9 per cento; la Lombardia del 6,1 per cento.

Per quanto riguarda, invece, il fenomeno delle quote per medico generico, ormai esso è largamente governato. Noi abbiamo fino a 1100 scelte la stragrande maggioranza dei medici; da 1100 a 1200 ancora il 26-27 per cento; da 1300 a 1500 solamente l'8 o il 9 per cento; da 1500 a 1700 siamo al 2-2,5 per cento. Quindi ormai il fenomeno della sistemazione dei massimalisti si è notevolmente ridotto ed ha distribuito in modo omogeneo le scelte.

Per quanto riguarda la distribuzione delle ricette, questo è un fenomeno che vale la pena di andare a controllare ed analizzare meglio: la distribuzione delle USL secondo il numero medio annuo di ricette per assistibile, praticamente la media è dalle 6 alle 8 ricette per abitante; anzi precisamente la media è di 6,9, con punte di 10 in alto e di 4,3 in basso, come la provincia di Bolzano dove evidentemente la spesa farmaceutica è molto controllata.

IMBRIACO. C'è qualche regione dove i dati risultano vistosamente al di fuori di queste cifre?

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504.* La Basilicata, la Toscana, la Campania. Rispetto alla media di 6,9 la Basilicata presenta il 10,3, ma non si tratta di uno scostamento particolarmente alto.

Il costo medio per assistibile porta quindi la Basilicata a 14.747 lire su una media italiana di 9.644, e la provincia di Bolzano a 5.597 lire, ma il dato più interessante è che il costo medio per ricetta è di 16.680 lire e gli scostamenti sono modesti, fra 18.000 di tetto massimo e 14.000 di tetto minimo, con una media di 16.000. Quindi il numero delle ricette, pur presentando questi scostamenti, ha un costo medio per ricetta abbastanza unificato.

RANALLI. Però è alto.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504.* È alto; 16.680 lire per ricetta come costo medio è effettivamente alto.

Vorrei ricordare un altro dato che mi ha impressionato, riservandomi poi di fare un esame più approfondito (mi riferisco alla distribuzione del personale), il dato cioè relativo agli assistibili per unità di personale dipendente (non convenzionato): le USL fino ad 8 dipendenti per 1000 abitanti sono il 44 per cento, quelle da 8 a 10 il 20 per cento, fino a scendere al 14 per cento delle USL oltre i 14 dipendenti.

Per esempio, quello che si registra in Campania non può essere trascurato: gli assistibili per unità di personale dipendente sono 139, mentre per il Friuli sono soltanto 63. Indubbiamente vi è maggior personale nel Friuli e la spesa per gli ospedali pubblici è abbastanza elevata. Comunque gli assistibili per unità di personale dipendente in Italia sono in media 98. Gli assistibili, per medico dipendente, invece, sono in media circa 734 a livello nazionale. Quello che non si comprende è come nel Lazio, nonostante tutta la medicina convenzionata esterna esistente in questa regione, si raggiunga il numero minimo di 471 assistibili per medico dipendente, mentre la punta massima è raggiunta in Lombardia con 1.107 assistibili. Nel Molise vi sono 543 assistibili per medico dipendente, pur non esistendo una Università di medicina. Nel Friuli il numero degli assistibili è di 553; in Umbria di 560; in Calabria di 577; nella provincia di Bolzano di 946; in Campania di 874; in Puglia di 789. Mi riferisco ai medici dipendenti, agli ospedalieri, agli addetti ai laboratori, in sintesi a tutti coloro che fanno capo al Servizio sanitario nazionale.

In Campania è rilevante il numero degli assistibili per infermiere: su una media nazionale di 271 assistibili per infermiere, in Campania riscontriamo la cifra di 591 assistibili.

ROSSANDA. Non scopriamo niente di nuovo.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504.* Credo che questi dati siano sufficienti per capire il fenomeno e quanto sia necessaria non solo una ripartizione delle risorse, ma anche una guida per attestare la ristrutturazione e la riqualificazione del sistema sanitario. In caso contrario ritengo che il dato economico faccia emergere la discrasia esistente tra ripartizione delle risorse e ristrutturazione del comparto, cioè tra l'uno e l'altro costo.

Per quanto riguarda il disegno di legge finanziaria, debbo dire che la manovra tende ad imbrigliare sempre di più la governabilità del sistema chiamando chiaramente in causa — credo per la prima volta — la corresponsabilità della periferia. L'articolo 24 del disegno di legge parla finalmente dei redditi dei soggetti considerando i redditi di tutti i componenti il nucleo familiare, cioè anche i redditi esenti da imposta. Si tratta di una grande novità perchè della dichiarazione dei redditi deve essere trasmessa copia al Comune di residenza. Si tratta cioè di una norma di carattere generale che si inserisce nel discorso della

esenzione prevista dall'articolo 27, comma 4. A questa esenzione, però, devono far fronte i Comuni, come è previsto dall'articolo 30 del disegno di legge finanziaria. Questi oneri a carico dei Comuni sono valutati in 915 miliardi.

Va perciò sottolineato che l'imbrigliamento della spesa non è acriticamente stabilito per fasce di reddito, ma va valutato per l'intero nucleo familiare. Vi è quindi la possibilità che il Comune, che in questo caso è corresponsabile, debba operare l'esenzione tramite quel meccanismo che ripristina le entrate delle Unità sanitarie locali.

Ci si può chiedere se questa manovra è sufficiente: a mio parere è necessario verificare tutti i passaggi. L'accertamento, cioè la convalida o meno delle esenzioni, sembrerebbe competere al Comune in virtù del decreto emanato di concerto da più Ministri. Se questo è vero, a mio parere è necessaria una precisazione perchè deve essere chiaro che spetta all'ente locale e non all'unità sanitaria la possibilità di una valutazione complessiva e non difforme da voce a voce in base alle prestazioni. In questo modo si potrà superare quel disimpegno che si è prodotto in questi anni: infatti alcune volte una esenzione supportata da evasione fiscale poteva anche trovare una risposta positiva, come i dati ci hanno confermato.

Con questa manovra subentra un nuovo concetto che credo la Commissione dovrà esaminare. Si riduce il diritto all'esenzione, che peraltro resta uguale per tutti, mentre subentra la necessità di un'integrazione della quota da parte di alcune fasce. Un'integrazione però è posta a carico dell'assistenza sociale, non della sanità.

Lo stesso discorso può ripetersi per l'articolo 25. Credo comunque che sia opportuno segnalare questo articolo all'attenzione dell'11ª Commissione, nella cui competenza ricade la materia relativa ai minorati civili. Questo articolo subordina le prestazioni integrative di carattere economico all'esenzione prevista dall'articolo 24, nell'ambito del quale, pertanto, si debbono regolamentare in modo omogeneo, se non in modo uniforme, le possibilità di esenzione.

L'articolo 27 eleva al 25 per cento il *ticket* sui medicinali e a lire 2.000 la quota di partecipazione per ogni ricetta. Questo 25 per cento si attesta sulle prestazioni di diagnostica strumentale di laboratorio, sulle prestazioni farmaceutiche e per la prima volta sulle prestazioni idrotermali. Innalzare il *ticket* al 25 per cento indubbiamente rappresenta un contributo notevole nella manovra e se lo raccordiamo all'esenzione costituisce da parte dei cittadini una compartecipazione larga e diffusa alla spesa sanitaria. Teniamo anche presente che viene eliminato il *plafond* esistente in precedenza, quindi quel 25 per cento influisce su tutta la spesa. Peraltro, per i soggetti ultrasessantacinquenni, al fine di poter usufruire delle esenzioni e delle agevolazioni di cui alla tabella G, vengono aumentati i limiti di reddito di 2 milioni, perchè qui vi è la possibilità di cogliere una patologia più accentuata che in altre categorie.

È da definire il problema dell'ultimo comma dell'articolo 27, perchè non è chiaro se si intende abolire qualsiasi esenzione per quelle particolari categorie (invalidi del lavoro, invalidi civili, eccetera) di cui ci occupammo largamente lo scorso anno, oppure se si vuole invece ripristinare queste esenzioni, indipendentemente dal reddito. Occorre pertanto porci una domanda: è il caso ed è sufficiente avere elevato di due milioni il reddito per gli ultrasessantacinquenni?

Ulteriori limitazioni sono previste dall'articolo 29 che considera come aggiuntive, e quindi a carico delle Regioni in virtù dell'articolo 25, ultimo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, tutta una serie di prestazioni. Credo che questo articolo trovi o dovrebbe trovare riscontro nella legge sulla programmazione sanitaria, dove, attraverso uno sforzo, si sono individuate non solo l'uniformità e la razionalità delle prestazioni per tutto il territorio (il testo unico), ma anche la possibilità di poter eventualmente attestare con legge il diritto alla prestazione stessa. L'articolo 27 dà la

possibilità di raccordarci con l'articolo 28, che chiama in causa la corresponsabilità delle Regioni per quanto riguarda le prestazioni erogate in forma indiretta. Infatti l'articolo 28 stabilisce che, allo scopo di garantire il pareggio dei bilanci delle unità sanitarie locali, le Regioni possono prevedere: *a*) le erogazioni delle prestazioni di cui ai commi 1, 2 e 3 del precedente articolo 27 in forma indiretta, con partecipazione alle spese anche differenziata per reddito; *b*) maggiorazioni delle vigenti quote di partecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni, ferma restando l'esenzione dei soggetti esonerati dalla partecipazione stessa in base a leggi nazionali. Per le Regioni vi è la possibilità di ampliare la fascia delle prestazioni in forma indiretta, così come previsto anche nel piano sanitario, rapportata ai servizi esistenti e al contenimento della spesa.

L'articolo 26 stabilisce che per il Fondo sanitario nazionale per il triennio 1986-1988 la parte corrente viene aggiornata, per cui la cifra indicata all'articolo 12 del piano sanitario nazionale passa da lire 129.380 miliardi a 130.605 miliardi. Dunque dai 39.200 miliardi del 1985 e dai 41.210 miliardi previsti per il 1986 con il disegno di legge finanziaria, con questo aggiornamento si passa ai 41.600 miliardi per il 1986. Vengono invece confermate le spese in conto capitale previste dal piano: lire 1.600 miliardi per l'esercizio 1986, lire 1.680 miliardi per l'esercizio 1987 e lire 1.800 miliardi per l'esercizio 1988. Per le spese in conto capitale l'aggiornamento è stato fatto in base al tasso di inflazione più l'aumento del prodotto interno lordo.

Ora, vorrei dal Sottosegretario un chiarimento sul grado di spendibilità delle Regioni e delle USL nella voce in conto capitale. A me è parso di capire che le spese per i progetti-obiettivo non sono praticamente possibili, quindi continuiamo a governare l'esistente. Poichè l'erogazione delle somme avviene sulla base dei programmi presentati e dato che questi giungono sempre con estremo ritardo, come pure estremamente lenta è la gestione, non si riscontrano i servizi corrispondenti; non è sufficiente distribuire denaro, ma bisogna saperlo anche utilizzare, quindi vediamo di dare un maggiore ausilio anche in questo senso.

Ora, sempre all'articolo 26, la lettera *a*) termina con le parole: «l'adeguamento da apportare per l'anno 1986 viene fissato in lire 915 miliardi»; ciò significa che l'adeguamento avverrà in riduzione, però non trovo analogo incremento per le entrate comunali. Ritengo quindi che una volta definita l'entità del fondo, tenendo conto delle esenzioni, la capacità impositiva delle Regioni dovrebbe tendere solo a integrare prestazioni minime che invece devono essere garantite dal fondo stesso, altrimenti la corresponsabilità periferica verrebbe vanificata.

Il Ministro, il cui dissenso su questo punto è manifesto, ed è stato manifestato clamorosamente, ha provocato un chiarimento con il Presidente del Consiglio e con il Ministro del tesoro, per cui io mi auguro che ci dirà come deve essere interpretata questa norma, quale sia il fondamento della stessa e le correlazioni che una norma di questo tipo crea.

Vorrei inoltre osservare che il 6 per cento di aumento previsto, visto l'andamento della spesa 1984 traguardata al 1985 e quindi considerato il primo semestre proiettato, dà qualche vuoto ancora, ma indubbiamente non si hanno elementi sufficienti per poterlo valutare nel suo insieme; può essere governato o può essere governabile solo se il primo comma dell'articolo 5, sotto il titolo IV, «Disposizioni in materia di personale», sarà gestito con tempestività (e non rinviando le cose fino a farle marcire), con autorevolezza e soprattutto nella chiarezza e correttezza delle cifre che si vanno a concordare. Credo che oggi il servizio informativo sia in grado di sopportare la scelta, la trattativa contrattuale, e quindi far sapere esattamente se il costo del rinnovo è 100, 1000 o 10.000, perchè altrimenti accadrebbe come negli anni passati, quando si andava a fare il rendiconto e si constatava, magari molto tempo dopo, che esistevano i vuoti che tutti conosciamo.

Non trovo invece giustificazione alcuna

per l'inclusione nel secondo comma dell'articolo 26, in quanto essendo ormai sulla dirittura d'arrivo la legge sulla programmazione sanitaria, occorre fare in quella sede i riferimenti ai parametri numerici per non riaprire in maniera del tutto estemporanea — e mi fermo qui — problematiche che hanno trovato larga e razionale sintesi da parte di tutte le forze politiche qui presenti. Io credo che ad un certo momento non sia possibile nè pensabile riaffrontare gli stessi problemi quando sta per giungere ad approvazione il piano sanitario nazionale: è opportuno invece ricercare in esso tutti i meccanismi sulla ristrutturazione, sulla trasformazione, sul servizio, soprattutto ospedaliero, per individuare gli eventuali risparmi da destinare ad altre voci.

Faccio un rapido accenno all'articolo 31, anche se riguarda più espressamente l'11ª Commissione. L'articolo 31 cerca di razionalizzare, introducendovi elementi di omogeneità, il problema della contribuzione, per rispondere anche al richiamo della Corte dei conti. Oggi il maggior numero dei lavoratori dipendenti paga l'11,15 per cento della retribuzione; i dipendenti degli enti locali pagano invece il 2,90 per cento. In base alle norme previste si dovrebbero attestare tutti i lavoratori all'1,35 per cento, con un aumento dello 0,20 per cento della contribuzione, mentre la quota a carico dei datori di lavoro pubblici e privati si dovrebbe attestare al 9,60 per cento. Questo accadrebbe, di fatto, con una riduzione per il settore dell'industria, ma con l'allargamento della contribuzione, secondo vari gradi, per il commercio e per l'agricoltura. Non so se la gradualità sia consentita, ma ritengo che, offrendo un servizio uniforme, è necessario arrivare anche ad un prelievo omogeneo.

Per quanto riguarda i lavoratori autonomi, i professionisti, eccetera, viene elevato il contributo al 9 per cento sul reddito IRPEF e comunque con contributo non inferiore a 324 mila lire.

Viene istituito infine, per la prima volta in Italia, un contributo di solidarietà, il contributo cosiddetto sociale per malattia, dove a prestazioni extra-autonome occasionali, oltre la tassazione d'acconto sull'IRPEF, viene immesso un contributo per malattia del 6,3 per cento con un tetto prima di 30, poi di 100 milioni. I commi 7 e 8 riguardano l'adeguamento alle nuove percentuali di contribuzione dei processi di fiscalizzazione e quindi attestano in base alla nuova contribuzione il processo di fiscalizzazione.

Prima di concludere su questa parte, mi preme evidenziare due problemi che sono emersi leggendo il capitolo non riguardante la sanità. Mi riferisco all'articolo 5, comma 15. Io spero si tratti solo di un errore, anche perchè al primo comma dello stesso articolo era stata fatta opportuna distinzione, ma è impropria l'espressione «per gli enti amministrativi dipendenti dalle regioni»: le unità sanitarie locali quindi spariscono e diventano enti amministrativi dipendenti dalle Regioni. Io credo che sia necessario ripristinare quanto scritto al comma 1 dello stesso articolo, ovvero citare esclusivamente le unità sanitarie locali, perchè non c'entrano niente gli enti amministrativi dipendenti dalle Regioni.

Quello che è ancora più grave è poi il comma 18 dello stesso articolo. Voi sapete quanta sofferenza ci ha procurato la sanatoria nei vari passaggi, ed invece viene soppresso l'ultimo comma dell'articolo 9 della legge n. 207 del 20 maggio 1985 che, guarda caso, recita: «nei casi di aspettativa e di congedo previsti dalla legge, la supplenza può essere conferita per tutta la durata di assenza del titolare con le modalità di cui ai commi precedenti». Ora, in presenza di casi di gravidanza, servizio militare e così via, un servizio va comunque erogato. La sanatoria su questi passaggi era stata esaminata e valutata in modo tale da eliminare la possibilità del precariato, perchè lo abbiamo legato strettamente all'avviso pubblico dell'indizione del concorso; ma, per i casi di assenza obbligatoria previsti dalla legge, la supplenza è legata strettamente alla durata della stessa. Questo non credo sia accettabile perchè vuol dire mettere sempre in forse i servizi con quello che ne consegue.

Quindi dall'esame del complesso di nor-

me previste dal disegno di legge finanziaria a mio parere emerge con evidenza la riconferma del disegno previsto dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833; questo lo devo sottolineare perchè, rispetto alle notizie riportate dalla stampa, qui trovo, ripeto, che si riconferma il disegno previsto dalla legge n. 833. Vi è inoltre la necessità di raccordare le prestazioni alle risorse, salvaguardando le fasce sociali dei cittadini che non possono accettare la limitazione del diritto, e questo indubbiamente non calcolato acriticamente, ma sul reddito familiare.

L'incidenza più marcata attraverso i *tickets* della compartecipazione richiesta agli utenti, la corresponsabilità per la prima volta richiesta nella gestione del servizio attraverso il controllo dell'esenzione e la titolarità della stessa ai Comuni, chiamandoli ad integrare con propri fondi tale esenzione, mi sembrano dei punti fondamentali. Vi è finalmente la possibilità che il parere dei Comuni sui bilanci non sia un rito tante volte omesso, ma che si cominci veramente a raccordare un'azione tra Comuni, associazioni ed enti di Governo poichè il Comune diventa un ente strumentale che eroga il servizio.

È stata poi fatta una scelta che credo debba essere ulteriormente precisata nei tempi e nelle modalità. È stata infatti affidata alle Regioni la possibilità di aumentare la compartecipazione e la facoltà di far diventare indirette alcune prestazioni. Non dobbiamo però dimenticare che il problema dei farmaci ci impone un ripensamento. Infatti, nonostante i *tickets*, la spesa sanitaria si allarga. Ritengo peraltro che l'eliminazione del *plafond* potrà impedire il rialzo, abbastanza diffuso e oltre certi limiti, dei prezzi.

Voglio ripetere che nel provvedimento sono stati inclusi alcuni aspetti superflui, estemporanei o contraddittori con la manovra economica stessa e con deliberati di questa Commissione e della Commissione sanità dell'altro ramo del Parlamento.

Queste, a mio parere, erano le osservazioni principali da fare sul provvedimento al nostro esame. Ritengo comunque che il nostro rapporto alla Commissione bilancio debba essere favorevole, pur con le precisazioni testè fatte e che saranno riprese nel corso del successivo dibattito.

Passando al'esame della tabella 19, debbo dire che il bilancio assestato del 1985 è di 477.899,3 milioni, di cui 6.000 in conto capitale. Per il 1986 si prevede di portare questo bilancio a 707.441,6 milioni, di cui 9.000 in conto capitale. L'incremento previsto è perciò di 226.542,3 milioni per la parte corrente e di circa 3.000 per il conto capitale. Si tratta di un aumento sproporzionato rispetto al 6 per cento previsto per il Fondo sanitario nazionale, anche se questa percentuale proiettata nel triennio può portare addirittura ad una diminuzione degli aumenti stessi.

Esiste un processo di osmosi su cui vale la pena soffermarsi. Le voci di aumento sono, per il personale, stipendi, pensioni, indennità integrative speciali. La voce che più evidenzia l'aumento però è rappresentata dall'acquisto di beni e servizi: infatti, dei 226.542 milioni di aumento previsto, 195.000 sono destinati a questo scopo. L'usufruire di determinate convenzioni evidentemente pesa molto sulle previsioni. Non si può poi trascurare l'aumento dovuto ai contributi a enti organizzativi, come l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Le spese per il servizio informativo passano a 14 miliardi e mezzo, come è previsto nel capitolo 4201. Lo stesso disegno di legge finanziaria, però, ricorda che è in corso di approvazione un provvedimento che prevede un aumento, attraverso il fondo speciale, di 50 miliardi per il 1986, 80 miliardi per il 1987 e 60 miliardi per il 1988 per completare il servizio informativo stesso. Vi è da precisare che il servizio informativo può passare alla seconda fase, quella del collegamento diretto non solo con le regioni, ma anche con le 670 unità sanitarie locali. Quindi il servizio richiede un intervento attraverso un fondo speciale per riuscire ad ottenere entro un anno questo collegamento diretto con le USL. Solo in questo modo si potranno avere flussi informativi certi e scadenze precise.

A questo proposito ritengo sia necessario

rinnovare un invito. È indispensabile essere precisi per governare o concorrere al governo del sistema; è necessario avere chiari flussi informativi, sintesi relazionali leggibili e date con metodo: solo in questo modo avremo la concreta possibilità di operare quei necessari raffronti che altrimenti diventano occasionali e, proprio per questo, di scarso significato.

Altro problema riguarda il fondo per gli asili-nido previsto in 7 miliardi in più al capitolo 2600.

I residui passivi dovrebbero scendere ulteriormente, passando dai 151 milioni previsti al 1° gennaio di quest'anno, a circa 118 milioni previsti per il 1° gennaio 1986. Anche nell'ambito di questi 118 milioni si mantiene alta la percentuale relativa alla voce beni e servizi. Questo conferma le difficoltà che nel nostro paese incontra il Ministero della sanità nelle fasi di acquisto ed erogazioni di beni e servizi.

Per quanto riguarda il personale debbo dire che molti concorsi debbono ancora concludersi. Sarebbe perciò necessario accelerare i tempi se si vuole fornire una struttura stabile a questo Ministero. È infatti necessaria una corretta politica del personale dato che i posti coperti sono tuttora assolutamente insufficienti.

In base ai suggerimenti degli anni precedenti alcuni capitoli del bilancio sono stati soppressi o inseriti per semplice memoria. Quindi il bilancio del Ministero della sanità presenta una maggiore pulizia e fornisce la possibilità di una più spedita lettura dei dati.

Per quanto riguarda l'Istituto superiore di sanità, dopo l'incremento di fondi ottenuto con l'assestamento, ritengo sia necessario sottolineare che le ricerche dell'Istituto stesso afferiscono a malattie infettive, patologie non infettive, ambiente, farmaci, alimenti e salute, valutazione e pianificazione dei servizi. L'Istituto cioè procede in linea con l'assetto previsto dalla legge n. 833, e si è arrivati ad una proficua collaborazione tra Istituto e Regioni, di cui l'Istituto stesso è un supporto notevole.

L'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL) sembra essere decollato, anche se si lamenta ancora l'insufficienza a livello periferico dell'attività di omologazione. È un supporto notevole per le esportazioni e non è pensabile fermare un servizio solo perchè non si vogliono pagare poche ore di straordinario con tutte le conseguenze che ne derivano. Occorre dunque trovare anche nella normativa qualcosa che consenta una maggiore flessibilità.

Altro problema urgente (lo abbiamo ricordato anche lo scorso anno alla Camera e ripetuto qui più volte), concerne lo scorporo dei servizi della Croce rossa. Dobbiamo giungere a una conclusione in proposito, anche perchè, se non si procede, le disposizioni contenute nella sanatoria rischiano di non essere correttamente applicate. Non è pensabile che si introduca una norma che non può essere applicata solo perchè i servizi non sono ancora attuati, perchè allora era bene non inserirla nel provvedimento.

Per quanto riguarda gli asili-nido già lo scorso anno avevamo chiesto una relazione sulla questione proprio per capirne qualcosa di più, ma non ci è mai giunta. Pregherei quindi il Sottosegretario di fornirci questa relazione, anche perchè tale settore è di nostra competenza ed è sottoposto quindi alla nostra attenzione. So, ad esempio, che anche nella mia zona sono stati costruiti degli asili-nido, ma vengono gestiti per altri usi, perchè, nel frattempo è mancata la materia prima. Vorrei pertanto fare il punto della situazione per capire cosa avviene di questo servizio in tutta l'Italia, compreso naturalmente il Mezzogiorno.

Per quanto concerne il vasto tema dell'educazione sanitaria, il Sottosegretario la scorsa settimana ci disse che non vi erano soldi sufficienti per portare avanti il programma. So che sono stati stanziati 2 miliardi e 500 milioni: potrebbe essere un importo sufficiente, ma ritengo importante che venga acquisito dal Fondo sanitario per coordinare una campagna di vasto respiro in collaborazione con le Regioni, perchè se vogliamo dare credibilità a questo progetto sono necessari un supporto centrale e una ramificazione periferica. È giunto

il momento di passare intanto alla fase più semplice di questa campagna, cioè alla diffusione dell'educazione nelle scuole, attraverso, ad esempio, i *mass-media* e con tutto ciò che è possibile utilizzare per ottenere dei risultati positivi.

Devo riconoscere la positività dell'atto di indirizzo e coordinamento dello scorso agosto, ma credo sia necessario fare un ulteriore passo in avanti per definire i problemi della spesa e del personale, altrimenti diventerà problematico gestire questi progetti-obiettivo soprattutto per quanto riguarda i settori relativi alla psichiatria, ai tossicodipendenti, agli handicappati e agli anziani. Ora, se vogliamo dare forma e sostanza a questi settori dobbiamo fare in modo che questi atti di indirizzo non rimangano solo sulla carta.

Devo riconoscere, dunque, che, rispetto agli anni passati, sul bilancio di quest'anno si possono fare delle valutazioni più positive, anche perchè vi è una maggiore partecipazione.

Per quanto riguarda la ristrutturazione del Ministero si sostiene che ormai si avvia a conclusione: essa è molto importante perchè costituisce un punto di riferimento centrale e di sostegno per tutta l'attività del Ministero stesso, non solo nel senso di un trasferimento di risorse alle Regioni, ma per l'attivazione dei servizi corrispondenti. Mi sembra emerga una volontà di rendere concreto quanto si è andato maturando in questi anni al fine di giungere ad un servizio maggiormente qualificato.

Ritengo dunque si possa fare una valutazione positiva di questa tabella.

IMBRIACO. Senatore Melotto, qual è l'incidenza della spesa sul prodotto interno lordo di quest'anno?

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504.* All'incirca il 6,2 per cento.

IMBRIACO. Questi dati, nel raffronto 1977-1984, sono attendibili?

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504.* Credo di sì, vengono dalla stessa fonte e cioè dal servizio informativo sanitario.

PRESIDENTE. La ringrazio senatore Melotto, per la sua ottima relazione.

Se non vi sono osservazioni, rinvio il seguito dell'esame dei provvedimenti ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 12,40.

GIOVEDÌ 10 OTTOBRE 1985

Presidenza
del Vice Presidente MURATORE

I lavori hanno inizio alle ore 9,40.

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)» (1504)

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988» (1505)

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986 **(Tab. 19)**

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)» e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988 — Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986» (Tab. 19).

Riprendiamo l'esame sospeso nella seduta di ieri. Dichiaro aperta la discussione generale.

CONDORELLI. Onorevole Presidente, onorevole Sottosegretario, onorevoli colleghi, da quando è stata realizzata la riforma sanitaria, certamente il dibattito in

Commissione sanità è concentrato quasi esclusivamente sul problema della spesa sanitaria, mentre bisognerebbe porre l'accento sul fatto che esiste da parte del cittadino una richiesta di maggiore efficienza del sistema sanitario. Ora questo dibattito sulla spesa sanitaria si acuisce sempre ogni anno, puntualmente, nel momento in cui si discute il disegno di legge finanziaria, perchè è quello il momento in cui si tocca con mano la situazione economica del Paese e si verificano i conti. E quest'anno questa verifica è particolarmente drammatica in rapporto ad una situazione economica allarmante, perchè quando con amarezza dobbiamo constatare che i debiti dello Stato ormai rappresentano praticamente l'intero prodotto interno lordo, si può dire che siamo al fallimento. Quindi altro che accumulo di risorse per investimenti produttivi: siamo veramente in una situazione drammatica.

Ecco quindi che, in un clima simile, il dibattito sulla sanità non può svolgersi serenamente; l'argomento viene trattato quasi esclusivamente in rapporto al problema finanziario, con una radicalizzazione delle posizioni. Attraverso la stampa abbiamo potuto constatare che questo dibattito esiste non soltanto tra i vari partiti, ma anche, nello stesso partito, tra coloro i quali ritengono che la legge finanziaria rappresenta un grave attentato per lo Stato sociale, che è stato conquistato dopo aspre battaglie sindacali e parlamentari, e gli altri che invece invocano un ritorno verso una linea rigorista.

Ora a me sembra che queste posizioni radicalizzate non siano utili a nessuno e siano in gran parte sbagliate perchè bisogna ragionare sui fatti e sulle cifre. A questo proposito io vorrei ringraziare il carissimo collega senatore Melotto, relatore, il quale ieri molto opportunamente, prima di introdurre ed analizzare il disegno di legge finanziaria, ha voluto fare un'esposizione molto dettagliata, puntuale, ricchissima di dati molto importanti, sull'andamento della spesa sanitaria nel 1984. Mi congratulo anche con il Ministero della sanità per avere iniziato e portato a termine l'importante lavoro della realizzazione dei materiali informativi che sono per noi essenziali perchè senza dati precisi non si possono prendere provvedimenti adeguati, si resta nel vago e si rischia di sbagliare. Pertanto bisogna sottolineare con ottimismo che si sta aprendo una nuova via che indubbiamente nel futuro potrà portare a delle realizzazioni molto importanti, perchè questo è il metodo della scienza, è il metodo di tutto: se non si conoscono i dati certamente non si può ragionare serenamente.

Io vorrei richiamare qualcuno dei dati esposti dal relatore. Il senatore Melotto ha detto che la spesa sanitaria per il 1985 ha rappresentato il 6,2 per cento del prodotto interno lordo, però ha citato anche un altro dato che mi è sembrato molto importante, e cioè che dal 1977 al 1984 — io non ho avuto il tempo di confrontare queste cifre — il prodotto interno lordo è aumentato del 114 per cento, mentre la spesa sanitaria è aumentata nello stesso periodo del 129,9 per cento.

RANALLI. Con soggetti differenti, perchè nel 1977 i soggetti aventi diritto erano molti di meno rispetto ad oggi.

CONDORELLI. Sì, però io volevo fare una considerazione: ammesse tutte le riserve che si possono esprimere su questi dati, il fatto di voler giudicare l'andamento della spesa sanitaria rispetto al PIL non è un metodo certamente corretto, perchè l'incremento della spesa sanitaria rispetto al PIL è un fatto patologico e viene considerato tale non solo in Italia, ma in tutte le nazioni del mondo, è un fatto che preoccupa perfino i ricchissimi Stati Uniti d'America in cui si verifica tendenzialmente questo fenomeno. Però vorrei osservare che, sulla base di quello che ha detto il senatore Melotto, il metodo del confronto tra spesa sanitaria e prodotto interno lordo non è valido perchè se si riduce il PIL, oppure non aumenta, come è avvenuto in Italia, certamente non possiamo penalizzare la spesa sanitaria che è l'elemento essenziale ed in-

dispensabile per la tutela della salute dei cittadini. Quindi credo che questo sia un fatto molto importante.

Non ho avuto i dati per quanto riguarda la spesa sanitaria per il 1985; ho letto qualcosa, ma non so se si tratta di cifre attendibili. Si parla di una cifra, almeno fino ad oggi, ottobre, di 41.600 miliardi, cioè 2.400 miliardi in più di quanto era stato previsto. Questo è pertanto un dato molto importante; però io ritengo, con obiettività, che questa espansione della spesa sanitaria è dovuta, oltre che a motivi fisiologici, anche a motivi patologici che possono essere corretti.

Sappiamo che i motivi di esplosione di questa spesa, in particolare nel nostro Paese, sono fondamentalmente quattro. Uno certamente è legato all'aumento vertiginoso della popolazione media (questo è un fatto sicuro, è una legge del mercato) e naturalmente l'aumento dell'offerta fa aumentare la domanda. Il secondo motivo è legato all'aumento massiccio sia delle tecnologie avanzate, sia dei farmaci costosi e sofisticati ed all'uso incongruo che si fa di questi mezzi. Spesso questo avviene sotto la spinta dello stesso utente il quale oggi dispone di canali di informazione differenti da quello del suo medico. Si è diffusa la cosiddetta cultura della salute, per cui la gente si informa e richiede di accedere a queste metodiche che qualche volta vengono concesse anche un po' troppo largamente, e ciò soprattutto per la soggezione del medico rispetto all'assistito ed anche a causa di una certa impreparazione del medico stesso in quanto la formazione universitaria non è soddisfacente e non esiste alcuna regolamentazione dell'aggiornamento post-laurea. Il terzo motivo che si verifica in tutto il mondo, è dovuto all'aumento della popolazione economicamente dipendente dal settore sanitario; cioè con il graduale aumento del progresso scientifico aumenta la popolazione dipendente dal settore sanitario. Si tratta del cosiddetto fenomeno del paradosso medico, che interessa, ad esempio, gli emodialitici, coloro che sono sottoposti a terapie tumorali, i soggetti portatori di *pace-maker*, i trapiantati e così via. Il quarto motivo, di cui si parla molto in Italia, riguarda le disfunzioni istituzionali del settore,con la crisi di rapporto tra Stato e Regioni da una parte e la situazione di disordine amministrativo in cui si trovano molte USL.

Ora, a quest'ultimo proposito dobbiamo constatare che l'espansione della spesa sanitaria in Italia ha coinciso con l'entrata in vigore della riforma sanitaria. Questa non è una critica sulla riforma sanitaria, perchè eravamo coscienti che questa era necessaria, ma è una critica rivolta alle disfunzioni e carenze esistenti nelle USL, per cui dobbiamo constatare che l'aumento della spesa sanitaria non ha coinciso con un miglioramento del sistema sanitario stesso, e da qui discendono le lamentele dell'opinione pubblica.

L'allungamento della vita media, che pure costituisce un notevole successo per la medicina, non è certo interamente dipeso dall'aumento della spesa sanitaria, bensì da fattori risalenti a molti anni fa, quali la diffusione dei vaccini, la potabilizzazione dell'acqua, il riscaldamento delle abitazioni. Infatti, oggi, la vita media per la donna è di 78 anni e per l'uomo di 71 anni; questa è da considerare una conquista molto importante. A tale riguardo, d'altra parte, ho con me dei dati statistici interessanti: in questi risulta che in Gran Bretagna ed in Francia, ad esempio, la mortalità e la morbilità non sono migliorati in rapporto alla spesa sanitaria, tutt'altro.

Dopo queste premesse vorrei fare alcune considerazioni di carattere generale sul disegno di legge finanziaria, prima di addentrarmi brevemente su alcuni aspetti che ritengo importanti. Personalmente credo sia un'illusione quella di risparmiare comprimendo gli stanziamenti e le risorse, nè è pensabile che riduzioni di spesa possano essere compensate dalle maggiori contribuzioni richieste per i ceti più abbienti, dato che questi ultimi non hanno in realtà mai usufruito del Servizio sanitario nazionale ed hanno sempre pagato e pagano di tasca propria, o direttamente o attraverso i sistemi assicurativi individuali o contrattuali. Vi è da dire, inoltre, che nel nostro Paese,

purtroppo, i benestanti sono in numero limitato. Perciò non sarebbe realistico pensare di risanare la spesa facendo pagare maggiormente a questa categoria di persone.

Un'altra considerazione che vorrei fare è questa. Il risparmio sulla spesa sanitaria non si può ottenere facendo dei tagli, ma credo si possa ottenere riducendo soprattutto i costi attraverso il miglioramento del servizio ed anche insegnando a risparmiare, come ha affermato anche il presidente Bompiani in un suo recente articolo. Questi debbono essere due elementi fondamentali, perchè sono convinto che, se non si imbocca questa strada, ad aprile dell'anno venturo noi puntualmente ci ritroveremo a discutere sul risanamento e sui debiti delle USL.

A mio parere, efficienza del servizio e riduzione della spesa sanitaria non sono due fattori antitetici, anzi, soprattutto nel nostro Paese, si può ottenere una riduzione della spesa proprio aumentando l'efficienza del Servizio. Devo aggiungere che non condivido le critiche, rivolte ad alcune parti di questo provvedimento, di coloro che ritengono ingiusto il disegno di legge in quanto tocca il principio dell'equità sancito dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, ma condivido le affermazioni del senatore Melotto. Nella legge n. 833 questi concetti non vengono formulati, perchè, per quanto riguarda l'articolo 1, questo, al terzo comma, recita: «Il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio». Questo non significa dover dare gratis tutto a tutti. Lo stesso articolo 32 della Costituzione, al primo comma, recita, fra l'altro: «e garantisce cure gratuite agli indigenti». Questo principio è stato riportato nella legge n. 833 in quanto prevede regimi differenziati in rapporto al reddito.

Nel disegno di legge finanziaria, all'articolo 30, troviamo un principio innovativo che merita sicuramente una notevole considerazione, anche se ritengo debba essere maggiormente sviluppato e perfezionato: il coinvolgimento delle Regioni e dei comuni nella spesa sanitaria. Questo è un dato importante perchè dovrebbe risolvere il perdurante conflitto fra Stato, da una parte, che eroga risorse, e enti locali, dall'altra, che gestiscono i servizi in genere. Vediamone le modalità per capire meglio cosa si intende fare.

L'articolo 30, al comma 1, recita: «A decorrere dal 1° gennaio 1986, sono posti a carico del bilancio dei rispettivi comuni di residenza gli oneri corrispondenti alle quote di partecipazione alla spesa sanitaria non corrisposte dai soggetti esentati in base all'articolo 27, comma 4». Al riguardo vorrei svolgere alcuni rilievi. Il primo attiene alla questione finanziaria. Infatti in tal modo si apre il problema del reperimento delle risorse finanziarie da parte dei comuni per fare fronte ai nuovi carichi; inoltre, tale sistema potrebbe essere fonte di ulteriori burocratismi e di fenomeni di clientelismo, per cui sarebbe forse meglio coinvolgere direttamente organi non politici come le prefetture.

Voglio poi richiamare l'articolo 28, che si riferisce sia all'assistenza integrativa da parte delle Regioni, con l'erogazione di prestazioni in forma indiretta con partecipazione anche differenziata per reddito, sia alla maggiorazione delle vigenti quote di partecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni. Certamente questo articolo si ricollega all'articolo 3 del piano sanitario nazionale. Poichè proprio ieri è stato approvato dalla Camera il piano sanitario nazionale, mi domando se non sia più opportuno rinviare questa discussione in quella sede. Ritengo comunque indispensabile coordinare il presente articolo 28 con la normativa contenuta nel piano sanitario nazionale.

Debbo poi esprimere una grande preoccupazione: si potrebbero creare delle disparità tra regione e regione a causa delle quali i cittadini potrebbero subire gli effetti di una cattiva amministrazione. Questa,

a mio parere, sarebbe una grave ingiustizia. Si potrebbe addirittura verificare una migrazione di cittadini verso quelle regioni che sanno ben amministrare. A mio parere è perciò indispensabile una norma che renda uniforme il servizio sanitario in tutte le regioni, tanto più che — lo ripeto — sarà sempre il cittadino a fare le spese dell'assistenza indiretta. Ho quindi delle serie perplessità su questo argomento.

L'articolo 26 tratta della riduzione dei posti-letto al fine di diminuire conseguentemente i costi dell'ospedalità. Anche l'articolo 26 si ricollega all'articolo 10 del piano sanitario nazionale e perciò dovrebbe essere stralciato dal testo oggi al nostro esame. Vorrei poi fare una considerazione personale: ho dei seri dubbi sulla possibilità di ottenere questa riduzione di posti-letto. Infatti, ogni volta che si è intrapresa un'azione di questo tipo sono sorti incredibili problemi di campanilismo: la gente si è ribellata, il sindacato si è opposto ed il personale addetto, soprattutto il personale apicale, non ha prestato la propria opera. Ritengo che a questo proposito esistano delicati problemi di ordine giuridico. La revisione deve certamente essere fatta, ma a mio parere il problema non deve essere impostato sulla base di un feticismo nei confronti dei posti-letto. Il problema, invece, va affrontato sulla base dell'evoluzione della patologia.

Vorrei ora affrontare una questione che ritengo particolarmente importante: non dobbiamo dimenticare che la vita media delle persone è aumentata. A causa di questo alcuni problemi sono diventati gravissimi: ricoverarsi in un ospedale per operarsi alla prostata è diventato un problema enorme, e non dobbiamo dimenticare che il 70 per cento delle persone di una certa età hanno bisogno di questo intervento. È aberrante permettere che continuino ad esistere reparti di urologia con 15-20 posti-letto. È infatti indispensabile considerare questo problema in rapporto all'evoluzione della patologia.

Non bisogna però limitarsi a questo, ma va considerata anche l'efficienza del sistema. Nelle regioni cosiddette «diseredate», dove cioè non esistono determinati sistemi, è necessario creare delle strutture. Prendiamo ad esempio la patologia tumorale: in Basilicata ed in Calabria non esistono centri tumorali; il malato è perciò costretto ad emigrare in altre regioni sopportando disagi enormi. È chiaro che la creazione di nuovi centri è estremamente costosa, ma è necessario ragionare su questi dati e non su una disapplicazione delle tabelle, che peraltro ci lascia completamente indifferenti. Questo aspetto a mio parere non poteva non essere richiamato; è però opportuno rimandare una discussione approfondita su questo punto al momento dell'esame del piano sanitario nazionale.

Mi sia consentito ora fare qualche rilievo critico per contribuire a questa discussione. A mio parere in questa manovra finanziaria mancano quegli interventi che concretamente possono tendere a ridurre, razionalizzare e qualificare la spesa nazionale, sia ospedaliera che extra-ospedaliera. Questi due fenomeni sono infatti strettamente correlati.

Il problema più importante che abbiamo di fronte è quello dell'inflazione medica, che non esito a definire una grossa piaga del nostro Paese. Dai dati in mio possesso emerge che dal 1970 al 1981 vi è stato un aumento spaventoso dei medici iscritti all'albo professionale: siamo infatti passati da 97 mila a 190 mila iscritti; oggi, nel 1985, si parla addirittura di 220 mila iscritti. Queste cifre non devono meravigliare se si considera che ogni anno circa 10 mila studenti si laureano in medicina. Il rapporto medico-abitante è perciò quantificabile nella spaventosa percentuale di 1 a 250. Non vi è dubbio che questo è l'aspetto più negativo del sistema sanitario del nostro Paese. Questo però non deve stupirci: è l'aumento dell'offerta che crea la domanda, e questa regola vale per qualsiasi mercato.

A questa crescita incontrollata del numero dei medici si aggiunge anche una dequalificazione della categoria sia perchè l'università non è stata attrezzata per far fronte a un così notevole impatto di studenti, sia perchè non si è fatto nulla per

l'aggiornamento successivo dei medici. In teoria potrebbe sembrare incredibile, ma la nuda realtà ci conferma che un medico può esercitare la sua professione senza aggiornarsi mai nel corso della sua carriera, quindi restando sempre più saldo nella sua ignoranza. Naturalmente mi riferisco ai medici che non frequentano gli ambienti ospedalieri ed universitari, che in Italia fortunatamente sono molto attrezzati. Bisogna anzi riconoscere che il medico ospedaliero è profondamente migliorato negli ultimi anni.

In seguito a questo problema si è creata una spaventosa disoccupazione medica: si è parlato addirittura di 40-50 mila giovani medici disoccupati. Siamo perciò stati costretti ad inventare il sistema della quota capitaria, cioè dell'assegnazione preventiva dell'assistito al medico. In questo modo al medico competono ogni anno 40.000 lire per ogni assistito; perciò, come ha ripetuto ieri il senatore Melotto, il medico deve avere almeno 1.100 assistiti per poter vivere. Questo stato di cose ha creato un forte rapporto di subordinazione del medico nei confronti del suo assistito. La prescrizione, che dovrebbe essere l'atto più importante del medico, diventa invece priva di qualsiasi valore professionale; la prescrizione diventa addirittura un atto di compiacenza del medico nei confronti dell'assistito.

Il problema però può anche essere più grave: molto spesso l'assistito non conosce il suo medico. Infatti il tratto di unione è rappresentato dal farmacista, cui si rivolge l'assistito. È poi lo stesso farmacista che si rivolge al medico per ottenere la prescrizione. È ovvio che in questo modo il medico diventa un amplificatore di spesa. A ciò si deve aggiungere la suggestione che le case farmaceutiche esercitano sul medico. Di questo problema dovremo discutere in maniera approfondita, dato che tutti abbiamo notato che l'Italia è diventata una fucina di convegni organizzati a ripetizione, da case farmaceutiche. È ovvio che il medico si inserisce in questi convegni appena ne ha la possibilità, anche perchè, oltre alla solita pubblicità dei prodotti, vi si svolgono dibattiti interessanti. Questa materia dovrebbe comunque essere disciplinata. Sarebbe opportuno che il Ministero della sanità o l'Ordine dei medici sorvegliassero il programma dei convegni promossi dalle case farmaceutiche. Chiunque voglia contribuire alla diffusione della cultura lo deve fare: è un principio molto importante, che però non deve diventare una suggestione; pertanto il Ministero, con un atto di indirizzo e di coordinamento, potrebbe intervenire su questo aspetto. In merito vi posso anche dire che le case farmaceutiche serie avanzano proprio questa richiesta e questo rafforza la necessità di un intervento.

A tutto quanto si è detto bisogna aggiungere che la compiacenza del medico è tanto maggiore quanto più lacunosa è la sua preparazione e quanto più ha bisogno della quota capitaria per sopravvivere: in definitiva, il medico meno professionalmente è qualificato e più subisce questo effetto deleterio.

C'è uno studio del 1980, molto interessante, della Federazione nazionale dei medici insieme alla Farmindustria, che dimostra che il consumo *pro capite* dei farmaci è in gran parte (almeno per il 60 per cento) condizionato dalla densità dei medici nelle varie regioni. Per esempio, l'indice più basso del consumo di farmaci si riscontra in Basilicata ed in Molise, forse perchè queste regioni hanno la fortuna di non avere l'università, ma comunque è un dato di fatto e quindi, a mio avviso, dobbiamo intervenire in qualche modo sull'operato dei medici. Certo non possiamo toccare il sistema della quota capitaria, perchè non possiamo mettere sul lastrico le persone. D'altra parte, la riduzione del numero dei medici, se approveremo l'apposita legge, avverrà non prima degli anni 1990-1995. C'è uno studio molto interessante di qualche anno fa, veramente molto istruttivo in questo senso, ma la riduzione delle iscrizioni alla facoltà di medicina non penso che potrà dare i suoi frutti prima del 1995.

Bisogna trovare dei sistemi, dunque. Qual è stata la conseguenza di questa disincentivazione della funzione del medico? L'aumento delle richieste di esami di labo-

ratorio, e questo avviene soprattutto sotto la spinta — come dicevo poc'anzi — della cultura della salute che oggi ha la gente, che legge i giornali, si informa, sente la televisione e poi chiede al medico determinati esami che il medico subito prescrive, e questo direi che è il fatto più importante. Poi c'è anche l'aumento della ospedalizzazione perchè il medico ormai è abituato a non avere più il paziente, ad avere l'assistito e quando quest'ultimo diventa paziente, diventa una seccatura andare a trovarlo a casa ed allora è più facile, ovviamente, ospedalizzarlo.

Di un provvedimento a lungo termine abbiamo parlato, quello del numero programmato, però vi è anche quello dell'aggiornamento obbligatorio. Ho letto con interesse la proposta avanzata dal Ministro della sanità che ha proposto ai medici che una parte della quota capitaria sia fissa e l'altra mobile legata all'aggiornamento, come una carta di credito: tanto più aumenta il punteggio in conseguenza dell'aggiornamento, tanto più questo si traduce in un favorevole effetto economico. Si tratta di una proposta importante che spero il Ministro riesca ad attuare, anche se può apparire scomoda, ma bisogna avere il coraggio di portarla avanti perchè dobbiamo tutelare la salute dei cittadini. Ed inoltre, signor Ministro, è bene andare avanti, perchè quando si instilla il gusto della cultura, questo poi rimane per tutta la vita e diventa una esigenza.

A breve termine, signor Ministro, l'ideale sarebbe adottare il sistema indiretto, cioè essere in condizioni di poter rimborsare le persone nel giro di una settimana, magari calcolando la quota di ritenuta di *ticket* in rapporto alle condizioni sociali, al reddito economico. Il sistema indiretto — tranne che per i non abbienti — potrebbe essere, ripeto, il migliore anche se forse è impopolare. Noi abbiamo potuto constatare che nel momento in cui c'è uno sciopero dei medici e si deve ricorrere al sistema indiretto, il consuno dei farmaci e anche le richieste di esami di laboratorio si riducono. Un'altra via potrebbe essere quella dei protocolli diagnostici: anche su questo vorrei sapere a che punto siamo; certamente è importante mettere un limite al numero di esami di laboratorio, in alcuni casi molto elevato, che il malato decide di farsi. Ed aggiungo anche che bisognerebbe verificare quanti di questi esami sono stati veramente fatti.

C'è un'altra cosa da considerare a proposito della esenzione della spesa sanitaria per gli indigenti. Tutti i farmacisti affermano che il numero di coloro che usufruiscono dell'esenzione è doppio rispetto a quello dei soggetti che ne hanno veramente titolo. È umano, perchè quando in casa c'è una persona che usufruisce di questa esenzione, tutte le ricette vengono fatte a suo nome ed è difficile che il medico, sempre per gli stessi motivi che ho già citato, possa rifiutarle. Capisco che è difficile, ma sarebbe opportuno studiare una soluzione. Alla luce della mia esperienza di medico mi domando (è una domanda provocatoria che faccio) se non valga la pena di dare a questi indigenti l'opportunità di scegliere un farmacista a cui si affida una quota a titolo di *ticket*, oppure dare personalmente al malato un premio all'inizio dell'anno di un milione, o mezzo milione e poi fargli pagare tutti i *tickets*, trovare insomma un sistema per finalizzare l'esenzione a quella determinata persona.

Il secondo punto è quello dell'espletamento degli esami costosi fuori dell'ospedale. C'è questo aumento del *ticket* del 25 per cento che desta in me grosse preoccupazioni, perchè io lo vedo dal punto di vista del medico pratico: un cardiopatico che deve fare la prova da sforzo, un esame ecocardiografico, una scintigrafia miocardica, prima di arrivare a una coronarografia, quasi sempre dice: «Ho fatto i miei conti, devo spendere centomila lire di *ticket* più la quota indiretta, allora preferisco ricoverarmi in ospedale». Io non so, nessuno ci ha mai detto, quanto costa un malato.

CALÌ. Nessuno lo sa.

CONDORELLI. Credo almeno mezzo milione al giorno e quindi se facciamo i conti vediamo quanto risparmio ci sarebbe nell'evitare queste ospedalizzazioni.

Naturalmente questi esami, specialmente

quelli importanti, di alta tecnologia, fuori dell'ospedale, devono essere incoraggiati e controllati con metodi efficaci. Negli Stati Uniti, ad esempio, vige il sistema delle assicurazioni e poichè le assicurazioni non intendono certo sperperare il loro denaro, vi è un sistema di controllo più rigido. Infatti, se si deve effettuare un intervento chirurgico importante a carico dell'assicurazione, non è sufficiente la dichiarazione di un solo medico, ma occorre quella di due medici. Anche noi potremmo adottare un sistema molto simile, un qualcosa che ponga delle remore senza creare però una eccessiva burocratizzazione. Ad esempio, si può permettere l'accesso, per effettuare analisi ed esami di laboratorio, attraverso una relazione motivata di un aiuto ospedaliero o di un primario ospedaliero.

Un ulteriore controllo è indubbiamente necessario per la ospedalizzazione dei malati cronici. Anche in questo caso, l'accesso in ospedale dovrebbe essere consentito, non tramite una dichiarazione del medico generico (che il più delle volte vuole solo scaricarsi la responsabilità dell'assistito), ma attraverso un vero e proprio filtro, il quale potrebbe sempre essere costituito da una relazione motivata dell'aiuto o del primario ospedaliero. Solo in tal modo forse si riuscirà a limitare l'attuale eccessiva ospedalizzazione.

Vorrei ora toccare l'argomento riguardante il settore della medicina privata, che secondo me va mantenuto, ma non deve assumere uno sviluppo abnorme, perchè sarebbe antieconomico: ogni lira spesa in più per l'attività sanitaria privata (come per quella pubblica) sarebbe uno spreco, sarebbe denaro sottratto ad eventuali investimenti produttivi: questa è una legge economica generale. In base ad alcuni dati recenti (ma il fenomeno è più lontano nel tempo) ho potuto constatare che la degenza media nelle case di cura private è notevolmente superiore a quella degli ospedali pubblici: il rapporto è di 18 a 13. Questo fenomeno è patologico, quindi dobbiamo prendere in considerazione il problema. Cosa possiamo fare? Potremmo spingere questa ospedalità privata a divenire realmente concorrenziale rispetto al settore pubblico. In quale modo? Innanzitutto aiutando questo settore attraverso una adeguata specializzazione in modo che sopperisca alle carenze del settore pubblico, ed in parte favorendo il reinvestimento attraverso gli sgravi fiscali, sempre che questo reinvestimento venga effettuato in attrezzature e personale. Questo potrebbe essere un modo molto valido al fine di creare un sistema efficiente e qualificato nel campo della sanità.

Per concludere, devo dire che alcune cose, rispetto al passato, sono migliorate. Indubbiamente un notevole contributo lo ha dato anche questa Commissione, sia nel complesso, sia lavorando al piano sanitario nazionale, che rappresenta (forse con qualche difetto) uno strumento importante di programmazione.

Per una migliore qualificazione professionale dei medici spero si giunga presto ad una approvazione definitiva del disegno di legge sul numero chiuso nell'accesso alla facoltà di medicina e alle scuole di specializzazione. Abbiamo lavorato molto a questa proposta insieme al Ministro della sanità, e mi auguro vada presto a conclusione. A questo proposito vorrei pregare il Ministro di prevedere uno specifico stanziamento, in questo stesso provvedimento, per le scuole di specializzazione.

È necessario, inoltre, sviluppare maggiormente il settore della medicina preventiva, perchè il campo di applicazione e le possibilità sono enormi. Con molto interesse ho appreso che in questi giorni il Ministro della sanità ha emanato un decreto per la formazione di una commissione di esperti, che deve formulare delle proposte precise a cui i medici di famiglia dovranno poi attenersi per attuare la prevenzione. Ritengo molto importante tale questione e spero che la commissione di esperti dia presto delle indicazioni, anche perchè in questo campo poche e semplici cose potrebbero dare dei grandi risultati. A questo proposito mi associo alla richiesta del senatore Melotto, il quale proponeva una revisione della somma stanziata per questa voce, che deve essere senza dubbio incrementata.

Per quanto riguarda la riforma istituzionale delle USL devo dire che siamo già ad un buon punto: il disegno di legge è all'approvazione della Camera, noi l'abbiamo discusso, quindi dovremmo giungere presto ad una conclusione. Forse sono troppo ottimista, perchè non sarà facile correggere alcune disfunzioni che ormai si sono stratificate nel tempo; però credo che nel giro di qualche anno si riuscirà ad eliminare e a correggere quegli aspetti della legge n. 833 che non si sono dimostrati funzionanti. Sono convinto che la strada intrapresa è molto valida e che, con il contributo di noi tutti, riusciremo fra qualche tempo a portare la sanità del nostro Paese ad un livello non certamente inferiore a quello della sanità di Paesi economicamente più sviluppati del nostro.

GALDIERI. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, l'impostazione data sia dal relatore che dal primo oratore iscritto a parlare non ci può trovare d'accordo. Da medici elevati a dignità di parlamentari in realtà mi aspettavo qualcosa di più, qualcosa di nuovo e violento che scuotesse in un certo senso il sistema sanitario. Invece sono rimasto deluso perchè questi colleghi hanno trovato il modo di assuefarsi a quella che è una abitudine, quindi i medici vengono nuovamente traditi.

Prima di intervenire in questo dibattito, mi sono informato ed ho appreso che il collega relatore non è un medico, quindi ho capito il motivo per cui egli predilige l'aspetto economico a quello sanitario vero e proprio. Io però sono un medico e quindi personalmente non posso concepire che la riforma sanitaria o la legge finanziaria siano strutturate in modo da risparmiare fondi in un settore in cui non si può e non si deve fare economia.

L'assistenza sanitaria in Italia ha raggiunto oggi i livelli più bassi. Soltanto chi, come me, è in contatto da 37 anni con i malati si può rendere conto di quanto il degrado sia aumentato negli anni. Per risolvere questo problema siamo passati attraverso varie soluzioni: quote capitarie, libera scelta e assistenza indiretta. Le spese di queste diverse soluzioni, però, sono sempre state a carico del medico e dell'assistito.

Bisogna pertanto cambiare rotta: è necessario decidere di cosa ha bisogno la Sanità per funzionare; soltanto in seguito ci preoccuperemo di reperire i fondi necessari. Dobbiamo renderci conto che non è possibile governare il settore sanitario in Italia riducendo gli stanziamenti, cioè riducendo la possibilità dello Stato di aiutare i bisognosi. Solo in questo modo, come ha già detto il senatore Condorelli, potremmo raggiungere il livello degli altri Paesi molto più avanzati del nostro nel campo sanitario. Fino a quando, però, si tenterà di diminuire la capacità del cittadino di essere assistito nella fase preventiva, giustificando questo tentativo con la necessità di risparmiare, non si faranno nè gli interessi della società, nè quelli della medicina.

Attualmente in Italia vi è una pletora di giovani medici — circa 240 mila — che cercano affannosamente lavoro. A volte questi giovani medici sono retribuiti in maniera veramente poco ortodossa, e questo dovrebbe farci riflettere dato che, oltre che medici, siamo dei parlamentari. Il Ministro sa che vi sono dei medici che fanno i turni di guardia (quindi svolgono la loro attività nelle ore notturne o nei giorni festivi) per meno di un milione di lire al mese. Non solo, ma questi medici debbono sottostare al pericolo dei drogati e dei malintenzionati che chiedono, pretendono, vogliono e debbono essere accontentati perchè in caso contrario ricorrerebbero alla violenza. Proprio per questi motivi il giovane medico che fa i turni di guardia è un frustrato; siamo noi che lo stiamo frustrando. Da anni la Federazione nazionale dell'ordine dei medici si batte per il «numero chiuso» alla facoltà di medicina, ed io sono sempre stato favorevole a questa decisione. Il Parlamento però non ha mai voluto accettare questa drastica soluzione; in questo modo si è giunti alla tragica situazione attuale.

È evidente che oggi il medico dipende dall'assistito. Perchè esiste questa dipendenza? Forse perchè il medico teme di per-

dere l'assistito? No, semplicemente perchè il medico generico è sempre e comunque costretto a scrivere la ricetta specialistica al paziente, anche se il costo di questa è molto elevato. Infatti il medico generico non può rifiutare ciò che lo specialista ha concesso. Non è stato fatto nulla per evitare questo spreco; anzi i *mass-media* hanno illuso l'ammalato sulle possibilità di comprare la salute semplicemente recandosi dal medico o dal farmacista.

Si è anche parlato di impreparazione del medico. Non concordo con questa affermazione: noi abbiamo il medico che la nostra società ha creato. Oggi l'università è in grado di fornire un solo insegnante per 3000 studenti in medicina; è chiaro che l'impreparazione del medico è conseguenziale. Proprio per questo motivo il giovane laureato in medicina è rifiutato dalle cliniche e dagli ospedali. Il giovane medico, però, può essere fortunato e riuscire ad inserirsi in un ospedale; in questo caso egli deve limitarsi a «mettere la firma» perchè l'ospedale stesso rifiuta la sua opera. La responsabilità della grave situazione esistente, perciò, non è del medico o della medicina, ma è della società.

In questa sede ho sentito anche affermare che in caso di sciopero il numero delle ricette mediche diminuisce. Cosa significa questo? Forse che i medici devono sempre scioperare? Accettando questo principio certo avremo meno ricette, ma la gente non si potrebbe più curare. Se non ricordo male noi abbiamo sempre affermato che il primo obiettivo della medicina moderna è quello di prevenire. Non solo, ma abbiamo sempre affermato che vi sono progetti finalizzati che devono essere privilegiati. Facendo queste affermazioni si rifiuta implicitamente il principio dello sciopero.

Non posso esimermi dal ricordare a questa Commissione che nel momento in cui si parte «lancia in resta» contro il medico ci si dimentica delle unità sanitarie locali. Il mio Gruppo ha presentato un disegno di legge nel quale si proponeva il commissariamento per due anni delle unità sanitarie locali. Infatti il mio Gruppo ritiene che soltanto due anni di commissariamento tecnico potranno sciogliere quei nodi che oggi strozzano la medicina nelle USL. Mi è sufficiente fare un solo esempio: in un Comune italiano di circa 100 mila abitanti, cui è aggregato un altro Comune in cui risiedono 250 medici appartenenti alle USL, il comitato di gestione è formato da semianalfabeti ed ha come presidente un infermiere. Questo significa che non è assolutamente rispettata quella professionalità di cui tanto si parla. Infatti sono stati inseriti nelle USL coloro che erano stati silurati da tutti i partiti, senza badare alla capacità manageriale ed alla competenza. In sostanza queste persone non hanno i requisiti che noi richiediamo alle persone che si assumono la responsabilità di gestire i bilanci sanitari, molto spesso più articolati di quelli dei comuni cui appartengono. Si parla di bilanci di 21-22 miliardi; perciò, visto che le difficoltà sono enormi, si procede solo attraverso il clientelismo. Questa è una verità sacrosanta di cui il disegno di legge finanziaria non tiene conto. Questi sono i costi eccessivi del comparto sanitario, non quelli delle medicine. Gli sprechi si verificano in modo particolare negli ospedali sui quali non esiste nessun tipo di controllo.

Ieri il relatore, senatore Melotto, ha affermato che nella Campania il numero di infermieri è molto elevato rispetto alle altre regioni italiane. Lei sa, senatore Melotto, che questi infermieri sono ex detenuti? Questi ex detenuti non vantano alcuna preparazione specifica in materia sanitaria; essi si limitano a firmare il registro delle presenze senza svolgere alcun servizio e, se richiamati all'ordine, minacciano addirittura delle ritorsioni.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504.* È possibile correggere questo fenomeno?

GALDIERI. È possibile, ma non lo correggeremo certamente con una legge finanziaria che taglia i fondi per la spesa sanitaria. È invece necessario creare nuovi posti di lavoro.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504.* Non posso credere che lei affermi la necessità di ulteriori posti di lavoro nel settore sanitario.

GALDIERI. Sto parlando di posti di lavoro al di fuori della Sanità.

Per ritornare al discorso che avevo iniziato voglio precisare che per fare l'infermiere occorre un'alta qualificazione tecnica. Se il detenuto è un ex muratore deve tornare a fare il muratore. Questo fenomeno quindi si può facilmente correggere.

Il progetto governativo tende ad abolire le assemblee delle unità sanitarie locali. Concordo su questo punto perchè le assemblee sono semplicemente la riproduzione geografica o geopolitica dei comitati di gestione. Però io mi domando come è possibile prevedere che le assemblee delle USL possano essere sostituite dalle assemblee dei comuni sui quali si affacciano e lavorano queste USL. Cioè, praticamente, noi abbiamo 4, 5 o 6 comuni che hanno una sola USL e l'assemblea di questa USL sarebbe composta da tutti questi consigli comunali (o comunità montane): e allora quando decideranno? Le cose andranno a rilento e quando le cose vanno a rilento aumentano le spese.

Ecco perchè noi abbiamo chiesto che le USL vengano commissariate in modo da avere tutto il tempo per decidere una nuova impostazione. Io ho letto l'articolo 24, ad esempio, che a prima vista può sembrare un correttivo, mentre è qualcosa di tremendo. In effetti abbatte tutto quello che abbiamo ottenuto sino ad oggi, in quanto se il reddito familiare supera anche di una lira il minimo stabilito, il cerebroleso, l'handicappato, l'individuo che più ha bisogno di essere assistito dalla società sarà abbandonato a se stesso perchè la famiglia non avrà la possibilità di dedicare a lui una parte di quelle risorse che, anche se superano un certo *plafond*, non sono certamente tali da consentire di vivere nell'agiatezza. Quindi noi penalizziamo ancora chi ha più bisogno.

Quando dico queste cose mi riferisco anche — ma qui non ne sento parlare — alla legge per i manicomi. I manicomi sono stati chiusi perchè era giusto farlo, ma non sono stati sotituiti da nessun'altra struttura. Chi di noi non ha avuto la ventura di incontrare qualche malato di mente per la strada? Si tratta di individui che hanno una dimensione che non è la nostra; sono abbandonati a se stessi e il disegno di legge finanziaria non provvede a queste persone, non ha stanziato niente, resta tutto così. E quando resta così quello che non va bene e si taglia su quello che, magari non andava bene, ma era al limite, questa riforma sanitaria è destinata a fallire. Noi non la vogliamo far fallire, però vogliamo che sia fatta una riforma nel vero senso della parola, che non si provveda più con «pannicelli caldi» per poter andare da un anno all'altro, perchè l'anno prossimo — mi auguro che saremo tutti qui — torneremo sullo stesso argomento e ci troveremo nelle stesse difficoltà perchè non abbiamo fatto niente e non facciamo niente per rimuovere le cause del dissesto, del degrado della nostra sanità.

Nel preannunziare che presenteremo degli emendamenti per cercare di limitare il danno ed anche la beffa per i meno abbienti, ribadisco che la mia parte politica non è d'accordo sui documenti di bilancio. Noi auspichiamo una buona riforma sanitaria e deve essere il Governo a preoccuparsi di procurare le necessarie risorse per portarla avanti. Con l'andare del tempo siamo convinti che questo si tradurrà in un risparmio: se impostiamo bene le cose ci sarà un risparmio per la medicina. Voi invece volete praticare dei tagli al flusso di denaro destinato alla Sanità credendo così di diminuire le spese, ma in effetti mortificando il cittadino.

ALBERTI. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, ritengo che sarebbe necessario ricondurre il dibattito nell'ambito del sereno confronto che abbiamo avuto in tutti questi anni in questa Commissione.

A me sembra che il lavoro costante, assiduo, continuo, le discussioni che sono avve-

nute in passato sulla legge finanziaria e poi a livello della famosa indagine conoscitiva, che a mio avviso troppo presto è stata relegata in un cassetto, dovrebbero farci pervenire a dare un sereno giudizio su questo disegno di legge finanziaria. Dico questo perchè a me sembra che in passato sia emersa un'analisi molto precisa che poi ci aveva condotti, anche al di là del confronto, delle diversità di opinioni e degli scontri che alcune volte abbiamo avuto, ad una metodologia di lavoro che, secondo me, non potrebbe più essere abbandonata senza grave danno per l'evoluzione culturale della riforma della sanità e delle stesse USL.

Io ricordo perfettamente che la ragione per cui la legge n. 833 di riforma sanitaria non aveva avuto il suo decollo venne individuata principalmente nel fatto che mancava un piano sanitario nazionale. Ma tale piano tardava — almeno così ho interpretato io — non tanto per la mancata volontà del Parlamento, quanto soprattutto perchè negli anni che vanno dal 1978 al 1984 il servizio informativo del Ministero era praticamente assente, e quindi la mancanza di dati informativi pregiudicava l'ipotesi di poter fare seriamente un piano sanitario nazionale che non fosse un insieme di articoli di giornale.

In questo ultimo anno, particolarmente questa Commissione ha lavorato moltissimo ed abbiamo anche dei dati che, anche se incompleti, anche se andrebbero analizzati meglio perchè alcuni sembrano non esatti, finalmente ci consentono di tentare una definizione del Fondo sanitario nazionale. La mancanza di un piano sanitario nazionale, infatti, ci ha costretti, ha costretto il Governo, a dare una stima del Fondo sanitario nazionale sempre in *deficit*, una sottostima quindi del Fondo che a sua volta ha creato nuovi guai a livello della sanità. La sottostima del Fondo ha impedito alle Regioni di programmare, ha impedito alle USL la loro reale funzione che era anche quella di programmazione, svuotando le USL stesse di significato perchè di fatto queste si sono ridotte a svolgere l'amministrazione quotidiana, quando poi sono riuscite a farlo, magari in linea precaria per mancanza di fondi.

Da tutto ciò quindi sono derivati interventi scoordinati e ripetitivi, sprechi e conseguente aumento dei costi con sfondamento, naturalmente, dei tetti prefissati dalla legge finanziaria. Da qui sono derivati i correttivi indicati in questi anni, su cui noi abbiamo discusso e ci siamo confrontati: i famosi *tickets* che, partendo dall'ipotesi di essere anche correttivi di certi comportamenti e di certi consumi, quale, ad esempio, l'uso incontrollato dei farmaci, si sono rivelati per quello che erano e cioè (come noi sostenevamo dall'inizio) compartecipazioni di spesa, tanto è vero che la spesa farmaceutica non si è modificata, ma ha continuato la sua espansione. Non possiamo dire che i *tickets* non hanno avuto la possibilità di contenere in qualche modo la spesa, ma non possiamo dire neanche il contrario.

Un'altra questione grave è quella riguardante la sottostima del Fondo. In quest'ambito infatti siamo stati costretti, in tutti questi anni, a gestire l'esistente (quando è stato possibile) e naturalmente con questa limitazione non si è potuto perseguire alcuna politica di prevenzione e riabilitazione, che avrebbe peraltro condotto ad una riduzione della medicina curativa e quindi della spesa sanitaria. Questa era la linea su cui avevamo deciso di operare e sulla quale abbiamo operato e lavorato, ci siamo confrontati ed anche scontrati duramente, ma sempre nell'ambito della stessa filosofia: quella di ottenere nel più breve tempo possibile una programmazione sanitaria, che è l'unico metodo corretto per controllare la spesa, correlandola naturalmente ad una qualificazione dei servizi.

Quest'anno, invece, l'ottica si sposta; il disegno di legge finanziaria, infatti, pur non comportando, a mio avviso, la fine dello Stato sociale, come a prima vista potrebbe sembrare, lo mette però in crisi, ponendo le premesse per la sua distruzione nel giro di pochi anni. Infatti, leggendo il famoso articolo 24, si può notare che l'accento viene posto sul reddito delle persone

e non sui bisogni e sulla solidarietà sociale. Ora, vorrei entrare nel merito di questo articolo, che ritengo aberrante per tutta una serie di motivi che posso elencare tranquillamente.

Intanto vorrei che qualcuno mi precisasse — scusate se non sono un tecnico — cosa significa l'ultima parte del comma 1, laddove recita: «redditi di tutti i componenti il nucleo familiare conviventi con il soggetto interessato». In base a cosa viene stabilita questa convivenza? Per convivenza si intende semplicemente coabitazione o essa presuppone l'inserimento nello stato di famiglia? Questa domanda la pongo non certo per polemica, ma perchè effettivamente non mi è chiaro il significato di questa frase. Comunque sia, teniamo presente che, oggi, molti nuclei familiari sono costituiti da persone conviventi forzosamente, nel senso che molto spesso si formano nella stessa famiglia dei nuovi nuclei che, per tutta una serie di motivi (ad esempio la crisi degli alloggi), sono costretti a coabitare con il vecchio nucleo. Inoltre, devo presumere che ci si riferisca al reddito lordo e non a quello netto.

Ora, se andiamo a guardare questi livelli di reddito, possiamo rilevare che il superamento di 4.728.000 lire comporta la perdita del diritto alle prestazioni e cioè di tutti i benefici. Questa è una cosa mai accaduta, perchè si sono sempre considerate le fasce di reddito in maniera progressiva e quindi progressiva era anche la perdita dei benefici. Invece, con il sistema che si vuole introdurre, si ha la perdita totale di questi non appena il livello di reddito viene superato anche di poche migliaia di lire. Si contraddice quindi quel principio di equità al quale aveva fatto riferimento ieri anche il senatore Melotto.

Poco fa il senatore Condorelli ripeteva la famosa frase: «Non si può dare tutto gratis a tutti». Questo in realtà non è mai accaduto e non accadrebbe se venisse applicata la progressività dell'imposta, sistema in base al quale tutti usufruirebbero dello stesso servizio contribuendo in rapporto al loro reddito, principio che ritengo fondamentale.

In questo disegno di legge dunque non mi sembra emerga questo concetto di equità. Pensate realmente che si possa mettere sullo stesso piano una persona sana ed un emodializzato solo perchè hanno lo stesso reddito? L'emodializzato ha delle necessità completamente diverse: ha un gran bisogno di cure e di assistenza; inoltre, pensiamo a tutte le persone affette da malattie congenite ed ereditarie, che sono numerose come sappiamo tutti; pensate, ad esempio, a cosa può andare incontro una famiglia formata da quattro persone, delle quali due affette da talassemia, con un reddito complessivo di lire 12.863.000.

Quindi con questo articolo 24, che — ripeto — considero aberrante, si è tradito lo spirito della legge n. 833 fondato sulla solidarietà sociale e sul principio secondo cui tutti i cittadini devono essere curati in base alla patologia manifestata e non in rapporto al reddito. In questi anni ci siamo battuti tenendo presenti questi princìpi e abbiamo sempre denunciato l'irrilevanza dei *tickets* come strumento di controllo della spesa. Certo è necessario ristrutturare la spesa — e qui mi riallaccio a quanto affermava poco fa il senatore Condorelli — ma non con i continui tagli (ogni anno se ne aggiunge qualcuno); quest'anno si è giunti a farne addirittura di clamorosi e non si tratta di quei piccoli aggiustamenti degli scorsi anni.

A questo punto ci costringete a batterci anche sui *tickets* per poterci mantenere nell'ambito della legge n. 833. Attenzione, lo dico anche a voi, amici comunisti: non ci si può battere solo per guadagnare un 3, 4 o 5 per cento, perchè non è questa la strada per avviarci realmente verso una riforma della legge n. 833. Noi abbiamo sempre affermato queste cose. Cosa abbiamo chiesto più volte al Governo e su cosa abbiamo particolarmente insistito? Abbiamo chiesto un piano sanitario nazionale e un piano di finanziamento per lo stesso. Indubbiamente poi si arrivò ad un accordo corale quando in Aula fu approvato il piano sanitario nazionale. In quella occasione tutti i partiti concordarono su queste posizioni: un piano nazionale sanitario, un pia-

no di finanziamento relativo e lo sganciamento del piano stesso dalla legge finanziaria, che si sarebbe semplicemente dovuta limitare a stabilire un *budget*. Tutti gli altri argomenti dovevano essere discussi nell'ottica di programmazione della legge n. 833. Non capisco perchè ora dovremmo abbandonare questa linea di condotta a causa di un simile intervento che si abbatte come un turbine sulla nostra metodologia di lavoro. Questa metodologia, come ho già detto, è estremamente seria e scientifica, al di là degli scontri di carattere politico. Infatti, attraverso questa via siamo arrivati ala formulazione del piano sanitario nazionale e alla riforma delle unità sanitarie locali. Attualmente ci stiamo confrontando appassionatamente sulla riforma della struttura interna delle USL. Nessuno si è tirato indietro su questo argomento; noi siamo pronti a dare il nostro contributo, che potrà essere utilizzato o meno, ma comunque stiamo lottando insieme alla Commissione per rendere queste forme istituzionali più efficienti ed efficaci. Su questo lavoro il disegno di legge finanziaria, lo ripeto, si abbatte come un turbine.

La programmazione dovrebbe essere alla base di ogni nostra azione. Vorrei rivolgermi in particolare al senatore Condorelli; la programmazione potrebbe anche risolvere il fenomeno della disoccupazione medica. Per quanto riguarda più specificamente la preparazione del giovane medico, il senatore Condorelli sa bene che personalmente sto vivendo nella mia città un duro confronto con l'università che pretende sempre più posti-letto. Bisogna fare una scelta precisa: o si fornisce un maggior numero di posti-letto alla facoltà di medicina, oppure si trasforma l'università in un istiuto di ricerca. Il «numero chiuso» della facoltà di medicina deve essere calcolato in base alle strutture di ricerca che abbiamo a disposizione. Non è possibile che l'università permetta ai medici di laurearsi senza alcuna metodologia di ricerca. Dico questo non per mia velleità culturale, ma perchè il medico di nuova formazione, che potrà essere interessato a tutta una serie di processi di carattere sociale, non può non avere una conoscenza precisa della metodologia di ricerca, che lo metterà in grado di autocriticarsi e di criticare i risultati che si ottengono attraverso l'uso di un farmaco o una nuova terapia. Vi dirò di più: se il medico non avrà una precisa conoscenza della metodologia di ricerca non sarà in grado di criticare il discorsetto che il messaggero delle case farmaceutiche periodicamente gli rivolge.

Da questa mancata conoscenza deriva anche il problema di una incontrollata spesa per i farmaci. Se il medico avesse una buona conoscenza della farmacologia di sintesi e fosse in grado di criticare l'uso che se ne fa e i risultati della ricerca sarebbe già un operatore sociale. Invece non vi è alcun dubbio che il medico italiano — il medico esperto e quello neolaureato — non è un operatore sociale. Voglio insistere su questo punto: la classica cultura medica italiana porta ad un rapporto diretto medico-paziente, quindi ad un'etica di carattere professionale, ma non ad una etica di carattere sociale; perciò, purtroppo, il medico attuale non ha alcuna etica sociale. Da ciò deriva la nostra impossibilità di comprendere le priorità di spesa e di intervento nell'ambito della società. L'etica sociale, invece, dovrebbe far parte del bagaglio culturale che il nuovo medico dovrebbe avere per integrarsi nella riforma sanitaria prevista dalla legge n. 833. Occorre riflettere su questo punto, e a questo proposito voglio sollecitare soprattutto il senatore Condorelli che è docente universitario. Voglio inoltre insistere che il «numero chiuso» all'università deve essere calcolato in base ad un rapporto studenti-posti di ricerca e non ad un rapporto studenti-posti letto. Ovviamente tutto questo deve avvenire attraverso un processo di programmazione.

La metodologia che sopra ho richiamato è nata spontaneamente dalla serietà della discussione in questa Commissione. Infatti non credo che si possano sollevare eccezioni sul fatto che questa Commissione abbia lavorato con una metodologia seria, che, lo ripeto, ha portato alla formulazione del piano sanitario nazionale e che sta portando alla modificazione della struttura delle

unità sanitarie locali. Sono convinto che su questo ultimo punto ci confronteremo ed arriveremo ad una costruzione consensuale delle nuove USL, che sicuramente saranno più efficienti dopo questi anni di rodaggio.

A mio avviso è ora necessario considerare quale sarà il comportamento opportuno in sede di discussione del piano di finanziamento. Voglio subito precisare la posizione del mio Gruppo: noi chiederemo lo stralcio di questa parte del disegno di legge finanziaria affinchè il piano di finanziamento sia discusso separatamente e nel più breve tempo possibile. Onorevole Sottosegretario, adesso che il piano sanitario nazionale è diventato legge dello Stato voi avete l'obbligo di presentare al più presto un provvedimento per il finanziamento del piano stesso. Ripeto che noi su questo piano di finanziamento siamo disponibili ad un confronto. In quella sede siamo disponibili anche a confrontarci su eventuali compartecipazioni dei cittadini alla spesa sanitaria. Il confronto, però, deve avvenire su dati precisi e in maniera corretta, come finora è avvenuto.

Mi domando poi come si possa inserire nel provvedimento finanziario l'articolo 26 concernente la ristrutturazione dei servizi ospedalieri, su cui in questa Commissione vi è già stato un appassionato dibattito. Questo mi fa pensare che sia necessario diffidare di certe posizioni.

DE LORENZO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Questo punto è già stato superato.

ALBERTI. Allora bisognava riportare la norma contenuta nel piano sanitario nazionale. Qui si prospetta addirittura — fatto molto grave — la costituzione di letti socio-sanitari, o meglio sanitario-assistenziali. Io dico che la determinazione della quota di partecipazione da parte dell'ente locale presuppone automaticamente la definizione della retta, che vuol dire praticamente un'altra cosa: che l'ospedale deve tornare ad essere una azienda. Abbiamo già dei problemi su come deve essere configurata la USL, se deve essere un'azienda, speciale o municipalizzata, e adesso vogliamo creare anche l'ospedale-azienda tornando in tal modo al vecchio concetto precedente al 1968, quando venne fuori la legge di riforma. Torniamo addirittura all'azienda ospedaliera che deve avere dei bilanci ed è chiaro che lo faremo con la logica aziendale: definizione della retta, divisione della retta per contribuzione tra i vari comuni, contenzioso fra comuni e ospedali o USL, contenzioso che solitamente finiva a scapito degli ospedali che ricorrevano alle prefetture che poi pagavano per conto dei comuni. Si costituivano così quei famosi debiti per cui ad un certo punto nel 1975 — facciamo finta di dimenticarcene — il Governo Colombo varò quel famoso decreto con il quale venivano ripianati i debiti delle mutue, che erano tutti ospedalieri, che ammontavano a 9.000 miliardi di quell'epoca che oggi sarebbero equivalenti a 30-40 mila miliardi. All'epoca questa cifra non suscitò tanto scandalo quanto ne suscita invece ora un migliaio di miliardi in più o in meno nell'ambito della Sanità.

Per quanto riguarda la questione dell'assitenza indiretta, mi sembra ne abbia parlato anche il collega Condorelli, ed io non posso che concordare su un discorso di questo genere; ma c'è anche il discorso di aumentare i *tickets*. Ora, collega Condorelli, ben sappiamo che lo sfondamento della spesa sanitaria si verifica sempre in due settori che sono i più importanti, quello dell'assistenza farmaceutica da una parte e quello degli ospedali dall'altra. Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, bisognerà trovare un accordo su questo argomento una volta per tutte; non è possibile, onorevole Sottosegretario, se è vero quello che mi viene detto, che mentre stiamo parlando di spesa farmaceutica vengano inseriti nel prontuario altri 600-700 farmaci.

DE LORENZO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Bisogna abolire alcuni farmaci.

ALBERTI. Allora il problema è un altro. Quando in questa Commissione abbiamo

parlato di un prontuario farmaceutico snello, ridotto, qual è stata l'obiezione rivoltaci? Attenzione — così ci ha detto il Ministro della sanità — bisogna tenere presente il problema dell'industria farmaceutica, il problema della produttività. Noi non trascuriamo ovviamente i problemi della disoccupazione, ma questo argomento del prontuario farmaceutico andrebbe affrontato una volta per tutte. Si potrebbe operare gradualmente con una sottrazione di farmaci ogni sei mesi fino ad arrivare ad un prontuario-forma che sarà quello definitivo. Ma occorre fare attenzione, perchè anche qui dovrebbero scattare dei meccanismi di autocontrollo: la spesa sanitaria, se vogliamo veramente controllarla, deve autocontrollarsi attraverso dei meccanismi specifici. Ogni volta che si introduce un farmaco nuovo nel prontuario, a meno che questo non serva per curare una malattia prima incurabile, dovrà essere introdotto in sostituzione di un altro farmaco e dovrà avere delle caratteristiche migliori da un punto di vista della efficacia della tollerabilità e, potremmo discuterne, anche da un punto di vista economico. In questo modo si può creare un meccanismo di autocontrollo della spesa farmaceutica. Io ritengo inoltre che il medico debba avere una preparazione diversa, dovrebbe essere capace di valutare criticamente l'uso di una terapia. In ogni caso, per quanto riguarda il prontuario farmaceutico, si dovrebbe stabilire una regola con una norma adeguata in modo così da evitare l'espansione della spesa farmaceutica.

L'altro meccanismo importante è quello degli ospedali, e qui occorre fare delle precisazioni. Una l'ha fatta il senatore Condoreli poco fa. Premetto che la media di utilizzazione dei posti-letto in Italia è intorno al 70 per cento e noi abbiamo fatto scattare un meccanismo al quale io mi sono opposto a nome della mia Regione che si trova in una posizione di anomalia, ma che ritengo valido per tutte le altre regioni d'Italia. Nel momento in cui si decide una riduzione dei posti-letto, operazione che a me sembra estremamente importante e delicata, è difficile ottenere la chiusura di presìdi; ma è possibile nell'ambito di un presidio ottenere una riduzione notevole di letti? Se questo è possibile si può affrontare un altro discorso: ridimensionamento dei letti, parametrazione dei tempi di assistenza, utilizzazione del personale per i letti che restano e mobilità del personale, che potrebbe essere spostato sul territorio per tutte le altre attività della USL, se vogliamo mantenere il parametro di 10 addetti alla sanità per 1.000 abitanti. Questo è il discorso. Però l'operazione prevista nel disegno di legge finanziaria comporta un ripristino, ad esempio, di tutte le divisioni di pediatria in Calabria. In questa regione l'utilizzazione dei posti-letto pediatrici si aggira intorno alla percentuale del 25 per cento, mentre in altre regioni d'Italia la percentuale è ancora più bassa grazie alla istituzione diffusa dei *day hospital*. Invece quando nel progetto c'è scritto che vengono aboliti i benefici per le categorie privilegiate, bisogna fare attenzione: pensiamo ai malati cronici, agli emodializzati, agli oncologici, ai 10.000 bambini affetti da talassemia *maior* che ci sono in Italia e che attualmente sono trattati tutti in via ambulatoriale. Questo tipo di terapia rappresenta, a mio avviso, un notevole vantaggio per i pazienti perchè possono continuare a frequentare la scuola e non perdono i contatti con la famiglia. Se si aboliscono tutti i benefici questi bambini rischiano di rientrare negli ospedali perchè ogni volta che uno di essi deve essere sottoposto ad esami ematologici o a trasfusioni, si ritrova con un *ticket* da pagare e spesso i bambini sono due o tre nella stessa famiglia, come capita in Calabria, e sono costretti al ricovero. Quindi si troverà poi la giustificazione per non limitare i posti-letto e si creerà nuovamente una situazione di tipo ospedalocentrico, perchè l'ospedale tornerà in auge. Allora diciamoci chiaramente che da una parte vi è la medicina convenzionata e dall'altra quella ospedaliera.

Per mesi ci siamo accaniti in questa sede ed abbiamo discusso sulla programmazione sanitaria, ma inutilmente a quanto pare, perchè a questo punto occorre rivedere la nostra politica ospedaliera. In proposito,

per giungere ad una seria programmazione, è bene attenerci strettamente al piano sanitario; solo così riusciremo realmente a ristrutturare e a sfruttare appieno le risorse, magari spostandole da un settore all'altro per non puntare unicamente sulla medicina curativa.

Ora, nell'ambito di questo discorso, quale trattamento economico si deve offrire ai medici e ai paramedici? L'incentivazione: è una cosa folle, una delle tante farraginosità che si sono create. Addirittura su questa base si vuole impedire l'istituzione del *day hospital*. Ma allora procediamo alle opportune modifiche del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 per quanto riguarda lo stato giuridico del personale delle USL al fine di ottenere una migliore e più incentivata utilizzazione del personale. Solo a questo punto si potrebbe pensare ad un autocontrollo della spesa sanitaria e vedere in quale misura deve intervenire la compartecipazione dei cittadini ed in rapporto a quali parametri di reddito, perchè, ripeto, non mi sembra logico considerare alla stessa stregua, sulla base della parità dei redditi, il sano e l'emodializzato che già versa in condizioni di estremo bisogno.

Ieri sera abbiamo avuto la grande soddisfazione di vedere approvato il piano sanitario nazionale, pur essendo stato oggetto di molte critiche. Invito quindi i colleghi ad unirsi a noi nel chiedere al Ministro della sanità di rivedere le norme contenute nel disegno di legge finanziaria, dato che alcune sono in contrasto con il piano stesso, unico strumento corretto, a mio avviso, per migliorare la situazione sanitaria in Italia.

IMBRIACO. Signor Presidente, per ragioni indipendenti dalla mia volontà non ho potuto ascoltare le argomentazioni dei colleghi della Commissione intervenuti in precedenza e quindi mi scuso di questo ed anche del fatto che probabilmente ripeterò cose già dette.

Nell'altro ramo del Parlamento vi è stata l'approvazione del piano sanitario nazionale — come ricordava poco fa anche il senatore Alberti — e di fronte a questo fatto nuovo forse avrebbe dovuto essere lo stesso Ministro stamattina a chiedere la sospensione della discussione delle disposizioni sanitarie presenti nel provvedimento finanziario in quanto superate, in vista di una riflessione circa la soppressione delle norme finanziarie in contrasto con il piano stesso. Poichè questo non è accaduto mi sorge il sospetto che forse ci troviamo di fronte ad una manovra simile al gioco «delle tre carte».

Quindi delle due l'una: o si va rapidamente ad uno stralcio — il che non mi risulta dato che non vi è stata alcuna dichiarazione da parte degli organismi responsabili — di tutte le norme in contrasto con quanto scritto nel piano (a prescindere poi dalla considerazione di principio che questa materia, non appartenendo alla «finanziaria», doveva essere trattata a parte), oppure questa notte verrà modificato il piano approvato ieri sera, cercando di snaturarne i dettami e raccordandolo con le norme contenute nel disegno di legge finanziaria (appunto il «gioco delle tre carte»). Confidando che questo non accada vorrei svolgere alcune considerazioni di ordine politico generale, perchè sono convinto che l'unica strada percorribile, se crediamo nella necessità di difendere il Servizio sanitario recuperandone lo spirito originario e depurandolo di tutte le situazioni degenerative che si sono registrate in questi anni, sia quella della programmazione, della stesura degli *standards* e dell'approntamento delle misure capaci di riportare ordine in questo settore, e ciò anche al fine di un contenimento della spesa. Del resto tutti sapevamo che il piano era in avanzata fase di esame, ma devo rilevare — anche da un punto di vista politico — che di ciò non si è tenuto conto nella relazione del senatore Melotto, il che mi fa supporre che era nelle intenzioni della maggioranza difendere il disegno di legge finanziaria, rifiutare qualsiasi tipo di stralcio degli argomenti impropri e portare avanti una manovra secondo noi iniqua.

Partendo dall'analisi della relazione del senatore Melotto, a prescindere dalla elencazione statistica, dai parametri e raffronti,

devo confessare di essere rimasto sconcertato dalla prima delle conclusioni cui egli è pervenuto: che la «finanziaria 1986» confermerebbe il disegno della legge n. 833. Questa legge, nata per rispondere ad un preciso dettato della Costituzione, nel giro di alcuni anni è stata sottoposta ad attacchi inconsulti, amputata in più parti in omaggio alle esigenze dell'industria farmaceutica, mutilata con decreti che andavano semplicemente a sfavore delle fasce meno abbienti e quest'anno vede il colpo di piccone pressochè finale con questo provvedimento finanziario. Nonostante ciò, il senatore Melotto afferma che, tutto sommato, l'impianto della legge resta immutato. Non siamo noi a dire queste cose, ma alcuni organi di stampa che sono stati primi a riconoscere, per esempio, che questo disegno di legge finanziaria recita il *de profundis* per il piano sanitario nazionale, che noi avevamo già approvato, e per la legge n. 833; non siamo noi a dirlo, ma è la grande stampa di opinione che riconosce che questo disegno di legge finanziaria è l'apice di un attacco teso a smantellare il Servizio sanitario. Strati sempre più estesi di cittadini cominciano a pensare che il costo sopportato da una famiglia media per i contributi e per i *tickets* è assolutamente sproporzionato al servizio che ricevono. Alcuni strati sociali ritengono addirittura che sia più conveniente non pagare i contributi ed assicurarsi in proprio.

Con questo retroterra mi sembra veramente strano che possa affermarsi che il programma della legge n. 833 sia riconfermato. Queste dichiarazioni sono ancora più sconcertanti poichè provengono dal senatore Melotto, che non più tardi di una settimana fa ci ha consegnato una ponderosa relazione finalizzata al realizzo di un disegno di razionalizzazione e di perfezionamento delle norme e delle strutture del Servizio sanitario nazionale. Voglio ricordare brevemente alcuni punti di questa relazione: «Non è possibile accettare che si consolidi la prassi di apportare aggiustamenti o addirittura sostanziali modifiche alla legge n. 833 attraverso la legge finanziaria, perchè questa non è certamente la sede più opportuna per approfondire problemi e soluzioni nell'ambito del sitema sanitario, posto che essa ha come sfogo il perseguimento di obiettivi limitati, soprattutto di carattere economico-finanziario, ancorchè collegati con la situazione sociale del Paese. In questi ultimi anni, invero, si è assistito ad una specie di riforma strisciante della legge n. 833, portata avanti in modo saltuario e scoordinato proprio dalle singole leggi finanziarie o dai provvedimenti da queste derivanti. Ciò non è più ammissibile anche perchè, come si è detto sopra, le modifiche alla legge n. 833 vanno attuate con una visione globale e complessiva del Servizio sanitario, valutando e vagliando tutte le problematiche derivanti dalla sua articolata e complessa organizzazione, alla luce dell'impatto con la variegata realtà che il Servizio stesso ha avuto in questi ultimi anni».

In un altro punto della relazione del senatore Melotto è richiamata anche quella decisione della Corte costituzionale che ricorda al Parlamento che la questione del Servizio sanitario deve essere trattata al di fuori della legge finanziaria.

Conoscendo il senatore Melotto e l'impegno che egli in questi anni ha profuso in un lavoro duro e faticoso, devo dedurre che esiste una precisa ragione per cui egli afferma che la legge n. 833 è consolidata dalla manovra finanziaria, o comunque rimane integra rispetto al suo disegno originario. Mi sono sforzato di capire e di trovare delle attenuanti a questa dichiarazione. A ben riflettere esiste una ragione per una simile affermazione. Però, nonostante tutte le attenuanti che gli concedo, non posso perdonare al senatore Melotto un atteggiamento quanto meno remissivo, soprattutto se confrontato con le posizioni assunte da altri colleghi nell'altro ramo del Parlamento che non hanno esitato, con ben altro coraggio ed autonomia rispetto alle scelte governative, ad esprimere una opinione contraria in riferimento a quanto accadeva sul piano sanitario nazionale. Evidentemente il senatore Melotto ha risentito del clima che ha preceduto queste riunioni di discussione sul disegno di legge finan-

ziaria. Egli in particolare ha risentito del clima che regna all'interno del pentapartito, delle intenzioni della Ragioneria generale dello Stato, e per essa del ministro Goria, che appena un mese fa sbandierò la sua intenzione di garantire l'assistenza sanitaria soltanto ai percettori di un reddito di dieci milioni. Il senatore Melotto ha risentito poi del clima che regna tra il Ministro del tesoro ed il Ministro della sanità, che a sua volta vuole garantire soltanto l'assistenza ospedaliera e quella per i grandi rischi. Il Ministro della sanità è stato rozzamente richiamato all'ordine dal ministro Goria, che ha affermato che la Sanità non sa fare i conti. Forse il senatore Melotto è stato influenzato dal conflitto scoppiato con il disegno di legge presentato dal ministro De Michelis che voleva dividere l'Italia in fasce e strisce.

Evidentemente il senatore Melotto si è stupito che questo caos abbia comunque generato un disegno di legge finanziaria e perciò ha tirato un sospiro di sollievo. Questa «finanziaria» concede in ogni caso una sorta di tregua fino al prossimo anno, ripercorrendo le vecchie strade dei *tickets* e dei contributi e salvaguardando quanto meno il titolo della legge n. 833; per cui in sostanza sembra che il senatore Melotto affermi che, con l'aria che tira, questa «finanziaria» è il minore dei mali.

Ritengo che sia estremamente riduttivo ragionare in questi termini soprattutto per chi ha lavorato sodo per un anno intero per capire, attraverso un'indagine conoscitiva, i punti da correggere nel funzionamento del Servizio sanitario. Voglio anzi fare una domanda: a cosa è servita questa indagine se non a riempire una stanza del Senato di volumi su cui si accumulerà una coltre di polvere? Voglio dire di più: questo ragionamento è riduttivo per chi ha lavorato per varare quel piano che a giudizio unanime restava e resta l'unico strumento in grado, tramite il contenimento della spesa, di razionalizzare e rendere efficiente il servizio stesso. Sicuramente, perciò, il senatore Melotto temeva il peggio; ma, con tutte le attenuanti del caso, non è possibile assolvere un'inversione di rotta di 180 gradi da parte di chi appena una settimana fa ha scritto quello che ho appena avuto il piacere di leggervi.

Non parlatemi poi di salvaguardia della legge n. 833! Se il disegno di legge finanziaria non sarà depurato di tutta la parte impropria in esso contenuta, darà il colpo decisivo di piccone che permetterà di abbattere la legge n. 833. Di fatto con questo provvedimento si imbocca la strada tracciata dal ministro Goria che conduce alla privatizzazione della Sanità. Infatti per quest'anno è prevista la privatizzazione parziale della specialistica, delle indagini di laboratorio e di quelle strumentali, rifiutando drasticamente — questo è l'assurdo — di intaccare i santuari degli sprechi e delle distorsioni della spesa, cioè le industrie farmaceutiche, le grandi corporazioni e gli ospedali inutili.

A questo proposito io non esito ad accusare il Governo e la maggioranza che lo sostiene di aver lavorato scientemente nell'ultimo anno e di continuare a lavorare per il futuro affinchè anche i modestissimi meccanismi attivati nello scorso anno per intaccare questi santuari fossero resi inutilizzabili. Il Governo, insomma, lavora per congelare e disattendere quelle norme. Infatti a questo punto ritengo che la volontà del Governo e della maggioranza non sia tesa a conservare, migliorare e razionalizzare il Servizio, ma sia tesa a demolirlo. Su alcuni dei modesti meccanismi che potevano forse essere un'alternativa di contenimento della spesa rispetto ai taglieggiamenti ed ai *tickets* voglio porre una domanda: chi ci spiegherà che fine ha fatto la norma sul «fustellaggio» a lettura ottica, il piano di settore dei farmaci, le commissioni dei medici che dovevano esercitare quel modesto controllo e la ristrutturazione degli ospedali?

L'articolo di cui discutiamo era contenuto anche nella legge finanziaria 1985; anzi il testo dovrebbe essere identico, salvo l'intervento di qualche burocrate che molto spesso è perfino incapace di copiare. Non so poi chi potrà spiegarci la mancata riforma del Ministero della sanità. Per mesi vi è stata addirittura un'impudente campagna

terroristica per la cosiddetta «nuova peste», sintomo indiscusso dell'evoluzione della patologia del'AIDS. Nella tabella 19 il Governo non ha il coraggio di parlare di questo fenomeno, che però è stato utilizzato per avviare una campagna di terrorismo ideologico e per condannare definitivamente delle sacche che sono sempre state mantenute ai margini della società. Questo modo burocratico di affrontare le cose fa sì che non si spenda neppure una parola sull'argomento. Nemmeno una parola per il Ministero della sanità che non si riforma, non si ristruttura — mi sia concessa una parentesi — e così non è possibile lavorare.

Invito la Presidenza a farsi carico di tutto ciò alla vigilia di un dibattito così importante, non avendo la possibilità di attingere alle fonti primarie, costretti tutti, a cominciare dal relatore, a farsi forti di qualche rivista specializzata senza che il Ministero sia in grado di fornire notizie, oppure basandosi su qualche amicizia. Per esempio, io questa mattina non sono in grado di contestare efficacemente ed in maniera puntuale le cifre presentate dal senatore Melotto, ma ho seri dubbi sull'attendibilità di questi dati.

Quindi abbiamo di fronte un Ministero non riformato, non ristrutturato, incapace di rapportarsi persino alle novità determinatesi in questi anni in modo drammatico ed allarmante. Del resto occorre intendersi: in questa sorta di limbo nel quale il Ministero della sanità viene a trovarsi, di scarsa entità e di scarsa valenza anche nei confronti della compagine governativa, si può capire che manchi un impegno in questa direzione, tanto più poi che questo Ministero, tenuto in subordine, si comporta in maniera remissiva nonostante le polemiche recentissime, culminate con la minaccia di dimissioni del ministro Degan, polemiche che diventano poi clamorose quando si avvia una manovra finanziaria come quella che il Governo propone per il 1986 e acriticamente si scrive nella relazione introduttiva al bilancio che la manovra finanziaria che il Governo propone per il 1986 con riguardo all'area della sanità riflette responsabilmente l'impegno politico per il rigoroso contenimento della spesa pubblica. Ma è proprio vero? Ma perchè il Ministero della sanità, contro tutti i dati che circolano, assume per buone queste tesi? È proprio vero che la sanità contribuisce al disavanzo, che è fra le cause primarie del *deficit* pubblico? Noi, si badi, non contestiamo quanto sta scritto nella «finanziaria», ci guardiamo bene dal sottovalutare il *deficit* della finanza pubblica che non sfugge a nessuno e tanto meno ai lavoratori che pagano il prezzo più caro per questo disavanzo. Non sfugge a nessuno, anche se andrebbe sempre ricordato che questo *deficit* pauroso non nasce dal fatto che si è voluto dare vita in Italia ad uno Stato sociale che è capace di garantire scuole, ospedali, strutture per anziani, ma dal fatto di avere distorto questo embrione di Stato sociale aggredendolo con il clientelismo, con l'uso del danaro pubblico a fini privati, facendosi lo Stato carico di decine di migliaia di miliardi per assumere su di sè il passivo di aziende decotte, di finanziamenti a gruppi e ad imprenditori truffaldini, ma legati al carro del potere.

Non sembri strano che anche in questa Commissione di merito si discuta delle grosse questioni generali, altrimenti non riusciremmo a capire come questa sanità che non c'entra viene artatamente e surrettiziamente infilata nel baratro complessivo che travaglia la finanza pubblica. Altro che «più mercato e meno Stato» come vuole il ministro Goria per risanare il *deficit*! Sono d'accordo con quel giornalista che recentemente invitava il ministro Goria a rileggersi la storia recente dei nostri «padroni del vapore», perchè fosse più cauto nell'invocare le virtù terapeutiche di un mercato mai esistito, per di più ricco di capitalisti, onorevole De Lorenzo, come diceva Einaudi, che in un modo o nell'altro sono sempre stati capitalisti di Stato, nel senso che hanno usato lo Stato per fini privati, per realizzare accumulazioni mai nate dal mercato, utilizzando la vecchia formula: «lo Stato sono io». Sono parole scritte recentemente da un economista liberale.

Accanto a queste lottizzazioni partitiche, a gestioni folli di grandi settori strategici,

non è possibile trovare la soluzione a questo problema al quale si aggiungono i guasti della mancata riforma della Pubblica amministrazione, utilizzando la scure soltanto per la sanità, per la scuola e coinvolgendo i rapporti fra Stato e cittadini mentre si dovrebbe rinnovare lo Stato.

È su questo retroterra che noi dobbiamo discutere per capire, nel senso che noi siamo preoccupati di un debito pubblico che nel corso dell'anno raggiungerà il valore del prodotto interno lordo, siamo sbalorditi nell'apprendere dal ministro Goria che questo anno pagheremo di interesse sul debito esterno tanto quanto ci deriva dall'intero ammontare dell'introito del turismo. Tutto l'introito del turismo servirà a pagare l'interesse sul debito estero: è sbalorditivo!

Ma se questo è vero e se in generale dobbiamo batterci perchè si avvii una politica di risanamento, di sviluppo, finalizzata all'occupazione, al Mezzogiorno, bisogna anche dare atto che la sanità merita un discorso a parte. Ancora ieri il relatore Melotto rispondeva che la spesa complessiva per la sanità anche quest'anno si attesta sul 6,2 per cento. I nostri calcoli vanno anche al di sotto di questa cifra, al 5,89 per cento del prodotto interno lordo. È inutile rifare tutta la storia, siamo tra i Paesi che spendono meno; solo l'Inghilterra spende meno di noi. Ma questo non mi interessa. Piuttosto mi preme mettere a fuoco questo discorso: è davvero la sanità la causa primaria del disavanzo? Non è vero. Nel 1983 la spesa sanitaria era alla pari con il tasso di inflazione; il Ministro del tesoro, nella stima del fabbisogno di cassa del settore pubblico per il 1985, ammette che la sanità non figura tra le cause primarie che sono alla base del *deficit* dello Stato. Allora bisogna metterci d'accordo su quanto vogliamo spendere. Vogliamo forse spendere quanto spendevamo nel 1977, prima dell'avvento del Servizio sanitario nazionale? Qui veniamo ai dati ISIS: io ho forti dubbi sull'attendibilità di quei dati e sarà quindi il caso di chiedere al Ministero della sanità di assumersi la responsabilità di quello che dice.

Il rapporto CENSIS del 1977 dice qualcosa di diverso. Afferma che la questione della spesa è andata sempre più rappresentando uno dei nodi di maggior rilievo nel dibattito sulla riforma. In termini di incidenza sul prodotto interno lordo l'Italia si colloca a livelli paragonabili a quelli di altri Paesi europei. Nel 1977 tale incidenza è stata del 6,3 per cento in una situazione, però, come afferma il CENSIS, in cui la qualità delle prestazioni il più delle volte è assente: ma noi aggiungiamo anche che si trattava di una situazione in cui c'erano tre milioni di cittadini non assistiti, in cui il disoccupato non aveva nulla ed in cui una serie di fasce non erano assolutamente tutelate.

Dunque, anche prendendo per buone quelle notizie dell'ISIS sul raffronto fra il 1977 e il 1984, a costi reali, la verità è che in tutto questo decennio non c'è stata una impennata della spesa legata a fattori specifici alla natura del servizio. Ci sono state storture, sprechi, meccanismi perversi, ma di questo nella «finanziaria» non si parla.

Quindi la sanità non è tra le cause primarie del disavanzo e a noi tocca rimettere in piedi questo discorso. Se le cose rimanessero così come sono attualmente, non solo non avremo lo sviluppo e non riusciremo a sanare il *deficit*, ma non avremo neanche la riforma di quello Stato sociale per il quale noi ci battiamo; inoltre non si avrà neanche quella riforma del Servizio sanitario nazionale per la quale proponiamo che si provveda con delle misure alternative: ricollocare cioè tutta la materia in un provvedimento *a latere*, se convenite con noi che è il caso di stralciare; o nella stessa «finanziaria» nell'ipotesi in cui vi ostiniate a mantenere quegli articoli che sono stati, tra l'altro, già ampiamente criticati e contestati anche da altri colleghi.

Quello che ci preme dire è che questo meccanismo, già innestato negli scorsi anni e che continua ad esistere nel disegno di legge finanziaria di quest'anno, lascia tutto impregiudicato, non riforma il funzionamento della macchina, non crea efficienza, rimane un pessimo servizio pagato dai più poveri.

Nel merito non mi dilungherò troppo,

anche perchè i colleghi che interverranno dopo di me in questa discussione articoleranno meglio la nostra posizione sui vari capitoli. In ogni caso mi preme subito sottolineare che esistono delle storture e delle contraddizioni enormi — tanto per avvalorare la tesi che vi è una contraddizione insanabile tra piano sanitario e disegno di legge finanziaria — in questo provvedimento, e chi le ha in mente o deve rinunciare ad essere responsabile del settore che dirige oppure deve fare pubblica ammenda. Non credo sia possibile tentare una manovra per la quale il piano approvato ieri sera venga rimodulato e quindi sconfessato da una approvazione acritica degli articoli del disegno di legge finanziaria. Secondo me non è sufficiente abolire quell'unico o, forse, quei due articoli che poneva in discussione ieri sera lo stesso relatore Melotto, perchè a me pare che gli articoli 24, 25, 26, 28, 29 e 30 devono essere soppressi. Vorrei capire come è possibile risolvere la contraddizione esistente tra l'articolo 7 del piano, che dispone per la durata di tre anni le prestazioni sanitarie integrative attualmente erogate dal Servizio, e gli articoli 24, 25 e 26 del provvedimento in discussione che praticamente fanno saltare tutte le garanzie formulate dal piano attraverso l'aumento del *ticket* al 25 per cento, la ricetta a 2.000 lire e tutte le altre misure punitive come la riduzione drastica del numero delle categorie ed il tetto di reddito che portano all'esclusione del contributo per la specialistica e per altre prestazioni.

Come si fa a conciliare l'articolo 28, con il quale si coinvolgono e si danno «colpi» a Regioni e comuni — questione sulla quale il relatore Melotto è uscito per la tangente, non esprimendo un giudizio di merito — con l'instaurazione di nuovi *tickets* e imponendo a carico dei comuni, i cui finanziamenti complessivi da parte dello Stato sono stati già tagliati di 1.500 miliardi, gli oneri corrispondenti alle quote di partecipazione alle spese sanitarie non pagate dai cittadini meno abbienti che prima erano a carico del Fondo sanitario nazionale? Come è possibile conciliare il piano e il disegno di legge finanziaria con la sentenza della Corte costituzionale, la quale aveva di fatto dichiarato che le Regioni non possono portare a pareggio una spesa che viceversa è tutta a carico dello Stato? Per non parlare poi di quell'altra norma — a mio giudizio una autentica stortura — che, sostituendosi al codice penale, si serve della «finanziaria» per stabilire una sanzione penale nei confronti del pensionato che, anzichè dichiarare 384.000 ne dichiara 364.000. Questa è una vera assurdità e fa il paio con quell'altra che ha fatto ridere tutta l'Italia: l'aumento esponenziale delle tasse universitarie per i fuori corso che, dopo un certo numero di anni, porterebbe questi studenti a dover pagare decine di miliardi per iscriversi all'università.

Quindi, devo dire che vi è grande improvvisazione ed impudenza; ma per raggiungere cosa? Forse per raggiungere un obiettivo che a questo punto è da considerare solo politico, giacchè non sfugge a nessuno che le misure governative potevano tranquillamente essere sostituite da altre misure che noi proponiamo e proporremo.

Tutta questa manovra finanziaria per la sanità, attraverso i taglieggiamenti, porta come risultato ad una somma di 2.000 miliardi. Ma riducendo del 10 per cento l'erogazione dei farmaci e delle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale (soprattutto) si arriverebbe ad una somma ben superiore ai 2.000 miliardi che si ottengono con questi taglieggiamenti. Allora perchè il Governo insiste in una soluzione di questo tipo? Perchè a nostro giudizio, come dicevo prima, si è imboccata la strada della privatizzazione. Ora, rispetto a questo atteggiamento, noi ribadiamo la nostra posizione conoscendo gli orientamenti del sottosegretario De Lorenzo e conoscendo quelli del Ministro della sanità, ma la ribadiamo soprattutto per chiarire a noi stessi che meccanismi generatori di una spesa che si può riportare sotto controllo vanno aggrediti alla radice e probabilmente senza neanche grandi penalizzazioni e punizioni.

Nel momento in cui il Ministro della sanità afferma — e questo significa che ha

perfetta coscienza di dove si anida il malessere - che ha approntato un provvedimento con cui si stabilisce che il medico di famiglia continuerà ad avere una quota per ogni assistito, di cui una parte sarà fissa, mentre l'altra sarà rapportata a parametri di efficienza, egli dimostra di sapere benissimo che il primo anello della catena che porta sulla strada degli sperperi sta proprio qui. È mai possibile non si riesca a mettere ordine in questo settore, senza penalizzare i medici naturalmente, ma facendosi carico di una degenerazione che questo esercizio professionale ha subìto con gli anni e che porta a svilire la stessa categoria? La quota capitaria, che rappresenta per lo Stato l'unico sistema di retribuzione per il medico generico (e riguarda circa 60.000 medici), costituisce un meccanismo perverso, sia perchè finirà per mettere «la corda al collo» a questa prestigiosa figura rappresentata dal medico di famiglia, sia per svariati altri motivi. Il medico si sentirà demotivato rispetto ad un esercizio professionale maggiormente impegnato e qualificato, quindi nel suo lavoro non risponderà a reali necessità del paziente, ma si limiterà a compilare ricette e a liberarsi del paziente che si recherà nel suo studio, magari con richieste di analisi di laboratorio anche non necessarie. In tal modo si avrà inoltre un aumento delle spese per ricoveri inconsulti, per una specialistica ed una farmaceutica spesso non necessarie. Il medico non si sentirà più in dovere di aggiornarsi e migliorare con uno studio continuo; l'unico suo sforzo sarà teso a mantenere un pacchetto di assistiti.

Lo sforzo del Parlamento e del Ministero della sanità deve tendere a correggere, capire e indirizzare i medici verso una riqualificazione professionale e offrire loro una prospettiva anche dal punto di vista di una retribuzione economica seria — e questo discorso è stato già fatto nell'Aula del Senato discutendo del piano sanitario — altrimenti sarà il medico per primo a pagare. L'onorevole Goria, infatti, ha annunciato un mese fa che la fascia oltre i 10 milioni tornerà al privato; state pur certi che se questo dovesse accadere, dato che la fascia dei cittadini «poveri» è ben al di là del tetto stabilito con il disegno di legge finanziaria (4 milioni e mezzo, più 2 milioni per gli ultrasessantacinquenni), i cittadini ridurranno drasticamente il loro bisogno di ricorso al medico. Per quest'ultimo dunque si annuncerebbe, in tal caso, una situazione di grave disagio, tanto è vero che sono stati i primi a ribellarsi contro la proposta Goria, ed in parte contro la proposta Degan, che era in subordine.

Il nostro problema è quindi quello di riuscire a dare dei segnali attraverso la «finanziaria», tentando di indirizzare le future convenzioni affinchè retribuzioni e prestazioni procedano di pari passo avendo come comune punto di riferimento la qualificazione del medico. Questa qualificazione è fondamentale per ridurre sia il ricorso ai farmaci, sia il ricorso alle prestazioni specialistiche ed ai ricoveri ospedalieri.

Il discorso sul prontuario farmaceutico è diverso, senza considerare minimamente la proposta di una sua abolizione avanzata alcuni mesi fa. Periodicamente scoppiano degli scandali per quanto riguarda il prontuario farmaceutico: quest'anno è toccato al «Catergen» di cui si è denunciata la tossicità che ha causato anche casi mortali. A seguito di scandali di questo tipo ogni tanto una serie di farmaci viene esclusa dalla farmacopea ufficiale. Può sembrare strano, ma la realtà ci insegna che tra farmaci di eguale efficacia il servizio sanitario non predilige quelli di minor costo. A questo proposito non è possibile non intendersi: o esiste la malafede, o vi sono interessi privati. Come si può pensare di taglieggiare ancora i pensionati, cioè le fasce più povere della popolazione, preparandosi al tempo stesso ad emanare un decreto che immette nel prontuario 650 nuovi farmaci, la maggior parte dei quali inutili perchè già iscritti nel vecchio prontuario, ma con un costo sicuramente più elevato? Ci troviamo quindi in presenza di situazioni aberranti che devono essere sconfessate. Anche per questo noi riproporremo quegli emendamenti già presentati lo scorso anno.

Sono quindi indispensabili dei meccanismi che revisionino le convenzioni con il

privato; è indispensabile rivisitare il prontuario terapeutico; indispensabile decidere circa l'utilizzo pieno del personale e circa le incompatibilità.

Avremo modo di riprendere questo discorso, ma sento il dovere di dire che la maggioranza oggi si assume una grossa responsabilità, non soltanto per i risvolti negativi che questo provvedimento avrà su gran parte della popolazione, creando gravi conflitti nel corpo sociale, ma anche nei confronti di posizioni che la maggioranza stessa ha espresso nell'arco di due anni. Credo che gli uomini che hanno lavorato al piano sanitario, che hanno espresso opinioni precise in decine di documenti e che oggi acriticamente ed in maniera remissiva subiscono i tagli proposti senza riuscire a contribuire minimamente a modificare questa struttura, utilizzando strumenti più efficaci per correggere i meccanismi distorti, abbiano bisogno, anche sul piano personale, di riflettere per evitare di esporsi a contraddizioni che francamente ricadano su loro stessi.

Signor Presidente, riteniamo perciò indispensabile che il Ministro sia presente alle riunioni della nostra Commissione prima ancora della chiusura della discussione generale. Il Ministro potrà così proporci come sanare quelle contraddizioni che si sono aperte dopo l'approvazione del piano sanitario. Ritengo anzi che sia più opportuno interrompere il presente dibattito fino a quando il Ministro della sanità non ci spiegherà quale sarà il futuro percorso di questo disegno di legge finanziaria. Infatti noi rischiamo di lavorare in maniera accademica ed astratta, completamente disancorati dalle novità che questo processo ha introdotto nella dialettica e nella dinamica della nostra Commissione.

Propongo pertanto formalmente di sospendere il dibattito in attesa delle dichiarazioni del Ministero della sanità.

PRESIDENTE. Vorrei conoscere il parere del relatore e del rappresentante del Governo sulla proposta avanzata dal senatore Imbriaco di sospendere la discussione generale in attesa che il Ministro della sanità chiarisca i termini del problema dopo l'approvazione del piano sanitario nazionale.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504*. Ci eravamo prefissati dei termini ben precisi per la discussione generale. Proporrei perciò di proseguire il dibattito nella seduta odierna; mercoledì mattina il Ministro verrà nella nostra Commissione a chiarire qual è la situazione che si è determinata dopo l'approvazione del piano sanitario alla Camera dei deputati.

DE LORENZO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Sono d'accordo con il relatore.

IMBRIACO. Ho fatto la mia richiesta per una ragione precisa: se, come mi auguro, il Ministro proporrà una rilettura di tutti gli articoli del disegno di legge finanziaria alla luce dell'approvazione del piano, che peraltro vanta diritti di precedenza, la discussione di stamane diventa inutile. Forse sarebbe stato più opportuno avanzare questa proposta all'inizio di questa seduta, lo riconosco; ciò non toglie che la proposta sia concretamente valida.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504*. Mi sono permesso di avanzare una controproposta perchè gli argomenti del senatore Imbriaco non mi giungono nuovi. Anzi su questi stessi argomenti ho già proposto alcuni stralci. Comunque, poichè il senatore Imbriaco insiste nella sua proposta, non mi dichiaro contrario a rinviare il seguito della discussione a mercoledì mattina, quando il ministro Degan riferirà alla nostra Commissione sulla nuova situazione della sanità.

DE LORENZO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Prendo atto delle dichiarazioni del relatore Melotto. Personalmente, però, ritengo che le decisioni che il Governo prenderà in merito agli articoli del disegno di legge finanziaria siano importanti, ma non condizionanti per lo svolgimento

di questo dibattito. Non voglio anticipare le comunicazioni che il Ministro farà mercoledì mattina, ma posso affermare che egli non potrà non tenere conto dell'approvazione del piano sanitario nazionale, stralciando alcuni articoli del disegno di legge finanziaria ormai divenuti superflui. Non ritengo però che si possa alterare la «finanziaria» stralciando articoli relativi alla manovra economica, che deve comunque rimanere inalterata.

Alla luce di queste argomentazioni, sono disponibile a seguire il calendario dei lavori che era stato fissato in questa Commissione.

PRESIDENTE. Avverto gli onorevoli colleghi che la seduta pomeridiana di oggi non avrà più luogo in quanto ritengo opportuno rinviare il seguito della discussione sui documenti in titolo alla seduta di mercoledì prossimo.

Poichè non si fanno osservazioni, così resta stabilito.

I lavori terminano alle ore 12,20.

MERCOLEDÌ 16 OTTOBRE 1985

(Antimeridiana)

Presidenza del Presidente BOMPIANI

I lavori hanno inizio alle ore 10,15.

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)» (1504)

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988» (1505)

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986 **(Tab. 19)**

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame dei disegni di legge: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)» e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988 — Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986 (Tab. 19)».

Riprendiamo l'esame sospeso il 10 ottobre scorso.

Al termine della precedente seduta, è stata chiesta una dichiarazione preliminare del Ministro della sanità circa le proprie valutazioni sull'incidenza dell'approvazione della legge di programmazione sanitaria alla Camera dei deputati rispetto al disegno di legge finanziaria in esame.

DEGAN, *ministro della sanità*. Signor Presidente, onorevoli senatori, le dichiarazioni che farò tra breve sono le stesse che ho fatto alla Camera dei deputati quando, in sede di discussione del provvedimento di programmazione sanitaria, mi è stato posto il quesito se concludere l'esame di quest'ultimo e successivamente affrontare la discussione sul disegno di legge finanziaria (come è avvenuto), oppure attendere più correttamente l'approvazione della «finanziaria» prima di portare a termine l'esame del provvedimento sul piano sanitario. Il problema era ed è reale, e la risposta a tale quesito è di tipo più politico che procedurale. Credo che a distanza di 7 anni dal varo della legge di riforma sanitaria costituisca un dovere politico l'approvazione del disegno di legge di programmazione sanitaria. Posso dire che si è gettato un buon seme, senza essere trionfalisti nè pessimisti, però occorre ora attendere che dia i suoi frutti. Naturalmente il piano sanitario e gli atti di indirizzo e di coordinamento con tutta la serie di iniziative a questi connesse necessitano di anni di lavoro, perchè non si tratta di questioni molto semplici; comunque il settore ha conquistato una normativa quadro a regime, e questo è già molto positivo, anche se purtroppo il varo di questa legge si è verificato in concomitanza con l'inizio della discussione in Parlamento sul disegno di legge finanziaria.

Ritengo dunque politicamente rilevante il varo del piano come normativa quadro — questo ho già avuto modo di dirlo alla Camera dei deputati e lo ripeto in questa sede — ma si pongono dei problemi di adattamento alla manovra finanziaria globale del Governo di cui sono consapevole e partecipe: per certi aspetti l'andamento può apparire, ed è, un po' a zig-zag rispetto alle formulazioni ed alle ipotesi di procedure previste nella legge di programmazione. D'altronde, se vogliamo essere concreti, non esistevano altri sistemi; forse, volendo rispettare rigorosamente tutte le procedure, l'unico sarebbe stato — secondo me — quello di rinviare ulteriormente l'approvazione del piano sanitario.

Come si può risolvere ora il problema? Per ciò che riguarda la programmazione sanitaria in senso stretto, devo dire che, finchè non si giungeva all'approvazione di questa, era necessario che alcune norme venissero inserite nel testo del disegno di legge n. 1504, come, ad esempio, quella riportata nella seconda parte dell'articolo 26. Per quanto riguarda le altre disposizioni, queste hanno una dimensione o un rilievo finanziario tale da non poter non essere inserite nel disegno di legge finanziaria, anche se, una volta a regime la legge di programmazione, è possibile che qualcuna di tali disposizioni non venga più introdotta in un provvedimento finanziario. Vi sono poi dei meccanismi che attengono ai sistemi di compartecipazione dei cittadini alle prestazioni definiti dalla «finanziaria» e offerti alla scelta delle Regioni secondo tre linee: eventuale passaggio all'assistenza indiretta, eventuale aumento dei *tickets*, eventuale variazione delle prestazioni. Da questo punto di vista gli articoli 28 e 29 vanno ricondotti ad un'unica considerazione, non vanno tenuti così distinti, anche perchè in questo modo chiaramente vengono offerti come alternativa da utilizzarsi liberamente da parte delle Regioni secondo le proprie opportunità e secondo le proprie scelte politiche. Così come, chiaramente, ha rilievo finanziario la determinazione di affidare e coinvolgere i comuni nella valutazione e, di conseguenza, anche nella erogazione, almeno in questa prima fase finchè i comuni non utilizzino la loro capacità impositiva autonoma e la dimensione assistenziale della esenzione sia affidata alla loro responsabilità, sia pure attraverso la regolazione finanziaria fra le USL e i comuni stessi. Quindi una valutazione fa carico al Fondo sanitario nazionale inteso complessivamente, come norme di autofinanziamento, come risultato di attività penetranti sul piano organizzativo e sul piano gestionale.

Mi sembra che questi capitoli, ancora per quest'anno, non possano non essere ancora una volta inseriti nel disegno di legge finanziaria. Probabilmente alcuni di questi conserverebbero comunque la necessità di essere previsti nella «finanziaria», ma è anche probabile che, entrato in funzione il meccanismo previsto dalla legge di programmazione a regime, la cosa possa anche non avere questa collocazione ed è certo peraltro che le cose che ho indicato hanno tutte una loro collocazione finanziaria e fanno parte di quella manovra complessiva cui mi riferivo quando ho indicato alla Camera la posizione del Governo rispetto al rilievo mosso dal Presidente della Commissione sanità e che qui ribadisco.

PRESIDENTE. Ringrazio l'onorevole Ministro per le sue dichiarazioni, che riguardano avvenimenti passati ma che indicano anche la via a ulteriori interventi per questa discussione generale ed anche per la strutturazione del rapporto.

Ritengo pertanto che sia ora opportuno riprendere la discussione generale sugli argomenti iscritti all'ordine del giorno ed invito coloro che vorranno intervenire a tenere conto delle dichiarazioni del Ministro.

ROSSANDA. Signor Ministro, vorrei rivolgerle una domanda molto breve. Visto che lei riconosce chiaramente l'intreccio tra le norme del piano sanitario nazionale e la «finanziaria», vorrei rendermi conto di quando entrerà in vigore la legge di norme precettive del piano sanitario nazionale che mi sembra non sia stata ancora pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale*. Desidererei pertan-

to sapere quali notizie ha il Ministro in merito.

DEGAN, *ministro della sanità*. Risponderò in sede di replica in quanto non ho in questo momento una risposta concreta da dare.

MURATORE. Signor Presidente, signor Ministro, colleghi, le disposizioni in materia sanitaria contenute nel disegno di legge finanziaria si inseriscono in una manovra finanziaria globale che tende, tra l'altro, a stabilire un rapporto corretto tra diritti dei cittadini e risorse nazionali in modo che il progresso sia reale e duraturo e non fittizio ed apparente. Esse dunque in quest'ottica vanno valutate e nel loro complesso possono essere accettate, anche se occorre procedere a correzioni ed aggiustamenti, taluni dei quali anche di rilievo.

In termini generali la «finanziaria» 1986 non è impostata per liquidare l'esperienza del *welfare State*, come pure è stato denunciato nel corso del dibattito, e se qualche disposizione potesse dare questa impressione allora la discuteremo e la esamineremo in fondo. Vorrei comunque assicurare i compagni comunisti, che hanno sollevato il problema, e quanti paventano la distruzione dello Stato sociale, che il Partito socialista considera il *welfare State* una grande conquista democratica, forse la più grande del secondo dopoguerra, alla cui progressiva affermazione il Partito socialista, in tutta Europa, ha contribuito in maniera determinante. Pertanto non solo nulla sarà fatto dal Partito socialista che possa anche solo sembrare un tentativo di liquidazione dello Stato sociale e come tale essere strumentalizzato da quanti hanno sempre inviso l'integrazione dello Stato nel sociale, ma il Partito socialista difenderà fino in fondo lo spirito del *welfare State*, che va peraltro aggiornato alla nuova situazione sociale ed economica in cui l'Italia si trova. Non si tratta, perciò, di procedere alle privatizzazioni estese e quasi selvagge, perchè al di fuori di una programmazione, di stampo thatcheriano, bensì di mantenere uno Stato sociale, depurandolo solo delle scorie di assistenzialismo e di clientelismo che nel corso di questi anni lo hanno appesantito, a volte introducendo distorsioni, in relazione ad una corporativizzazione della domanda sociale.

In questo senso il Partito socialista interpreta l'espressione di Goria «meno Stato, più mercato», cioè meno clientelismo, meno assistenzialismo deteriore, meno burocraticismo inutile e parassitario, e più efficienza ed efficacia del sistema nel suo complesso, con il suo settore pubblico e con quello privato, indipendentemente dal ricorso alle privatizzazioni indiscriminate o striscianti alle quali comunque il Partito socialista opporrebbe il suo netto dissenso.

È vero, senatore Imbriaco, che una manovra politica ampia, intesa a depurare il *welfare State* da parassitismi e clientelismi, proprio per garantirne l'essenza e, se possibile, farlo progredire anzichè ridimensionarlo, presuppone l'eliminazione delle pratiche di salvataggi statali di aziende decotte, il controllo rigoroso dello Stato sull'accertamento dei redditi onde impedire il fenomeno delle evasioni fiscali e sulla grande finanza nazionale in modo da evitare i *crack* finanziari, le esportazioni di valuta ed i fallimenti a catena che comportano perdita secca di risorse nazionali che ben potrebbero essere investite per il consolidamento e l'estensione dello Stato del benessere. Ed io credo che su questo ci sia la più ampia disponibilità non solo del Gruppo socialista, ma anche di tutti coloro che credono nelle istituzioni di uno Stato democratico come il nostro. Questi sono obiettivi politici che, pur stando a monte, non attengono specificamente alle singole disposizioni finanziarie.

È pur vero, peraltro, che la continuazione ed il consolidamento dello Stato sociale, scontrandosi con la disponibilità delle risorse e dovendo con queste essere compatibili proprio per evitare di perdere ciò che si è conquistato, presuppongono il controllo pubblico della spesa e l'individuazione di criteri e meccanismi che consentano di evitare sperperi ed abusi, inefficienze e ritardi, non già ridimensionando l'assistenza, ma verificandone i presupposti e operando

razionalizzazioni ed equilibri nel campo delle contribuzioni, facendo così venir meno forme di assistenzialismo non giustificate.

A queste finalità sono ispirate fondamentalmente le disposizioni sanitarie della «finanziaria» 1986, anche se non sempre si esprimono, nel dettaglio, in modo congruo.

L'ottica è quella di garantire a tutti in egual misura il diritto a determinate prestazioni, nella salvaguardia tuttavia delle categorie deboli. In tal modo il ruolo dello Stato ne esce rafforzato in quanto non promette senza mantenere e non «sfonda» finanziariamente, il che si risolverebbe in un danno per la stessa collettività. Si rimane fedeli, cioè, come è stato rilevato dal relatore, al quale va il mio ringraziamento per la sua chiara e approfondita relazione, alla filosofia che ha ispirato la legge n. 833, che intendeva garantire a tutti in modo eguale le prestazioni assistenziali.

Certo l'esperienza acquisita in questi anni e le esigenze nuove nel frattempo intervenute richiedono un aggiornamento della legge n. 833. La Commissione ne ha convenuto procedendo con metodo congruo, come giustamente ha rilevato il senatore Alberti, prima all'indagine conoscitiva, poi alla redazione del piano sanitario nazionale, della cui approvazione il Gruppo socialista è particolarmente soddisfatto, quindi all'approvazione della miniriforma delle USL, che ora ci ritorna dalla Camera, ed infine all'esame dei progetti di riforma delle USL, tuttora in corso.

Dunque già la Commissione, in un confronto vivace ed appassionato, lucidamente ricordato dal senatore Alberti, che ha visto anche l'opposizione fortemente impegnata in maniera costruttiva, e di ciò va dato atto, ha messo mano a talune importanti modifiche della legge n. 833, lamentando un po' tutti (e per tutti l'ha fatto il senatore Melotto) il fatto che nei provvedimenti finanziari la riforma sanitaria era stata indebitamente intaccata.

Ora, con lo stesso metodo finora seguito, senatore Alberti, possiamo approfondire i temi che nella «finanziaria» '86 in qualche modo ineriscono alla legge n. 833; e da un esame approfondito e da un confronto si può ricavare che i *tickets* sono più elevati, che i redditi sono rilevanti ai fini della partecipazione o meno alla spesa sanitaria, ma che la filosofia di fondo di garantire la tutela della salute ai cittadini attraverso un servizio sanitario pubblico non viene meno.

Ciò su cui invece il senatore Alberti ha ragione è, a mio avviso, la impossibilità di mettere sullo stesso piano, a parità di reddito, il malato ed il sano. Andrebbe pertanto modificato l'ultimo comma dell'articolo 27, precisando che determinate categorie, cosiddette privilegiate in relazione a particolari stati di salute, debbano continuare ad usufruire di agevolazioni ed esenzioni. Così non si produrrebbero neanche quegli effetti negativi a livello di espansione della ospedalizzazione, fatti presenti dallo stesso senatore Alberti.

Proprio tenendo conto poi dell'esperienza di questi anni si chiama in causa la responsabilità degli enti locali, che quindi risultano valorizzati e finalmente riacquistano competenze che nella confusione del primo periodo erano andate perdute.

La comunicazione al Comune di residenza della dichiarazione di esenzione dalla partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, di cui all'articolo 26 del disegno di legge finanziaria, la previsione secondo cui sono posti a carico del bilancio dei Comuni gli oneri corrispondenti alle quote di partecipazione alla spesa sanitaria non corrisposte dai soggetti esentati, di cui all'articolo 30, sono disposizioni intese a valorizzare il ruolo di governo dei Comuni che saranno coinvolti nella responsabilità di controllo delle risorse, con la conseguenza che i bilanci delle USL saranno valutati con più rigore.

Dunque, anche se dovranno essere precisati meglio i meccanismi e le procedure di controllo e verifica, le disposizioni cui ho accennato possono trovare consenso.

Egualmente positiva appare la previsione di consentire alle Regioni una capacità impositiva connessa agli obiettivi della programmazione regionale e locale nel mo-

mento in cui si garantiscono prestazioni in forma indiretta o si connettono le prestazioni al loro reale costo.

Grande incriminato è invece l'articolo 26. Esso, a seguito dell'approvazione del piano sanitario nazionale, va totalmente riformulato. Il primo comma dovrebbe essere armonizzato con le corrispondenti norme di piano, mentre il secondo comma dovrebbe essere espunto.

Quanto alle disposizioni relative ai *tickets*, di cui all'articolo 27, bisogna riconoscere che la quota di partecipazione richiesta al cittadino si eleva e ciò potrebbe, come ha osservato il senatore Imbriaco, comportare una espansione della ospedalizzazione, quindi in definitiva risolversi in un aumento di costi superiore alla diminuzione della spesa che si vuole conseguire. Questo, però, può accadere solo se i medici continueranno nella pratica delle ricette indiscriminate. Ma le disposizioni in questione proprio questo vogliono evitare; intendono cioè agire a monte e responsabilizzare il medico ad un ricettario veramente necessario.

A questo proposito vorrei chiedere al Ministro, alla luce di quanto è emerso nel dibattito, alcuni chiarimenti sulla nuova immissione di un cospicuo numero di farmaci nel prontuario, di cui si è parlato. Quali i criteri, quanti sono i nuovi farmaci e se sostituiscono altri o si aggiungono. Vorrei che il rappresentante del Governo fosse chiaro.

Le altre disposizioni presenti nel titolo XI in materia socio-sanitaria riguardano più temi previdenziali e tendono correttamente a razionalizzare ed equilibrare criteri e modalità di erogazione di contributi.

Altre norme esterne al titolo in questione meritano l'attenzione della Commissione; su di esse giustamente si è soffermato il relatore. Mi riferisco in particolare al comma 18 dell'articolo 5, di cui andrebbe proposta la eliminazione per non riaprire per la ennesima volta il discorso della sanatoria.

Con questi rilievi il giudizio del Gruppo socialista, che ha dato un suo contributo al piano sanitario nazionale e non intende esimersi dal darlo anche in questa occasione sul disegno di legge finanziaria, è positivo, disponibile comunque a valutare tutte le proposte che emergeranno dal dibattito, intese ad apportare precisazioni e puntualizzazioni migliorative del provvedimento, senza peraltro stravolgerne impostazione e contenuto.

ONGARO BASAGLIA. Signor Presidente, vorrei subito motivare la nostra richiesta di stralcio dalla «finanziaria» di tutto ciò che riguarda il settore della sanità con una serie di elementi che non si riferiscono soltanto alla stessa «finanziaria».

Voglio richiamare anzitutto le dichiarazioni fatte dal relatore, senatore Melotto, la scorsa settimana, e riprese dai colleghi Alberti ed Imbriaco, sulla pretesa conferma dello spirito della riforma sanitaria espressa nella «finanziaria». Anzichè però limitarmi all'analisi di quest'ultimo provvedimento, cercherò di inserirlo nel quadro generale delle misure adottate in tema di sanità in questi ultimi mesi; questo ci permetterà di cogliere più agevolmente le linee di tendenza complessive.

Mi riferisco alle norme precettive del piano sanitario nazionale che ora, davanti alle ipotesi prospettate dal disegno di legge finanziaria, noi stessi ci troviamo a dover difendere anche se presentano notevoli ambiguità. Mi riferisco alla riforma delle USL, su cui si è appena avviata la discussione, che sembra aprire la strada ad una maggiore autonomia gestionale degli ospedali rispetto alle USL stesse. Mi riferisco al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sulla separazione tra spesa sociale e spesa sanitaria in cui, ad esempio nel caso della psichiatria, si tende a riconoscere come sanitari soltanto i ricoveri. Mi riferisco inoltre alla ripartizione approvata dal CIPE delle quote vincolate per il 1985, che destina 30 miliardi ai servizi psichiatrici sui 750 miliardi previsti. Voglio poi richiamare la circolare del Ministero del lavoro, che esclude dal collocamento obbligatorio degli invalidi civili gli affetti da minorazioni psichiche. Infine, mi riferisco alla «finanziaria» che, in vista di un contenimento

della spesa sanitaria, peraltro molto modesto, come ha sottolineato la scorsa settimana il senatore Imbriaco, riduce drasticamente gli accessi gratuiti a prestazioni, servizi e agevolazioni che non rientrino nello stretto ambito ospedaliero.

Alla luce di questo complesso di provvedimenti e di ciò che ciascuno di essi persegue mi pare difficile sostenere, come mi sembra invece si continui a sostenere, che si tratta di semplici correttivi alla ricerca dei quali noi stessi eravamo e siamo impegnati, tesi ad una maggiore efficienza del settore, salvaguardando lo spirito della riforma. La riforma, e non solo il suo spirito, viene di fatto totalmente cancellata, non tanto dai tentativi di contenimento della spesa, quanto dalle scelte fatte per ottenere questo contenimento. Infatti, si affronta la crisi economica mantenendo tutti gli elementi che alimentano i bisogni sanitari, occultando la crisi culturale che in questo settore la stessa riforma aveva avviato. Mi riferisco, in particolare, alla necessità della tutela del cittadino dall'inflazione medica, dal consumo sanitario, dall'abuso di farmaci, dalla richiesta alla medicina di risposte ad ogni problema, dalla dipendenza dalle istituzioni sanitarie e assistenziali, elementi questi che, se stimolati e sostenuti, avrebbero prodotto e produrrebbero un contenimento della spesa sanitaria, accompagnato però da una reale tutela della salute.

Mi limiterò ad un aspetto, già in parte anticipato nei precedenti interventi, che mi sembra però opportuno sottolineare dato che riguarda tanto il problema economico quanto la salvaguardia dichiarata dello spirito della riforma: l'ospedalizzazione e la deistituzionalizzazione. Il complesso dei provvedimenti cui prima accennavo, compreso il disegno di legge finanziaria, tende a muoversi a livelli diversi spesso in contraddizione tra loro. La contraddizione più clamorosa è che il piano sanitario nazionale ha come polo di riferimento la patologia, quindi prevede priorità di intervento, azioni programmate e progetti obiettivi per settori, appunto, di patologie che il disegno di legge finanziaria, nel suo riferirsi solo al reddito, cancella perchè non può operare su una sfera che non contempla. Si tratta infatti di due impostazioni inconciliabili, di due filosofie diverse che non consentono la coesistenza dell'una o dell'altra perchè l'una esclude l'altra.

Tuttavia, nonostante le contraddizioni, mi pare di cogliere un elemento che sembra accomunare questi provvedimenti, che risultano tutti orientati a ricomporre le equazioni «sanitario=ospedaliero», «malattia=ricovero», lasciando tutto il resto, da un lato, alla privatizzazione e, dall'altro, al nulla per quei cittadini che pur non appartenendo alle fasce esenti dalle partecipazioni alla spesa non saranno in grado di far fronte, con le proprie risorse, ai propri problemi di malattia, cioè esattamente l'opposto di quello che intendeva perseguire la riforma.

Oltre alla giusta esigenza di garantire l'efficienza ospedaliera, le motivazioni che spingono i tecnici ed i politici al bisogno di questo tipo di rassicurazione istituzionale, possono essere comprensibili anche se non condivisibili. Gli uni, i medici, ritengono, per tradizione culturale non ancora minimamente scalfita, l'ospedale o comunque la cura il proprio terreno d'elezione. Gli altri, i politici della maggioranza di Governo, ritengono necessario razionalizzare un settore di cui la riforma stessa aveva contribuito a confondere i confini, mettendo a nudo la crisi della medicina e dell'assistenza che doveva essere affrontata per quello che di positivo ogni crisi può produrre. Ciò che invece risulta più difficile comprendere è l'operazione economica implicita in questa conferma del sanitario come quasi esclusivamente ospedaliero.

Tutto quanto, attraverso la riforma, si era faticosamente incominciato ad affrontare fuori degli ospedali (attraverso i centri assistenziali diurni, i centri di salute mentale, gli assegni di accompagnamento per handicappati, i sussidi per i dimessi, gli inserimenti lavorativi, le cooperative protette e non) ritornerà inevitabilmente all'ospedale, al ricovero, all'istituzione, dove i costi giornalieri sono infinitamente maggiori. Cosa potrebbe fare, se passa la linea della «finanziaria» che non prevede la minima

gradualità tra fascia e fascia di reddito, un nucleo familiare con un reddito complessivo di 1.000 lire superiore a quello previsto per l'utilizzo di qualsiasi agevolazione? Se in esso vi è una persona anziana bisognosa di assistenza o un cieco o un emodializzato o un diabetico grave o un malato di mente, si ricovererà l'anziano o il familiare malato in ospedale o comunque in un istituto, perchè la famiglia non avrà alternative.

Sembrerebbe dunque che gli articoli del disegno di legge finanziaria relativi alla sanità — e mi pare che l'intervento del senatore Muratore questo lo metta in luce — e la tabella delle fasce che possono utilizzare le agevolazioni siano stati studiati per i cittadini sani. Ma dato che sono soprattutto le cattive condizioni di vita, quindi economiche ed ambientali, a facilitare il prodursi delle malattie questo non può che comportare un aumento di ospedalizzazione per le fasce di cittadini che, pur essendo a basso reddito, non rientrano negli aventi diritto alle prestazioni gratuite.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri incalza sullo stesso tono. Nel caso dell'assistenza psichiatrica, che è paradigmatica per tutto ciò che costituisce la sanità, praticamente riconosce a carico del Fondo sanitario nazionale solo i ricoveri. E le precisazioni successive, che fanno riferimento a strutture protette, o comunque denominate, dirette alla cura ed al recupero psicofisico dei malati di mente, non cancellano il fatto che deve comunque trattarsi di ricoveri, dato che sono esplicitamente escluse le comunità-alloggio, l'assistenza domestica, gli interventi per l'inserimento o il reinserimento nel mondo del lavoro, i centri di aggregazione, eccetera. Tutto questo dovrebbe passare all'assistenza sociale, cioè ai comuni che non sono per ora in grado di assolvere a questi compiti in attesa come siamo della legge-quadro sull'assistenza sociale. Sappiamo però che, pur trattandosi di norme di indirizzo e di coordinamento, già molte USL si preparano a tagliare i finanziamenti a tutti gli interventi di carattere socio-assistenziale su cui si fonda il processo di deistituzionalizzazione e di prevenzione in psichiatria. Ma anche qui c'è un contrasto con la «finanziaria» che, riportando tutto al reddito, riduce drasticamente l'intero settore delle indennità socio-sanitarie, i servizi sociali, gli assegni e le indennità generiche.

Non si presume dunque che ciò che è stato individuato quale conquista culturale molto importante, come bisogno prevalentemente sociale o, comunque, ciò che, in particolare nella malattia mentale, si presenta così strettamente intrecciato tra sociale e sanitario tanto da renderne difficile la separazione, non si ritradurrebbe velocissimamente in bisogno sanitario puro, quindi in bisogno di ricovero, con la maggiorazione dei costi a tutti noi ben nota, ma anche con le conseguenze per il paziente mentale altrettanto note di una ospedalizzazione prolungata o definitiva. In psichiatria — tornando al decreto — il concetto di prevenzione, cura e riabilitazione non consente una netta separazione tra una sfera di intervento e l'altra, pena la totale burocratizzazione dell'intervento sociale e la totale tecnicizzazione di quello sanitario.

Se l'obiettivo della separazione del finanziamento risponde ad una giusta esigenza di razionalizzazione del settore (non si tratta però di un contenimento della spesa, ma di un trasferimento della competenza) non sarebbe un'operazione comunque attuabile con un taglio netto, come sembra presumere il Presidente del Consiglio. Occorrerebbe prevedere organismi gestionali misti tra unità sanitarie locali e comuni, cioè tra sanitario e sociale, come già avviene in alcune unità socio-sanitarie, che garantiscano la programmazione, ma anche la gestione della spesa sociale e sanitaria in modo integrato all'interno di un progetto terapeutico comune, perchè nel caso della psichiatria, ma non solo di questa, l'intervento sociale è finalizzato a quello sanitario e viceversa. L'ambiguità del messaggio, che viene preso dalle USL con grande sollievo perchè le scarica di un compito molto pesante, non può che portare ad un aumento della deresponsabilizzazione dei tecnici e del settore sanitario che nel non riconoscere più di propria competenza questo aspet-

to del problema, lo delegherà *in toto* ai comuni, delegando però contemporaneamente anche il destino della persona assistita e quindi il destino della malattia.

Di fronte a tutte queste misure, come si può parlare di conferma della legge n. 833, ma anche di contenimento della spesa sanitaria? La strada che si sta imboccando non può che portare all'ampliamento del numero dei posti-letto ospedalieri che invece nel piano sanitario nazionale ci proponiamo di ridurre, alla riproliferazione di istituti per anziani, per malati di mente, per handicappati, eccetera, e in modo tale che pochissimi cittadini potranno usufruire gratuitamente di quei servizi che in questi anni avevano cominciato a rendere possibile la deistituzionalizzazione e tendevano a ridurre la ospedalizzazione. Oppure si intende chiudere i posti-letto ospedalieri eccedenti rispetto agli *standards* fissati per riempirli subito con un semplice cambio di etichetta? Ma con quale risparmio economico?

Quanto tutto questo sia lontano da ciò che la riforma prevedeva e si prefiggeva appare evidente; è però anche il segno di quello che ha impedito la riforma istituzionale. Riconosciuta da tutti la necessità di una modifica della struttura delle USL per sburocratizzare l'intero apparato, si deve però tenere conto della acquisizione di nuovi diritti da parte di fasce di cittadini in precedenza emarginati sulla base delle loro malattie e dei loro *handicaps*, qualora non potessero farvi fronte con i loro mezzi; così come l'acquisizione di un uguale diritto alla tutela della salute per tutti doveva, prima di tutto, modificare sostanzialmente la natura dei doveri e delle responsabilità professionali — è l'etica sociale di cui parlava il senatore Alberti nel suo intervento — ma anche dei doveri, delle responsabilità istituzionali, amministrative e sociali.

È questo che principalmente non ha funzionato perchè non c'è stato un coinvolgimento nè dei medici, nè dei paramedici, nè degli amministratori, nè della popolazione sul problema della salute e sul possibile cambio della qualità dell'assistenza, quindi del rapporto medico-paziente-malattia e del rapporto cittadini-istituzioni.

I diritti acquisiti sono caduti pressochè nel vuoto perchè non c'è stato un contemporaneo mutamento della qualità dei doveri e delle responsabilità professionali e amministrative. Ma se la cosa non è avvenuta o non siamo stati capaci di promuoverla, l'unica alternativa è quella di retrocedere sui nostri passi e riconfermare la vecchia situazione o non piuttosto quella di studiare strumenti capaci di promuovere questo cambiamento? Occorre cioè agire su un prontuario terapeutico essenziale, sull'ampliamento e potenziamento del *day hospital*, su un intreccio costante tra servizi territoriali ospedalieri, sul coinvolgimento delle università in un rinnovamento culturale che vada al passo con la riforma, ed agire anche sulla valorizzazione dei medici in termini di corresponsabilità sociale e non solo in termini corporativi e di potere.

Se ci sono stati in questi anni casi diffusi di ingerenza, che occorre arginare, del politico nel settore tecnico, si è anche assistito ad una graduale deresponsabilizzazione del tecnico che ha reagito al controllo politico con una riduzione di responsabilità, non accettandolo come uno strumento di riduzione di potere e di autonomia, all'interno però di una programmazione sanitaria di carattere globale di cui era parte in causa. L'enfasi degli ultimi anni sul volontariato nel settore della sanità e dell'assistenza, se da un lato può essere uno strumento di coinvolgimento della società civile nei suoi stessi problemi, mi sembra però anche il segno della accettazione della deresponsabilizzazione in questo cambiamento delle categorie professionali. È come riconoscere esplicitamente che le motivazioni ad un cambio qualitativo di questa natura siano possibili solo nell'operatore volontario.

Si dà dunque per scontato che le stesse motivazioni e le spinte al cambiamento non possono esistere nei ruoli professionali pubblici, separando la competenza tecnica sul malato da quella umanitaria ed assistenziale di chi si occupa della persona, mentre è proprio sul risveglio di queste diverse motivazioni professionali e sul carattere globale dell'intervento che si è rivelato possibile il cambiamento finora attuato.

Io che personalmente sono sempre molto critica nei confronti del modello medico che è arrivato a parcellizzare i vari sintomi, dividendoli secondo competenze sempre più separate e incomunicabili, perdendo quindi di vista la globalità sia dell'esperienza della malattia che della persona malata, sono forse più ottimista nei confronti di molti medici che sarebbero pronti — e lo sarebbero stati anche all'avvio della riforma — ad un cambiamento radicale della propria cultura e dei propri comportamenti se solo ci fosse un progetto chiaro che li coinvolgesse e li valorizzasse attraverso la accettazione di un'etica sociale nuova che consenta di costruire insieme una realtà sociale diversa.

Gli ultimi provvedimenti sulla sanità sembrano invece attestarsi ad un livello minimo di progettualità e di aspirazioni rispetto al cambio culturale ed istituzionale che ci si prefiggeva; minimo nel senso che si tratta della semplice ricomposizione di vecchie categorie di diritti e di doveri all'interno della logica economica e culturale che si voleva superare in vista di un contenimento della spesa estremamente modesto, che non sembra giustificare lo stravolgimento attuato di tutta la riforma.

Questo insieme di elementi anche estranei alla «finanziaria» mi sembrava potessero servire a sottolineare il complesso di problemi e di questioni che più correttamente e più proficuamente potremmo affrontare e discutere anche in tempi brevissimi nell'ambito del piano sanitario nazionale.

PRESIDENTE. La ringrazio, senatrice Ongaro Basaglia, di questa ampia valutazione dei problemi della sanità che parte da una chiave di lettura particolare, ma che ha una sua coerenza interna.

COLOMBO SVEVO. Signor Presidente, signor Ministro, colleghi, io penso che siano comuni a me e ad altri colleghi un certo disagio ed una certa difficoltà nel dover intervenire sul tema della sanità all'interno di una «finanziaria» così complessa e considerando che forse complessivamente poche persone in questo Senato conoscono la manovra che si sta attuando in questo settore. Questa è una grande difficoltà, anche da parte di chi deve fare delle scelte in questo settore, di cui dobbiamo essere consapevoli. Siccome il nostro compito è quello di fare un rapporto alla Commissione bilancio nella convinzione che i colleghi che ne fanno parte abbiano invece una visione complessiva della manovra rispetto a tutti i settori, ritengo che dobbiamo rivolgerci alla Commissione bilancio cercando di rivendicare alcuni punti ed alcuni princìpi come Commissione sanità.

Devo dire che, da come si sta svolgendo il dibattito questa mattina, suppongo che arriveremo a stendere distinti rapporti di maggioranza e di minoranza perchè c'è una inconciliabilità di fondo per quanto riguarda la manovra finanziaria nel settore della sanità. Auspico però che, quali che siano le valutazioni sulla manovra finanziaria, si possa nel nostro rapporto dire alla Commissione bilancio che la Commissione sanità ribadisce che il risanamento della spesa pubblica, per quanto riguarda il settore sanità, rientra solo molto parzialmente nella «finanziaria» e che l'accordo che si è raggiunto in questa Commissione, rispetto al piano sanitario nazionale, alla riforma delle USL (almeno come principio di lavoro, anche se ci si divide nelle soluzioni tecniche), alla legge riguardante la formazione dei medici specialisti, indica quali sono le vie vere per il risanamento in questo settore. Auspico che questa prima parte sia condivisa da tutti perchè ritengo che il punto politico sia questo: che la Commissione bilancio non sottovaluti nè sopravvaluti il dato della «finanziaria» come momento di risanamento della spesa sanitaria.

Allora anche il giudizio sulle osservazioni che noi faremo e sulle eventuali proposte di modifica deve essere ricondotto al quadro più generale che noi stiamo costruendo, perchè se ciò non avvenisse è chiaro che i colleghi della Commissione bilancio rifiuterebbero anche le poche modifiche che noi intendiamo apportare. Bisogna cioè far capire alla Commissione bilancio che la

spesa sanitaria viene risanata maggiormente attuando la legge sul piano sanitario nazionale, la legge di riforma delle USL, la legge sulla formazione di medici specialisti che non attraverso la «finanziaria».

La seconda indicazione che dobbiamo fornire è la seguente: un settore non deve essere penalizzato se a causa dei cicli storici si trova in difficoltà, come accade in questo momento al settore sanitario. Chiediamo perciò che vi sia una valutazione complessiva e seria del modo in cui sono stati trattati altri settori più forti di quello sanitario all'interno del disegno di legge finanziaria; chiediamo inoltre una valutazione oggettiva dei sacrifici imposti al settore della sanità e un loro confronto con i minori sacrifici imposti ad altri settori. Mi rendo conto che ogni volta che si parla di assistenzialismo o di crisi dello Stato sociale ci riferiamo al settore sanitario, e questo tarpa le ali alla nostra Commissione. Noi però sappiamo, e la legge «finanziaria» lo denuncia, che l'assistenzialismo si annida ovunque: nella fiscalizzazione degli oneri sociali, nella cassa integrazione e nelle industrie decotte e da sempre sovvenzionate. Noi chiediamo che questi argomenti siano discussi a parità di condizioni; ci sembra quindi doveroso chiedere alla «finanziaria» una valutazione complessiva e comparativa dei sacrifici imposti al settore sanitario rispetto a quelli imposti ad altri settori.

Bisogna inoltre tenere conto della decisione della Corte costituzionale, che peraltro è costantemente richiamata, e del fatto che in caso di discussione di diritti costituzionalmente garantiti occorre assicurare la certezza del diritto oltre e prima della copertura della spesa pubblica. Mi rendo conto che un simile appello non sarebbe considerato dal Ministero del bilancio poichè quel Ministero si occupa soltanto di dati concreti e non di appelli moralistici; personalmente però ritengo che questo non sia un semplice moralismo. Infatti l'interpretazione dei dati, a mio avviso, porta alla stessa conclusione.

Signor Ministro, vorrei aprire una parentesi proprio sulla questione dei dati. Il senatore Melotto ci ha fornito dei dati molto interessanti sulla programmazione. Sono lieta di constatare questo, ma a nostro parere è indispensabile che la fonte di questi dati sia sempre pubblica dato che il ricorso ad agenzie specializzate purtroppo non elimina un certo margine di equivocità nelle nostre prese di posizione. Fornire dati precisi è un compito del Governo, anche per una forma di rispetto nei confronti del Parlamento. È stato detto che entro questo mese il CENSIS presenterà all'ANCI i dati da cui deriverà il rapporto sullo stato della salute nel nostro Paese. In base a questi dati il Parlamento dovrà prendere delle iniziative legislative e sarebbe a mio parere più corretto che essi fossero presentati subito al Parlamento.

Il senatore Melotto ha ricordato che dal 1977 al 1984 vi è stato un aumento reale della spesa sanitaria rispetto al prodotto interno lordo. Di fronte a questo dato reale non possiamo negare il costo della riforma sanitaria, ma il Ministero del bilancio sa che ogni riforma ha il suo costo. La riforma sanitaria, poi, è stata costretta a pagare il costo di tutti gli sprechi precedenti. Infatti, ad esempio, chi indaga sui preventori per la tubercolosi si rende conto che il costo di servizi ed ospedali sono l'esempio lampante degli sprechi causati da una mancata programmazione cui si tenta di porre rimedio proprio con la riforma sanitaria.

A mio parere dovremmo confrontare la spesa sanitaria con quella prevista per altri settori, in particolare con quella per il settore previdenziale che si trova in una situazione peggiore rispetto al settore sanitario. Dai dati CENSIS sullo stato della situazione sociale nel nostro Paese non emerge che la spesa sanitaria pubblica sia esplosiva rispetto al prodotto interno lordo. Non mi sembra cioè che da questi dati emerga che ci stiamo dirigendo verso una catastrofe della sanità. Il dato preoccupante, che tra l'altro conferma quanto dicevo prima, è che verificando l'aumento ci si rende conto che la spesa pubblica è soprattutto spesa ospedaliera. Non voglio considerare l'aggregato ISIS perchè è onnicom-

prensivo, ma nei dati CENSIS si afferma che nel 1983 il 58 per cento della spesa sanitaria è attribuibile alla spesa ospedaliera, di cui il 48 per cento è spesa pubblica ed il 10 per cento spesa convenzionata.

Il dato che a mio avviso ci deve far riflettere è questo: l'incidenza della spesa ospedaliera rispetto al prodotto interno lordo nel 1978 è stata del 2,70 per cento, mentre nel 1983 è stata del 3,41 per cento. Questo conferma che la razionalizzazione deve avvenire soprattutto nel settore ospedaliero.

La nostra Commissione aveva compiuto proprio questa scelta attraverso il piano sanitario nazionale e prima ancora della formulazione del disegno di legge finanziaria. Sarebbe anzi auspicabile che nella «finanziaria» si operasse un più deciso intervento che permettesse al piano sanitario di decollare; in questo modo si potranno collegare al piano sanitario quei finanziamenti che dovranno essere erogati in funzione dell'adeguamento agli *standards* che si devono raggiungere. Non mi soffermo su questo punto, sul quale mi sembra che il consenso sia unanime. Il Ministro ha confermato anzi che con l'approvazione del piano si ribadisce che gli *standards* da raggiungere si riferiscono al settore ospedaliero. Temo soltanto che nella costruzione di presìdi e servizi in località dove mancano sussista la possibilità di una dilatazione delle strutture sanitarie svincolate da ogni tipo di programmazione. Se è vero che nella «finanziaria» esistono norme precettive che collegano queste nuove strutture, da una parte, al piano regionale e, dall'altra, a norme tecniche legate alla legge, non possiamo sollevare alcun dubbio. Questo punto però a mio parere dovrebbe essere chiarito perchè potrebbe creare dei dissensi infondati.

Ribadisco che sarei fortemente contraria, invece, all'interpretazione data alle situazioni di lungodegenza riabilitativa e di forme croniche nella formulazione della «finanziaria» che contraddice chiaramente l'impostazione del piano sanitario. Infatti nel piano sanitario la lungodegenza riabilitativa era considerata molto diversamente dalle forme croniche e il pagamento delle due rette, quella sanitaria e quella assistenziale, veniva riferito alle strutture protette e non alla lungodegenza riabilitativa.

Per quanto riguarda la manovra non bisogna dimenticare — lo ha ricordato prima anche il Ministro — che esiste un problema di adeguamento rispetto alla «finanziaria». Mi domando poi quale sia la destinazione dei 915 miliardi che si prevedono come introiti da *tickets*. Non mi è chiaro se questi 915 miliardi saranno trattenuti dallo Stato o saranno considerati parte integrante del Fondo.

Voglio dire che se ad un certo punto all'interno di un settore si cerca, da una parte, di mettere ordine e, dall'altra, di far pagare delle prestazioni per riequilibrare il settore stesso, si infierisce doppiamente se poi si toglie anche la possibilità di poter usufruire dei risultati che produce questa manovra finanziaria. Mi sembra, e vorrei chiedere conferma — comunque si dovrà prendere una posizione in merito — che la nota della Presidenza del Consiglio fa intendere che si potranno avere degli interventi futuri in tale materia. Su questo punto preferisco un Fondo magari un po' sottostimato ma certo ad un Fondo in cui vi sia questa possibilità di apertura, perchè all'interno di essa diventa poi difficile costringere le Regioni a mantenersi all'interno del Fondo stesso.

Vorrei svolgere una seconda osservazione. Mi sembra che più volte si sia ribadito, nelle varie relazioni che sono state svolte — come, ad esempio, in quella del senatore Melotto, ma anche nelle varie tabelle — che noi siamo giunti ad una conoscenza maggiore attraverso un sistema informativo e quindi siamo pronti a determinare la spesa secondo parametri capitali e secondo *standards*. Mi auguro che questo ci consenta di superare anche questa conflittualità costante tra Regioni e Ministero della sanità che qualche volta rende poi anche difficile per chi deve sostenere la congruità di un fondo capire dove risiede la verità; sembra più un tiro alla fune che un oggettivo riconoscimento della situazione finanziaria.

Passiamo ora a discutere della manovra

complessiva della «finanziaria». Molti dei colleghi intervenuti nella discussione si sono già soffermati sulla manovra che riguarda il rapporto tra reddito, prestazioni e pagamento delle stesse. Io vorrei riflettere proprio in termini generali per svolgere alcune considerazioni e avanzare poi delle proposte.

Mi pare che la manovra si basi su tre punti: 1) una prestazione dovuta può anche non essere gratuita; 2) l'esenzione, e quindi la gratuità, scatta al verificarsi di un determinato reddito che da quest'anno è su base familiare; 3) il pagamento della esenzione viene spostato su altri bilanci.

Il primo dato della manovra — una prestazione dovuta può anche non essere gratuita — non è una novità perchè anche nella legge finanziaria precedente fu stabilito che alcuni diritti, riconosciuti come tali per difficoltà finanziarie, dovevano dar luogo per queste prestazioni ad un rimborso.

La novità è nel secondo punto, e cioè che l'esenzione, e quindi la gratuità, scatta al verificarsi di un determinato reddito familiare. In merito a questa novità sottolineo due dati positivi in astratto: la necessità di calcolare un reddito familiare, e non soltanto personale, e il problema dell'equivalenza delle famiglie, e quindi dell'equivalenza dei bisogni.

Il primo dato sta a significare che mentre prima praticamente si teneva conto del reddito individuale di 4 milioni di lire, ora ci riferiamo ad un reddito complessivo familiare e questo avvantaggia le famiglie monoreddito. È chiaro che la norma di per se stessa amplia la sfera dell'esenzione per le famiglie monoreddito, non la diminuisce.

Il secondo dato riguarda la necessità di uniformare a determinati livelli di reddito alcune prestazioni gratuite o sussidi. A questo punto cioè lo Stato afferma di dare gratuitamente alcune prestazioni a determinati livelli di reddito con equivalenza familiare. A mio parere, queste due cose sono sacrosante, ma si tratta di un principio assistenziale che invece va molto stretto al settore sanitario; cioè se questa norma fosse stata introdotta all'interno di una legge-quadro dell'assistenza, affermando nel contempo che l'accesso alla gratuità sarebbe stato predisposto in questo modo, sarebbe stata una cosa perfetta. Io sostengo che questo principio così come è applicato va stretto a questo settore sanitario, tanto è vero che da più parti è stato proposto di modificare il comma 6 dell'articolo 27, perchè ci si è accorti — come ha giustamente ricordato il senatore Alberti — che non è la stessa cosa, se sono talassemico o emodializzato, possedere un reddito di 4 milioni di lire. L'equivalenza del bisogno, che può andare benissimo sul lato assistenziale, non funziona invece in quest'altro caso.

A questo punto — lo ripeto — dobbiamo allora modificare il comma 6 dell'articolo 27, reintroducendo tutte quelle categorie che noi già avevamo inserito, e cioè gli psichici, i drogati, la maternità e l'invalidità, e queste categorie io non le lego al reddito, altrimenti le faccio diventare povere anche se non lo sono.

Il problema che pongo alla Commissione è questo: se io introduco queste esenzioni slegate dal reddito, ma legate al bisogno sanitario, oltre ad altre esenzioni legate al reddito, aumento l'area delle esenzioni: deve essere chiaro questo. Ecco perchè ritengo che in un certo qual modo questa manovra ha una sua logica interna, perchè o la si lascia così o altrimenti, se noi vogliamo modificarla, andiamo ad aumentare l'esenzione rispetto alla legge finanziaria dello scorso anno.

La manovra, così come è delineata nel disegno di legge finanziaria, applica un principio a mio avviso giusto dal punto di vista assistenziale, e lo applica quasi brutalmente in materia sanitaria.

In questa Commissione, poichè ci siamo resi conto che non lo possiamo applicare in questo modo, la conclusione è che così agendo forse aumenteremo e non diminuiremo l'area dell'esenzione.

Vi sto dicendo queste cose perchè noi qui stiamo ponendo in essere una impostazione finanziaria non della sanità, ma dell'assistenza sociale. Stiamo ricadendo per l'ennesima volta nello stesso errore, quello cioè di attuare una riforma della assistenza

sociale — come stiamo facendo qui — all'interno del disegno di legge finanziaria, sconvolgendo così anche quei princìpi che dovrebbero invece giustamente presiedere alla riforma dell'assistenza sociale. A seconda delle scelte che noi facciamo si può aumentare o ridurre quest'area di esenzione: se non si prendono in considerazione le patologie la si può ridurre, se invece si prendono in considerazione l'esenzione viene aumentata.

Il terzo punto riguardante la manovra è questo: che comunque si scarica sul settore assistenziale (cioè sui comuni) una parte delle esenzioni. Ed è qui, come dicevo prima, che si ha una impostazione finanziaria dell'assistenza che personalmente mi trova contraria in via di principio. Indipendentemente dalle diverse valutazioni su questa manovra, se si vanno a considerare le necessità impellenti, è importante che la nostra Commissione si preoccupi di questa manovra e chieda con urgenza una legge-quadro sull'assistenza, onde definire con precisione qual è l'area delle prestazioni assistenziali che a me sembra alquanto aleatoria. Non è sufficiente che due Ministri (in questo caso quello della sanità e quello del tesoro) si mettano d'accordo per regolamentare; ma per regolamentare cosa? I rapporti tra comuni e USL? Ma su quali basi? E il problema dei fondi? Chi paga i *tickets* dei cittadini esentati? Nella mia ingenuità pensavo che i 915 miliardi venissero destinati ai comuni per pagare i *tickets*; quindi, sempre nella mia ingenuità, non riuscivo a capire questo inutile passaggio di carte. Invece sembra che questa somma verrà trattenuta dallo Stato. Allora il problema dei fondi qual è? È una questione legata all'autonomia impositiva dei comuni o è una partita di giro? È bene stabilire questo perchè sono in gioco dei diritti di natura costituzionale, perchè è necessario garantire certezza del diritto, è necessario sapere con certezza chi pagherà i *tickets* per i cittadini che ne sono esenti.

La seconda considerazione è che questo sistema di pagamento rischia di essere oneroso per i comuni, specialmente per quelli meno dotati di risorse. Dai dati riportati in questa Commissione infatti, risulta che il Molise, ad esempio, ha il 38,6 per cento delle esenzioni, mentre la provincia autonoma di Bolzano ha solo il 2,9 per cento. Ora, l'onerosità di questo pagamento mi fa sorgere un dubbio: che la solidarietà per prestazioni che derivano da un diritto non viene più affidata alla capacità generale del fondo sanitario, ma (in base a questa manovra) viene affidata al singolo comune. In quest'ultimo caso però credo sia doveroso da parte di questa Commissione chiedere con quali fondi i comuni possono far fronte a questi pagamenti. Può anche darsi che alcuni comuni dispongano di questi fondi, ma è necessario che si abbia la certezza per tutti. Sempre per quanto riguarda i comuni vorrei fare ancora una riflessione. A questo punto è bene che i comuni assumano un ruolo centrale, sia in materia di accertamento che di verifica. Invece, si ha l'impressione che il comune sia un po' come un ufficiale pagatore, ed abbia solo la possibilità di impugnare una dichiarazione, perchè poi sarà lui a dover pagare il *ticket*.

Queste norme, che non ritengo idonee in materia sanitaria, vanno bene se applicate al settore assistenziale, ossia se riferite all'articolo 25 in cui si parla non più di prestazioni sanitarie, ma di sussidi economici (assegno di accompagnamento, eccetera). Infatti si tratta di sussidi che si possono o non si possono dare a seconda delle situazioni economiche esistenti.

Ora, poichè al di sopra di un determinato reddito viene tolto l'assegno di accompagnamento, è bene verificare, tabelle alla mano, cosa succede in pratica, perchè ho l'impressione che molti di questi sussidi forse cadranno, dato che in precedenza il reddito cui ci si riferiva era più alto e per di più individuale. Comunque, al di là di questo, che ritengo un problema soprattutto politico, vi è anche da aggiungere il giro di carte che si verificherà in quanto l'invalido che desidera ottenere l'esenzione dovrà rivolgersi alla USL (quest'ultima poi rinvierà al comune), mentre l'invalido che desidera l'assegno di accompagnamento dovrà rivolgersi alla prefettura. Onestamente, mi

sembra che il meccanismo che si porrà in atto sarà molto oneroso ed anche faticoso (se si considera che in questo caso si tratta di cittadini invalidi).

Mi sembra evidentemente che la separazione tra sanità ed assistenza, da tutti auspicata — in verità io speravo in una integrazione, ma mi devo rendere conto realisticamente che ormai ci si sta avviando su questa strada — presuppone un riordino del settore assistenziale, soprattutto se si vogliono caricare su quest'ultimo tutti i problemi legati alla solidarietà.

Fra gli altri punti da sottolineare, perchè sono anche di cambiamento rispetto al piano sanitario ed anche rispetto ad alcune considerazioni che erano state fatte in questa Commissione, vi è il problema dell'assistenza indiretta, cui si riferiscono gli articoli 28 e 29. Condivido la scelta che viene fatta, nel senso che mi sembra che nel piano l'assistenza indiretta sia vista come sostitutiva di fronte ad una impossibilità pratica delle strutture pubbliche ad erogare in forma diretta. Nella «finanziaria» invece viene introdotto il concetto, in riferimento all'indiretta, dell'aumento del *ticket* per pareggiare i conti, mentre questa è una linea che abbiamo portato avanti nel senso di una maggiore responsabilità da parte della periferia per quanto riguarda l'assunzione di questi provvedimenti. D'altra parte se è vero che noi dobbiamo riferirci non soltanto al fondo sanitario come fondo esclusivamente erogato dallo Stato, ma ad una pluralità di fondi che si aggiungono, auspichiamo che essi possano essere (quello dei *tickets*, delle vendite patrimoniali, eccetera) fattori di flessibilità.

Anche per quanto riguarda le erogazioni aggiuntive la differenza con il piano, a mio avviso, sta in questo: mentre nel piano erano lasciate alla discrezionalità, nella «finanziaria» si considerano aggiuntive determinate prestazioni.

Io avevo qualche osservazione da fare per quanto riguarda la tabella, che, devo constatare, risulta più leggibile per la classificazione funzionale che viene data alle spese, ciò che ha consentito anche a chi non se ne intende di bilancio di leggerla fino in fondo.

Per i servizi generali, la scarsità del personale rispecchia il non buono andamento e la limitata considerazione di cui il settore complessivamente viene fatto oggetto in questo momento. Rivedendo tutti questi vari servizio e direzioni, si ha la sensazione della necessità (ciò che per la verità, a mio avviso, si sta mettendo in atto) di un coordinamento tra i vari servizi, soprattutto in alcuni momenti fondamentali: penso alla ricerca, dove è presente il Centro studi, alla programmazione, per la quale c'è l'Istituto superiore della sanità, penso cioè alla necessità di un coordinamento ed anche al fatto di ripensare a questi servizi in un'ottica di sostegno alla programmazione. Se noi abbiamo fatto il piano, più che la gestione diretta dei singoli servizi occorre considerare che questi debbono costituire un sostegno per la programmazione.

Per quanto riguarda il Centro studi ho visto che sono indicate una serie di ricerche: particolarmente interessante è quella riguardante il rapporto tra sociale e sanitario. Io non do, a differenza della collega Ongaro Basaglia, una valutazione negativa della circolare, però chiederei se oltre al rapporto tra sociale e sanitario si può introdurre anche una ricerca seria, a livello pubblico, sui consultori a dieci anni dalla loro attuazione perchè mi sembra che dover andare a sentire come vanno i nostri consultori, da parte dei privati, è uno sbaglio; è più opportuno esprimere le nostre idee e dare le nostre valutazioni sui cambiamenti necessari.

Per quanto riguarda la direzione generale dell'igiene pubblica, ricordo che abbiamo approvato un decreto sulla immissione del fosforo ed uno dei motivi per cui si arriva al decreto era la pratica impossibilità di confermare i prelievi e gli esami delle acque, come è detto nella relazione. Quindi una maggiore attenzione rispetto a questi temi, un maggior coordinamento tra le USL, una verifica, ad esempio, di come sono andati a finire i laboratori e cosa fanno rispetto a questi problemi mi sembrerebbero indispensabili.

Per quanto riguarda la Croce rossa, il problema è di sapere a che punto si trova lo scorporo; e questa è una domanda che

ha fatto anche il senatore Melotto. In alcune zone esistono dei servizi che già parzialmente sono passati alle unità sanitarie locali, ma se non si attua questo trasferimento, questi servizi, che sono stati con buona volontà creati anche per farli continuare, rischiano invece di venire meno. Quindi è necessario studiare anche questo risvolto pratico.

Per quanto riguarda gli asili-nido anche io desidererei conoscere la situazione generale e mi scuso di doverlo fare in questa sede, ma non ci sono altre occasioni perchè questi temi poi non ritornano più all'interno di questa Commissione.

Desidererei anche sapere cos'è il piano triennale di intervento di riabilitazione e di mantenimento di disabili ed anziani, che è annunciato e che per la verità non è finanziato: non ci preoccupa da un punto di vista finanziario, ma ci interessa invece conoscere da cosa nasce e in cosa consiste.

Siamo del tutto soddisfatti che il servizio della programmazione sanitaria abbia messo in piedi questo sistema informativo, ma non ho capito se esso è fatto in convenzione per l'organizzazione e per l'avvio o se invece si tende poi a gestirlo direttamente come cosa del Ministero. È interessante analizzare i punti fondamentali: l'integrazione dei flussi informativi, il collegamento a rete con le USL, la rappresentazione grafica, la banca dati dei farmaci, mi sembra siano i quattro punti che ci possono consentire di lavorare meglio.

Per quanto riguarda l'ufficio per l'attuazione del Servizio sanitario nazionale, o gli cambiate nome e dite che questo ufficio presta l'assistenza sanitaria ai cittadini all'estero, oppure non ha senso. Per quanto attiene l'assistenza sanitaria ai cittadini all'estero, quest'anno si faranno gli accordi con gli Stati Uniti e con i Paesi CEE. Si farà un accordo con questi ultimi anche se sono già regolamentati, perchè noi non paghiamo in tempo. Siccome è impossibile ripagare i Paesi CEE entro sei mesi, come fanno invece tutti gli altri, allora dobbiamo stipulare degli accordi particolari. Questo mi sembra contraddittorio. A mio avviso sarebbe opportuno pagare come gli altri e non considerare rilevante il fatto di aver avuto la presidenza per sei mesi: è rilevante il fatto che i cittadini debbono essere assistiti e che i Paesi che hanno speso devono essere rimborsati.

PRESIDENTE. Molto bene, senatrice Svevo. Pur essendo il suo intervento catalizzato sui problemi concreti trattati nella «finanziaria», ha riguardato anche aspetti generali con molta acutezza.

SIGNORELLI. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, in particolare mi rivolgo al senatore Melotto perchè è stato il primo a predere la parola: non perchè essere il primo significhi sempre essere il migliore, ma perchè è comunque colui al quale più facilmente è possibile riferirsi in tutta la discussione che abbiamo ascoltato, in quanto voce autorevolissima della maggioranza.

Il mio atteggiamento è critico, non perchè ormai la nostra sia una posizione istituzionalizzata, ma perchè si rivolge verso la «finanziaria» come uno strumento che consegue a tanti altri strumenti e come un corollario di tante posizioni che non abbiamo mai accettato, ma non *a priori*, perchè noi abbiamo cercato di dimostrare come fosse possibile, anche da parte nostra, cercare qualche punto di accordo su quello che deve essere il comparto della pubblica sanità, in difesa del cittadino.

Anche se ci sono dei passaggi migliorativi ed una maturazione di certi problemi, ciò non significa che abbiamo imboccato la strada giusta: occorrerebbe affrontare il discorso che interessa la sanità in Italia con serietà, coerenza e finalismo, tutte cose che questo miglioramento, queste previsioni, queste determinazioni e questi programmi non sembra ci possano dare, perchè il bilancio dello Stato in definitiva qui in Italia è una partita di giro che ha una copertura finanziaria piuttosto scarsa, quindi è un artefatto che si fonda su ipotesi astratte, avulse dalla realtà, e la «finanziaria» è figlia legittima di questo stato di cose.

Sono 8 le «finanziarie» che precedono ed è persistente la perplessità sulla idoneità

dello strumento della «finanziaria» inteso come strumento congiunturale. Non si avviano neanche in questa «finanziaria» procedure e provvedimenti ordinari finalizzati alla organizzazione del sistema sanitario, preferendo provvedimenti urgenti, quando non di emergenza, attinenti solo agli aspetti finanziari. Quando noi ripensiamo ai provvedimenti di emergenza che in questi ultimi anni abbiamo dovuto prendere di fronte agli immorali appelli di soccorso che provenivano dalla periferia delle USL, dobbiamo concludere che abbiamo dovuto tirare fuori i soldi, al di là dei bilanci di previsione e dei consuntivi, per poter tacitare questo ignobile comparto verso il quale sembra che non si possa o non si debba fare niente. Forse direte che sono fissato su questi problemi delle USL, ma la mia fissazione corrisponde alla preoccupazione e alla disperazione dei cittadini italiani, che hanno di fronte simili gestioni. Secondo la gente la USL rappresenta la nostra immagine più vicina con tutto quello che comporta di negativo. D'altronde gli assessori alla sanità in questi giorni hanno osato fare una riunione (parlo degli assessori regionali alla sanità) e non si peritano ancora di emettere, in tempi di «finanziaria», dei messaggi che veramente ci fanno inorridire. Hanno sottolineato in un documento (adesso fanno i conclavi) la pratica concettualmente errata del sottodimensionamento del Fondo sanitario nazionale per una somma di circa mille miliardi dovuta all'incremento della spesa farmaceutica (e parleremo anche di questo) del 24 per cento rispetto al 1984, di quella per beni e servizi del 12 per cento e di quella per il personale del 9,7 per cento. Anche su quest'ultima voce c'è da discutere perchè non mi sembra che ad una spesa di questo genere si possa attribuire soltanto un aumento del 9,7 per cento.

Gli assesori alla sanità, non tutti, ma la maggioranza di essi, sono dei furbi. Non dico che questo sia un fatto ereditario, ma la maggior parte di questi assessori si è arrogantemente attestata su una posizione contraria alla «finanziaria» e più in generale a qualsiasi modificazione della legge n. 833. Il problema non sarà affrontato seriamente se non rifaremo le bucce all'organizzazione di questi assessori. Se non vado errato circa 600 amministratori delle USL sono incappati nelle ire della giustizia. Infatti troppo spesso i fondi destinati alla periferia sono stati utilizzati in maniera impropria.

Perchè i bilanci non corrispondono mai alle nostre previsioni? La risposta è semplice: anche se destinassimo alle unità sanitarie locali 200.000 miliardi si parlerebbe di insufficienza degli stanziamenti. Bisogna riconoscere che al Nord, nonostante l'impatto con la legge n. 833, le cose vanno abbastanza bene perchè gli addetti al servizio sanitario sono stati capaci di reagire grazie anche alla cultura, alla civiltà e all'organizzazione preesistenti. In altre regioni, anche nel Lazio, gli addetti alla sanità non sono stati capaci di reagire e da soli non reagiranno mai perchè la legge n. 833 è contraria alla loro mentalità, alla loro morale e al loro debole concetto di Stato. D'altra parte non si deve trascurare il fatto che anche i rinnovi contrattuali delle convenzioni scadute il 30 giugno potrebbero sfondare il tasso di inflazione programmato.

Vorrei soffermarmi sulla questione dei farmaci prima di addentrarmi in altri problemi, anche se corro il rischio di essere ripetitivo. Potremo discutere sull'opportunità di aumentare o diminuire i *tickets*, ma non si può negare che esiste il problema dell'esasperata iperprescrizione da parte dei medici. Alcune unità sanitarie hanno fatto i passi necessari per intraprendere delle azioni legali contro questi medici, ma purtroppo non si è quasi mai riusciti a portarli davanti al magistrato perchè stranamente l'ombrello di certe coperture continua a proteggerli. Anzi, va precisato che il medico più corrotto è quello meglio protetto. Dobbiamo porre rimedio a questo stato di cose anche perchè l'aumento del 24 per cento della spesa farmaceutica è in gran parte imputabile al «comparaggio» di certi medici. Il «comparaggio» anzi è talmente evidente che mi domando come sia possibile che gli organi delle USL non pos-

sano prendere gli adeguati provvedimenti. Non si riesce ad ottenere un deciso intervento della Magistratura, mentre in casi come questi l'unico deterrente possibile è la galera.

È necessario comprendere che così non si può andare avanti soprattutto perchè non è possibile limitarsi a rappezzare tutto ciò che non si è capaci di far funzionare. Si continua ad affermare che sono necessari dei sacrifici da parte degli invalidi, dei pensionati e degli handicappati. Questi sacrifici a cosa servono? Forse ad avere qualche servizio? No, perchè gli addetti alla sanità già si lamentano della carenza degli stanziamenti. Essi affermano che il fondo previsto dalla «finanziaria» 1985 avrebbe generato una povertà nei finanziamenti per il 1986 e il 1987. Poichè però questo fondo è stato ridotto, gli addetti alla sanità sostengono che le strutture ospedaliere peggioreranno e che addirittura si correrà il rischio di chiudere alcuni servizi. È proprio per questa convinzione che il privato, grazie anche alla protezione clientelare degli uomini politici, approfitta della debolezza del settore pubblico. Si torna sempre allo stesso punto: il privato sommerso è infatti sempre pronto a fare in modo che certe strutture non funzionino. Da molto tempo sostengo che ciò dovrebbe finire, anche perchè il cittadino ha il diritto di sapere che il chirurgo opera nella casa di cura privata perchè la sala operatoria dell'ospedale non funziona da mesi o funziona male.

Mi sono spesso permesso, signor Ministro, di denunciare questi problemi attraverso lo strumento parlamentare delle interrogazioni. Certo non pretendevo una sua specifica risposta, ma speravo che nell'ambito dell'alto Lazio, dove vivo e lavoro, queste mie denunce stimolassero, non dico un'azione della Magistratura, ma quanto meno una riflessione. Viceversa sono stato costretto ad esercitare la mia professione in una condizione quasi ricattatoria. Sono queste le risposte che ho avuto, e forse questo è attribuibile al fatto che sono un rappresentante di un Partito scomodo. Spesso ho scritto delle lettere in cui si denunciavano alcune omissioni in una struttura ospedaliera. Poichè sono un medico conosciuto, forse proprio a causa della mia anzianità, sono stato invitato da vari primari ad indagare su queste strutture e ne ho viste di tutti i colori.

Il clima in cui viviamo è cambiato e si è corrotto, ed è in questo clima che la gente vive il suo dirito alla salute, diritto che, soprattutto in periferia, non è garantito non solo per carenze di fondi, ma anche per mancanza di onestà e di organizzazione. Infatti un amministratore, sia esso un tecnico o un politico, dovrebbe garantirci che il danaro pubblico sia ben amministrato.

Non voglio poi soffermarmi sulle spese gestionali che hanno ormai raggiunto circa il 52 per cento del totale. Gli sprechi avvengono proprio perchè la gente è improvvida ed ha un concetto molto superficiale dell'etica di governo. Negli ospedali di periferia sono state fatte notevoli spese per l'acquisto di apparecchiature ad alta tecnologia che nessuno sa usare e che quindi sono perfettamente inutili. I lavori di costruzione di nuovi ospedali si protraggono per 20 o 30 anni. È chiaro che quando questi ospedali saranno ultimati saranno già superati. A questo proposito si può fare l'esempio dell'ospedale di Viterbo. Purtroppo le cattedrali nel deserto sono diventate un'abitudine perchè continuano ad essere costruite ovunque e non soltanto nel campo dei servizi ospedalieri. Stiamo quindi attenti alla inevitabile spinta alla richiesta di ospedalizzazione per quelle categorie di indigenti che non possono assolutamente pagare il 25 per cento della compartecipazione alle cure specialistiche o a quelle riabilitative.

Nel frattempo si prevede che con i *tickets* si risparmieranno 4.000 miliardi di lire, già «mangiati» però dalle richieste delle unità sanitarie locali e da quello che costerà il riordino di quei provvedimenti che pur dovranno essere adottati per alcune scadenze contrattuali e per altre convenzioni. Gli stanziamenti di parte corrente per il disegno di legge finanziaria 1986 sono aumentati soltanto nella misura del 6

per cento; ci auguriamo che sia effettivamente questo il tasso inflattivo dell'anno prossimo.

Si presume che il risparmio previsto si otterrà dal recupero attraverso i *tickets* sanitari per le prestazioni farmaceutiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio (articolo 27, comma 1), dall'istituzione di ulteriore partecipazione da parte degli assistiti per le prestazioni specialistiche ed idrotermali (articolo 27, comma 3), dall'aumento del contributo di malattia posto a carico dei lavoratori dipendenti (articolo 21, comma 1) e dal contributo sociale di malattia del 9 per cento posto soprattutto a carico dei pensionati perchè non hanno attualmente il reddito assoggettato a contribuzione obbligatoria di malattia (articolo 31, comma 10).

Non diciamo che le medicine costano troppo. Ci possono essere degli antibiotici prescritti da alcuni medici che non si rendono conto che tali tipi di farmaci non sono assolutamente necessari; ciò fa parte di una certa cultura. Le università italiane non le abbiamo controllate noi e non abbiamo avuto la possibilità di insegnare a diventare medici.

D'altra parte, abbiamo un ulteriore impoverimento del lavoratore e del pensionato per l'aumento dei contributi sociali che si abbattono sui loro redditi quando nel contesto generale si vede il tentativo di abbassare ancora di più il grado di copertura della scala mobile e di imporre tetti alle retribuzioni al di sotto del tasso effettivo di inflazione, con il risultato di una riduzione del potere di acquisto reale delle retribuzioni. Non dimentichiamo che il cittadino deve tener conto anche di queste cose.

Il risparmio della spesa della sanità si dovrebbe così ottenere con la parziale modifica dell'articolo 17 della legge 22 dicembre 1984, n. 887 (legge finanziaria 1985).

Il comma 1 dell'articolo 26 determina l'ammontare del Fondo sanitario nazionale per il triennio 1986-1988, modificando gli stanziamenti previsti dalla legge finanziaria del 1985. Se ne evince che la legge attuale modifica gli stanziamenti, come pure i criteri di ripartizione, del Fondo sanitario nazionale alle Regioni e alle Provincie autonome, in attesa delle indicazioni del piano sanitario nazionale e delle relative norme precettive di attuazione. Inoltre, il piano sanitario nazionale è stato licenziato in questi giorni dalla Camera dei deputati e deve trovare applicazione a partire dal 1° gennaio 1986; nel frattempo la cosiddetta leggina sulla riforma delle unità sanitarie locali è saltata.

Nel settore sanitario vi è un totale scoordinamento; dovremmo cercare di capire dov'è che le cose non funzionano; riprendiamo in mano tutto quanto e prendiamoci la soddisfazione di poter sistemare l'intero settore sanitario in Italia. L'articolo 26, comma 1, del disegno di legge finanziaria recita: «Detti stanziamenti saranno adeguati in misura corrispondente ai miglioramenti conseguenti all'applicazione dei successivi articoli 27 e 30».

È facile esprimere la critica che si va facendo un taglio di spesa arbitrario in attesa che il risparmio presuntivo così ottenuto faccia risentire il suo benefico effetto sulla spesa. Bisognerà poi attendere successivamente gli elementi statistici e nozionali di riscontro, onde predisporre i relativi aggiustamenti dei fondi per gli stanziamenti successivi che mi paiono non soltanto già vincolati dalla attuale legge fino al 1988, ma anche abbastanza peregrini; considerando la cronica confusione burocratica ed amministrativa, passerà qualche anno prima di avere un riscontro tale da permetterci di predisporre un aggiustamento previsionale futuro. Ecco l'emergenza, ecco il pressappochismo! Nel frattempo le USL e i Comuni (che si aggiungono alle prime con la surrogazione delle somme non addotte dai soggetti di cui all'articolo 24) piangeranno con richiesta di ripianamenti dei *deficit* come hanno sempre fatto e come questa volta potranno fare con qualche ragione. Se tale compito graverà sui Comuni, essi dove andranno a prendere i soldi? Ma è semplice: in realtà si mira a dotare gli enti locali di una capacità impositiva autonoma, quando ancora il provvedimento sulla riforma degli enti locali non è stata discussa ma se ne delineano i profili. D'altronde

i soldi o ci sono e si tirano fuori subito oppure si firmano delle cambiali; perchè in qualche modo si deve coprire una spesa. Noi non offriamo dei soldi ai comuni, offriamo solo la possibilità di poter intervenire senza una normativa, nè una organizzata legislazione. Come fanno i comuni ad assumersi improvvisamente il compito di pagare per le categorie esenti? Lasciamo allora le cose così come stanno!

Altra presunta fonte di risparmi dovrebbe essere l'esclusione di certe categorie di invalidi civili dalle prestazioni. Queste sopravvenute limitazioni per usufruizioni assistenziali e socio-sanitarie subordinate alle condizioni indicate all'articolo 24, sono certamente fonte di ulteriore risparmio per lo stanziamento della sanità, ma si tratta di una misura chiaramente iniqua; sarebbe molto più facile revisionare le concessioni, facendo in modo che le famose commissioni possano lavorare di più per cercare realmente di riportare un po' d'ordine nel settore di queste categorie disagiate, costituite in gran parte da anziani. Vi sono anziani che muoiono prima ancora di essere visitati dalla commissione medica di invalidità civile (ritardi anche di cinque anni).

L'articolo 30, al comma 1, recita: «Dal 1° gennaio 1986 sono posti a carico del bilancio dei rispettivi comuni gli oneri corrispondenti alle quote di partecipazione alla spesa sanitaria...». Ora, vi è da dire che questo presunto risparmio potrà far risentire i suoi effetti solo tra qualche anno, cioè quando i Comuni saranno riusciti a fare dei calcoli, un bilancio, ed avranno la fondata speranza di avere dei soldi: solo allora essi saranno realmente in grado di collaborare per mantenere equilibrato il finanziamento del comparto sanità. Nel frattempo, però, finchè è in corso di esperimento questo sistema, gli anziani, i malati cronici, i portatori di *handicap*, i tossicodipendenti, cioè quei soggetti che più facilmente e più spesso hanno necessità di ricorrere all'assistenza sanitaria, pagheranno duramente questo loro stato. Dunque il risparmio conseguente alle norme della «finanziaria» 1986 è dovuto ad un enorme costo pagato dalle suddette categorie e con benefici, rispetto ai costi, ulteriormente deteriorati e ridimensionati. Inoltre, una parte di questo risparmio deriverà dalla compartecipazione delle fasce di cittadini a medio e piccolo reddito. Ad esempio, un cittadino sano, giovane e robusto, possibilmente lavoratore dipendente, con moglie e due figli a carico (dei quali uno studente di scuola media e l'altro universitario), avrà un incremento di spesa di circa 1 milione e 425.880 lire con le disposizioni contenute in questo disegno di legge finanziaria: aumento delle tasse scolastiche e dei trasporti; limitazione, con un tetto, agli aumenti retributivi del pubblico impiego; blocco di tutte le indennità, sia per i lavoratori pubblici che per i privati, all'anno 1985 anche oltre il tetto programmato di inflazione; abolizione degli assegni familiari per il primo figlio e per i genitori a carico e perdita di assegni per altri figli dovuti ai bassi livelli considerati; riduzione delle somme corrisposte a titolo di integrazione salariale. Tutto questo se il cittadino tipo di cui sopra non si ammalerà e non dovrà ricorrere all'assistenza sanitaria. Una cosa è certa: tutti questi vettori di impoverimento portano a pesanti conseguenze e non certo dei benefici nè per il cittadino nè per la sanità.

Vorrei spendere ancora una parola sull'articolo 30 che — secondo me — provoca un appesantimento dei bilanci comunali ed è inutile. Cerco di immaginare in prospettiva cosa avverrà a questi Comuni, dato anche il caos in cui si trovano attualmente. D'altronde mi pare che questa impostazione continua ad essere antisociale e direi anche immorale. Economizzare con questi sistemi significa difendere gli errori finanziari amministrativi, e soprattutto politici che condannano l'assistito in un limbo di sopravvivenza a collocazione del resto non più in sintonia con i tempi e con l'aggiornamento delle credenze religiose: o tutti all'inferno o tutti in paradiso. Si diceva fino a poco tempo fa che la classe operaia non va in paradiso; ma sarà in buona compagnia all'inferno, con tali sistemi assistenziali, con il tossicodipendente, l'handicappato, il pensionato, il lungodegente (un po-

vero essere umano che non sa a chi rivolgersi per essere curato e non soltanto assistito); nel Lazio, ad esempio, mancano circa 10.000 posti per lungodegenti. Ma c'è chi, nel sistema ordito in questa maniera, va e ristagna in paradiso: una fascia abbondante di politici, gestori delle risorse destinate alla sanità.

«Siamo lontani dalla soddisfazione delle esigenze dei cittadini e del Paese»: ricordo la frase riportata nella relazione del senatore Melotto. Ed io rispondo che si tratta anche di un problema di giustizia, ma di quella giustizia che abbia il titolo di intervenire, perchè alla economia delle spese del Paese collaborino non soltanto con i propri sacrifici i comuni cittadini, ma anche i cattivi amministratori delle risorse mettendo fine ai loro sperperi (quando non all'uso diverso dei fondi deputati all'assistenza, quindi ai profitti di regime).

Altra frase del senatore Melotto: «Il dato economico fa emergere la discrasia tra settori e servizio reciprocamente intesi». Ora, se i servizi e le strutture, rapportate ai costi, sono attualmente quelle che sono, c'è da aspettarsi inevitabilmente — con questo provvedimento — un peggioramento. Il rapporto costi-benefici avrà un ulteriore peggioramento, perchè la manovra economica che si vuole portare avanti non sarà sufficiente a riordinare il settore dell'assistenza sanitaria, che già oggi è abbondantemente invivibile.

I dati statistici che ci provengono dalle Regioni rendono ancora più problematica l'interpretazione dello stato dei servizi, delle strutture e, soprattutto, del personale sanitario. Esiste in realtà un addensamento di personale medico e paramedico, aggravato dalle recenti leggi di sanatoria, ma dalle statistiche risulta una eccezionale carenza di detto personale. Sarà dunque opportuno avere una mappa completa di tutti questi dipendenti e della loro effettiva dislocazione lavorativa.

Tutta la manovra, secondo noi, comprime la spesa con un'operazione - mi scuso per il termine — di «bassa macelleria», che si abbatte sul contribuente e sull'assistito: l'erogazione dei fondi così ridotta non sarà certo un deterrente per i gestori della spesa. Già si individuano operazioni compensative da parte delle USL per consolidare i benefici economici di tutti i loro operatori. Certo, le somme erogate da questo finanziamento *in primis* serviranno a mantenere integri i benefici consolidati, da parte degli apparati clientelari e di lottizzazione. Detratte queste somme, che serviranno a foraggiare il sistema, quello che rimarrà andrà alla spesa dei settori e delle strutture attinenti all'oggetto dell'assistenza sanitaria vera e propria.

Per questo motivo anticipo che presenterò un emendamento nella sede competente, volto a introdurre un articolo 23-*bis*, di questo tenore: «Con effetto dal 1° gennaio 1986 è sospesa ogni attività dei comitati di gestione di tutte le unità sanitarie locali; detti comitati sono sostituiti da un amministratore straordinario di nomina dell'autorità prefettizia competente per territorio presso ogni USL». Questo emendamento costituirà un richiamo coerente a quanto ho sempre affermato. Mi sembra che solo in questo modo si possa iniziare una nuova era per la sanità. Poi ci si potrà addentrare nella riforma istituzionale delle USL e della legge n. 833, azione che può essere solo successiva alla eliminazione di quella componente che è la più compromessa e la più compromettente per il riequilibrio non solo finanziario, ma della stessa efficienza dei servizi, per la tutela del cittadino nell'ambito di quella che è l'assistenza sanitaria. È questo il fine ultimo che si deve raggiungere. Solo allora si potrà parlare di riordino del settore che finalmente veda la compartecipazione delle parti sociali, ma anche e soprattutto di quella delle competenze tecniche e professionali che è stata precedentemente e costantemente espulsa dal processo formativo e gestionale della sanità in Italia.

Credo che in futuro per impostare le successive leggi finanziarie bisogna partire con un passo diverso.

PRESIDENTE. Grazie senatore Signorelli. La sua passione per questi argomenti è molto evidente. Abbiamo preso atto di

quanto è stato da lei affermato e noto con soddisfazione che in questo dibattito ci si esprime con molta sincerità e liberamente. Circa la sua proposta di emendamento è chiaro che non è recepibile in questa Commissione; se vuole la potrà presentare quando si svolgerà il dibattito presso la 5ª Commissione, presentando le sue proposte nella sede di merito.

RANALLI. Signor Presidente, vorrei con molta franchezza ringraziare in primo luogo i colleghi che mi hanno preceduto, in particolare i colleghi Colombo Svevo e Muratore, perchè con le loro argomentazioni consentono una ulteriore riflessione su questa complessa materia che stiamo discutendo anche — al di là della vicenda specifica che in questo momento ci impegna — per il futuro, in modo che il dialogo possa avere non solo fasi successive, ma, se possibile, convergenze ed incontri.

Detto questo vorrei esprimere alcune rapide osservazioni in primo luogo sullo stato di previsione del Ministero della sanità, sulla tabella 19, e preoccuparmi successivamente del disegno di legge finanziaria.

Sullo stato di previsione vorrei confessare al Ministro l'impressione che ho ricevuto rileggendo la relazione ed anche la tabella. Saranno anche più leggibili — collega Colombo Svevo — ma tuttavia manifestano un impegno molto burocratico, molto stanco, molto ripetitivo ed anche, aggiungo, molto frustrante per il lavoro che noi svolgiamo in questa Commissione. La cosa che mi sorprende è che alcune delle questioni che abbiamo trattato negli anni scorsi, sulle quali si era determinato un orientamento di disponibilità e in alcuni casi perfino di favore da parte di altri Gruppi della maggioranza e perfino del Ministro, non trovano poi una soluzione nell'ambito dei provvedimenti che vengono proposti. In tal senso parlo anche di frustrazione che si finisce per provare.

Prima questione: quando in questa Commissione, anche di concerto con altre Commissioni, saremo in grado di discutere un progetto legislativo di riordinamento del Ministero della sanità? Io avverto una difficoltà a leggere, ancora una volta, nella relazione sullo stato di previsione del Ministero, che è necessario ed improcrastinabile un progetto legislativo di riordinamento. Il Ministro ci garantirà che il progetto è in elaborazione; mi chiedo però quale credibilità possono avere dichiarazioni che, una volta fatte in sede autorevole come questa, sono poi puntualmente disattese. Sollevo quindi a nome dei parlamentari comunisti, con molta forza, questo rilievo, chiedendo al Ministro se si può finalmente sottoporre all'esame di questa e di altre Commissioni un progetto di riordino del Ministero della sanità, coinvolgendo nella discussione l'intera Amministrazione.

Seconda questione: avendo sollevato già l'anno scorso il problema dell'opportunità politica ed anche finanziaria di procedere alla unificazione dei diversi capitoli di spesa finalizzati agli studi e alle ricerche, mi sentii rispondere dallo stesso Ministro che questa opportunità era giusta, era valutata positivamente, perchè allo stato attuale il Centro studi non svolge compiti di progettazione delle idee e delle ricerche, di programmazione degli studi, e non riesce a coordinare. Ma ancora una volta, nella tabella 19 ci sono undici capitoli di spesa, distribuiti disordinatamente nelle diverse rubriche di questo stato di previsione, e il tutto non è raccordato ad alcuna dimensione culturale. La stessa senatrice Colombo Svevo sollevava questo problema, ponendo l'esigenza di fare un passo avanti verso il coordinamento. Badate che si tratta di 4 miliardi e 605 milioni, una spesa da non sottovalutare in un bilancio di 698 miliardi. Mi chiedo perchè quel passo avanti auspicato anche da altri, condiviso dal Ministro della sanità, non viene congiunto e non trova alcun recepimento nella presentazione della relazione e tanto meno nella tabella 19.

Terza questione: ho letto, collega Melotto, che viene tirata giustamente in ballo nella relazione, con una espunzione testuale di una parte di un suo intervento dello scorso anno, la opportunità di una dotazione finanziaria maggiore al Consiglio sanitario nazionale, per la predisposizione della

relazione sullo stato sanitario del Paese. Sono subito corso a verificare se il capitolo di spesa contemplava questa sufficiente dotazione finanziaria e, se ho ben letto, si tratta appena di 10 milioni, il che mi sembra vanifichi tutti gli sforzi. Quindi sottolineo anche l'inopportunità di tirare in ballo personaggi autorevoli di questa Commissione che si sono espressi in un certo modo, senza che in sede di tabella 19 se ne ritrovi una coerente conseguenza.

La quarta questione riguarda l'Istituto superiore di sanità. Lo scorso anno era il cinquantesimo anniversario dell'Istituto: facemmo un discorso e andammo insieme con il Ministro alla celebrazione e sembrava che sarebbe stato possibile, per i compiti di livello altissimo che competono all'Istituto superiore di sanità, sia in base alla legge 7 agosto 1973, n. 519, che riguarda la sua trasformazione, sia in base ai nuovi compiti che gli sono affidati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, attendersi di onorare queste dichiarazioni e questi impegni; invece, ancora una volta, nel bilancio si trova assai poco.

Queste sono alcune riflessioni su riferimenti già espressi che evidentemente attendono dal Ministro non tanto, mi consenta, una ripetizione della sua disponibilità a valutare positivamente le considerazioni da noi fatte, quanto, piuttosto, che il Ministro dica: «Non è possibile, le cose che voi dite non sono accettabili» e non il comportamento di chi dice: «Le condivido, sono disponibile, vedrò», e quando si va a vedere non si trova niente. Rivendico cioè in qualche misura la rivalutazione del ruolo di noi parlamentari ed anche, onorevole Presidente, il ruolo della Commissione che lei presiede.

Ciò detto, sempre sullo stato di previsione, vorrei fugacemente ricordare che il trasferimento delle risorse dallo Stato alla Croce rossa italiana continua a verificarsi al di fuori di ogni riferimento con la riorganizzazione dell'ente di cui pure si parla nella legge n. 833.

Desidero sottolineare che, pur scorgendosi un lento miglioramento, i residui passivi risulteranno al 1° gennaio 1986 piuttosto elevati, il che probabilmente dovrebbe farci riflettere sui meccanismi che non consentono di accelerare la spesa.

Vi è poi l'altra questione, già sollevata dalla senatrice Colombo Svevo e su cui esprimo il mio consenso, relativa alla difficoltà di comprendere il motivo per cui si sono accumulati tanti debiti per il pagamento della spesa sanitaria dei cittadini all'estero. È innegabile che, sia nello scorso anno, sia soprattutto quest'anno, vi è stato un notevole incremento di stanziamenti per effettuare questi pagamenti. Personalmente supponevo che nella relazione vi fosse una spiegazione più convincente su tale questione. Io stesso ho trovato il testo della relazione su questo punto del tutto inadeguato (permettetemi di usare questo termine eufemistico).

Vorrei infine rilevare in termini più positivi l'ingresso del sistema informativo nel Servizio centrale della programmazione sanitaria. Non so valutare, forse anche perchè non sono competente, la qualità della produzione; è tuttavia importante che questo impianto sia stato completato. Mi auguro che i fondi a ciò destinati in questo stato di previsione del Ministero della sanità non siano sviati e che finalmente il Servizio sanitario nazionale possa usufruire dei servizi e delle informazioni indispensabili per governare bene la sanità pubblica. Queste sono le osservazioni sulla tabella 19 che ho fatto a nome del mio Gruppo, il quale comunque si riserva, dopo aver ascoltato la replica del Ministro e del relatore, di presentare alcuni emendamenti.

Entrando nella parte politicamente più cospicua, cioè nel merito del disegno di legge finanziaria, desidero prendere atto positivamente della lealtà con cui la senatrice Colombo Svevo ha parlato del disagio — molti condividono questo suo *status animi* — derivante dal fatto che siamo costretti a discutere la materia sanitaria intrappolata nella «finanziaria» e per di più a ridosso dell'approvazione da parte del Parlamento del primo piano sanitario triennale. Desidero dire questo perchè, a mio parere, non bisogna limitarsi ad affermare la propria posizione politica, ma è opportuno

battersi per promuovere le azioni utili al superamento delle difficoltà e al conseguimento di soluzioni per quanto possibile convergenti.

Dopo il lucido intervento del nostro collega senatore Imbriaco, la senatrice Colombo Svevo ha parlato di inconciliabilità di posizioni. Credo che questa inconciliabilità sia un dato innegabile di fronte all'impostazione politica ed economica della «finanziaria 1986», avendo già espresso su questo punto un giudizio nettamente negativo che intendo riconfermare. Noi infatti neghiamo che sia possibile un risanamento serio del dissesto finanziario del bilancio dello Stato tramite provvedimenti dissociati da un programma di sviluppo dell'economia e da modificazioni profonde delle strutture produttive. È infatti impossibile risanare il bilancio tramite la compressione dei redditi, soprattutto dei redditi dei lavoratori dipendenti, scoraggiando in questo modo la domanda interna. A noi sembra che una strategia di questo tipo, che già ci è nota per i suoi risultati fallimentari, sia deleteria.

Il nostro Gruppo perciò propone un'impostazione completamente diversa della manovra economica, impostazione che abbiamo tentato di esporre attraverso la mozione discussa all'inizio di questo dibattito. Di questo, comunque, si parlerà alla 5ª Commissione e successivamente in Aula.

All'interno di questa valutazione negativa si conferma il nostro giudizio sull'intero titolo XI del disegno di legge al nostro esame. Questo giudizio negativo non solo è fondato sul pesante inasprimento dei gravami e dei *tickets* imposti dal Governo, ma anche sul fatto che tutti i provvedimenti adottati con la «finanziaria» si dimostrano inefficaci e ininfluenti nell'apportare quelle correzioni che tutti riteniamo necessarie al Servizio sanitario nazionale. Il tempo ha confermato questa nostra posizione. I provvedimenti contenuti nella «finanziaria» ripetono in un certo senso quelli già previsti all'interno del piano sanitario nazionale, nei confronti del quale abbiamo manifestato e manifestiamo critiche di contenuto, pur riconfermando la necessità del piano stesso come punto indispensabile di riferimento per il Parlamento, per le Regioni e per le USL.

È necessario perciò guardare in una direzione diversa e nuova. Mi spiace che il senatore Muratore non sia presente perchè avrei voluto chiedergli in che senso queste misure possono essere utili a determinare l'inizio dell'inversione di tendenza nell'organizzazione e nella gestione della sanità pubblica e convenzionata, ad esempio, a Roma e nel Lazio. Sono pratico delle questioni di Roma e perciò posso affermare che Roma e il Lazio non hanno bisogno di provvedimenti come questi inseriti nel disegno di legge finanziaria, che operano sui cittadini un ulteriore salasso di danaro per le necessità della finanza pubblica generale.

Auspico perciò che le opinioni siano più chiare, affinchè risulti che la strada da percorrere non è questa. La maggioranza potrà poi ostinarsi a percorrerla, ma vorrei avere almeno la soddisfazione culturale di sentire affermare che attraverso questa strada non si può arrivare alla modificazione della patologia nel settore farmaceutico, del disordine tra pubblico e privato, dei comportamenti ambigui dei soggetti prescrittori, eccetera.

Voglio poi invitare la maggioranza a riflettere sul fatto che o siamo in presenza di una smobilitazione selvaggia dello Stato sociale, oppure siamo di fronte ad uno smontaggio pezzo per pezzo dello Stato sociale. Rispetto alle iniziali pretese esposte da qualificati esponenti del Governo, la realtà è molto più complessa. Infatti, tutte le soluzioni che abbiamo di fronte vanno nella direzione di un allontanamento preoccupante dai princìpi e dagli ideali di solidarietà sociale e umana chiaramente sanciti nella Costituzione repubblicana e riproposti integralmente nella legge n. 833. Di questo parlerò in riferimento al problema dei comuni.

L'obiettivo che le forze politiche nella loro autonomia e il Governo nella sua responsabilità devono porsi è la trasformazione dello stato sociale in senso più efficiente e produttivo. In questo campo noi come posizione ci sentiamo impegnati al

pari di altri. Siamo anche noi impegnati in questa battaglia proprio perchè vogliamo evitare che qualcuno, spinto da intenti strumentali, possa accusarci di non voler combattere le improduttività, le inefficienze, gli sprechi e le dissipazioni. Noi diciamo espressamente che uno dei modi per salvaguardare i princìpi dello Stato sociale è proprio quello di mettersi coraggiosamente in trincea per combattere gli sprechi e le dissipazioni, attraverso metodi e strumenti adeguati. Nel campo della sanità, ciò significa intervenire soprattutto sui processi di spesa, con provvedimenti che incidano stabilmente nella correzione e nel riordino. Un bilancio di previsione dello Stato dovrebbe tener presente tali questioni. Non so se i Gruppi di maggioranza e minoranza, attraverso i rapporti che presenteranno alla 5ª Commissione, riusciranno a far capire queste cose. Personalmente recepisco il dato positivo che viene suggerito dalla senatrice Colombo Svevo, quando afferma che è attraverso queste misure che si va verso la lotta agli sprechi, alla inefficienza e quindi alla salvaguardia dello Stato sociale nei suoi princìpi e nelle sue istituzioni fondamentali, e non attraverso i pesanti *tickets*. Vorrei aggiungere che al riguardo i dati sono eloquenti.

Senatore Melotto, se ho compreso bene alcune cose che lei leggeva da quel librone che io non ho avuto occasione di vedere — perchè, signor Presidente, una sola copia evidentemente rende difficile una attenta lettura a sette commissari della opposizione — non mi pare che per quanto riguarda i farmaci ci troviamo di fronte ad un loro tendenziale ribasso globale. Mi pare che siamo dinanzi, dopo anni che spremiamo i cittadini con questa «tassa», ad un incremento preoccupante del valore unitario della prescrizione: quasi 17.000 lire. D'altronde, non ci troviamo neppure in presenza di un riavvicinamento delle Regioni alla media nazionale, poichè ci sono degli scostamenti preoccupanti.

Questo è già un dato che dovrebbe far comprendere come attraverso tale strada noi non andiamo neppure a correggere la patologia nel campo farmaceutico, ma ci avviamo in ben altre direzioni. Su questo vorrei anche aggiungere che mi pare particolarmente grave dal punto di vista sociale che nel disegno di legge finanziaria vengano eliminate e cancellate le condizioni di miglior favore che questa Commissione con un lavoro corale era riuscita a salvaguardare e aveva fatto approvare in Aula. Dove sono le salvaguardie in favore della donna gestante? Dove sono le salvaguardie a favore dei malati cronici? Dov'è la salvaguardia del tetto massimo rispetto al pagamento del *ticket* (20.000-50.000 lire)? Qualcuno si diverte anche a dire che questo non significherebbe andare verso una marcata privatizzazione. Francamente ci vuole un bel coraggio a negarlo; allo stato attuale, la medicina generica, e la medicina ospedaliera, garantite in maniera inadeguata, sono doppiamente pagate, in primo luogo con la contribuzione e poi con il *ticket*. Ci troviamo già nella fase nella quale il cittadino viene abituato a pagarsi le prescrizione mediche, viene assunto nell'«orbita dell'assistenza indiretta»; con il che si va progressivamente verso lo smantellamento di alcuni punti chiave che con la legge n. 833 si erano stabiliti.

Detto questo, dialogando con i senatori Muratore e Colombo Svevo, vorrei affrontare la questione riguardante il ruolo degli enti locali, che a me pare sintomatica ed emblematica.

I comuni debbono essere soggetti veri sia in questo campo che in quello più complessivo dei servizi sociali. Intanto, la legge-quadro di riforma dell'assistenza non c'è, e non la si reclama più. Gli enti locali vengono tirati in ballo solo quando ci sono guai da riparare. In sostanza, con questa «finanziaria» i comuni debbono provvedere a rifondere alle USL le aliquote dei *tickets* che i soggetti esenti non possono pagare. E tutto ciò avviene al di fuori della riforma dell'assistenza, senza che nessuno di noi conosca quali sono i criteri informativi della riforma della finanza, sia locale che regionale, che dovrebbe essere contestuale al dibattito sulla «finanziaria». Il comune viene schiacciato da questa impostazione e caricato di oneri aggiuntivi, mentre è lo Sta-

to che dovrebbe assumersi le proprie responsabilità per quanto riguarda l'assistenza.

Il comune è appiattito in un rapporto sociale del tutto difficile, cosa da non sottovalutare. Non sono d'accordo sul fatto che lo Stato debba riguadagnare la sua funzione «scaricando» sempre più a valle le questioni difficili del suo rapporto con i cittadini. Sarebbe anche ora che lo Stato si assumesse le sue responsabilità in proposito. Si tornerà ad introdurre in Italia la doppia elencazione dei cittadini, cioè quella dei soggetti capaci di contribuire (quindi aventi diritto alla tutela della salute) e di coloro che per carenza di retribuzioni verranno iscritti in un ripristinato «elenco dei poveri», esposti alla verifica del Consiglio comunale che dovrà deliberare; sarà quindi un arretramento culturale, ideale, rispetto ad un punto già chiarito, che cioè il diritto alla salute è un diritto per il cittadino in quanto tale e non un diritto in base alla sua capacità contributiva, e questo in fondo era il nostro ideale. Lo Stato, attraverso la fiscalizzazione, si metta nelle condizioni di socializzare quel tanto di sanità che vuole erogare, ma senza ricorrere a questi metodi che, anche se visti nell'ottica di recuperare comunque risorse, anche attraverso i bilanci dei comuni (non so poi come faranno i comuni a provvedervi), rappresentano un cedimento rispetto ad un indirizzo ideale su questo problema.

Ho ascoltato quanto detto dal ministro Degan circa l'intreccio temporale e tematico che si è creato nelle ultime settimane tra la «finanziaria» ed il piano sanitario nazionale. Mi domando però se si è fatto quanto era necessario — a mio parere no, perchè sapevamo tutti che l'*iter* del disegno di legge di programmazione si avviava a conclusione — per evitare che il disegno di legge finanziaria di quest'anno riassorbisse la competenza in campo sanitario e non la sola spesa sanitaria che in base alla legge 4 agosto 1978, n. 468, deve essere iscritta nella «finanziaria». Su questo dovremmo andare a un chiarimento anche per evitare di trovarci nella stessa situazione in futuro.

A noi pare, dunque, signor Ministro, che la questione rimanga del tutto aperta: consideriamo — scusi il termine un po' forte, signor ministro — una violenza istituzionale quella di voler imporre al Parlamento di sovrapporsi a se stesso, tra l'altro nel giro di pochi giorni. Consideriamo tale nodo come una questione primaria e fondamentale, che va sciolto con un gesto di coerenza e di logica. Le norme precettive sono state approvate; si faccia tutto quanto è necessario per fare pubblicare subito questa legge e non se ne rallenti con pilotaggio politico la sua applicazione: si consenta quindi di datare la decorrenza dei 45 giorni entro i quali le disposizioni finanziarie del piano devono essere presentate e discutiamo all'interno di questo tutti i problemi, compresi quelli che eventualmente il Governo tiene in sospeso e che a suo giudizio dovrebbero avere la sorte che qui adombra attraverso il disegno di legge finanziaria. Comunque è necessario stabilire il criterio di riportare tutto nella sede istituzionale propria.

Per concludere, signor Presidente, riteniamo si debba scorporare l'intero titolo XI dal disegno di legge finanziaria e promuovere provvedimenti alternativi e coraggiosi, riprendendo ad esempio il discorso che abbiamo fatto durante la discussione del piano sanitario per quanto riguarda i farmaci e la gestione del prontuario terapeutico. Già altri colleghi durante questo dibattio hanno chiesto alcuni chiarimenti in proposito. Noi non solo chiediamo questi chiarimenti, ma desideriamo che siano ulteriormente approfonditi. Secondo noi l'inserimento nel prontuario terapeutico di nuove confezioni di farmaci sanitariamente non necessari perchè privi di qualsiasi principio attivo rappresenta un controsenso rispetto a tutto ciò che si dice sullo spreco e sulla limitazione della spesa farmaceutica; pertanto rivendichiamo misure più valide per la gestione del prontuario stesso.

Ripeto, inoltre, che non si è fatto niente per ridefinire i ruoli della medicina pubblica e di quella privata nè per arrivare ad una reale responsabilizzazione degli operatori del settore pubblico, magari con incentivi che li spingano a collaborare per un

maggior contenimento della spesa. Vi sono dei professionisti che attendono un discorso più chiaro e rigoroso in questo senso, medici meritevoli di tutta la nostra stima - non sono tutte «mele marce», senatore Signorelli — che sarebbe bene incoraggiare, altrimenti finirà che prevarranno coloro che della salute hanno fatto un mercato.

Dunque è importante riportare ordine in tutto il settore sanitario per ridare efficienza ai servizi e alle strutture, con provvedimenti che siano realmente innovativi, altrimenti si continuerà in questa direzione che ritengo senz'altro sbagliata.

Queste mie argomentazioni saranno meglio sviluppate in un rapporto di minoranza, di cui preannuncio la presentazione.

ROSSANDA. Signor Presidente, signor Ministro, il mio intervento sarà breve perchè i temi principali che sono alla base della nostra critica ai disegni di legge finanziaria e di bilancio sono stati esposti già con molta chiarezza. Vorrei aggiungere solamente una considerazione su alcune cose che sono state dette questa mattina anche dal collega Muratore, che ha cominciato fervidamente a negare che il disegno di legge finanziaria rappresenti una demolizione dello Stato sociale. Forse l'espressione «Stato sociale» può avere molti significati per i vari oratori che si susseguono, ma io vorrei riferirmi non al punto di vista degli oratori, bensì al punto di vista della gente comune che ho incontrato in diversi momenti da quando il progetto di legge finanziaria ha cominciato a circolare. Mi riferisco, per esempio, al senso comune dei pensionati, in particolare delle donne appartenenti ai ceti meno privilegiati, che non hanno avuto dubbi nella definizione della manovra che qui ci viene proposta; onestamente, leggendo l'articolo 24 del disegno di legge finanziaria, è difficile negare che questo crea (deformando l'intenzione della interessante ricerca compiuta dalla Commissione Gorrieri) il ruolo del «povero», un ruolo che nelle intenzioni della nostra Costituzione doveva essere cancellato; non perchè si potesse negare che la povertà esisteva, ma perchè si doveva operare, in tutti i momenti e in tutti gli atti influenti sulla nostra società, perchè le differenze economiche e sociali venissero superate.

I criteri di definizione proposti sono anzi caratterizzati da rozzezza ed uniformità; si definisce una soglia di reddito al di sopra e al di sotto della quale ci sono tutte le provvidenze o nessuna delle provvidenze. Ciò non solamente crea delle iniquità, come è stato osservato, ma è un atto poco credibile per la scarsa certezza del riferimento al reddito come fonte di valutazione delle condizioni economiche.

Ma quello che vorrei sottolineare è che si tratta di un atto veramente offensivo e regressivo, e come tale è stato valutato da coloro che ho incontrato e che ne hanno capito il significato; un principio regressivo rispetto a quello della mutualità, secondo il quale una persona che aveva lavorato una vita versando contributi, anche se si trovava in condizioni economiche di relativa povertà, era comunque un «avente diritto» alle prestazioni acquisite; non era colpa sua se i contributi erano scarsi o spesso addirittura non pagati. In particolare non è stata colpa delle donne che oggi sono anziane, pensionate sociali, se durante decenni il loro lavoro è stato prevalentemente non riconosciuto, sottoretribuito, nero, molto spesso. È questo lavoro femminile che ora viene particolarmente offeso, perchè molte donne verranno bollate con questa etichetta di povertà; è cosa grave in termini di principio anche perchè ad essa si aggiunge un altro elemento di iniquità: il fatto di utilizzare il sistema della valutazione dei redditi familiari nei termini proposti dal disegno di legge finanziaria costituisce un aggravamento del danno che viene in linea di principio portato alle donne; specialmente se lo si considera congiuntamente alla politica degli assegni familiari per il coniuge. Si creano in sostanza le condizioni perchè la donna si riconosca — o venga indotta a riconoscersi — in una funzione subalterna all'interno di un sistema familiare, nuovamente caricata di mille compiti misconosciuti. Da tale condizione le donne hanno lottato per liberarsi e co-

struire una propria diversa identità, con una maggiore autonomia. Credo che sia inaccettabile buttare a mare con un articolo di legge tutta una serie di lotte che le donne hanno combattuto perchè venisse riconosciuta, anche al di fuori del loro ruolo familiare — che non vuole essere negato in quanto è certamente sentito da molte persone — una posizione da rispettare.

Invece nella manovra complessiva che ci viene presentata si identifica di nuovo la famiglia come una camera di compensazione del disagio sociale e all'interno di questa situazione la donna sarà ancora una volta chiamata a pagare: minore accesso al lavoro, del resto già penalizzato, diminuzione dei servizi sociali, eccetera. Tra l'altro, vi è una contraddizione: nel momento in cui si teorizza, ma poi si pratica anche, una manovra che riporta la donna all'interno della famiglia, si penalizza la sua funzione materna, perchè la obblighiamo a pagare delle prestazioni specialistiche, tipicamente quelle ginecologiche e ostetriche, presso i consultori. Così la proposta di azione per la tutela della gravidanza non si sa bene dove va a finire, una volta che viene a costituire un onere economico per le interessate; tanto meno, suppongo, avrà possibilità di essere salvata la proposta per la creazione di servizi per la procreazione responsabile.

Non parliamo poi dei servizi per la persona, che vengono ridimensionati: l'assistenza infermieristica domiciliare viene relegata tra le prestazioni aggiuntive da tariffare, i servizi sono sottoposti in pratica a difficoltà gestionali di ogni genere attraverso i due strumenti che sono la politica del personale e la politica della sottostima del fondo sanitario.

Mi limito ora a parlare brevemente sulla politica del personale che non rientra nel titolo «sanità» ma si trova nell'articolo 5. Ho sentito — e questo è interessante — il punto di vista del relatore che propone di opporsi almeno a quella componente della manovra che impedisce le supplenze già deliberate da noi con la legge di sanatoria. Ma vi è una politica del personale più complessiva che viene ribadita in questa «finanziaria», per il terzo anno consecutivo. Non credo di ricordare male quando dico che la politica dei blocchi e delle deroghe ai blocchi delle assunzioni era stata definita come illegittima dalla Corte costituzionale o da un organismo affine di alto livello; se era accettabile come politica di emergenza, il fatto che si rinnovi di anno in anno la rende un meccanismo permanente e pertanto anche la sua caratteristica di provvedimento congiunturale finisce per cambiare. Sappiamo ad esempio che gli asili-nido sono finanziati, ma poi non vengono gestiti per carenze di personale; e non vediamo portare avanti nemmeno la proposta riflessione su una gestione sociale di questo servizio, anche in congiunzione con operazioni di volontariato, come già abbiamo proposto.

Di tutto questo si parla, ma in concreto si procede soltanto con il blocco del personale aumentando la rigidità del sistema di gestione dei servizi, contro la quale di fatto non vi è stata alcuna proposta alternativa utile.

Voglio poi fare un accenno alla politica di sottostima del Fondo: è stato osservato che il problema sussisteva già nel 1985 non come un problema di cassa, ma come un problema di competenza in quanto sarà molto difficile per le USL assumere impegni dal mese di ottobre in poi. Le cifre che ci vengono proposte per il 1986 sono purtroppo ancora riferite ad un Fondo precedentemente sottostimato. Non riesco a capire come si possa immaginare di creare una saldatura tra il fabbisogno, quantificato in 44.500 miliardi, nello stato di previsione del Ministero della sanità e quanto previsto nel disegno di legge finanziaria.

Esaminando la tabella 2 relativa al Ministero del tesoro ci rendiamo conto che per il 1986, come ha già rilevato il senatore Ranalli, è stata compiuta una curiosa operazione per quanto riguarda il Fondo sanitario, in base alla quale viene sottratta dal calcolo del Fondo stesso la cifra di 400 miliardi, che viene trasferita in un capitolo destinato al ripiano degli oneri derivanti da debiti pregressi. Tutto ciò è in contrasto con la legge n. 833.

Richiamo questi dati perchè a mio parere su di essi sono necessarie delle spiegazioni precise. Gli stanziamenti esistenti sono già largamente insufficienti, ma sono stati ulteriormente ridotti. Spero che questa riduzione sia configurabile come un errore correggibile.

Voglio infine rilevare che mentre si parla molto di sprechi, di inefficienze e di cattivo funzionamento della sanità, non si è mai parlato dello strumento principe che è essenziale per vedere più chiaramente nella qualità e nell'efficacia della spesa, cioè del progetto di contabilità per «centri di costo». Questo progetto potrebbe risolversi in un meccanismo avanzato; se ne è parlato molto, ma non è stato fatto nulla di concreto. Forse sarebbe necessaria una sperimentazione per realizzarlo, ma non essendo mai stato proposto, nessuno ha mai fatto qualcosa in proposito, nonostante siano ormai passati molti anni dalla riforma sanitaria. Ritengo che sia arrivato il momento di procedere in questa direzione, e in questo senso il mio Gruppo si propone di aprire una discussione con i senatori componenti la Commissione bilancio.

PRESIDENTE. Rinvio il seguito dell'esame dei disegni di legge in titolo alla prossima seduta.

I lavori terminano alle ore 13,20.

MERCOLEDÌ 16 OTTOBRE 1985

(Pomeridiana)

Presidenza del Presidente BOMPIANI

I lavori hanno inizio alle ore 16,25.

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)» (1504);

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988» (1505)

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986 **(Tab. 19)**

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)» e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988 — Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986 (Tab. 19)».

Riprendiamo l'esame dei documenti di bilancio sospeso nella seduta antimeridiana.

MERIGGI. Signor Presidente, signor Ministro, colleghi, le ultime notizie che abbiamo avuto probabilmente sposteranno l'interesse del dibattito politico sulla crisi di Governo, interesse che prevarrà anche su quello per la discussione del disegno di legge finanziaria. Questa crisi, a nostro parere, è esplosa per le contraddizioni esistenti all'interno della maggioranza ed è imputabile non solo alle divergenze sui temi di politica internazionale, ma anche a quelle sulle questioni interne, non ultima la questione della sanità. A questo proposito credo sia sufficiente ricordare la minaccia di dimissioni fatta dal ministro Degan a causa del contenuto del disegno di legge finanziaria e le polemiche sorte sugli assetti istituzionali delle USL. Il mio intervento, comunque, non sarà influenzato da queste vicende, con la speranza che questo dibattito non resti una semplice esercitazione accademica. Farò il mio intervento, cioè, dicendo le stesse cose che avrei detto stamane, anche se non so quale Governo rappresenti il Ministro in questo momento.

Ho preso la parola perchè il mio interesse è stato particolarmente stimolato da quanto ha detto stamane la senatrice Colombo Svevo. Infatti condivido il suo inter-

vento per l'impostazione logica che l'ha ispirato e credo che esso potrebbe essere un valido terreno di confronto per trovare le giuste soluzioni dei nostri problemi. La senatrice Colombo Svevo ha tentato di dare dignità culturale, oltre che politica, alla proposta contenuta nella «finanziaria» 1986, che risente di un'impostazione puramente contabile e che rischia di avere pesanti ripercussioni negative sui cittadini più deboli e sui lavoratori. Il mio perciò non sarà un intervento polemico; anzi tenterò di aggiungere alcuni elementi utili alla discussione. Sarà un intervento schematico che tenderà a sottolineare alcune questioni particolari, in armonia con quanto detto dai senatori del mio Gruppo, da quelli della Sinistra indipendente e da parte di alcuni senatori della maggioranza. Infatti già altri prima di me hanno affrontato in maniera organica questi argomenti.

Anzitutto voglio richiamare il Fondo sanitario nazionale. Concordo con coloro che hanno affermato che è importante, anzi indispensabile, disporre di dati certi ed ufficiali nel campo sanitario, cosa che purtroppo non avviene. Abbiamo addirittura assistito al «balletto» delle cifre con le divergenze tra il ministro Goria ed il ministro Visentini, cioè abbiamo assistito ad una polemica sulla natura effettiva del bilancio dello Stato. Questa polemica, a mio parere, non potrà che risolversi in conseguenze negative per i lavoratori, soprattutto in relazione alle aliquote IRPEF. Per quanto riguarda in maniera specifica il Fondo sanitario nazionale debbo dire che il Servizio non è un «pozzo senza fondo», una «voragine» in cui si perde ogni stanziamento o addirittura la causa determinante del *deficit* che ha ormai assunto dimensioni insostenibili, come una certa campagna di stampa ha cercato di dimostrare.

Voglio ancora una volta ricordare le cifre che tutti conoscono: il debito pubblico per il 1986 è stimato in 700.000 miliardi; considerando valide le cifre fornite dal ministro Goria per quanto riguarda il non pareggio del bilancio 1986, si pagheranno ben 70.000 miliardi di interessi sul debito pubblico per BOT, CCT, eccetera. Questa cifra è sicuramente superiore a quanto si stima di incassare con l'IRPEF.

Vorrei parlare ora dei dati che riguardano più strettamente il Servizio sanitario nazionale. Da questi dati emerge che il Servizio stesso è alimentato da contributi dei datori di lavoro e dei cittadini che versano 18.291 miliardi, a cui si aggiungono un'integrazione dello Stato pari a 9.348 miliardi e una fiscalizzazione di circa 9.700 miliardi. Da questi dati perciò risulta evidente che solo una minima parte delle spese necessarie alla sanità è sostenuta dal bilancio dello Stato; la maggior parte di queste spese viene addossata ai cittadini.

Permettetemi a questo proposito una facile battuta: mentre si parla di inasprimento dei *tickets* su alcuni farmaci, come già altri colleghi hanno denunciato, vengono fiscalizzati oltre 9.000 miliardi di contributi. Come ha già affermato il senatore Donat-Cattin, queste scelte fanno pagare agli utenti per due volte lo stesso servizio e certamente non mirano a risanare il *deficit* dello Stato. Addirittura se il servizio non funziona e si deve ricorrere al privato molto spesso una stessa prestazione è pagata tre volte dall'utente. Infatti si paga una prima volta con i contributi, si paga successivamente con i *tickets* ed infine si paga per ottenere effettivamente la prestazione da un laboratorio privato o convenzionato.

Vi è comunque un dato che smentisce la campagna denigratoria in atto: la spesa prevista per il Servizio sanitario nazionale è inferiore o tutt'al più comunque è pari al 6 per cento del prodotto interno lordo. Perciò l'Italia spende per il settore sanitario molto meno di altri Paesi europei.

Con ciò non voglio assolutamente difendere questa previsione di spesa e non intendo affermare che deve essere congelata la situazione esistente. Infatti conosciamo gli sprechi, le distorsioni, le storture del Servizio sanitario nazionale. Noi abbiamo denunciato e denunciamo questa situazione e ci sentiamo impegnati alla testa di una battaglia per risanare questo settore, nell'ambito di un più vasto movimento di risanamento dei settori pubblici. Non dobbiamo infatti dimenticare come funzionano

gli uffici pubblici. Troppo spesso il cittadino è costretto a subire dei gravissimi disagi per le inefficienze di tutti i servizi pubblici, compresi i servizi comunali. È perciò necessario risanare il settore pubblico e questo compito deve spettare a tutte le forze politiche. Il Gruppo comunista intende impegnarsi per affrontare tali questioni.

Se si vuole effettivamente porre rimedio alla situazione esistente non si può fare a meno di domandarsi se la strada da seguire deve essere quella dei tetti di spesa o quella della sottostima dei bisogni, strada che già da anni viene percorsa. Noi crediamo che la soluzione non sia nel percorrere questa strada; per quanto riguarda la sanità noi riteniamo che la strada giusta sia un'altra, esattamente quella indicata negli interventi dei senatori del mio Gruppo, cioè l'attuazione del piano sanitario nazionale, la riorganizzazione dei servizi, l'aggiornamento e la qualificazione della professione dei medici e la loro responsabilizzazione in questo settore. Purtroppo, presi sempre dal contingente, non si ha la volontà politica — forse bisognerebbe dire la capacità — di affrontare i problemi in questa logica. Si forniscono perciò sempre piccole risposte, troppo spesso inique e sbagliate, a questi grandi problemi, compromettendo sempre di più la già precaria situazione esistente.

Voglio soffermarmi ora sulla questione dei comuni. È stato affermato che con queste norme i comuni potranno operare in maniera non «effimera». Non voglio assolutamente essere polemico, ma penso sia sufficiente fare l'esempio della provincia di Pavia per renderci conto della situazione esistente. Nella provincia di Pavia vi sono cira 500.000 abitanti. Essa comprende 190 comuni, di cui solo 12 superano i 5.000 abitanti, mentre la maggior parte di essi non arriva a superare i 1.500 abitanti. In questa provincia non si è operato in modo effimero, anzi ritengo che le iniziative culturali realizzate siano valide e necessarie. Se gli enti locali non riuscissero a portare avanti iniziative di questo tipo la vita del cittadino peggiorerebbe, permettetemi di dirlo.

Con l'impostazione contenuta nel disegno di legge finanziaria, che pone a carico dei comuni il pagamento delle quote di coloro che hanno diritto all'esenzione assistenziale, si compie un passo indietro, ignorando anche quei contenuti culturali del movimento democratico che ha voluto superare le forme più negative di assistenzialismo, istituendo ancora una volta l'elenco dei poveri di antica memoria, cosa veramente inammissibile. Ma, al di là di questi aspetti, si crea un arretramento culturale e civile con questa innovazione; inoltre, i nuovi carichi non potranno essere sostenuti da molti piccoli comuni agricoli — ne conosco parecchi — dove presumibilmente vivono numerose persone appartenenti alle categorie considerate al di sotto della soglia della povertà, quindi esenti dal pagamento. Questi comuni risentiranno notevolmente della situazione che si verrà in tal modo a creare e non sarà sufficiente istituire un'imposta comunale per porvi rimedio, anche perchè non è ancora chiaro come quest'ultima verrà impostata. Pensiamo inoltre al contenzioso che si creerà nei rapporti tra farmacie, USL e comuni, perchè quando questi ultimi si troveranno in difficoltà nel dover sborsare determinate somme vi saranno delle conseguenze negative. Quindi riteniamo questa impostazione arretrata e inaccettabile in quanto non va certo a favore di quello che è lo spirito delle autonomie locali.

Con l'articolo 24 si inserisce un nuovo principio che modifica radicalmente — secondo me in senso peggiorativo — la situazione attuale: non si considera più il reddito individuale, ma quello del nucleo familiare. In teoria tale principio sarebbe accettabile, ma solo se inserito in un quadro di riorganizzazione e di seria riforma dell'assistenza, riforma che noi riteniamo necessaria e inderogabile se si vogliono dare delle risposte valide a molti problemi, in particolare a quelli degli anziani, degli handicappati, dei tossicodipendenti, problemi che ancora non si sa come affrontare. Solo così si giungerà probabilmente a contenere la spesa con risultati senz'altro maggiormente positivi rispetto a quelli attuali,

perchè oggi si spende molto denaro, ma con risultati quasi nulli. Comunque, per accettare quel principio è necessario, secondo me, studiare dei parametri che diano delle risposte giuste e non creino drammi nelle famiglie, come ne creerà questa «finanziaria 1986» se non verrà modificata. Se non erro il grafico previsto in questo provvedimento è lo stesso che ha preso in considerazione Gorrieri nella sua indagine sulla povertà. Gorrieri calcolava che al di sotto di un certo reddito familiare vi è la povertà; io aggiungo che vi è la «disperazione». Sono convinto che egli con questa affermazione non intendesse dire che subito al di sopra di quel certo reddito vi è la ricchezza o comunque il benessere, mentre al di sotto (anche di poche migliaia di lire) vi è la povertà.

Quello previsto dal disegno di legge finanziaria è un sistema meccanico di esclusione creato forse da un ragioniere con scarsa fantasia. Voglio provare ad immaginare quello che può accadere a due persone anziane con una pensione minima: prima di questa innovazione erano esenti entrambi; ora, invece, che viene preso in considerazione il reddito familiare, non è esente nessuno dei due. Un altro esempio è costituito da quelle famiglie che hanno a carico una persona anziana o un ammalato cronico: esse naturalmente tenderanno ad espellerli dal nucleo familiare in quanto finiscono per incidere notevolmente sul bilancio familiare. La conseguenza sarà un incremento del ricorso all'ospedalizzazione, ed inoltre un incremento del lavoro nero, perchè le famiglie devono ricorrere a tutti gli espedienti per ottenere in modo più o meno lecito delle agevolazioni. Inoltre, per non incappare in questa norma dell'articolo 24, si giungerà persino alla divisione di molti nuclei familiari, ma questo probabilmente risulterà solo all'anagrafe.

Sono inserite in questo provvedimento delle norme punitive e inaccettabili come ad esempio quelle dei commi 6 e 7 dell'articolo 24. Vorrei che ognuno di voi pensasse — in modo particolare il Governo — a cosa si andrebbe incontro con l'attuazione di queste norme. Vi porto l'esempio di una povera persona anziana perchè è forse l'immagine più patetica della nostra società: se questo cittadino, volutamente o meno, dichiara un reddito inferiore solo di qualche migliaio di lire per poter usufruire dell'esenzione, oppure se sbaglia nel copiare le cifre riportando ad esempio un 3 anzichè un 8, potrebbe venire arrestato o, se gli va bene, pagherebbe solo 3 milioni di multa, che tra l'altro non so come potrebbe pagare avendo una misera pensione. A questo punto mi permetto di fare una battuta di spirito: forse va meglio agli invalidi perchè se questi dovessero omettere qualcosa sulla dichiarazione dei redditi del nucleo familiare perderebbero solo il beneficio, salvo che non vi sia una sommatoria di norme per cui oltre a perdere il beneficio incapperebbero nelle «ire» dell'articolo 24 e verrebbero anche arrestati. Dunque non so se sia questa la strada giusta per sanare il bilancio. Qualcuno addirittura scherzosamente aveva proposto di presentare degli emendamenti nel senso di aumentare la pena fino all'ergastolo, dando in tal modo la possibilità a queste persone di essere mantenute a vita; potremmo così costruire delle prigioni sul genere degli istituti per anziani. Scusate comunque le battute di spirito su una questione così grave.

Io mi domando dove può portare una logica di questo tipo e mi domando anche, ammettendo che si voglia insistere in questo tipo di innovazione, perchè non sia possibile studiare un'adeguata curva di applicazione delle prestazioni sanitarie che eviti le ingiustizie a cui sicuramente si andrà incontro se vengono applicate le norme proposte dal Governo, perchè non si può dire che si è esenti al cento per cento al di sotto di un certo reddito e che invece si deve pagare il cento per cento se questo reddito viene superato di sole lire 1.000. Si potrebbero creare, ad esempio, cinque fasce con uno scatto del 20 per cento di contribuzione per ogni fascia; questo non sarebbe per noi un sistema ideale, ma comunque già sarebbe più valido.

Un'altra considerazione, infine, è che i cittadini, di fronte ad una situazione finanziaria come la nostra — che è obiettiva-

mente grave, ma che ha cause estranee al sistema sanitario — sarebbero anche disponibili a fare dei sacrifici e a dare il loro contributo per risanare in qualche modo il nostro bilancio, ma solo a certe condizioni, perchè se questo sacrificio deve essere caricato solamente e sempre sulle stesse categorie allora il discorso diventa inaccettabile. Diversamente sarebbe se si trattasse di sacrifici, magari anche impopolari, ma necessari, per raggiungere degli obiettivi.

Io credo che questa volta le scelte che vengono proposte con la «finanziaria 1986» siano scelte ingiuste, che non condurranno ad alcun risultato, ma porteranno invece a peggiorare le condizioni di vita dei cittadini e dei servizi erogati. Si tratta quindi di sacrifici che non hanno nessun fine e per queste ragioni, secondo noi, sono scelte inaccettabili che vanno profondamente modificate.

ROSSI. Signor Presidente, ribadirò qui alcune linee, alcuni indirizzi che ci hanno guidato, ci guidano e ci guideranno a prescindere dalle collocazioni, perchè ci sono alcune linee di fondo che attengono ad una elaborazione non congiunturale o momentanea, ma che ha una sua validità quali che siano le collocazioni parlamentari nelle quali una forza politica si trova.

Voglio dire subito che c'è una strategia, un calendario, un ordine del giorno, un complesso di provvedimenti che noi abbiamo concordato qui in Senato, che hanno trovato larghe convergenze almeno come strumenti — fatte salve le divergenze che c'erano sui contenuti — e che rimangono punto di riferimento per misurarci sulla questione della sanità. Mi riferisco all'approvazione definitiva del piano sanitario nazionale, che consideriamo strumento di riferimento essenziale oltre che di vincolo per le strutture che devono operare nel campo della sanità; ci riferiamo alla legge pluriennale per il finanziamento della sanità con quelle precisazioni doverose, forse anche superflue da fare, e cioè che una legge pluriennale di finanziamento di un settore, anche se fondamentale e importante come questo, non può non subire quelle che sono le esigenze in aumento o in diminuzione della congiuntura sul piano finanziario. In una situazione precaria di bilancio naturalmente è difficile ipotizzare che ci siano settori esclusi da eventuali ridimensionamenti; in situazioni migliori il settore della tutela della salute deve restare uno dei settori da guardare con occhio e con impegno particolari.

Voglio ancora aggiungere che in questa ottica, avendo affrontato problemi che oggi sono inseriti nel disegno di legge finanziaria in alcuni suoi articoli, ma che sono parte del piano sanitario, e avendo la fondata speranza che il piano sanitario possa trovare una sollecita e definitiva approvazione, noi conveniamo (e mi sembra che il Ministro si sia dichiarato disponibile in questo senso) sulla possibilità di stralciare dalla «finanziaria» la parte che riguarda la ristrutturazione ospedaliera e quella parte che invece è già compresa nel piano sanitario e che tale deve restare. Vorrei aggiungere che in quest'ottica noi mettiamo un'enfasi particolare sul fatto che per portare avanti concretamente — non sappiamo con quanta difficoltà — la ristrutturazione ospedaliera sarà necessario rivedere le norme sulla mobilità del personale che noi consideriamo inadeguate nonostante qualche passo in avanti che si è fatto con l'ultimo contratto. Senza mobilità è difficile ipotizzare una ristrutturazione ospedaliera che risponda a quelle esigenze che tutti riconosciamo per riequilibrare non soltanto le strutture, ma la stessa spesa *pro capite* che è legata in gran parte a quello che sapremo fare nel settore ospedaliero.

Il relatore, nella sua esposizione puntuale e precisa, ci forniva gli ultimi dati del servizio informativo ed evidenziava che purtroppo questa forbice relativa alla spesa tende ad allargarsi, e noi sappiamo quanto incide la diversa quantità di strutture ospedaliere e sanitarie che hanno le differenti regioni nella spesa definitiva *pro capite* a consuntivo.

Voglio, ripeto, ribadire che questo costituisce un impegno per tutte le forze politiche che in questa strategia ed in questo complesso di misure mi sembra si siano ri-

conosciute durante il dibattito svoltosi sul piano sanitario qui in Senato, al di là delle divergenze che potevano esserci su quel punto. Questo rimane un nostro punto di riferimento, questo rimane l'impegno nostro sul quale ci muoveremo intorno ai vari provvedimenti: di essi vorrei richiamare soltanto quello sulla riforma delle USL, la piccola riforma delle USL, per la quale esprimiamo il rammarico che non si sia ancora riusciti a varare un testo definitivo. Ci sembra un'esigenza non più rinviabile. Le amministrazioni comunali che sono sorte dopo le ultime elezioni o che sono, sia pure lentamente, in via di formazione, hanno necessità di sapere qual è il quadro delle USL, quali devono essere non solo le loro competenze fondamentali, ma anche la composizione degli organi che le devono gestire. Auspichiamo pertanto che venga fatto uno sforzo per arrivare sollecitamente a definire questa piccola riforma delle USL. Il nostro impegno al riguardo, come ricorderete, fu totale, al di là di alcune riserve che vennero mosse o anche di alcune divergenze che esistevano rispetto a determinati punti del provvedimento: noi rimaniamo fermamente convinti che occorre avere un provvedimento definitivo prima che si proceda al rinnovo dei comitati di gestione delle USL, diversamente questi si formeranno e la riforma, quando interverrà, non sarà immediatamente operativa e le strutture oggi esistenti probabilmente saranno prorogate fino alle successive elezioni. Questa non ci sembra una soluzione auspicabile nè tanto meno accettabile. Quindi facciamo un appello affinchè, essendo una questione che interessa tutte le forze politiche che partecipano in un modo o in un altro alla gestione delle USL e che hanno comunque a cuore il funzionamento di queste strutture, si arrivi sollecitamente al varo di questa mini-riforma delle USL.

Voglio aggiungere brevemente alcune cose sugli articoli del disegno di legge finanziaria che riguardano la sanità. Premesso e precisato che siamo per lo stralcio, come del resto abbiamo ribadito anche in occasione di incontri e riunioni qui in Senato, di quegli articoli o parte di essi che riguardano il piano sanitario e la ristrutturazione ospedaliera, sono d'accordo di togliere dalla «finanziaria» tutto quello che è trattato dal piano sanitario.

IMBRIACO. Non si tratta solo dell'articolo 26, allora.

ROSSI. Non ci pare opportuno, nel momento in cui il piano sanitario nazionale sembra arrivato ad un punto di approvazione definitiva, trattare di nuovo argomenti su cui abbiamo convenuto di comune accordo già in quella sede. Inserirli in alcuni articoli del disegno di legge finanziaria rappresenterebbe infatti, a nostro avviso, solo un inutile doppione. Faremo insieme la verifica di quelle parti che è opportuno stralciare e di quelle che invece devono rimanere: non ci sottraiamo a questo discorso.

Rispetto ad altri articoli, vorrei svolgere alcune considerazioni sulla filosofia che secondo noi deve guidare il criterio delle esenzioni. Siamo stati e siamo contrari all'idea di suddividere gli italiani in due, tre o quattro fasce. Per noi vi è una distinzione sola, a tutti gli effetti e non solo per la sanità: c'è la fascia dei poveri, di coloro che si trovano in condizioni di effettivo bisogno, e quella degli altri cittadini. Sotto questo profilo, a nostro avviso, è necessario mettere ordine nella legislazione, sia in materia sanitaria sia per quanto riguarda altri settori. Non è ammissibile che vi siano normative totalmente divergenti e discordanti fra di loro a seconda che si parli di esenzioni per la scuola, di trattamenti integrativi dello Stato rispetto alla previdenza, di esenzioni da certi provvedimenti nel settore della sanità.

Siamo dell'avviso che a questo riguardo occorre mettere ordine nel settore dandoci dei punti di riferimento precisi, per quanto possibile. Quando si tratta di materie, sia di un ramo che di un altro, che hanno grosso modo le stesse finalità non possono esserci differenze di trattamento, ad esempio tra i percettori di prestazioni sanitarie ed i percettori di prestazioni previdenziali, se siamo nel campo del bisogno e quindi

di servizi, di prestazioni gratuite o di esenzioni da determinati pagamenti. Ripeto, riteniamo che sia necessario mettere ordine in tutta questa materia, altrimenti rischiamo di creare un meccanismo ingovernabile, che presupporrebbe l'esistenza di un sistema di misurazione del reddito di cui non disponiamo, stante ancora qualche fascia di evasione, e che implicherebbe un costume a livello fiscale che non sempre c'è, anche se con questo non voglio dire che non ci sia affatto. Non vorremmo introdurre dei meccanismi che diventino uno stimolo a dichiarare qualcosa di meno per beneficiare di alcuni vantaggi accordati ad una determinata fascia sociale. In questo senso, quante più sono le fasce tanto più è possibile lo stimolo all'evasione di almeno una parte del reddito.

Un'ultima questione riguarda gli articoli 28, 29 e 30. Noi non abbiamo sottovalutato alcune novità che sono presenti per cercare di commisurare le prestazioni anche alle possibilità di spesa esistenti in un momento congiunturale difficile, con una finanza disastrata come la nostra.

La domanda che ci poniamo è se c'è la possibilità di operare efficacemente con le norme contenute negli articoli citati, se cioè abbiamo garanzie sufficienti, allo stato, affinchè trovino attuazione tali norme, le quali introducono innovazioni che, a nostro avviso, non comportano lo smantellamento dello Stato sociale, della legge fondamentale che ha creato il servizio sanitario nazionale (legge 23 dicembre 1978, n. 833), la quale resta intatta nei suoi princìpi fondamentali, sia pure con alcune correzioni. Credo che in una materia così complessa e delicata, a 7-8 anni dalla prima applicazione della legge, introdurre qualche correzione sia indispensabile per migliorare la qualità del servizio e per eliminare sprechi laddove ci sono stati, e sono tanti. Non pensiamo che il Servizio, così come è stato concepito dalla legge n. 833, debba essere ribaltato (questa non è la nostra posizione e non lo è mai stata); siamo però favorevoli ad introdurre quelle modifiche che consentono — ripeto — di equilibrare meglio il funzionamento del servizio nelle diverse regioni, di eliminare gli sprechi e — perchè no? — di apportare anche quelle limitazioni ad alcune prestazioni non fondamentali, marginali, che una determinata situazione finanziaria può suggerire.

Detto questo, credo di non dovere in sede di discussione generale entrare di più nei particolari. Voglio soltanto ribadire — mi si consenta — una considerazione di carattere generale che facevo la settimana scorsa nel mio intervento alla Commissione lavoro e che desidero ripetere qui in Commissione sanità. Si tratta quindi di un rilievo dettato non da avvenimenti contingenti, ma da un orientamento di fondo che abbiamo espresso in tutti i momenti e in tutte le sedi, quando abbiamo affrontato le questioni relative alla «finanziaria» per il 1986.

Il rilievo è il seguente. Posto che non vogliamo contraddire quello che abbiamo detto poco fa a proposito, per esempio, di stralcio dalla «finanziaria» delle parti riguardanti la ristrutturazione, visto che c'è un piano sanitario che affronta questi problemi in modo più ampio e più completo, sappiamo bene che, se non intendiamo far diventare la «finanziaria» un *omnibus* nel quale salga tutto quello che ognuno desidera, se vogliamo risanare la finanza pubblica, dobbiamo agire, oltre che attraverso la «finanziaria», anche attraverso la modifica dei meccanismi automatici di spesa. Questo è un discorso che riguarda un complesso di interventi e di norme che, se non modificati, determinano una dilatazione automatica della spesa pubblica. Sappiamo che ciò ha prodotto nella previdenza (e lo ribadisco ancora una volta) il disavanzo più grosso che abbiamo nei settori di spesa: a legislazione invariata, arriveremo a 38.000 miliardi di fabbisogno per la previdenza, cioè per l'INPS (si tratta di cifre e di dichiarazioni ufficiali del Ministro del lavoro). Una situazione del genere è insostenibile innanzitutto per chi deve gestire l'INPS. Tale disavanzo ormai supera un terzo del disavanzo complessivo dello Stato, compresi gli interessi passivi. Se togliamo la posta relativa agli interessi passivi,

si può affermare che la previdenza da sola costituisce la voce di gran lunga superiore a tutte le altre.

La sanità per fortuna non è in queste condizioni: se facciamo il confronto tra i contributi pagati dai cittadini e la spesa indubbiamente c'è un disavanzo, ma non è di tali dimensioni. Però quello che ci preoccupa — l'ho detto altre volte — nella sanità sono queste divaricazioni che il sistema, il meccanismo ha prodotto, gli sprechi che si verificano. Il relatore ed il Ministero ci hanno fornito i dati relativi a tale fenomeno, che credo debba preoccupare tutti quanti. In questo senso noi intendiamo che il complesso di strumenti di cui abbiamo parlato (il piano sanitario che indica i parametri ed i punti di riferimento, la ristrutturazione ospedaliera con relativa mobilità del personale, la piccola e soprattutto la grande riforma delle unità sanitarie locali) debba consentirci di realizzare certamente il miglioramento delle prestazioni e dei servizi, ma anche l'eliminazione degli sprechi che ci sono ed un contenimento controllato della spesa. Quello che a noi preoccupa di più nel sistema sanitario è proprio il fatto che esso è estremamente difficile da controllare. Mentre modificando alcune leggi tutto sommato riusciamo, sempre che lo vogliamo, a controllare meglio la spesa previdenziale perchè è decisa e gestita dal centro, la spesa sanitaria, essendo decentrata (e con questo, sia chiaro, non voglio attentare all'autonomia del sistema, alla struttura che ci siamo dati) è più difficile da controllare, al fine non soltanto di contenerla, ma anche di indirizzarla verso quegli obiettivi che sono propri del piano. L'ho detto fino alla noia quando abbiamo discusso al piano: nel momento in cui ci diamo una programmazione, credo che la prima cosa che debba interessare tutti noi sia predisporre gli strumenti per orientare la spesa verso gli obiettivi della programmazione. Saremmo però dei demagoghi (anche se personalmente ritengo che nessuno di noi lo sarà) se pensassimo che i problemi della spesa, in una situazione di disavanzo come quella italiana, non continueranno a sussistere tutti gli anni in sede di legge finanziaria. Se noi riusciamo ad affinare gli strumenti a nostra disposizione potremo indirizzare meglio la spesa e nello stesso tempo, quando sarà necessario, operare dei tagli alla spesa stessa senza penalizzare nessuno, in particolare senza penalizzare i più bravi e responsabili.

Queste sono le cose che volevo dire e su questo ci confronteremo in concreto. Ribadisco comunque che vi sono delle riserve sul disegno di legge finanziaria che spero potranno essere superate attraverso una riformulazione di alcune parti del testo.

SELLITTI. Signor Ministro, onorevoli colleghi, i disegni di legge di bilancio e finanziaria offrono l'occasione per rifare il punto sullo stato della legislazione sanitaria e della sua attuazione, per riconsiderare quindi, anche al di là dei meri dati quantitativi e delle soluzioni tecnico-finanziarie che i documenti di bilancio propongono come interventi di più immediata portata, le misure previste a regime in questo delicato settore d'intervento.

Come ampiamente hanno fatto rilevare prima di me il relatore, senatore Melotto, il senatore Muratore e gli altri oratori che sono intervenuti nel dibattito, le misure proposte che più sollevano interesse e perplessità e che richiedono una più attenta analisi sono contenute proprio nel disegno di legge finanziaria. Più scontato e pacifico e, in un certo senso, in linea con l'impostazione che è andata assumendo la nuova politica sanitaria, alla luce delle norme del piano sanitario nazionale che recentemente il Parlamento ha approvato, è il disposto della tabella 19, relativa allo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità, formulata nella prescritta versione a legislazione vigente, che comprende solo parte, peraltro quantitativamente marginale, della spesa diretta al comparto sanitario. Il Fondo sanitario nazionale, in quanto costituito da trasferimenti alle Regioni, viene contabilizzato in altro stato di previsione e pertanto è formalmente al di fuori di quanto oggi è all'esame della Commissione.

La valutazione politica cui ogni decisione del Parlamento deve ispirarsi abilita tutta-

via a riprendere quelle argomentazioni che, nonostante sembrino apparentemente estranee alla tabella, sono certamente calzanti con le questioni che in questa sede stiamo esaminando per la connessione che hanno con la programmazione nazionale della spesa. Quanto ai contenuti della tabella, su cui è scontato il voto favorevole del Gruppo socialista, essi sembrano in linea con le esigenze sia generali che particolari più volte espresse dal Governo. Al contenimento della espansione della spesa, che rappresenta la regola estesa a tutte le Amministrazioni per frenare l'incontrollata crescita della spesa pubblica, si accompagnano infatti i maggiori stanziamenti finalizzati ad alcuni servizi volti ad assicurare il fisiologico potenziamento delle strutture esistenti. In particolare, come è stato possibile verificare nel corso di questo stesso dibattito svoltosi per l'approvazione della legge concernente disposizioni programmatiche in materia sanitaria, i ritardi nella emanazione di chiari indirizzi operativi sono stati spesso dovuti alla mancanza di servizi statistici di supporto degli uffici di programmazione, in grado di dare copertura amministrativa alle decisioni di politica sanitaria.

La costituzione del servizio informativo sanitario, l'avvio del suo recente funzionamento ed ora le maggiori disponibilità per il suo potenziamento, previsti dagli stanziamenti della tabella 19, costituiscono un esempio di come il sistema di supporto delle politiche e delle azioni nazionali in materia di assistenza sanitaria vada progressivamente adeguandosi ai compiti incombenti soprattutto in materia di distribuzione e controllo di efficienza dei finanziamenti.

Il processo di aggiornamento degli istituti e di fissazione degli indirizzi che regolano l'erogazione dei servizi di tutela della salute, anche se ha dovuto scontrarsi con le numerose difficoltà di ordine politico-parlamentare che hanno condizionato tutta l'attività legislativa di questi ultimi anni, è proseguito dal 1978 ad oggi praticamente senza soluzione di continuità. Alle critiche sul funzionamento delle strutture sanitarie sono state date, infatti, via via quelle risposte che la situazione consentiva di formulare sia in termini di governo della spesa, sia in termini di riforma delle strutture stesse. Non si possono quindi condividere le critiche che in questo momento vengono sollevate dall'opposizione sulla sostenuta incongruenza delle misure contenute nel disegno di legge finanziaria rispetto agli indirizzi dati dalla recente legge di programmazione sanitaria 1986-1988.

Le misure previste dai due provvedimenti e contenute quindi in contesti normativi autonomi, quali sono, da un lato, la «finanziaria», che persegue finalità di politica economico-finanziaria generale, e, dall'altro, la legge di programmazione sanitaria, che individua invece obiettivi settoriali di carattere organizzativo e strutturale di tipo reale, non presentano quel grado di incoerenza che è stato denunciato. Al contrario, opportunamente ritoccate, con il costruttivo contributo critico delle discussioni parlamentari che normalmente si ottiene in sede di approvazione, le norme della «finanziaria» potranno sicuramente costituire disposizioni di supporto al perseguimento degli obiettivi indicati dal piano sanitario nazionale.

In linea generale sappiamo che il settore sanitario, purtroppo, è destinato a marciare tra molte difficoltà. Come già altri oratori hanno ricordato, gli scompensi che si registrano derivano da una molteplicità di cause, che vanno dal ruolo del personale alle scarse capacità organizzative degli amministratori, che coinvolgono una pluralità di soggetti istituzionali, dallo Stato centrale alle amministrazioni periferiche, e che pertanto non sempre è facile rimuovere. L'importante è cogliere in ogni cambiamento che si realizza il segno di un passo in avanti, e ciò anche se le difficoltà obiettive sopraggiunte e l'abuso praticato da molti nello sfruttamento del servizio pubblico hanno indotto purtroppo a restringere il campo di tutela sanitaria originariamente previsto nel 1978.

I segni di un diverso funzionamento degli stessi organi ministeriali, che l'esame della tabella ha dato occasione di verifica-

re, lasciano ben sperare nel miglioramento dei livelli dell'organizzazione di assistenza e, soprattutto, di prevenzione delle malattie che tutti noi ci aspettiamo, anche ai fini di un trattamento dei cittadini equo ed efficiente su tutto il nostro territorio nazionale.

PRESIDENTE. Nel concludere questa discussione generale, e prima di passare la parola al relatore, che ringrazio ancora una volta, perchè possa svolgere la sua replica ed al Governo per le valutazioni politiche generali, consentitemi di fare alune considerazioni.

Voglio anzitutto ringraziare tutti i membri della Commissione che con ben 14 interventi hanno voluto dare un sostanzioso contributo alla nostra discussione. Credo comunque sia opportuno sottolineare alcuni elementi di carattere generale.

Prima di tutto, voglio ricordare che è opinione comune — in sede parlamentare — che il disegno di legge finanziaria non possa essere utilizzato per modificazioni istituzionali del Servizio sanitario nazionale. Mi sembra che questo sia stato affermato da tutti in maniera concorde. La base della legge n. 595 del 1985 «Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario nazionale 1986-1988», deriva proprio dalle modifiche alla legge finanziaria 1984 proposte nel 1983 dalla nostra Commissione. Il metodo da noi adottato si dimostra perciò operativo e ritengo possa essere seguito anche in questa occasione; non oltre quei limiti, però, indicati dal relatore, perchè altrimenti si rischia di stravolgere il «contenuto finanziario» reale del disegno di legge che stiamo esaminando.

Vi è poi un secondo punto: nel presentare ai colleghi parlamentari delle altre Commissioni (in particolare a quelli della 5ª Commissione) ed anche all'opinione pubblica i provvedimenti finanziari che incidono nel settore della sanità, ritengo sia importante sottolineare la necessità di perseguire con fermezza l'opera complessa di revisione del Servizio sanitario nazionale, che già da qualche tempo è stata intrapresa e che comporta una serie di interventi legislativi sui quali è stata già richiamata abbondantemente l'attenzione anche in questa discussione generale.

Desidero esprimere la mia opinione sui punti che a me sembra più urgente affrontare.

Anzitutto, è necessario giungere in tempi brevi alla sollecita definizione, da parte dell'Assemblea, del disegno di legge sulla disciplina delle scuole di specializzazione in medicina, che prevede anche norme particolari di accesso ai corsi di diploma diretti a fini speciali nel settore sanitario e nei corsi di laurea in medicina e chirurgia ed a quelli in odontoiatria, nonchè la programmazione del numero degli specialisti e di modelli formativi compatibili con gli *standards* della Comunità economica europea. Queste norme — lo abbiamo riconosciuto tutti — mettono sotto controllo, sia pure non a breve termine, quelli che vengono chiamati gli ordinatori di spesa; inoltre tendono a migliorare la qualità della formazione medica per adeguarla finalmente ad uno *standard* europeo. A mio parere è opportuno un provvedimento sostanziale ed esigente in questo senso; invece, (lo devo dire con molta franchezza perchè ha suscitato in me delle perplessità), ho constatato che nel disegno di legge finanziaria non è prevista una copertura del provvedimento, a partire dal 1986. Bene ha fatto la Commissione pubblica istruzione del Senato nella seduta del 9 ottobre scorso a richiamare l'attenzione su tale questione e a richiedere i necessari provvedimenti di correzione del bilancio. È nostro dovere, dunque, insistere anche come Commissione sanità su questo punto, nel rapporto che invieremo alla 5ª Commissione, per la parte naturalmente di nostra competenza.

Reputo necessario, inoltre, riprendere e condurre sollecitamente a termine la discussione dei provvedimenti di riforma organica dell'assetto delle USL sui quali abbiamo già ascoltato la relazione introduttiva del senatore Melotto. È un passaggio cruciale per quanto riguarda la sanità ed è avvertito nel suo valore sia intrinseco che emblematico non solo dagli operatori del settore e da molti parlamentari, ma anche

dall'opinione pubblica in generale. Spero che la situazione politica attuale ritrovi il suo giusto equilibrio, in modo che la Commissione riprenda al più presto l'esame dei provvedimenti di riforma suddetti, dato che non comportano oneri finanziari a carico del bilancio dello Stato, nè riduzione di entrate. Credo sia auspicio di tutti giungere, al termine della discussione generale, alla costituzione di un comitato ristretto incaricato di studiare in profondità; accorpare i testi presentati su questa materia. Questo per quanto riguarda i provvedimenti a breve scadenza.

Vi sono poi le difficoltà da tempo individuate nel funzionamento del settore sanitario, conernenti l'organizzazione inadeguata del Ministero della sanità; il collegamento difettoso Ministero-Regioni; la mancata ristrutturazione degli ospedali — già prevista nella legge finanziaria 1985 — che mi auguro trovi con l'approvazione del piano sanitario nazionale un impulso determinante; il difficoltoso coordinamento tra gli organi amministrativi e le rappresentanze del personale sanitario, problema oggi ancora più sentito a causa degli scioperi nel settore. È inoltre da sottolineare il momento di incertezza per quanto riguarda la ridefinizione del rapporto fra settore pubblico e settore privato (soprattutto per quel privato a vocazione sociale, che — se non valorizzato adeguatamente — può determinare una spinta contestativa verso la riforma), ed il necessario ripensamento della posizione dei medici nell'ambito delle strutture sanitarie. A proposito di quest'ultimo, più volte in questa sede è stato ripreso il discorso, prospettando anche l'eventuale modifica del Consiglio sanitario nazionale, istituendo e dei consigli sanitari a livello regionale o di USL, dando in tal modo spazio alla componente medica. Vorrei ricordare anche l'importanza della formazione specifica dei dirigenti amministrativi e sanitari delle USL su modello manageriale, ciò che abbiamo sempre auspicato, e la revisione delle figure infermieristiche e tecniche per la quale è all'esame della Camera dei deputati un apposito disegno di legge.

Tali questioni, come del resto avete anche voi ricordato, possono costituire se non affrontate motivo di conflittualità e di ostacolo al buon andamento della funzione sanitaria.

Debbo dare atto al Ministro della sanità dell'opera svolta in questi ultimi due anni per impostare soluzioni legislative adeguate a risolvere molti di questi problemi. Debbo anche riconoscere — come molti di voi hanno fatto — che l'approvazione in tempi brevi, da parte della Camera dei deputati, delle norme relative al piano sanitario nazionale nello stesso testo licenziato da questo ramo del Parlamento, rappresenta un gesto di responsabilità politica e, certamente, favorisce l'esame del disegno di legge finanziaria per il 1986 e del complesso dei disegni di legge sulla riforma delle USL; inoltre, rafforza quelle norme di ristrutturazione dei servizi ospedalieri, già proposte — ripeto — nella legge finanziaria del 1985, e le colloca nella sede propria, sia tecnica che direi anche psicologica, dato che, ormai, con l'approvazione della legge di programmazione sanitaria gli stessi piani regionali non potranno non tener conto delle norme in essa contenute.

Ora, considerando i temi più specifici del disegno di legge finanziaria 1986, vorrei fare anch'io qualche rilievo, pur essendo consapevole di ripetere il pensiero di molti colleghi che hanno già ampiamente espresso la loro opinione in quest'aula. Nel suo complesso a me sembra che il provvedimento finanziario 1986 non stravolga affatto l'ispirazione fondamentale della legge n. 833, perchè riconferma il diritto dei cittadini all'assistenza sanitaria per quanto riguarda le prestazioni di base, mentre la possibilità di un apporto di contributi da parte di ciascun cittadino alla spesa sanitaria nazionale è in realtà una moderna e corretta interpretazione dello Stato sociale, il cosiddetto *Welfare State*, sistema del resto già ampiamente diffuso in quasi tutti i Paesi occidentàli. Graduare opportunamente questo contributo in rapporto alle personali disponibilità la ritengo una dimostrazione di concreta solidarietà sociale nei confronti dei non abbienti, che elimina nel contempo quegli abusi assistenzialistici che

si sono sviluppati a seguito di una distorta concezione dello Stato sociale.

Rimane, tuttavia, da precisare e chiarire la disposizione di cui all'ultimo comma dell'articolo 27, per rendere esplicita la riconferma delle esenzioni e delle agevolazioni per tutti coloro che si trovano in stato di bisogno, non solo in relazione al livello di reddito, ma anche in rapporto a condizioni particolari di minorazione o di infermità (ad esempio handicappati) e in relazione a quel particolare stato biologico che è la maternità. Su queste cose mi sembra vi sia l'accordo di tutti.

Un'altra questione, che riguarda sempre l'articolo 27 e connessa a quella suddetta, è quella relativa all'applicazione dei *tickets*, la cui quota risulta più elevata che in passato. Fermo restando il valore del principio, ormai affermato in Italia e consolidato negli altri Paesi europei, che il *ticket* rappresenta uno strumento di educazione sanitaria in quanto sollecita la partecipazione responsabile del cittadino al servizio, sensibilizzandolo in ordine al rapporto costi-benefici delle prestazioni, si deve riconoscere che la fissazione di percentuali più elevate rispetto al passato, prevista dall'articolo 27, troverà la sua giustificazione reale se riuscirà a responsabilizzare ampiamente il medico nella corretta gestione del ricettario. Ovviamente ciò non significa disattenzione e compressione dei bisogni del paziente in un'ottica esclusivamente economicistica, che sarebbe da parte nostra inacettabile; (è inconcepibile infatti far prevalere l'ottica economicistica sulla sanitaria), ma attraverso l'affinamento del ruolo professionale del medico, reso più «genuino», si dovrebbe giungere al miglioramento dei rapporti interpersonali tra medico e paziente, eliminando ricettazioni non indispensabili.

Un terzo spunto di riflessione è dato dalla disposizione riguardante la definizione del finanziamento per il triennio 1986-1988: mentre attendiamo, dopo l'ampia esposizione che ci ha fatto il relatore sul consuntivo 1984 e le proiezioni del primo semestre 1985, le valutazioni che vorrà farci il Governo sulla congruità delle cifre di parte corrente esposte nell'articolo 26, dobbiamo pensare che la disposizione delle voci di bilancio destinate al Fondo sanitario nazionale vada riformulata alla luce della recente approvazione dell'articolo 12 della legge di programmazione sanitaria nazionale (n. 595/1985).

Il quarto tema sul quale desidero richiamare l'attenzione riguarda la disposizione della seconda parte dell'articolo 26, concernente la ristrutturazione della rete ospedaliera. Tale tematica, già introdotta nella citata legge di programmazione, sembra in questa sufficientemente esplicitata e questo da molti di voi è stato già affermato, tanto da non richiedere ulteriori approfondimenti. Il testo già approvato, a mio parere, risponde a criteri di equilibrio scartando qualsiasi idea di penalizzazione del privato ed operando a favore di una complementarietà dei due comparti.

Circa il problema di una corresponsabilizzazione della periferia (Regioni, comuni e USL) alla corretta utilizzazione delle risorse finanziarie disponibili, mi associo a quanti hanno ritenuto valide le disposizioni contenute negli articoli 28, 29 e 30. La previsione, infatti, di una capacità impositiva da parte delle Regioni è un tentativo sensato di connettere da un lato, il principio dell'autonomia gestionale del servizio affidato alle Regioni con la diretta verifica dei costi, e stimolare in tal modo il superamento del principio del pagamento a piè di lista, e, dall'altro, di collegare la gestione delle USL alla programmazione regionale non solamente sotto l'aspetto organizzativo, ma facendone scaturire determinate conseguenze anche sul piano finanziario. Si auspica naturalmente che le Regioni rispondano in maniera adeguata a questi nuovi compiti che il Parlamento, sulla linea dela sentenza n. 245 della Corte costituzionale, intende affidare loro. Sembra pertanto opportuno il coordinamento fra le disposizioni contenute nell'articolo 28 e nell'articolo 29, come del resto è stato già auspicato dal relatore.

In definitiva, ritengo che tutti noi dobbiamo farci carico delle attuali difficoltà finanziarie del bilancio dello Stato e delle finalità perseguite con la manovra governati-

va, fermo restando che la Commissione non può, a mio parere, accettare penalizzazioni settoriali sulla sola sanità che peraltro non trovano giustificazione, data anche la non rilevante incidenza della partecipazione dello Stato sul Fondo sanitario nazionale, come molti di voi hanno messo in evidenza.

Dichiaro chiusa la discussione generale.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504*. Signor Presidente, signor Ministro, colleghi, la mia replica sarà breve e concisa anche perchè credo che tutti i temi sono stati qui svolti e trattati ampiamente; non mi è dato, credo, di dover rispondere a tutti perchè ampliare e sottolineare questi temi spetta al Governo. Ritengo pertanto che il Ministro vorrà fornire i necessari completamenti al dibattito, peraltro esteso e approfondito, svolto da quasi tutti i colleghi, che indubbiamente ha portato ulteriore incremento a quel confronto che da qualche anno a questa parte abbiamo realizzato in questa Commissione. Quindi rivolgo il mio ringraziamento cordiale a tutti, mentre mi accingo a rispondere sui principali argomenti.

Per quanto riguarda il disegno di legge finanziaria e i compiti dello stesso, ne hanno parlato molti colleghi, soprattutto i senatori Imbriaco, Ranalli, Muratore, il presidente Bompiani ed altri.

Senatore Imbriaco, non ritengo di dover cambiare nulla di quanto ho scritto; confermo pienamente la mia relazione svolta quindici giorni fa e quindi ritengo che la «finanziaria» non sia la sede opportuna per apportare cambiamenti di struttura o modifiche istituzionali alla legge. Credo che la sede opportuna a tale scopo sia un apposito disegno di legge ed il confronto che potrebbe scaturire da esso tra i Gruppi, in virtù anche dell'esperienza di ciascuno di noi, sia pure con valutazioni diverse, ma che vanno affrontate in quella sede.

Detto questo, quindi, senza concedere alla «finanziaria» di operare più stravolgimenti — e sottolineo questo «più» — con altri provvedimenti, credo che essa sia però la sede per constatare la corrispondenza delle risorse ai servizi che andiamo ad erogare, e quindi la verifica concreta se la legge n. 833 del 1978 ha il supporto per poter essere governata o se invece diventa una mera declamazione. Necessita verificare, in definitiva, se esiste la possibilità di dare una concreta risposta a quanto è affermato nella legge. Pertanto io ritengo che sia opportuno raccordare questa esigenza con l'eventuale compartecipazione del cittadino e della periferia, e con questo intendo riferirmi ai comuni e alle Regioni, per poter garantire il quadro delle prestazioni, senza ricadere in quelle voci di diffuso allarmismo attraverso le quali si mette in discussione, ogni anno ad ottobre, il sistema. Occorre comunque tenere presente, per poter considerare nel suo insieme la manovra economico-finanziaria, che la sanità è parte di una manovra complessiva.

Per questi motivi ho già chiesto, e tornerò a chiederlo nel rapporto - se la Commissione vorrà confortarlo della sua approvazione — di stralciare una serie di norme previste proprio perchè siano in linea con questo obiettivo, senza di che la «finanziaria» può essere tutto ed il contrario di tutto.

Per quanto riguarda il discorso sullo Stato sociale, messo in rilievo in tutti gli interventi, ed in particolare in quelli dei colleghi Ranalli, Colombo Svevo, Muratore, Rossanda e Ongaro Basaglia, l'argomento merita di essere ribadito. Si è parlato della conferma dello Stato sociale, del suo contenimento o, in alternativa, del suo smantellamento. Io credo di non avere dubbi al riguardo e di non dover presentare carte d'identità sulla scelta della conferma dello Stato sociale, cioè della conferma di quelle battaglie che sono avvenute nel Paese nel corso di 40 anni attraverso l'impatto, lo scontro, il confronto di più forze, compresa la forza dei cattolici democratici, per confermare il superamento di censi, di barriere e per attestare ovviamente la dignità del cittadino, in quanto tale, in questa Repubblica. Questo è il problema. Si tratta quindi di raccordare tutto ciò, che per me è irrinunciabile, con le risorse economiche del

Paese, vedere cioè se Stato sociale significa dare tutto a tutti gratuitamente, portare alla deresponsabilizzazione nei cittadini, non osservare e non correggere gli sprechi e le indecisioni, non stimolare ai vari livelli momenti di approccio per governare il sistema, o se invece non voglia dire, proprio utilizzando meglio le risorse, consentire la ripresa e lo sviluppo di questo Paese, condizione per allargare anche la qualità dello Stato sociale, e soprattutto fissare delle priorità in base non ai desideri, ma ai bisogni che devono essere soddisfatti.

Quindi — l'ho detto e lo ripeto — non è che demonizzando la sanità abbiamo risolto i problemi di questo Paese: se fosse così semplice, credo che troveremmo facilmente qualche denominatore comune. Il fatto è che la sanità fa parte di una manovra più complessiva; se è lasciata ai margini è chiaro che l'ingovernabilità del sistema porta al degrado del servizio che viene offerto. Io credo che non ci sia nessun Paese al mondo in cui un diritto viene acriticamente soddisfatto: esso deve calare nella concreta condizione storica in cui viene reclamato ed esercitato. Del resto, quello che avevamo nel 1945 all'indomani della guerra oggi non è più lo stesso. Furono proprio i vari movimenti, che ad un certo momento si confrontarono fra di loro e verificarono la situazione economica, a portare a questa evoluzione.

A tale discorso è riferibile anche la politica dei *tickets*. Ritengo che essi, pur essendo indubbiamente odiosi, non rappresentano solo un contenimento della spesa — come è stato dimostrato — ma anche un controllo da parte dell'utente verso il servizio. Infatti, quando il servizio non è controllato, è riservato più agli addetti che all'utenza; solo se è controllato e stimolato dall'utenza si raccorda con le effettive esigenze.

È chiaro che il sistema qui presentato — di cui stamattina la senatrice Colombo Svevo ha sottolineato puntualmente i meccanismi — va contemperato con alcune situazioni reali. Quindi, come ho affermato nella relazione (e lo ribadisco ora, cogliendo, credo, l'unanime consenso della Commissione), bisogna tener conto del fatto che in materia sanitaria vi sono aspetti che vanno garantiti indipendentemente dal reddito. Essi riguardano le categorie speciali, le patologie sulle quali abbiamo già discusso, decretato, legiferato, e vanno riconfermati. Non è pensabile che ogni anno si rimetta tutto in discussione, sicchè ad ogni settembre-ottobre minoranze di questo Paese che per certi versi lo hanno servito e si trovano in difficoltà si vedano negare quello che con fatica, via via che attestiamo un servizio, abbiamo predisposto per loro in un quadro di compatibilità. Non si tratta di desideri, ma di esigenze e di diritti da soddisfare.

In questa politica credo vada dato atto della buona intenzione che si è dimostrata (anche se a mio avviso dovrebbe essere meglio raccordata con una terminologia più adatta affinchè l'obiettivo sia salvaguardato) nel senso di favorire la partecipazione della periferia attraverso il coinvolgimento di comuni e Regioni. Questa esigenza, affermata negli articoli 28, 29 e 30, deve essere finalmente sancita e garantita. Non è pensabile che si continui con il pie' di lista, non è pensabile che solo le «geremiadi» possano quantificare il fondo, sempre insufficiente rispetto ai desideri, alle indecisoni, alle non decisioni che, guarda caso, si registrano in larga parte della periferia.

La necessaria differenziazione di trattamento tra le varie categorie di cittadini non porta affatto al ripristino dell'elenco dei poveri, ma costituisce un elemento di effettiva solidarietà sociale. Non voler accettare questa realtà del diverso — del momentaneamente anche diverso — e quindi la necessità che la solidarietà sia finalizzata in quella direzione, vorrebbe dire nascondersi dietro il dito.

Bisogna però ribadire con forza che occorre ridare la titolarità dell'esenzione al Comune, perchè è questo ente, in base alla manovra complessiva dell'assistenza e alla stregua dei parametri indicati dalla legge nazionale, che deve e può essere in grado di valutare l'insieme. Quante volte abbiamo rilevato come dei parametri acritici ab-

biano generato tali e tante ingiustizie in questo Paese da premiare perfino l'evasione fiscale! Ora, ripristinare in capo al comune la competenza di determinare materialmente i casi di esenzione credo comporti proprio il superamento di queste storture del passato. Ma — badate — bisogna coinvolgere il comune non acriticamente, bensì attraverso il rimborso alle unità sanitarie locali, altrimenti senza questo legame le esenzioni si moltiplicherebbero.

IMBRIACO. Ma che significa responsabilizzare al fenomeno delle esenzioni?

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504.* Il comune deve essere titolare dell'esenzione, non la USL.

IMBRIACO. Ma ci sono molti comuni, specie nel Sud, che si avvieranno ad avere di qui a qualche anno tre milioni di disoccupati con un reddito monofamiliare bassissimo: tutto l'onere delle esenzioni verrà scaricato sul comune! Lei è così fiero di questo risultato? L'autonomia impositiva è un'altra cosa!

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504.* Poi parleremo dell'autonomia impositiva. Andiamo per ordine. Innanzitutto lei, senatore Imbriaco, è d'accordo sulla titolarità dell'esenzione al comune?

IMBRIACO. No. Ripeto, l'autonomia impositiva ed il potere politico al comune sono una cosa; altra cosa è scaricare con questo aborto tutti i guai sul comune. E poi, l'avrei capito se inserito in un discorso generale!

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504.* Ribadisco il concetto: titolarità dell'esenzione al comune e non alla USL per una visione di carattere generale di cui il comune stesso deve farsi carico; rimborso alla USL del costo dell'esenzione da parte del comune.

A tale proposito voglio ribadire che i 915 miliardi valutati per il 1986 come costo per l'esenzione esterna al servizio (qui parliamo praticamente solo di farmaceutica e di specialistica esterna) devono essere erogati ai comuni attraverso i parametri della finanza locale, perchè è impossibile pretendere che l'eventuale autonomia impositiva debba farsi carico solo del minimo e non dell'integrazione.

IMBRIACO. L'imposta sulla spazzatura servirà proprio a questo.

MELOTTO, *estensore designato del parere sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504.* Se questi miliardi non sono erogati sulla base di quei parametri in cui si divide la finanza locale non si può sperare di ottenere un miglioramento.

RANALLI. Si afferma che comunque ci deve essere un trasferimento dallo Stato ai comuni?

MELOTTO, *estensore designato del parere sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504.* Questo non risulta nel testo oggi in discussione, ma, se la Commissione concorderà, nel rapporto esprimerò questo concetto. Infatti, se i 915 miliardi previsti, che fanno ormai parte della manovra di attestazione di una spesa sanitaria ritenuta corrente, non saranno erogati ai comuni, la manovra stessa non avrà alcun significato. L'autonomia impositiva, cioè, non può surrogare le carenze e le sottostime del Fondo. Essa perciò va ripristinata come momento di corresponsabilità nella gestione finanziaria.

Concordo con quanto detto dal presidente Bompiani a proposito dell'articolo 28 del disegno di legge finanziaria. Ritengo infatti che le disposizioni dell'articolo 28 debbano essere adottate *a priori* dalle Regioni, cioè in sede di ripartizione dei fondi alle USL, al fine di dare certezza e credibilità alla manovra finanziaria. Agire *a posteriori*, come è stato fatto in passato, cioè due anni dopo l'entrata in vigore delle norme, rende la manovra inconsistente e impossibile da gestire.

La previsione dell'assistenza indiretta

contenuta nella «finanziaria» non contrasta con i princìpi della legge n. 833. Infatti sia nel piano sanitario che nella «finanziaria» si ribadisce la possibilità delle Regioni di utilizzare questo strumento in base alle loro necessità.

Per quanto riguarda in particolare la legge n. 833, debbo riconoscere che nel corso del dibattito sono state sottolineate le inadempienze e le inadeguatezze di essa ed è stata ribadita la necessità di un esame critico che finalmente ci consenta di fornire risposte consone alle domande. È perciò necessario che noi, quale Commissione di merito, facciamo il possibile per risolvere i problemi del settore sanitario. Senza una adeguata soluzione di questi problemi il cittadino, per difendere il suo diritto alla salute, sarà costretto sempre di più a rifugiarsi nel privato; contemporaneamente aumenteranno le critiche e le denunce anche da parte sindacale e alla fine noi correremo il rischio di essere travolti. Proprio su questo terreno potremo misurare nei prossimi mesi la nostra capacità di fornire risposte concrete. Il piano sanitario è stato confermato e perciò si deve avviare una seria programmazione per evitare che il piano stesso sia stravolto. È sicuramente indispensabile apportare le necessarie modifiche alla legge n. 833 e conseguentemente adeguare la normativa contenuta nel decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979. Credo che il lavoro fatto in questi anni a tale proposito sia molto significativo.

Vorrei poi ricordare al senatore Signorelli che da quanto emerge da un esame a breve termine compiuto dall'ANCI nei mesi scorsi — cioè anche in luglio e in agosto, normalmente deleteri per il nostro Paese — sono stati banditi dalle Regioni e pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* concorsi per ben 5963 posti in virtù della legge di sanatoria. Questo significa che il sistema è in grado di funzionare e che finalmente si cominciano a dare risposte concrete alle domande dei cittadini. Credo che a fine anno potremo controllare i risultati di questi concorsi per sapere definitivamente se questo meccanismo può funzionare; a mio parere i risultati saranno positivi se riusciremo ad evitare la superburocratizzazione del sistema.

Anche stamane il senatore Muratore ha affermato la necessità di un minore burocratismo e di una maggiore qualificazione. Concordo quindi con l'affermazione fatta dal suo partito: «più mercato entro lo Stato». Questo *slogan* tende a restituire la competitività al sistema. Perciò, senatore Imbriaco, le mie posizioni non sono remissive perchè altrimenti non farei queste affermazioni.

IMBRIACO. Per respirare aria di rinnovamento è necessario cambiare.

MELOTTO, *estensore designato del parere sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504*. Se le mie posizioni fossero remissive non starei qui a discutere queste cose, nonostante i risultati conseguiti in luglio nell'altro ramo del Parlamento. Infatti, nonostante tutti gli incidenti di percorso, noi continuiamo a discutere per conquistare una posizione del Servizio che sia idonea alle esigenze del Paese. Credo di poter dire che è stato costruito un denominatore comune a questo proposito, prima di tutto negli aspetti culturali e politici. Sono convinto che, se sarà confermato questo quadro, avremo la possibilità concreta di andare avanti. Proprio per questo parlavo di conferma delle scelte fondamentali della legge n. 833, alla quale peraltro occorrerà apportare le opportune modifiche per migliorare il Servizio sanitario e renderlo più consono alle esigenze dei cittadini.

Concludendo, signor Presidente, chiedo che la Commissione esprima parere favorevole sulla tabella 19, nonchè sugli articoli del disegno di legge finanziaria attinenti al settore sanitario, eliminando alcuni punti che ritengo impropri o che comunque debbono essere modificati, come ad esempio il comma 15 dell'articolo 5, che riporta l'impropria classifiazione «enti amministrativi dipendenti dalle Regioni» anzichè unità sanitarie locali, ed il comma 18 dello stesso articolo che molto inopportunamente sopprime l'ultimo comma dell'articolo 9 della

legge n. 207 del 1985. Inoltre, nello schema di rapporto si evidenzia la necessità di modificare la formulazione del comma 1 dell'articolo 26, nel quale, più che riferirsi all'articolo 17 della legge 22 dicembre 1984, n. 887, occorre operare una correlazione con l'articolo 12 del disegno di legge n. 2981 (atto Camera), che spero diverrà legge fra qualche giorno. A tale proposito viene sottolineata l'importanza della sollecita applicazione del disegno di legge di programmazione sanitaria, che è da considerare punto di riferimento legislativo fondamentale. Infatti, anche nella mia relazione prendo in considerazione il provvedimento relativo al piano sanitario nazionale e non certamente la legge finanziaria dello scorso anno. Per queste ragioni sono da ritenere superate le disposizioni contenute nel comma 2 dell'articolo 26 e quindi, come tali, da sopprimere.

Sottolineo, inoltre, che è necessario prevedere nel rapporto l'assegnazione ai comuni dei 915 miliardi di adeguamento per il 1986, per la copertura degli oneri derivanti dalle esenzioni alla partecipazione alla spesa sanitaria. A mio avviso è opportuno poi — con riferimento al comma 6 dell'articolo 27 — precisare che si opera la soppressione delle vigenti norme di esenzione solo con riferimento ai livelli di reddito, facendo salve le esenzioni per quelle particolari categorie e patologie di cui abbiamo abbondantemente discusso.

Sempre nel rapporto deve essere prevista poi l'opportunità di chiarire che le disposizioni di cui all'articolo 28 del disegno di legge finanziaria dovranno essere adottate dalle Regioni *a priori* e si ravvisa, inoltre, la necessità di un accorpamento razionale tra il suddetto articolo 28 e le eventuali limitazioni previste nel successivo articolo 29.

Con riferimento all'articolo 30 si avverte la necessità di ribadire con chiarezza la titolarità del Comune, in quanto ente abilitato per la complessiva competenza in materia assistenziale, a determinare le esenzioni dalla partecipazione alla spesa sanitaria e siano precisati meglio gli strumenti di compensazione finanziaria. Infine si auspica l'individuazione dei fondi necessari per l'avvio del riordino delle specializzazioni mediche secondo le norme CEE.

Viene rilevata con soddisfazione, per quanto riguarda la tabella 19, la riduzione del volume dei residui passivi. Si esprime, inoltre, apprezzamento per la qualificata attività svolta dall'Istituto superiore di sanità per la messa a regime della prima parte del servizio informativo sanitario e per l'avvenuto decollo operativo dell'ISPESL, anche se si lamenta l'insufficienza a livello periferico dell'attività di omologazione.

Sempre nel rapporto si osserverà l'opportunità e l'urgenza del riordino del Ministero della sanità e della ristrutturazione del Consiglio sanitario nazionale affinchè l'istituzione sanitaria centrale possa finalmente svolgere quel ruolo di indirizzo, di propulsione e di coordinamento stabilito con la legge di riforma sanitaria.

È necessario ed urgente peraltro predisporre lo scorporo dei servizi sanitari della Croce rossa da inglobare nel Servizio sanitario nazionale.

È bene, altresì, concludere al più presto i concorsi in via di espletamento al fine di acquisire tempestivamente nuovo personale, che è particolarmente necessario per far fronte ai bisogni del Servizio.

La Commissione chiede, inoltre, che il Governo fornisca chiarimenti circa le cause che hanno prodotto un incremento di 185 miliardi per il 1986 per la voce «rimborsi spese di assistenza sanitaria all'estero» di cui al capitolo 4302 della tabella 19, nonchè adeguati elementi di documentazione sulla situazione degli asili-nido al fine di giungere ad una valutazione complessiva della situazione.

Ritengo che questo schema riassuma a grandi linee il dibattito che si è svolto in questi giorni in seno alla Commissione e rappresenti un momento di coerenza tra manovra esclusivamente economico-finanziaria e diritti sanciti. Una volta ripristinato il quadro politico, che in questi giorni presenta qualche difficoltà, credo si possa dare avvio a quel processo di attuazione della riforma che rappresenta un momento

istituzionale essenziale nella vita del nostro Paese.

DEGAN, *ministro della sanità*. Signor Presidente, onorevoli senatori, in un momento di pausa dei lavori della Commissione ho ritenuto mio dovere avere dei contatti con le categorie che hanno proclamato lo sciopero per lunedì, al fine di evitare eventuali ulteriori agitazioni a breve termine; a questo si aggiungono i problemi derivanti dalla situazione politica del momento, per cui mi scuso fin d'ora se trasparirà un po' di stanchezza dalla mia esposizione.

A questo punto del dibattito la domanda che dobbiamo porci è questa: se il provvedimento finanziario per il 1986 si collochi in maniera coerente o costituisca elemento di rottura rispetto ai provvedimenti emanati nel corso di questi due anni, i quali del resto risultano coerenti con la stessa legge n. 833, sia pure con una serie di aggiustamenti, resi peraltro necessari dalle esigenze nel frattempo maturate, ma non stravolgenti le linee fondamentali della stessa legge di riforma. Dunque, con questo disegno di legge finanziaria, siamo riusciti a costruire un mosaico coerente con i princìpi fondamentali della legge n. 833 o siamo andati, invece, ad una consistente variante?

Mi sembra in sostanza che due tesi si sono qui contrapposte: da una parte quella di ritenere che il disegno di legge finanziaria si colloca su questa linea paziente — ma sufficientemente precisa — di ritocchi, approfondimenti e sistemazioni di questo mosaico, mentre da altra parte si ritiene invece che sia stato sostanzialmente modificato il sistema. Io non posso che condividere la prima tesi, non per onore di firma, ma per convinzione, ed in realtà abbiamo proceduto, sia in sede di proposte che in sede di attuazione delle proposte stesse, come rilevava il Presidente, con l'intento di andare incontro alla pressante richiesta dell'opinione pubblica che certo talora è ispirata da giudizi ed atteggiamenti non corrispondenti alla verità, ma che esprime un giudizio perplesso, diciamolo francamente, ed anche molto preoccupato, nei confronti dei Servizio sanitario nazionale.

Io credo di avere già fatto questo discorso, ma mi sia consentito ripeterlo proprio per quel sentimento di solidarietà che, mi auguro, si è creato in questa aula tra chi vi parla e ciascuno di voi. Dobbiamo constatare, anche se forse nessuno lo vuole ammettere, che ci troviamo di fronte ad una difficoltà di dialogo che è lo specchio, il riflesso della più generale difficoltà di dialogo tra il Servizio sanitario nazionale ed il Paese. Questo è un dato vero, non inventato dai giornali; i giornali, la stampa, i *mass-media*, possono esaltare un sentimento (che però c'è ed è diffuso) di difficoltà, di preoccupazione, di perplessità nei confronti del Servizio sanitario nazionale. Questo è un dato reale rispetto al quale occorre fare un severo e profondo esame di coscienza assumendoci le nostre responsabilità di fronte ad episodi che confermano questa difficoltà.

La mini riforma delle unità sanitarie locali è stata esaminata fino al momento in cui, alla Camera, ho dovuto chiedere a nome del Governo di riportarla in Commissione. La cosa è stata definita da qualcuno modesta e perfino risibile; se fosse stato così, però, non si sarebbe fatto tanto rumore nel momento in cui rimaneva fermo il dibattito parlamentare; questo vuol dire che c'è difficoltà di comprensione, di attenzione ai problemi veri.

In questo periodo abbiamo realizzato alcuni traguardi. Ci sono state molte polemiche sulla legge di sanatoria, eppure il relatore in sede di replica ha potuto fornire dati dai quali emerge come quello sforzo sia stato utile. Le sanatorie, anche se non sono auspicabili, eliminano molte iniquità, pur creandone forse altre: si trattava quindi di un'iniziativa necessaria che è arrivata faticosamente a conclusione. Il traguardo più rilevante certamente è stato, come dicevo questa mattina, quello di essere riusciti a far entrare la politica di programmazione nel nostro settore. Sarebbe stato auspicabile anche, vista la necessità di un maggiore approfondimento sulla riforma delle USL, che passasse almeno la mini-riforma: le condizioni politiche di queste ore non mi consentono di immaginare quale

potrà essere la soluzione, ma certamente se ciò fosse accaduto poteva essere un segnale positivo. Spero che questo discorso possa essere ripreso ed avviato.

Naturalmente ci sono altre scadenze rilevanti: la gestione della legge di programmazione con la presentazione del piano sanitario nazionale per la parte non precettiva, la legge corrispondente, l'approfondimento della legge sulle specializzazioni mediche su cui io concordo, la legge-quadro sulla formazione professionale dei paramedici, tutti tasselli, ripeto, di un mosaico che inevitabilmente comporta qualche sovrapposizione (come sta accadendo) fra piano sanitario nazionale e disegno di legge finanziaria.

Anche nell'attività di governo del Ministero credo che qualche passo avanti possa essere realizzato, come diceva del resto anche il relatore. La sistemazione definitiva può avvenire attraverso il riordinamento del Ministero stesso e, senza considerare gli attuali problemi politici, ritengo che nell'arco di qualche settimana sarebbe stato possibile approvare un apposito disegno di legge. Questo avrebbe richiesto, indubbiamente, un accurato approfondimento perchè il Ministero della sanità, proprio perchè è un Ministero da cui dipende un servizio largamente autonomistico, deve essere di tipo diverso da quelli tradizionali. Questo non è certamente un concetto facile da acquisire negli *interna corporis* del Ministero stesso.

Lo stesso posso dire in riferimento agli interventi dei senatori Ranalli, Colombo Svevo ed altri, per quanto riguarda gli sforzi che sono stati compiuti nel coordinamento della gestione dei fondi (che insisto a ritenere siano opportunamente suddivisi in fondi studio, ricerca, e così via), sforzi che naturalmente possono migliorare, ma che comunque — ripeto — sono stati avviati.

Sono certamente necessari atti operativi destinati a migliorare l'efficienza dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), che ha ancora bisogno di impegni massicci in questa direzione, ma bisogna pure riconoscere che l'Istituto ha avuto la possibilità di avviare una sua autonoma politica che lo rende strumento adeguato anche ad affrontare scadenze importanti e nuove, come quelle che gli deriveranno — e che già in qualche maniera ha gestito — dalla legislazione sui grandi rischi. Quindi — ripeto — credo che onestamente debba essere riconosciuto che si sta compiendo una marcia paziente, ma progressiva, in questo settore.

Il disegno di legge finanziaria per il 1986, depurato, come è giusto che sia (l'ho dichiarato stamattina e mi pare di poter concordare con il relatore), da questioni che hanno già trovato soluzione nella legge relativa al piano sanitario nazionale, presenta alcune caratteristiche sostanziali che interessano il nostro settore.

Esso intende innanzitutto operare una chiarificazione per realizzare un profondo coinvolgimento — già più volte indicato a partire dalla legge n. 833 — delle responsabilità delle Regioni e dei comuni. Il senso degli articoli 28, 29 e 30 è proprio questo. Si potrà discutere sulla strumentazione indicata e proporre degli affinamenti, ma non vi è dubbio che il contenuto di detti articoli non contrasta con la legge n. 833. Anzi, se contraddizione c'è stata in questi anni, essa è consistita proprio nel non aver mai dato corpo alle indicazioni che da tale punto di vista erano presenti nella legge n. 833, la quale non prevedeva di per sè il pie' di lista, mentre nell'applicazione concreta se ne è vista sempre l'utilizzazione.

Vorrei pregare tutti di essere cauti nella definizione delle quantità. Ho sentito cifre molto perentorie al riguardo — naturalmente le conosco — che nascono da una serie di approfondimenti e di valutazioni. Chi vi parla però non le ha mai ufficializzate, per una specifica esperienza. L'anno scorso, a fine maggio, ebbi ad espormi sostenendo la necessità di 4.500 miliardi di ulteriore spesa rispetto a quelli preventivati nella legge finanziaria per il 1984. A fine esercizio abbiamo potuto constatare che neanche il 10 per cento di tali maggiori disponibilità è stato utilizzato. Intendiamoci,

non è che mi esalti per questo, perchè non è di per sè compito del Ministro della sanità essere soddisfatto della circostanza che il servizio comporti un onere finanziario sul bilancio dello Stato e sul complesso dei cittadini più modesto di quanto si immaginasse. Lo dico semplicemente perchè è quanto è risultato. Del resto quest'anno abbiamo finora potuto verificare che anche i problemi evidenziati nei disastrosi messaggi che sono venuti da certe zone del Paese da due-tre mesi in qua hanno cominciato a trovare localmente soluzione.

Vorrei porre l'accento sulla necessità che si compia uno sforzo ancora più massiccio per attivare un sistema informativo, non solo a livello centrale, ma anche a livello periferico, che ci consenta di conoscere molto più approfonditamente quello che avviene nel corpo del Servizio sanitario nazionale. Le discrepanze, le distorsioni, le disomogeneità sono ancora notevoli e tali quindi da dover essere superate. Abbiamo lavorato in questo senso, possiamo e dobbiamo continuare a farlo. Del resto, nella tabella degli impegni finanziari - nella quale speriamo di aggiungere anche degli accantonamenti per la legge sulle specializzazioni mediche - sono previsti degli stanziamenti specifici per quanto riguarda la riforma del Ministero ed il servizio informativo, proprio perchè ciò appare sempre più necessario e doveroso.

Il coinvolgimento di questi tre livelli è quindi la caratteristica strumentale (non di per sè innovativa, e quindi sostanzialmente coerente con la legge n. 833) del disegno di legge finanziaria per il 1986.

La «finanziaria» opera anche una distinzione tra sanità ed assistenza, concetto che si rafforzerà attraverso la precisazione, proposta dal senatore Melotto, dell'ultimo comma dell'articolo 27, il quale, così come è attualmente formulato, non corrisponde alla volontà di chi lo ha redatto, ritenendosi che invece dovesse avere esattamente il significato che viene portato in luce dal relatore. Di qui è derivata la lamentela in merito alle esenzioni previste, che appaiono contraddittorie con le esenzioni di cui ai primi quattro commi dell'articolo.

Anche l'articolo 30 va vista in connessione con questo aspetto. Le esenzioni di natura sanitaria restano a carico del Fondo sanitario nazionale perchè fanno parte della politica sanitaria; le esenzioni riguardanti i cittadini in condizioni economiche modeste attengono invece alla politica assistenziale. Da questo punto di vista il rapporto tra Fondo sanitario nazionale, unità sanitarie locali e comuni che questo anno viene indicato necessita di una soluzione mediante opportuno decreto per la dislocazione dei fondi, nell'ambito peraltro del disegno di legge finanziaria. I suggerimenti che sono presenti al riguardo nel rapporto troveranno attenzione da parte del Governo e mi auguro siano accolti dalla Commissione bilancio.

Invito la Commissione a valutare il fatto che per la prima volta vi è la possibilità — e il discorso merita ulteriori approfondimenti — di una registrazione a metà anno di quanto ipotizzato e preventivato nella legge finanziaria all'inizio di anno. Può essere una novità interessante perchè la difficoltà previsionale in questo settore è nella natura stessa delle cose: in fin dei conti per fare una serie di previsioni sul sistema previdenziale non è necessario molto di più di una macchina calcolatrice, sia pur scontando tutte le difficoltà che intervengono per i comportamenti contributivi e per le trasformazioni nei settori produttivi e sociali, ma nel settore sanitario tutto ciò è più difficile e più complicato.

Quindi, queste due sono le caratteristiche della «finanziaria» che a me sembrano fra loro strettamente collegate. È stato evocato il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di metà agosto e anche in quel caso si potrà criticare qualche aspetto poichè ognuno di noi è libero di esprimere preoccupazioni e indirizzi anche diversi da quelli codificati, ma che si tratti di un problema che meritava di essere affrontato credo sia indiscutibile; può essere affrontato e risolto certo meglio se verrà adottata una legge-quadro sull'assistenza, ma sottacerlo come problema, fingerne la non esistenza e sostanzialmente aggravare il Fondo sanitario nazionale di una serie di ini-

ziative e di attività, che in maggiore o minore misura erano e sono assistenziali, non era possibile. Per quanto amaro possa essere non poteva non ricadere nella responsabilità del Ministro della sanità di indicarlo come problema e di indicarne una soluzione, sollecitando per ciò stesso una soluzione politicamente più confacente che, ripeto, è quella della legge-quadro di riforma dell'assistenza.

Si è accennato (anche se correttamente è stato da più parti rilevato come si tratti di articoli che hanno un rilievo non propriamente o non totalmente riferibile al Servizio sanitario nazionale) agli articoli 24 e 31. Certamente i temi trattati non sono nella diretta responsabilità del Ministero della sanità; anzi nell'articolo 31 si tratta di venire incontro ad una diffusa esigenza più volte prospettata negli anni precedenti di una omogeneizzazione del sistema contributivo. D'altra parte, secondo la linea della legge n. 833, ciò deve prospettare una soluzione di fiscalizzazione (e sarebbe il caso di chiedersi se sia ancora questa la soluzione da mantenere come la più utile per il Servizio sanitario nazionale). Siamo anche qui di fronte al risultato di alcune provocazioni quali quelle che negli anni trascorsi abbiamo fatto con decreti firmati dal Ministro della sanità *pro tempore* e con i quali sono stati eliminati i massimali, sono state estese le contribuzioni di diverse categorie e in via amministrativa è stato fatto ogni sforzo utile e possibile per un risultato sostanzialmente corretto sul piano dell'equità e della stessa costituzionalità di una normativa che ormai mostrava la corda rispetto alla quale il Parlamento aveva sempre espresso svariate sollecitazioni.

In conclusione, mi pare che in questo *iter* paziente, ma per ciò stesso non privo di frutti solidi, il disegno di legge finanziaria per il 1986 segni un momento non di incoerenza, ma di evoluzione positiva, di una evoluzione che nell'esperienza pratica potrà anche imporci ulteriori aggiustamenti e modificazioni, ma che non elude le tematiche poste dalla legge n. 833, anzi viceversa le evolve in una maniera sostanzialmente positiva, tale comunque da non diventare contraddittoria con i princìpi generali della legge stessa, ma ragionevolmente modificandola per quelle parti che l'esperienza imponeva come necessarie.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'ordine del giorno e degli emendamenti presentati alla tabella n. 19.

Do lettura dell'unico ordine del giorno, presentato dal senatore Ranalli:

«La 12ª Commissione permanente del Senato,

considerato che l'ulteriore ritardo nel riordinamento del Ministero della sanità, da attuarsi secondo le indicazioni della legge 23 dicembre 1978, n. 833, danneggia il Paese, che non può disporre di un Ministero trasformato e modellato in modo nuovo per dirigere e coordinare il sistema sanitario nato dalla riforma;

rilevato che nella relazione allo stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno 1986 non sono indicati tempi e modalità per un tale adempimento improcrastinabile,

invita il Governo:

a presentare al Parlamento il disegno di legge di riordinamento del Ministero della sanità entro e non oltre il prossimo 30 aprile 1986».

(0/1505/1/12-Tab. 19)

Do ora lettura degli emendamenti presentati dai senatori Ranalli, Imbriaco, Botti, Meriggi e Bellafiore:

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

Capitolo	Previsioni *competenza*	Previsioni *cassa*	da sostituire con *competenza*	da sostituire con *cassa*
1093	100.000.000	100.000.000	75.000.000	75.000.000
1094	200.000.000	200.000.000	100.000.000	100.000.000
1097	3.000.000.000	3.000.000.000	2.500.000.000	2.500.000.000
4101	50.000.000	50.000.000	150.000.000	160.000.000
4537	60.000.000	75.000.000	260.000.000	275.000.000
4541	100.000.000	129.000.000	165.000.000	194.000.000
6545	40.000.000	40.000.000	90.000.000	90.000.000

Tab. 19.1 RANALLI, IMBRIACO, BOTTI, MERIGGI, BELLAFIORE. 110.46

Sopprimere i capitoli 1537, 2037, 2542, 2543, 2544, 2578, 3031, 3033, 3536, 4042; *e trasferirne gli stanziamenti al capitolo* 1112.

Tab. 19.2 RANALLI, IMBRIACO, BOTTI, MERIGGI, BELLAFIORE

Al capitolo 1112, *nella rubrica, dopo le parole*: «Spese per il funzionamento del Centro studi», *aggiungere le altre*: «, la programmazione degli studi e delle ricerche, con particolare riferimento alle materie delle aree prioritarie e dei progetti obbiettivi del Piano sanitario triennale 1986-1988»; *le previsioni di residui passivi, di competenza e di cassa, restano fissate, rispettivamente, nelle seguenti*: «10.967.578», «4.605.000.000» *e* «6.798.000.000», *a seguito del trasferimento degli stanziamenti dei capitoli* 1537, 2037, 2542, 2543, 2544, 2578, 3031, 3033, 3536, 4042.

Tab. 19.3 RANALLI, IMBRIACO, BOTTI, MERIGGI, BELLAFIORE

Istituire il seguente nuovo capitolo:

«4550. Istituto superiore di sanità, spese per i programmi di sviluppo della ricerca epidemiologica.

Residui passivi	—
Competenza	200.000.000
Cassa	200.000.000».

Tab. 19.4 RANALLI, IMBRIACO, BOTTI, MERIGGI, BELLAFIORE

RANALLI. Signor Presidente, vorrei chiederle il permesso di fare una breve illustrazione complessiva, sia dell'ordine del giorno che degli emendamenti.

L'ordine del giorno da me presentato chiede al Governo di indicarci un termine, che qui viene indicato al 30 aprile 1986, per la presentazione del progetto legislativo di trasformazione e riordinamento del Ministero della sanità, avendo ascoltato la replica del Ministro, il quale ci ha informati che probabilmente, a parte le vicende politiche di questa giornata, egli era nella condizione tra qualche settimana di presentare questo progetto di riordino.

DEGAN, *ministro della sanità*. Ho detto di essere in grado di diramarlo per il concerto.

RANALLI. Ci troviamo in una fase in cui, a mio parere, l'ordine del giorno dovrebbe essere accolto, soprattutto perchè prospetta una logica dimensione temporale entro la quale il progetto del Governo deve essere reso esecutivo.

Avendo il relatore dichiarato la necessità che questo riordino legislativo sia confermato nel rapporto di maggioranza che sarà votato dalla nostra Commissione, e avendo il Ministro assicurato che ci troviamo in una fase avanzata di elaborazione del riordino stesso, ritengo che potremmo unitariamente affermare che il progetto del Governo è ne-

cessario e deve essere presentato in tempi brevi.

Per quanto riguarda gli emendamenti da me presentati insiemi ad altri colleghi, debbo ricordarvi che già stamattina il mio Gruppo ha avanzato delle obiezioni su questioni che erano già state discusse lo scorso anno. Il mio Gruppo perciò si è fatto carico di esaminare attentamente la tabella 19 per reperire quei capitoli di spesa che possono consentire di disporre di quei fondi necessari a sostenere quegli scopi su cui si è determinato da parte di tutti un orientamento favorevole.

Anzitutto si parla dell'unificazione delle somme attualmente stanziate in undici diversi capitoli di spesa per quanto riguarda gli studi e le ricerche. Questa unificazione permetterà di dotare il Centro studi del Ministero di un più adeguato finanziamento in modo da programmare e coordinare le varie attività di ricera e di studio. Gli appositi emendamenti (Tab. 19.2 e Tab. 19.3) si concretano, a nostro parere, in una proposta di razionalizzazione. Ci è sembrato infatti di cogliere orientamenti in tal senso anche da parte della maggioranza. Dirò di più: questi emendamenti rappresentano la logica conseguenza di un orientamento che noi avevamo espresso lo scorso anno in questa Commissione.

Le nuove somme che si ottengono con la riduzione di alcuni capitoli che proponiamo con l'emendamento Tab. 19.1, sono necessarie per dotare il Consiglio sanitario nazionale di quel famoso finanziamento di 100 milioni indispensabile per predisporre una adeguata relazione annuale sullo stato sanitario del Paese e per consolidare l'attività dell'Istituto superiore di sanità. Anche dell'Istituto superiore di sanità abbiamo più volte discusso e tutti sanno quanto sia rilevante questo strumento della sanità pubblica.

Con lo stesso emendamento si aumenta la dotazione finanziaria dello stesso Istituto superiore di sanità per lo svolgimento di congressi, conferenze, simposi e convegni, soprattutto avendo riguardo alla funzione internazionale che l'Istituto stesso svolge. Sotto questo profilo anche per l'ISPESL si prevede un aumento della dotazione finanziaria in relazione alla sua attività di raccolta, sistemazione e diffusione dei dati concernenti la sanità.

Con l'emendamento Tab. 19.4, infine, si propone l'istituzione di un nuovo capitolo per finanziare i programmi di sviluppo della ricerca epidemiologica dell'Istituto superiore di sanità.

È stato detto che la manovra finanziaria al nostro esame è piuttosto marginale. In realtà si tratta piuttosto di mettere ordine all'interno della tabella 19 in base ad alcuni convincimenti che tutta la Commissione aveva condiviso. Poichè però nella stessa tabella 19 non è stato modificato nulla, noi, anche per ostinazione, abbiamo presentato questi emendamenti e chiediamo alla Commissione di pronunciarsi in proposito.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504*. Mi dichiaro favorevole all'ordine del giorno presentato dal senatore Ranalli purchè si integri la sua formulazione prendendo atto delle dichiarazioni rese dal Ministro alla nostra Commissione. Il Ministro ha affermato che lo studio preparatorio è stato ultimato e ritiene, perciò, che la presentazione di un disegno di legge di riordinamento del Ministero della sanità potrà avvenire in tempi brevi.

Propongo, pertanto, che l'ordine del giorno venga integrato premettendo le seguenti parole: «preso atto delle dichiarazioni del Ministro della sanità circa la presentazione al Consiglio dei ministri, in tempi brevi, del provvedimento di riordino del Ministero, ormai in avanzata fase di elaborazione;».

DEGAN, *ministro della sanità. Rebus sic stantibus* ritengo che la data del 30 aprile indicata nell'ordine del giorno sia congrua. Il Governo perciò è favorevole all'ordine del giorno presentato dal senatore Ranalli, con l'integrazione proposta dal senatore Melotto in ordine alle dichiarazioni da me rese in precedenza alla Commissione.

PRESIDENTE. Senatore Ranalli, lei ritiene di accogliere l'integrazione proposta dal

senatore Melotto e insiste per la votazione dell'ordine del giorno?

RANALLI. Si, signor Presidente.

PRESIDENTE. Metto ai voti nella nuova formulazione l'ordine del giorno 0/1505/1/12-Tab. 19, presentato dal senatore Ranalli.

È approvato.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504*. Passando al parere sugli emendamenti presentati, mi è stato fatto notare che l'anno scorso abbiamo auspicato, e quest'anno abbiamo riconfermato, l'opportunità di un ampliamento degli stanziamenti per gli studi e le ricerche nelle varie attività che possono interessare la sanità. Anch'io penso che sia opportuno questo ampliamento, ma credo che sia indispensabile sentire in merito l'opinione del Governo.

Per quanto riguarda la proposta relativa alla dotazione del Consiglio sanitario nazionale al fine di predisporre uno stanziamento tale da consentire al Consiglio stesso una adeguata relazione sullo stato sanitario del Paese, mi dichiaro favorevole, auspicando la regolarità delle sue relazioni annuali. Dobbiamo infatti avere un quadro chiaro dell'evolversi della situazione per evitare che sorga confusione nei dati in nostro possesso. La relazione sullo stato sanitario del Paese è uno strumento molto importante. Sono perciò favorevole, ripeto, all'accoglimento di questa proposta.

Per quanto riguarda le restanti proposte, vorrei conoscere le valutazioni del Governo.

DEGAN, *ministro della sanità*. Invito i presentatori a ritirare gli emendamenti concernenti l'accorpamento delle attività di ricerca in un unico capitolo. È stata già infatti a tale proposito avviata un'opera di coordinamento che ha dato risultati positivi. Il piano sanitario nazionale ci fornirà l'indicazione delle priorità specifiche e perciò ci agevolerà ulteriormente in questa opera di coordinamento. Voglio comunque ricordare ai presentatori che questi emendamenti possono essere trasformati in ordini del giorno impegnativi per il Governo, che in questo modo dovrà procedere ad un coordinamento ancora più attento per le ragioni prima espresse dal relatore.

Per quanto riguarda gli altri emendamenti, relativi, tra l'altro, allo stanziamento per l'Istituto superiore di sanità e alla dotazione del Consiglio sanitario nazionale, debbo dichiarare che il Governo ha bisogno di uno specifico approfondimento. Mi sembra infatti che i capitoli per i quali si propone una riduzione dello stanziamento contengano delle somme destinate all'attività del Ministero e precisamente all'attività di consulenza prevista anche dalla legge. Se riduciamo questa possibilità del Ministero di accedere ad opere di consulenza di molti tecnici, riduciamo l'attività del Ministero stesso e burocratizziamo ulteriormente qualsiasi iniziativa. Non posso però respingere puramente e semplicemente questi emendamenti perchè mi riservo di fare un ulteriore approfondimento per verificare se sia possibile operare le compensazioni proposte con gli emendamenti stessi. Ovviamente potrò dare una risposta definitiva soltanto nel corso del dibattito che si svolterà in Aula.

IMBRIACO. Signor Presidente, mi permetto di sottolineare l'importanza dell'emendamento relativo allo stanziamento per i programmi di sviluppo per la ricerca epidemiologica. Tra l'altro noi lo abbiamo anche motivato nel corso del dibattito. Tutto sommato il Ministero poteva dare un segnale in questo senso. Quindi vi inviterei a riflettere sulla possibilità di abbinare il progetto relativo alla ricerca epidemiologica e quello sul Consiglio sanitario nazionale sul quale il senatore Melotto si è già pronunciato.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504*. Per quanto riguarda la dotazione del Consiglio sanitario nazionale mi sono già pronunciato e confermo quanto ho già detto. Accoglierei le riserve espresse dal Mini-

stro stante il suo impegno a trovare una soluzione per l'ulteriore *iter* del provvedimento.

Quanto agli emendamenti concernenti l'accorpamento delle attività di studio ritengo si possano trasformare in un ordine del giorno, perchè con questo si giungerebbe ugualmente ad un maggiore coordinamento e quindi ad una produttività più consistente.

RANALLI. Ritengo importante l'accoglimento del finanziamento aggiuntivo al Consiglio sanitario nazionale sperando, finalmente, in una regolarità nella predisposizione delle relazioni.

Per ciò che concerne la trasformazione degli emendamenti riguardanti le attività di studio, non ho difficoltà a trasformarli in un ordine del giorno purchè venga realmente eliminata la eccessiva dispersione degli stanziamenti (11 capitoli) per studi e ricerche e si giunga a realizzare quel coordinamento che ritengo necessario in questo settore.

Dichiaro, pertanto, di ritirare gli emendamenti Tab. 19.2 e Tab. 19.3, e di trasformarli nel seguente ordine del giorno:

«La 12ª Commissione permanente del Senato,

esaminato lo stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno 1986, e rilevata la opportunità di riordinare la eccessiva dispersione di stanziamenti per studi e ricerche in vari campi sanitari,

invita il Governo:

a studiare tempestivamente misure idonee a realizzare il coordinamento necessario secondo una dimensione culturale adeguata ed una più chiara finalizzazione agli obiettivi definiti dalla legge di programmazione sanitaria triennale».

(0/1505/2/12-Tab. 19)

RANALLI, IMBRIACO, BOTTI, MERIGGI, BELLAFIORE

Per quanto riguarda la sorte degli altri emendamenti desidero conoscere quali siano le difficoltà che impediscono un loro accoglimento; a me non sembra di rilevare delle sostanziose obiezioni sulla assegnazione all'Istituto superiore di sanità di un'ulteriore somma di 200 milioni per spese per i programmi di ricerca epidemiologica. Sembrerebbe esistere solo una difficoltà di copertura finanziaria. Se ho ben capito, il Ministro intende impegnarsi fin d'ora per trovare questa possibilità di finanziamento. Se così fosse si potrebbe sospendere la votazione su questi emendamenti in attesa di riproporli in sede di esame alla Commissione bilancio, restando salvo il diritto di riproporli eventualmente in Aula. Sottolineo l'importanza dei 200 milioni per la ricerca epidemiologica; quindi, se il Ministro volesse esprimerci quanto meno la sua valutazione di merito in proposito, ci aiuterebbe a capire quale sarà la conclusione di tale questione in sede di 5ª Commissione e in Aula.

DEGAN, *ministro della sanità*. Onestamente devo ribadire che è necessario accertare la possibilità di operare le compensazioni proposte con questi emendamenti, sia per il Consiglio sanitario, sia per l'Istituto superiore di sanità, sia per l'ISPESL. In questo momento non sono in grado di dare delle risposte. Mi occorre del tempo per effettuare qualche verifica.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno 0/1505/2/12-Tab. 19 dichiaro di accoglierlo.

PRESIDENTE. Dalle dichiarazioni del relatore, del Ministro e di altri colleghi mi sembra sia emersa una generale concordanza sulla opportunità di finanziamento dei programmi di sviluppo della ricerca epidemiologica.

Ritengo che quanto detto sia più che sufficiente in questa fase per arrivare con un maggiore approfondimento al momento in cui si svolgerà la discussione presso la 5ª Commissione. Quindi pregherei i presentatori di non insistere, di far tesoro delle dichiarazioni ufficiali del Ministro e di trovare un punto di accordo su questa linea.

RANALLI. Onorevole Presidente, nella certezza che quanto abbiamo qui ascoltato dal relatore e dal Ministro verrà ripetuto positivamente anche presso la 5ª Commissione, e anche in Aula, vorrei rilevare che in questo periodo di tempo dovrebbe svol-

gersi una effettiva ricerca funzionale alla soluzione positiva dei problemi. Per noi sono importanti i 150 milioni, sono importanti i 200 milioni per la ricerca epidemiologica e bisognerebbe fare uno sforzo, sensibilizzare il Governo affinchè si possa reperire il finanziamento necessario.

Dichiaro pertanto di ritirare gli emendamenti Tab. 19.1 e Tab. 19.4, confidando che il Governo, nelle successive fasi dell'esame dei documenti di bilancio, proponga una adeguata soluzione per questi problemi.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'ordine del giorno 0/1505/2/12-Tab. 19, accolto dal Governo.

È approvato.

Passiamo ora al conferimento del mandato a redigere rapporto favorevole alla 5ª Commissione.

Propongo che tale mandato venga conferito allo stesso estensore designato, senatore Melotto, il quale ha già illustrato, nelle sue linee generali, lo schema di rapporto che intende inviare alla 5ª Commissione.

RANALLI. Signor Presidente, noi abbiamo ascoltato le repliche del relatore e del Ministro e, nonostante un marginale favore in ordine soprattutto alle migliori condizioni che dovrebbero essere comunque assicurate ai soggetti che già ne hanno diritto, o solo ad una parte di essi, il nostro Gruppo ritiene di dover confermare la valutazione complessivamente negativa di tutta la manovra contenuta nel disegno di legge finanziaria.

Nei quattro interventi che il Gruppo comunista ha svolto sono state esposte le argomentazioni che sostengono questa valutazione negativa finale. Vorrei adesso soltanto farne una elencazione perchè costituiranno i punti del rapporto di minoranza che il Regolamento ci consente di consegnare alla 5ª Commissione.

La prima questione riguarda l'inutilità e l'inefficacia, a nostro giudizio, del provvedimento rispetto alla necessità di correggere le storture del sistema. Siamo in presenza di provvedimenti che inaspriscono i prelievi e non determinano mutamenti qualitativi nel funzionamento del Servizio sanitario nazionale. In secondo luogo, la questione da voi sollevata del nuovo ruolo che attraverso il disegno di legge finanziaria, al titolo XI, verrebbe assegnato a comuni e Regioni, rappresenta una conferma di come non bisogna operare nei confronti dei comuni e delle Regioni. Fare questo provvedimento al di fuori della riforma delle autonomie locali, al di fuori della riforma del sistema assistenziale, al di fuori della riforma della finanza locale, della finanza regionale, significa unicamente caricare sui comuni e sulle Regioni corresponsabilità finanziarie gravi senza che allo stato attuale emergano con chiarezza le fonti di finanziamento per far fronte a questa nuova fase di impegno alla quale Governo e maggioranza intendono chiamare i comuni e le Regioni.

È ben vero che il relatore suggerisce che i 915 miliardi costituiscano un trasferimento dallo Stato ai comuni ai fini di procedere alla copertura degli oneri nuovi che graveranno su di essi a proposito dei soggetti esenti, ma mi sembra che allo stato attuale si tratta soltanto di una proposta; si tratterà di vedere l'esito che avrà questa proposta cammin facendo, perchè, se ben capisco, nel contesto della «finanziaria» e nelle opinioni del Ministro del tesoro, attualmente non c'è un orientamento come quello che il relatore Melotto ci ha qui esposto. Ma, a prescindere da questo fatto specifico, anche se si verificasse, noi riteniamo che il problema dei comuni e delle Regioni venga affrontato in maniera parziale ed inadeguata.

In terzo luogo, siamo fermamente convinti che il disegno di legge finanziaria prevarichi, essendo uno strumento inadeguato, improprio ed inidoneo, su quelle che sono le competenze proprie della sanità che noi avevamo trattato nel piano sanitario nazionale e che vogliamo continuare a discutere e a trattare nelle sedi instituzionali proprie e corrette.

Da ultimo voglio qui confermare che ci

batteremo presso la 5ª Commissione per lo scorporo totale del titolo XI e quindi non solo del comma 2 dell'articolo 26, come ci hanno proposto Governo e maggioranza. Pertanto dalla 12ª Commissione la battaglia si sposterà presso la 5ª Commissione.

Queste sono, sommariamente, le ragioni che ci portano a confermare il nostro giudizio negativo, a votare contro lo schema di rapporto della maggioranza e a ribadire la necessità di un rapporto di minoranza.

SIGNORELLI. Signor Presidente, a nome del mio Gruppo mantengo la valutazione critica e negativa conclusiva sulla manovra finanziaria espressa e sulla incapacità di essa a portare un certo ordine ed un coordinamento effettivo ed efficace a tutto il settore della sanità.

ALBERTI. Signor Presidente, prendo atto dell'impegno della maggioranza a riconsiderare la situazione dei decreti riguardanti le categorie dei pazienti privilegiati e quindi del fatto che questa manovra sarà riproposta. Però, fatta questa premessa, trovo che tutta questa manovra diventa farraginosa perchè di fatto è inefficace dal punto di vista di ciò che si proporrebbe questa legge, e cioè un contenimento ed una riduzione della spesa. Difatti qui si ripristinano i 915 miliardi (questa è stata la richiesta) da trasferire ai comuni e si allarga l'esenzione dei *tickets* a livello delle categorie privilegiate. A questo punto non so cosa resta della manovra finanziaria ed invece trovo che tutta questa materia avrebbe dovuto essere oggetto di una particolare riflessione a livello della legge di finanziamento del piano che noi dovremmo avere entro il quarantacinquesimo giorno dalla pubblicazione del piano sanitario stesso. Pertanto insisto che questa legge venga pubblicata subito: infatti non si capisce per quale motivo la legge non è stata pubblicata subito ed il Ministro neanche ci ha dato alcuna assicurazione che questo avverrà a breve scadenza.

IMBRIACO. Il Ministro avrebbe dovuto fornire questa indicazione questa sera.

ALBERTI. Adesso mi sembra che ci siano nubi sull'orizzonte del Governo. In ogni caso anche noi insisteremo affinchè tutta la materia riguardante questo titolo XI del disegno di legge finanziaria venga stralciata ed inserita nella legge di finanziamento del piano.

Per i motivi esposti noi voteremo contro lo schema di rapporto presentato dalla maggioranza.

COLOMBO SVEVO. Signor Presidente, intervengo brevemente per dichiarare, a nome del mio Gruppo, che voterò a favore del rapporto formulato dal relatore e per svolgere le seguenti considerazioni.

In relazione a quanto ho detto anche stamattina, desidererei che nel rapporto stesso fosse chiaramente indicata la necessità della tempestiva emanazione di una legge-quadro nazionale sulla assistenza, in considerazione delle novità introdotte dagli articoli 24 e 30 del disegno di legge finanziaria, le quali hanno costretto anche a cambiare la denominazione del titolo, che da «sanitario» è diventato «socio-sanitario». Ritengo che sia sbagliato culturalmente considerare questi articoli inerenti solo al settore sanitario: non lo sono già di fatto, perchè le tasse scolastiche, ad esempio, saranno pagate in base all'articolo 24. Mi sembrerebbe gravissimo che un'osservazione di questo genere venisse dalla 1ª Commissione e non dalla Commissione che, a mio avviso, è deputata a discutere del rapporto fra sanità ed assistenza. Quindi — ripeto — ritengo sia opportuno evidenziare la necessità dell'emanazione di una legge-quadro nazionale sull'assistenza, affinchè sia possibile la realizzazione concreta degli articoli 24 e 30, i quali introducono novità che travalicano il settore sanitario.

In merito poi ai 915 miliardi cui si è riferito il relatore, ritengo che possa destare dei dubbi la formulazione con la quale si indica la loro assegnazione. Infatti, là dove si dice che i 915 miliardi sono «previsti come rimborso da parte dei Comuni alle unità sanitarie locali», il termine «previsti» non sembra indicare una vera a propria obbligatorietà, anche se questa è la

nostra intenzione. È importante quindi sottolineare per chiarezza che essi debbono essere fatti passare sulla finanza locale.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504*. Signor Presidente, ritengo di poter accogliere i suggerimenti della senatrice Colombo Svevo.

Per quanto riguarda gli articoli 24 e 28, ci tengo a precisare che non è che essi siano inapplicabili o inattuali, ma per la realizzazione concreta delle novità che introducono è senz'altro auspicabile una tempestiva riforma dell'assistenza sociale. Si tratta di una sottolineatura che viene richiesta e sulla quale non posso non convenire.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro chiede di parlare per dichiarazione di voto, pongo in votazione la proposta di conferimento al senatore Melotto del mandato a redigere rapporto favorevole sulla tabella 19.

È approvata.

I lavori terminano alle ore 19,30.

MERCOLEDÌ 12 FEBBRAIO 1986

(Antimeridiana)

Presidenza
del Presidente BOMPIANI

I lavori hanno inizio alle ore 9,45.

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)» (1504-B), approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988» (1505-B), approvato dal Senato e modificato dalla amera dei deputati

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986 **(Tab. 19)**

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame congiunto dei disegni di legge: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 1986)» e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988 — Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986» (Tab. 19), approvati dal Senato e modificati dalla Camera dei deputati.

Prego il senatore Melotto di riferire alla Commissione su ambedue i disegni di legge in merito alle modificazioni introdotte dalla Camera dei deputati.

MELOTTO, *estensore designato del rapporto sulla tabella 19 e sul disegno di legge 1504-B*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, mi pare che le modifiche apportate dall'altro ramo del Parlamente, almeno per quanto ci riguarda, complessivamente non siano di grande entità, anche se dall'analisi puntuale che andrò svolgendo vedremo di far emergere cosa è cambiato nella logica che ci eravamo prefissi quando in questo ramo del Parlamento approvammo questi provvedimenti di bilancio.

Cominciamo subito con l'articolo 6, comma 23, che estendeva la possibilità della supplenza, ma che poi la limitava — e questo fu contestato anche da noi — al personale medico e a quello tecnico-sanitario. L'emendamento apportato invece alla Camera dei deputati recita: «Nei casi di aspettativa e di congedo straordinario per periodi superiori a quarantacinque giorni, la supplenza può essere conferita per tutta la durata di assenza del titolare con le modalità di cui ai commi precedenti». Quindi, è stato esteso a tutto il personale del Servizio sanitario nazionale per quei casi di congedo straordinario previsti dalla legge e quindi la possibilità di sostituire il personale. Mi pare che questo sia un emendamento migliorativo che era già nei nostri

auspici, anche se non avemmo successo allorquando fu da noi presentato. Quindi, il bicameralismo in questo caso si è dimostrato positivo!

Venendo quindi al capitolo riguardante la Sanità, e cioè il Titolo XI — «Disposizioni in materia socio-sanitaria» — la lettera *a*) dell'articolo 27, limita l'adeguamento da apportare per l'anno 1986, in relazione alle maggiori quote di partecipazione dell'assistito in vigore dal 1° marzo 1986, da 915 miliardi di lire, sulla manovra complessiva di 41.600 miliardi, a 743 miliardi, stante la riduzione della manovra che parte dall'entrata in vigore della legge dal 1° gennaio 1986. Vi è quindi una differenza di 172 miliardi di lire.

Per quanto riguarda il comma 2 dell'articolo 27, è stata aggiunta quella parte finale sul sistema informativo, e cioè: «I progetti finalizzati agli obiettivi di cui sopra sono definiti dal Ministero della sanità sentite le regioni, e i relativi interventi sono gestiti per la parte di rispettiva competenza dal Ministero della sanità e dalle regioni». In definitiva, si tratta di un ordine del giorno che in Senato il Governo aveva accolto e che è stato poi tradotto in legge da parte della Camera dei deputati.

L'articolo 28, anzichè la decorrenza dell'aumento dei *tickets* dal 1° gennaio 1986, dispone tale decorrenza dall'entrata in vigore della legge finanziaria 1986; quindi non ci sono più date ed è da quel momento che scatta il meccanismo previsto.

Al comma 2 dell'articolo 28 è stato introdotto, per quanto riguarda le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, il *plafond* che è quantificato in un limite massimo di lire 30.000 per ogni prestazione e in lire 60.000 in caso di pluralità di prestazioni.

Al comma 4 dell'articolo 28 troviamo solo una stesura diversa nella forma.

Per quanto riguarda l'articolo 30, il comma 1 reintroduce il *plafond* anche per le quote di partecipazione alle spese sulle prestazioni farmaceutiche fissandole in 30.000 lire per ricetta.

Il comma 2, invece, estende l'esenzione ai donatori di sangue e di organi, cioè per «le categorie di cittadini previste dai commi 9-*bis* e 9-*ter* dell'articolo 10 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638». A mio avviso, la seconda parte dell'articolo 30 è un doppione. Io non propongo alla Commissione di variare questo secondo comma, perchè verrebbe a porsi in essere una conflittualità inutile con l'altro ramo del Parlamento, però quando al comma 6 dell'articolo 28 noi andiamo ad elencare degli strumenti esatti — e anzichè far riferimento al decreto facciamo riferimento al protocollo, che mi sembra certamente la cosa migliore perchè quest'ultimo può essere variato — credo che lì sia previsto sia l'aspetto della maternità responsabile, in virtù della legge 22 maggio 1978, n. 194, sia l'aspetto della estensione dall'esenzione alle donne in gravidanza fino alla nascita del bambino.

Ritengo che il testo approvato dalla Commissione bilancio e perfezionato in Aula sia onnicomprensivo perchè contiene un riferimento esatto alle patologie, ai protocolli per la maternità ed al problema degli invalidi. Certamente la perfezione è una conquista e la Camera ha tentato di combattere per ottenere questo risultato.

Come tutti sapete, la Camera ha soppresso l'articolo 30 del testo approvato dal Senato ed ha approvato, nella seduta di mercoledì 5 febbraio, con l'accordo di tutti i Gruppi politici, un ordine del giorno (9/3335/18), a firma dei deputati Santini, Sinesio, Bassanini, Poggiolini, Muscardini Palli, De Luca, Ghinami su cui a mio parere bisogna soffermarsi. Questo ordine del giorno recita testualmente:

«La Camera,

premesso:

che appare necessario procedere alla distinzione tra assistenza e sanità affinchè, pur nello stretto rapporto che deve intercorrere tra i soggetti pubblici istituzionalmente chiamati a gestire i settori dell'assistenza e della salute pubblica, assuma il giusto ruolo il comune, al quale spetta il compito di gestire la maggior parte delle funzioni di sicurezza sociale;

che in particolare dovranno essere di

competenza comunale le funzioni relative alle esenzioni di tipo assistenziale di cui al comma 4 dell'articolo 28;

che altresì appare opportuno raccogliere ogni elemento utile per la predisposizione del passaggio di competenze e contestualmente assicurare i necessari flussi informativi al fine della predisposizione di norme di legge che, nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 27 della legge n. 468 del 1978 e delle competenze costituzionalmente garantite alle regioni, ponga a carico dei bilanci dei comuni di residenza le quote di partecipazione alle spese sanitarie dei soggetti esentati,

impegna il Governo ad assumere ogni opportuna iniziativa per procedere nella distinzione tra assistenza e sanità e a tal fine ad emanare con sollecitudine un atto di indirizzo e coordinamento che coinvolga e responsabilizzi i comuni nella attestazione dei diritti all'esenzione di cui al comma 4 dell'articolo 28 della legge finanziaria e che consenta la rilevazione dei dati delle esenzioni accordate e dei conseguenti oneri su base comunale, così da predisporre le condizioni che consentano la assunzione degli oneri corrispondenti alle quote di partecipazione alla spesa sanitaria non corrisposte dai soggetti esentati in base all'articolo 28, comma 4, a carico del bilancio dei rispettivi comuni di residenza a partire dall'esercizio 1988».

Di fatto, perciò, la Camera ha accolto in questo ordine del giorno tutta la sostanza e lo spirito dell'articolo 30 del testo approvato dal Senato, rinviando al 1988 la sua applicazione. Nel frattempo, la Camera ha fatto in modo che, attraverso un atto di indirizzo e di coordinamento, il Governo faccia assumere la compartecipazione ai Comuni nell'attestazione all'esenzione, procedendo contemporaneamente alla rilevazione di tutti i dati conseguenti per quantificare esattamente l'entità delle stesse esenzioni.

Occorre ora soffermarsi sull'articolo 31 che contiene i principali nodi su cui in questi giorni si è aperto un vivo dibattito. Il comma 8 dell'articolo 31, che riguardava i problemi della fiscalizzazione, è stato soppresso. È stato poi stabilito che la contribuzione per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale debba essere quantificata nel 7,5 per cento dei redditi derivanti da lavoro autonomo, cioè dei redditi degli artigiani, dei commercianti, dei liberi professionisti, nonchè per i cittadini privi di assicurazione obbligatoria. Nell'articolo 31, cioè, è previsto che per tutti, compresi perciò i lavoratori dipendenti, i redditi dominicali ed agrari, dei fabbricati e di capitale concorrono per la parte eccedente i 4 milioni a determinare la contribuzione del 7,5 per cento per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale. Ognuno perciò deve versare il suo contributo: per quanto riguarda il lavoro dipendente il contributo è del 10,95 per cento, di cui il 9,60 per cento a carico del datore di lavoro e l'1,35 per cento a carico del lavoratore dipendente. Invece, come ho già detto, i lavoratori autonomi e i cittadini privi di assicurazione obbligatoria devono contribuire nella misura del 7,5 per cento per i redditi compresi entro la fascia dei 40 milioni. Per la parte eccedente la fascia dei 40 milioni, i lavoratori autonomi dovranno versare un'aliquota del 4 per cento. La stessa aliquota dovrà essere versata dai lavoratori dipendenti (3,80 per cento a carico del datore di lavoro e 0,20 per cento a carico del lavoratore) se il reddito supererà la fascia dei 40 milioni. In più sia per i lavoratori autonomi che per i lavoratori dipendenti per la parte eccedente i 4 milioni dei redditi da patrimonio scatterà l'aliquota del 7,5 per cento senza alcun tetto limite.

RANALLI. Si parla perciò del reddito complessivo ai fini del calcolo dell'IRPEF. Sono cioè compresi anche i redditi dominicali ed agrari, dei fabbricati e di capitale.

MELOTTO, *estensore designato del parere sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504-B.* Per quanto riguarda invece il discorso dei coltivatori diretti, coloni e mezzadri, si prevede la riduzione del 50 per cento dell'aliquota per le zone montane e disagiate. Si fa anche riferimento alle zone agricole svantaggiate e delimitate ai sensi dell'articolo 15 della legge 27 dicembre

1977, n. 984: questa è stata una ulteriore precisazione apportata dalla Camera.

Il Ministro osserva — e può darsi che sia così — che i redditi dominicali ed agrari, dei fabbricati e di capitale concorrono complessivamente per la parte eccedente i 4 milioni di lire.

Uno sforzo è stato fatto con l'aggiunta del comma 16 — grazie anche ad una sentenza della Corte costituzionale sulla omogeneizzazione dei contributi — in cui si afferma che fino al 31 dicembre 1986 resta fermo il contributo previsto per i ministri di culto, gli apprendisti, i dipendenti delle cooperative, dei partiti, eccetera.

In conclusione, devo dire che sono favorevole in linea di massima alle modifiche apportate, ma con quelle riserve che ho già espresso nella mia relazione per quanto riguarda gli articoli 6, 27 e 30. Ripeto, suscita in me qualche perplessità, se non addirittura contrarietà, la parte fiscale del comma 8 dell'articolo 31, perchè indubbiamente, se si deve introdurre una patrimoniale, questo non va fatto nell'ambito del sistema sanitario, perchè sono due cose completamente diverse. Il contributo di solidarietà, inoltre, è già stato introdotto, quindi ritengo che un prelievo fiscale del tipo patrimoniale sia ingiustificato.

Per quanto riguarda la tabella 19 devo dire che questa contiene variazioni di modesta entità. Infatti prevede spostamenti di stanziamenti dai capitoli concernenti la propaganda e l'educazione a quelli riguardanti la ricerca e gli studi, e dal capitolo relativo al sistema informativo a quelli riguardanti la formazione e l'aggiornamento del personale dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro.

Quindi, per quanto riguarda la tabella 19, viste le poche modifiche apportate, ritengo di dover dare parere favorevole.

RANALLI. Signor Presidente propongo a questo punto di rinviare il seguito della discussione alla seduta pomeridiana.

PRESIDENTE. Poichè nessuno domanda di parlare, non facendosi osservazioni, rinvio il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 1504-B e 1505-B, nonchè della tabella 19, relativa allo stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986, alla seduta pomeridiana, già convocata per le ore 17,30.

I lavori terminano alle ore 10,30.

MERCOLEDÌ 12 FEBBRAIO 1986

(Pomeridiana)

Presidenza del Presidente BOMPIANI

I lavori hanno inizio alle ore 17,50.

«Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)» (1504-B); approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

«Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988» (1505-B) approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

– Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986 **(Tab. 19)**

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame dei disegni di legge: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 1986)» e «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1986 e bilancio pluriennale per il triennio 1986-1988 — Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1986 (Tab. 19)», già approvati dal Senato e modificati dalla Camera dei deputati.

Riprendiamo l'esame sospeso nella seduta antimeridiana di oggi.

Dichiaro aperta la discussione generale.

RANALLI. Signor Presidente, signor Ministro, il relatore senatore Melotto questa mattina si è soffermato sulle sole modifiche apportate dalla Camera dei deputati al disegno di legge finanziaria, ed è ciò che doveva fare in relazione a quanto stabilisce il Regolamento. Tuttavia, ha omesso accostamenti e riferimenti alla situazione politica che si è sviluppata in relazione alla vicenda del disegno di legge finanziaria nell'altro ramo del Parlamento; credo sia invece utile fare qualche richiamo per far sì che la Commissione si renda conto anche di quale sia il contesto politico in cui prosegue al Senato l'ulteriore fase di esame della «finanziaria».

Vorrei ricordare che alla Camera si è verificata l'esplosione, in parte prevedibile, in parte no, di lacerazioni e fratture nella maggioranza piuttosto ripetute e nel merito di molte questioni; si è assistito, più che in altre circostanze, al ricorso da parte del Governo al voto di fiducia per imporre in questo modo il voto palese e realizzare una maggiore disciplina della maggioranza, arginando così lo smembramento che il voto segreto solitamente determinava; abbiamo avuto due bilanci di Ministeri bocciati, il bilancio del Ministero della pubblica istruzione e successivamente il bilancio del Ministero della difesa. Il Gruppo comunista ha avuto modo di dichiarare più volte, e quindi anche di scrivere sulla propria stampa (e non l'ha fatto solo il Gruppo comunista, ma questa è stata la tesi accreditata in generale), che ci si trova di fronte ad un Governo senza maggioranza parlamentare o perlomeno con una maggioranza parlamentare divisa, contrariata per le scelte e per i comportamenti del Governo. Ed è per questo che noi comunisti, con il discorso dell'onorevole Napolitano, conclusivo di questa vicenda, e poi con l'iniziativa dei Presidenti dei due Gruppi parlamentari, abbiamo rappresentato al Presidente della Repubblica la necessità delle dimissioni di questo Governo.

Voglio quindi richiamare alcuni elementi della discussione e del dibattito politico. Leggevo oggi sul giornale che mai la Democrazia cristiana ed il Partito socialista italiano sono stati nemici come in questo momento. Questa battaglia viene ripresa al Senato ed è nostro intendimento proseguirla. Qualcuno scherzosamente ha detto che i senatori non vogliono essere i «postini della legge finanziaria»: per quanto ci riguarda è sicuro che non lo vogliamo essere, nel senso che per il tempo per il quale ci è affidato l'esame del disegno di legge finanziaria e per l'importanza che esso continua ad avere di fronte al Paese, evidentemente faremo il nostro dovere e la nostra parte così come si conviene.

Vorrei mettere in luce, di tutta questa disputa e discussione politica, una questione che tuttavia credo di poter dire che aveva avuto già in questa Commissione e poi in Aula al Senato un grande rilievo, cioè lo scadimento della legge finanziaria, la deviazione dai suoi compiti istituzionali, la prevaricazione quindi della legge finanziaria sulla vita più complessiva e istituzionale del Parlamento. Ho quindi il convincimento che mai come in questa circostanza sia maturata la necessità di giungere al superamento di una legge finanziaria così fatta. Mi sembra importante ricordare che il Presidente della Camera, onorevole Nilde Jotti, a conclusione della discussione, abbia richiamato il Governo e le forze politiche a questa necessità e mi pare importante anche ricordare che dall'interno stesso della maggioranza più voci si sono levate a rivendicare una correzione significativa di questo strumento.

Nel riprendere queste posizioni, che considero giuste, vorrei aggiungere che proprio le questioni riguardanti la sanità sono quelle che più hanno subìto danni da una «finanziaria» così pasticciona e complessa; proprio con la «finanziaria» si sono scardinati alcuni capisaldi della riforma sanitaria e si sono introdotte frettolosamente misure che anche uomini della maggioranza definiscono ragioneristiche, prive cioè di ogni riferimento e collegamento con i princìpi e i criteri generali della riforma sanitaria.

Questa è la prima considerazione politica che desideravo introdurre; capisco le ragioni per le quali il relatore ha voluto omettere qualunque riferimento a tali considera-

zioni, ma ritengo che non si possa ripartire da zero, bensì che occorra tener conto di questo clima, di questi risultati e di questa situazione.

Vorrei poi passare alla seconda questione. Come senatori comunisti esprimiamo il nostro apprezzamento per tutti i miglioramenti introdotti dalla Camera dei deputati che hanno reso possibile l'eliminazione o la riduzione di quelle parti negative del testo che avevamo già combattuto al Senato, e quindi mi sembra importante sottolineare il valore di questi miglioramenti. Evidentemente, ci batteremo anche al Senato perchè i miglioramenti conquistati rimangano e non sia ripristinato il testo decisamente meno soddisfacente che inizialmente era stato approvato dal Senato; se ci sarà possibile, faremo ancora del nostro meglio per ulteriori possibili miglioramenti delle parti che ci sono pervenute già migliorate.

Tuttavia — questo è il concetto politico che vorrei affermare — nonostante questi miglioramenti, il Gruppo comunista intende confermare il giudizio negativo già dato più volte sul disegno di legge finanziaria, fin da questo primo intervento. I miglioramenti pur apprezzabili apportati dalla Camera dei deputati non ci consentono assolutamente di modificare il giudizio negativo complessivo, che ribadiamo, sulle fasce di reddito familiare, sul taglio severo allo Stato sociale, sui *tickets* pesanti (anche se è previsto adesso il tetto), sull'inadeguatezza del Fondo sanitario nazionale, eccetera. Richiamo l'attenzione del relatore sul fatto che la soppressione dell'articolo 30, eliminando dal bilancio dei comuni (e questo è un dato positivo perchè l'avevamo sostenuto anche noi) gli 850 miliardi presunti e attendibili, praticamente rende ancor più sottostimato il Fondo sanitario nazionale che viene confermato nella misura che i colleghi commissari conoscono e che esisteva già nel testo licenziato dal Senato.

Vorrei aggiungere, sempre per approfondire la sottostima del Fondo sanitario nazionale, che proprio per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, avendo il servizio centrale per la programmazione sanitaria stabilito presuntivamente una spesa, per il 1986, di 9.245 miliardi (così distribuiti: 6.265 a carico del Fondo, 2.130 a carico del cittadino con i *tickets* e 850 miliardi provenienti dai bilanci ordinari dei Comuni) e venendo meno, con la soppressione dell'articolo 30, gli 850 miliardi, cioè quella parte che — secondo noi ingiustamente — veniva caricata sui bilanci dei comuni, si tratta ora di capire come si perverrà ugualmente a questi 9.245 miliardi che la programmazione ritiene preventivamente necessari per la copertura della spesa di assistenza farmaceutica. Questo è solo un aspetto, che però ci fa capire quanto sia inadeguato il Fondo sanitario.

Vorrei perfino aggiungere, e questo lo faccio per senso di responsabilità per quanto riguarda il futuro, che l'avvio della trattativa — mi auguro sollecita — per il rinnovo del contratto unico di lavoro per il personale sanitario, con la decisione dell'area di autonomia professionale medica (quindi anche con una contrattazione specifica del personale medico) presuppone la prescrizione della spesa. Ritengo che quel contratto avrà anche una parte di retroattività; comunque, il 1986 dovrà sicuramente far parte degli anni che devono essere garantiti e coperti. Sollevo questo problema perchè mi preoccupa quella che sarà in futuro la copertura finanziaria, perchè già in partenza il Fondo sanitario è assolutamente inadeguato e insufficiente proprio per le spese che sono state riconosciute necessarie sia da noi che dall'ANCI.

Signor Presidente, onorevole Ministro, a questo giudizio complessivamente negativo sul disegno di legge finanziaria noi aggiungiamo argomenti nuovi — lo facciamo qui, lo faremo in Commissione bilancio ed anche in Aula — e sono quegli argomenti che ci vengono suggeriti dalle novità che si stanno verificando nella situazione internazionale a seguito del crollo dei prezzi del petrolio e quindi di condizioni sicuramente più favorevoli che si vengono a determinare sulla bilancia dei pagamenti. Il Governo manifesta impreparazione e ritardo nell'avvantaggiarsi di queste novità positive che si sono determinate, e ci pare grave soprattutto che, nonostante ciò, continui nella

sua politica, così come sta facendo con questa «finanziaria», perchè essa non introduce nessun elemento di novità rispetto a quelle emerse in campo internazionale, perseguendo ancora la sua politica di attacco ai redditi di lavoro dipendente, alle pensioni e ai servizi sociali. Vorrei che non venisse sottaciuto, sia dal relatore che dal Governo, questo sfondo nuovo e diverso in cui viene a collocarsi questa terza lettura della «finanziaria», perchè noi non siamo qui «messi all'angolo» dalle modificazioni pervenute dalla Camera dei deputati, ma di queste modificazioni dobbiamo parlare nell'ambito di un discorso politico più generale.

Dette queste cose più specifiche sui miglioramenti, sul giudizio negativo, sulle novità presenti, ma non utilizzate nè sfruttate dal Governo, vorrei aggiungere anche qualcosa — pur non ritenendomi particolarmente preparato sull'argomento — sulla nuova formulazione dell'articolo 31. Abbiamo discusso in seno al Gruppo e devo dire che ci siamo impegnati a sostenere questo articolo 31, nel senso che lo consideriamo un tentativo di andare, attraverso uno strumento in verità anomalo, verso una perequazione dei contributi tra lavoratori dipendenti da una parte e lavoratori autonomi (professionisti, imprenditori e soggetti comunque non dipendenti) dall'altra. Questo contributo di solidarietà tende a stabilire una maggiore redistribuzione del peso contributivo tra lavoratori dipendenti ed altre categorie di soggetti. Sia ben chiaro, noi abbiamo sempre sostenuto che la scelta principale, la via maestra da percorrere dovrebbe — e dovrà essere — quella della riforma fiscale, e quindi della fiscalizzazione della sanità, così come indica la legge 23 dicembre 1978, n. 833. Ci rendiamo, tuttavia, conto che non essendo ancora stata attuata la riforma fiscale, la fiscalizzazione del servizio sanitario, con il fisco attuale, finirebbe col favorire tutti coloro che riescono a nascondere una parte del loro reddito; ancora una volta quindi finirebbe per scaricarsi sui lavoratori dipendenti e su quella parte di lavoratori autonomi che denunciano il loro intero reddito. Sarebbe anche giusto andare alla equità finale attraverso — e questa è una rivendicazione che noi riproponiamo — una patrimoniale ordinaria, che è stata fino ad oggi sempre rifiutata.

Questi, dunque, dovevano e potevano essere gli strumenti-chiave attraverso i quali arrivare ad una redistribuzione dei contributi, ma non dipende certamente da noi se a questo finora non si è mai giunti. Il Governo ha una sua precisa responsabilità e così pure la maggioranza; nel corso di questi mesi ci siamo sentiti opporre delle resistenze a queste tesi che abbiamo ribadito più volte con convinzione.

Questo provvedimento, quindi, si colloca in un quadro di carenze di scelte fondamentali. Infatti il provvedimento è finalizzato al recupero di danaro in quelle forme che — lo sappiamo tutti — hanno sempre suscitato e suscitano reali preoccupazioni da parte delle categorie interessate.

Tuttavia il mio Gruppo ritiene di poter condividere il provvedimento, anche se ribadisce che sarebbe stato opportuno risolvere la questione con strumenti diversi. È tuttavia necessario ed urgente dare al settore maggiore giustizia e quindi provvedere, sia pure non in maniera corretta. I lavoratori dipendenti versano direttamente i contributi con la busta paga. Questi lavoratori dipendenti, però, se hanno altri redditi che non provengono dalla loro normale attività lavorativa non sono assoggettati ad altri oneri. Il provvedimento al nostro esame mira a recuperare questa parte del reddito che attualmente sfugge alla contribuzione. Lo stesso discorso vale anche per i lavoratori autonomi.

Ho voluto con questo esempio precisare le ragioni per cui noi siamo indotti a sostenere questo provvedimento. Esso si muove in una direzione di giustizia e di equità fiscale da una parte e in una direzione di solidarietà sociale dall'altra. Queste sono le considerazioni di carattere politico che a mio parere era opportuno fare. Esprimo, quindi, apprezzamento per i miglioramenti contenuti nel provvedimento al nostro esame, rispetto al testo approvato dal Senato.

Il giudizio, però, rimane complessiva-

mente negativo. Il mio Gruppo esprime considerazioni positive nei confronti dell'articolo 31, e si riserva di presentare emendamenti in Aula su vari punti, soprattutto per la rideterminazione del Fondo sanitario nazionale, in quanto è sottostimato.

Per quanto riguarda il bilancio relativo al Ministero della sanità, cioè la tabella 19, alcune delle questioni da noi sollevate in questa Commissione, sono state accolte dalla Camera dei deputati. Tuttavia critichiamo l'indeterminatezza che persiste per quanto riguarda il riordino del Ministero. Siamo stati informati del fatto che è stato presentato un disegno di legge di riforma del Ministero della sanità e noi ci auguriamo di poterlo quanto prima esaminare.

Complessivamente perciò, pur essendo stati inseriti alcuni elementi positivi con le modifiche apportate dalla Camera dei deputati, rimaniamo contrari all'approvazione della tabella 19. Con queste dichiarazioni, onorevole Presidente, riaffermiamo la nostra contrarietà sia al disegno di legge finanziaria che al bilancio dello Stato per la parte di competenza della nostra Commissione.

MURATORE. Signor Presidente, onorevoli colleghi, voglio molto brevemente dire che non mi aspettavo dal senatore Ranalli e dalle sue considerazioni di carattere politico qualche cosa di diverso da quanto è stato detto. Del resto egli ha mantenuto una posizione coerente al suo ruolo di rappresentante dell'opposizione: ciò non ci lascia indifferenti, ma ci preoccupa ancora di più per la situazione politica esistente. Questa preoccupazione, però, non ci può far perdere di vista la vicenda del momento, cioè l'approvazione della legge finanziaria. Infatti noi riteniamo che l'approvazione della legge finanziaria e del bilancio preventivo 1986 sia una questione di interesse generale. Del resto lo stesso Presidente del Consiglio e le forze politiche della maggioranza hanno affermato che, al di là del momento contingente, subito dopo l'approvazione della legge finanziaria e del bilancio vi sarà un chiarimento politico. Mi auguro che questo chiarimento si realizzi in senso positivo, cioè nel senso che le parti politiche assumano una chiara posizione per proseguire in una attività di Governo che in questo momento non ha alcuna alternativa.

Il disegno di legge finanziaria al nostro esame, come del resto ha già affermato il senatore Ranalli, è stato migliorato alla Camera rispetto al testo originariamente approvato dal Senato.

MERIGGI. Questo non significa che noi ne condividiamo i contenuti.

MURATORE. Ho semplicemente ripetuto quanto ha affermato il senatore Ranalli. Egli riconosce che sono stati apportati alcuni miglioramenti al disegno di legge finanziaria che non possono essere trascurati. Queste dichiarazioni mi convincono ancora di più non solo della necessità di votare questi disegni di legge, ma di esprimere su di essi un parere favorevole senza riserve.

Voglio però far rilevare al senatore Ranalli che a mio parere il suo discorso è contraddittorio. Infatti non si può affermare apprezzamento per l'articolo 31, soprattutto in riferimento ai miglioramenti apportati dalla Camera al suo testo, e poi dichiarare la ferma volontà di votare contro questa «finanziaria». In questo modo si fa semplicemente una questione di principio e non si tiene conto della sostanza del problema.

RANALLI. Noi abbiamo sempre ribadito che questa «finanziaria» non ci trova concordi.

MURATORE. Lei, senatore Ranalli, ha ricordato ciò che è avvenuto ai bilanci del Ministero della pubblica istruzione e del Ministero della difesa. Questo ci convince ancora di più del fatto che il problema dell'eliminazione del voto segreto, in particolare per quanto riguarda le leggi di natura finanziaria, è di grande attualità. Su questo problema è necessario fare chiarezza se si vuole evitare che i soliti «franchi tiratori» peggiorino ulteriormente l'attuale situazione politica.

Anche io voglio esprimere alcune perplessità sull'articolo 31 del disegno di legge al nostro esame, ma le mie perplessità si muovono nella direzione opposta a quella espressa dal senatore Ranalli. È vero che in quest'articolo si prevede una maggiore distribuzione del carico della tassa sulla salute, ma non capisco perchè la previsione si sia fermata alla soglia dei 100 milioni.

RANALLI. Questo lo dovete chiedere al Governo.

MURATORE. Sono d'accordo, lo chiederemo al Governo, ma voglio ribadire che questa disposizione suscita in me alcune perplessità. Viceversa il senatore Ranalli è rimasto nel complesso soddisfatto dal testo dell'articolo 31, mentre io devo dire che sono insoddisfatto. Probabilmente questa mia insoddisfazione discende da un diverso modo di vedere i problemi di governo dell'economia del nostro Paese e in particolare di questo settore. Oltretutto il nuovo testo dell'articolo 31 mi sembra che sia in contraddizione con l'articolo 53 della Costituzione, che chiaramente stabilisce che il sistema tributario è informato a criteri di progressività. Mi preoccupa perciò il fatto che nell'articolo 31 ci si sia fermati sulla soglia dei 100 milioni.

Questa è la situazione attuale ed io non voglio aggiungere altro, se non riaffermare il voto favorevole del Gruppo socialista.

SIGNORELLI. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, si sente tanto parlare di chiarimento tra le forze politiche che compongono la maggioranza: dovrebbe essere un po' la conseguenza dello sfascio che si è verificato in queste settimane tormentate. Questo chiarimento tra le forze politiche *in fieri* è una promessa che, se non è finalizzata alla riforma del sistema, non ci interessa: la vediamo semplicemente, in questo momento, come un ricatto. Posso dire che i «franchi tiratori» e le opposizioni sono l'unica componente etica del sistema in questo momento perchè senza di essi questa «finanziaria» sarebbe passata con tutte le incongruenze e le immoralità che contiene.

Del resto questa strada tribolata della «finanziaria» mi pare che debba lasciarci un messaggio molto preciso: non si possono passare quasi cinque mesi della nostra attività parlamentare per parlare della «finanziaria», perchè se essa fosse una cosa seria e ben fatta, avrebbe dei tempi molto più contenuti. Quindi si impone una revisione totale delle istituzioni perchè l'economia del Paese è legata al patto sociale ed etico tra cittadini e Stato che si chiama fiducia nelle istituzioni stesse. Per quanto attiene al bilancio dello Stato, cioè della collettività, un diverso metodo avrebbe dovuto essere impostato in questi quaranta anni. Affermo questo perchè se lo Stato deve perseguire la utilità etica della collettività con il controllo della spesa e del miglior utilizzo delle risorse e con il superamento dei conflitti di interessi che ogni processo di spesa, di consumi, di bilancio comporta, mi sembrerebbe che proprio il finanziamento della sanità doveva essere estraneo ad una manovra di contenimento della spesa pubblica per ottenere un risparmio atipico sulla salute del cittadino che viene deviato su altre voci di bilancio.

Secondo noi (e penso anche secondo tutti voi) è il Fondo sanitario nazionale e regionale nella politica di piano — che finalmente esiste — che deve contenere tutto questo per razionalizzare la spesa nella sua distribuzione, elargendo servizi adeguati secondo un corretto rapporto tra spesa e benefici.

La spesa in Italia è soprattutto uno spreco: siamo tutti d'accordo; però nessuno si mette in mente e si mette soprattutto in opera per modificare questa tendenza. Si privilegiano, da parte dello Stato, quelle parti dove i servizi e le spese sono tra loro a rapporto peggiore; se si pensa alla non riconversione dei reparti ospedalieri non utilizzati o sottoutilizzati di fronte ad una richiesta drammatica di posti-letto specifici per i lungo-degenti, la riabilitazione, i malati in fase pre-terminale, gli anziani abbandonati e non autosufficienti e che tali

strutture sottraggono enormi risorse economiche per le spese fisse, già questo la dice lunga su come questo spreco continui mentre non mi pare che si faccia qualcosa per predeterminare un cambiamento.

La spesa in un sistema economico e, in questo caso, la spesa per la sanità, deve essere affrontata in termini di meccanismi-consumi che si attivano. La spesa pubblica sanitaria non dà profitti e consuma risorse per produrre beni; in questo caso, in Italia, essa dà profitti: e non entriamo in particolari perchè ci sono entrato altre volte.

Il contributo integrativo vero e proprio da parte dello Stato nel 1985 è stato di 3.700 miliardi. Quando si dice che la spesa sanitaria è la causa del disastro economico del Paese questa cosa ci preoccupa: come al solito viene criminalizzato il comparto in cui operano sanitari e parasanitari per la salute del cittadino.

Partecipare al ripianamento del dissesto finanziario dello Stato con la sanità che dà un saldo attivo tra afferenze contributive ed impiego da parte dello Stato, è iniquo ed anticostituzionale perchè è dimostrato che stanno diminuendo le spese per la sanità, ma ne aumenta la fiscalizzazione: la salute è fiscalizzata due volte.

Quindi quest'articolo 31 del disegno di legge finanziaria 1986 è emblematico di questo modo di mantenere un sistema fiscale in Italia: è esoso, fraudolento, antidemocratico ed immorale. Pertanto mi trovo nella condizione, a nome del Movimento sociale italiano-Destra nazionale, di votare contro.

CONDORELLI. Vorrei fare solo una domanda perchè poi interverrà la collega Colombo Svevo.

Vorrei ricordare al Presidente della Commissione, ai colleghi tutti e al signor Ministro che noi abbiamo iniziato giorni fa in Assemblea la discussione dei disegni di legge nn. 847 e 1332, che riguardano gli specializzandi e l'iscrizione a numero programmato all'università e ci siamo bloccati perchè non si riescono a trovare i 40 miliardi per poter pagare le borse di studio degli specializzandi. Non potrebbe essere questa un'occasione, chiedo allora (forse la mia domanda è provocatoria), per risolvere questo problema di fronte a tutta questa massa di miliardi che noi mettiamo in giro? Potrebbe essere questa, io dico, l'occasione per trovare i fondi necessari e dare quindi veramente un segno di civiltà. Si tratta di un problema così spinoso sul quale tutti ci battiamo il petto, tutti parliamo, ma per il quale poi non riusciamo a trovare questa misera somma per risolverlo e cominciare a dare all'Italia veramente un volto europeo nella medicina.

Questo è l'interrogativo che io volevo porre.

COLOMBO SVEVO. Signor Presidente, intervengo per far presente il consenso e il parere positivo sullo schema di osservazioni che il senatore Melotto ha predisposto sui cambiamenti di questo disegno di legge finanziaria alla Camera.

Devo dire che ho sentito dei giudizi positivi seppur parzialmente rispetto ai cambiamenti; io direi che forse noi, per questo settore, potremmo non lamentarci di come la Camera ha modificato le norme. Se dovessi dare un giudizio più generale, per la verità, dovrei dire (senza affermare che sono state fatte delle scelte diverse o più o meno favorevoli) che ho avuto complessivamente l'impressione (seppur leggendo il testo molto velocemente) che anche alla Camera si è persa di vista la manovra complessiva e che gli emendamenti sono più andati in un senso aggiuntivo che non nel senso del cambiamento di sostanza e soprattutto, di quello che doveva essere il meccanismo della spesa. Questo in linea generale.

Ci sono poi alcuni emendamenti che effettivamente, non fanno ritenere che nel lavoro fatto si sia sempre tenuto conto della crisi economica e finanziaria che il Paese sta in questo momento attraversando.

Questo per dire che cosa? Non tanto per avvalorare giudizi diversi tra le due Camere che qualche volta, soprattutto nel nostro settore, hanno determinato anche momenti di grosso scostamento, ma per dire che probabilmente anche da questa Commissio-

ne deve levarsi la voce sulla necessità di un cambiamento della «finanziaria» stessa, perchè rischia di diventare momento di scontro di tuti i singoli settori, senza invece un'attenzione particolare alla manovra complessiva della legge finanziaria stessa.

La seconda osservazione riguarda invece il nostro settore. Anche a mio avviso questa «finanziaria» non ha prodotto cambiamenti traumatici, per cui quelli che ci sono noi certamente li accettiamo di buon grado e non possiamo che esprimere un parere favorevole.

Devo fare solo alcune osservazioni su alcuni punti, almeno due. Il primo riguarda il reddito familiare e lo riprendo perchè è stato occasione di un mio intervento in questa aula. Devo far qui rilevare che il reddito familiare (secondo la dizione approvata già dal Senato e confermata dalla Camera) ormai solo molto nominalisticamente si può chiamare «familiare» perchè in realtà il reddito che qui si considera è il reddito dei coniugi, dei minori e delle persone a carico, quindi esclude, e c'è stata una conferma anche in questo senso alla Camera, il reddito dei figli maggiorenni che operano all'interno della famiglia.

RANALLI. Era già stato detto al Senato.

COLOMBO SVEVO. Sì, certo, ma riprendo il discorso qui per dire che questo indubbiamente ridimensiona molto anche il concetto di reddito familiare.

Invece la seconda osservazione riguarda la soppressione dell'articolo 30. Io devo dire che, avendo preso qui una posizione molto precisa sul fatto che a mio avviso l'assistenza non dovesse essere regolamentata all'interno del disegno di legge finanziaria, potrei dichiararmi anche d'accordo sulla soppressione dell'articolo 30, la quale va incontro ad alcune osservazioni che io avevo fatto in questa Commissione. La cosa però che mi preoccupa, signor Presidente e onorevole relatore, è l'ordine del giorno votato dalla Camera che il relatore ci ha letto sul quale invece dissento non già in termini di contenuti (quelli li condivido tutti), ma perchè non condivido (e quindi assolutamente non mi sentirei di sottoscrivere nè di far presente questo come un dato positivo) che questa distinzione possa venir fatta con un atto di indirizzo e di coordinamento.

Ora, se la «finanziaria» è inadatta a regolare tale questione, l'atto di indirizzo e di coordinamento è ancora più inadatto. Quindi, proporrei alla Commissione di non accogliere i contenuti dell'ordine del giorno. Il Ministro, per la verità, ha già fatto un accenno alla distinzione fra attività e servizi sanitari assistenziali che sta provocando anche grosse conflittualità all'interno delle Regioni, proprio perchè — ritengo — alcune di queste si sono poste soprattutto il problema di quali siano i soggetti che devono pagare e quali invece abbiano diritto all'esenzione. Tale regolamentazione non può avvenire con un atto di indirizzo e di coordinamento, ma deve trovare una propria specifica sistemazione in una norma legislativa che — a mio avviso — deve essere la legge-quadro sull'assistenza; possiamo trovare anche un altro strumento normativo, al limite, se la legge-quadro proprio non riesce a venire fuori, ma certamente non si può provvedere con un atto di indirizzo e di coordinamento.

DEGAN, *ministro della sanità*. Chiedo scusa se la interrompo, senatrice Colombo Svevo, ma intervengo ora perchè non vorrei che accadesse che altri si accodino alle sue osservazioni. Vorrei dire soltanto che l'atto di indirizzo e di coordinamento in questo caso si riferisce semplicemente all'organizzazione in senso informativo, sia per l'attestazione, affinchè avvenga con corresponsabilità tra unità sanitaria locale e comune, che per la rilevazione dei dati. Il resto è rimandato invece ad atti legislativi.

COLOMBO SVEVO. Se è vero questo, cioè che non si regolamentano questi rapporti con atti amministrativi, allora le mie perplessità vengono a cadere.

Per quanto riguarda l'articolo 31, esso — a mio avviso — viene incontro ad una necessità che avevamo più volte sottolineato,

cioè quella di un adeguamento dei contributi dei lavoratori autonomi rispetto a quelli dei lavoratori dipendenti. Su questo argomento il senatore Melotto ci aveva fornito anche alcune indicazioni di carattere quantitativo; inoltre, il CENSIS recentemente ha fatto pervenire alla Commissione altri dati in cui la differenziazione è risultata ancora maggiore rispetto ai dati forniti dal senatore Melotto che mi pare fossero riferiti al 1981. Anche da questi dati risulta chiaro come un adeguamento sia necessario.

La *ratio* verso la quale si è indirizzato giustamente il Ministro era quella da una parte di collegare questi diversi contributi alla capacità contributiva dei soggetti, e questo mi sembra che si allineava alle indicazioni già esistenti nella legge n. 833 del 1978, e, dall'altra, invece di tener conto anche della proporzionalità di questi contributi rispetto al servizio di cui in effetti si usufruisce.

Sono queste le due motivazioni che — a mio avviso — sottostavano alla scelta fatta, per cui si giustifica sia l'aumento dal 7 al 7,5 per cento per i redditi fino a 40 milioni che il cosiddetto «contributo di solidarietà» che scatta in funzione di un certo reddito con un tetto massimo. Mi rendo conto che sembra quasi assurdo che oltre i 100 milioni di reddito non si paghi più alcun contributo, però occorre tener anche presente il fatto che si tratta di una strana tassa-imposta che ha una doppia valenza, per cui deve essere, da una parte, relativa alla capacità contributiva, ma, dall'altra, deve anche tener conto dell'entità del servizio offerto, valutazione che non può essere completamente ignorata dato che non si tratta solo di un prelievo fiscale, ma anche del corrispettivo di un servizio. Quindi — a mio avviso — questa norma è ben congegnata.

Rimane poi l'ultima parte, cioè la modifica introdotta dalla Camera dei deputati che ai redditi da lavoro ha inteso aggiungere anche i cosiddetti redditi da capitale e da fabbricato. Mi rendo conto del perchè il Ministro abbia operato in questo senso, in quanto effettivamente possono sussistere motivi di ingiustizia all'interno del meccanismo esistente. Non voglio dilungarmi sull'argomento, ma credo che l'articolo apparso oggi su «Il Sole-24 ore» e gli esempi ivi riportati diano a tutti noi la sensazione che effettivamente, non considerando anche questo aspetto, si rischiava di far pagare la quota sanitaria soltanto su una parte limitata di lavoro dipendente o di lavoro autonomo. Sono consapevole di questo, ma mi rendo anche conto, d'altra parte, che l'applicazione di questa norma rischia di diventare, in un certo senso, una specie di patrimoniale inserita all'interno della «tassa sulla salute». Forse — a mio avviso — tale questione avrebbe avuto bisogno di un approfondimento maggiore, tenendo conto sia dell'esigenza di equità, sia anche dell'esigenza di non gravare due o tre volte sullo stesso soggetto per un unico servizio, in quanto in definitiva si tratta sempre del servizio della salute.

Ho l'impressione che la drammatizzazione di questo argomento avvenga non tanto in relazione alla seconda parte, ma con l'intenzione di rimettere in discussione tutto l'insieme. Penso che le modifiche introdotte dalla Camera dei deputati debbano essere confermate da questa Commissione, sia quella relativa all'aumento al 7,5 per cento per i redditi fino a 40 milioni, sia quella dell'adeguamento al 4 per cento sulla parte di reddito fra i 40 e i 100 milioni. Sull'ultima parte — a mio avviso — un maggiore approfondimento sarebbe necessario per cui penso che si potrebbe arrivare all'approvazione di eventuali emendamenti, oppure si potrebbe rimandare il tutto ad una più puntuale definizione, immaginando un ripensamento complessivo. Se però tutto questo dovesse alla fine tradursi in un ritardo nell'approvazione del disegno di legge finanziaria che a questo punto si rende sempre più indispensabile anche per fare andare avanti tutti gli altri meccanismi di spesa e bilanci che ad essa e alla sua approvazione sono collegati, ciò sarebbe veramente negativo. Per cui ritengo che, pur non essendo personalmente convinta di

questa formulazione complessiva, vale qui l'interesse generale rispetto a quello specifico.

PRESIDENTE. Vorrei innanzitutto rispondere al senatore Condorelli per quanto riguarda la parte che mi compete. Assieme al senatore Valitutti, nella sua veste di Presidente delle Commissioni riunite 7ª e 12ª, abbiamo continuato nella ricerca di possibilità di finanziamento dei disegni di legge sulle specializzazioni, e sembra che una apertura in questo senso possa determinarsi all'interno della tabella relativa al bilancio della Pubblica istruzione che — come la Commissione sa — è stata modificata dalla Camera. Quindi, almeno nel settore delle borse di studio attribuite alla Pubblica istruzione, vi potrebbe essere un «inizio» di finanziamento. Non sarà certamente nella misura delle cifre che avevamo preventivato, ma sarà comunque sufficiente a sbloccare la situazione da un punto di vista formale, cosicchè si potrà proseguire nell'esame del disegno di legge.

Credo che la senatrice Colombo Svevo abbia colto nel segno quando ha detto che occorre approfondire il tema dell'applicazione della legge n. 595, emanata pochi mesi fa, relativa al settore socio-sanitario. Infatti, è vero che per regolamentare l'impostazione dei progetti-obiettivo (e quella che sarà poi l'attuazione pratica di essi) vi sono i piani sanitari, nazionale e regionali, ma potrebbe anche ritenersi che un ulteriore approfondimento in questa sede sulle norme di finanziamento e sulle possibilità di stabilire il rapporto fra la quota sanitaria e la quota sociale, sempre nell'ambito del finanziamento di ogni progetto, si dimostrerà utile.

Circa l'articolo 31 vi sono anche da parte mia parecchie perplessità. La principale di esse è proprio che si rischia di inaugurare un sistema misto di partecipazione alle spese della sanità che in parte è il sistema contributivo tradizionale e in parte è un sistema fiscale, sia pure non espresso in maniera molto precisa.

Ora non so se questo fatto, che a me sembra innovativo per la nostra attuale politica tributaria, sia o no positivo. Qualche quotidiano ha inviato dei segnali d'allarme, affermando che tale sistema potrebbe essere pericoloso sul piano democratico: non so se questo sia vero o meno, ma certamente potrebbe generare confusione. Addirittura potrebbero esservi gli estremi perchè questo sistema misto possa essere colpito da una sentenza della Corte costituzionale, ma questo è un problema che riguarda i giudici; comunque a me sembra preferibile o mantenere il criterio contributivo o istituire il criterio fiscale. Ritengo che quello contributivo abbia una sua logica; ma questo, applicandosi *pro capite*, deve essere uguale per tutti. Tale criterio è stato adottato persino dal Governo conservatore inglese nel 1983: infatti, la signora Thatcher ha dichiarato che nell'ambito del sistema sanitario inglese non era concepibile una contribuzione differenziata tra cittadini, perchè uguale era la prestazione fornita.

L'aliquota di solidarietà si è detto. Comprendo l'importanza della solidarietà, ma questa può essere imposta con legge dello Stato? Secondo me può esistere in forma volontaria, ma se diventa obbligatoria si passa ad una estensione dubbia del concetto «solidarietà». Comunque sono d'accordo con la senatrice Colombo Svevo quando afferma che è necessario approfondire i risultati e gli sbocchi ai quali può portare, non per il problema sanità, come tale, ma in generale e per tutto l'assetto dello Stato, la linea inaugurata di partecipazione a regime misto, cioè in parte contributiva e in parte fiscale.

Vi è anche un'altra obiezione da fare: se sarà vero quanto da taluno si afferma, e cioè che tali contributi fiscali vanno direttamente alla sanità, allora vi è un prelievo finalizzato, cioè una specie di «patrimoniale» finalizzata alla sanità. Ciò però urterebbe contro il principio generale che qualsiasi aliquota fiscale va versata all'erario senza etichettatura. Ecco, allora, che nasce il sospetto che taluni giornali hanno avanzato, che in realtà — sia pure prelevate per scopo sanitario — queste entrate andranno a finire nel gran calderone dell'erario dello Stato, con la conseguente loro utilizzazione

verso altri settori. Questo fatto naturalmente non farà che accrescere l'ansia dei cittadini e la contestazione verso il sistema.

Vi sono altre osservazioni da fare. La lettura congiunta dei commi 11, 12 e 13 dell'articolo 31 porta a concludere che, rimanendo il concetto che sono assoggettati al contributo tutti i cittadini che hanno un reddito dichiarato e imponibile ai fini IRPEF, il contributo stesso si applica anche alle fasce di reddito comprese fra i 3 milioni (che rappresenta la quota minima) e gli 8.600.000, risultando in tal modo penalizzati i giovani professionisti, che hanno appena iniziato a lavorare e che a malapena raggiungono la soglia del reddito minimo. È chiaro che in questo caso, essendo vicine ai 3 milioni le loro entrate, la loro quota di contribuzione diviene in proporzione, ben più del 7,5 per cento. Credo — in definitiva — che questo problema andrebbe, entro certi limiti, attentamente riconsiderato.

Dunque, sia pure associandomi all'urgenza ed alla necessità che non venga ostacolato l'*iter* di un disegno di legge così importante, anche perchè è concatenato a tanti altri problemi legislativi, tuttavia sostengo che deve essere tenuta presente l'esigenza di sollecitare il Governo a ripensare al problema dell'articolo 31, di verificarne l'applicazione e di essere disponibile eventualmente a trovare un altro criterio che in qualche modo venga incontro alle preoccupazioni che sono state esposte da tutte le parti politiche e nello stesso tempo non venga ad impedire quella parte della manovra relativa al rastrellamento di denaro assegnata all'articolo 31.

Dichiaro chiusa la discussione generale.

MELOTTO, *estensore designato del parere sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504-B.* Brevemente, signor Presidente, solo per qualche precisazione, perchè in parte lei ha già risposto — e mi trova consenziente — ad alcune obiezioni che sono state sollevate.

Volutamente ho omesso di parlare del quadro politico perchè non ritenevo fosse la sede idonea, non certo per estraniarci e fare asetticamente i tecnici della sanità. Ritengo che l'Assemblea, prima di accingersi ad approvare nuovamente il testo del disegno di legge finanziaria, avrà modo di discutere il quadro politico nel quale sono state apportate le modifiche e quali conseguenze ne siano derivate. Inoltre, mi associo volentieri alle critiche sulla «finanziaria» come metodo. Infatti, come già affermammo a suo tempo in questa sede e come è stato ribadito alla Camera dei deputati, oggi, questo strumento onnicomprensivo non è il più adeguato per poter modificare in parte la legislazione corrente, il disegno di legge finanziaria doveva, e deve, delineare una manovra di finanziamento complessivo (stante l'andamento dell'economia del Paese), ma non certo riordinando tutto, perchè alla fine, sotto le varie spinte e controspinte, non si riordina granchè.

Il disegno di legge finanziaria, almeno per quanto riguarda il capitolo della sanità, modificato da una parte, tolto un «*tot*» per cento dall'altra, credo sia stato ridotto veramente ai minimi termini: fissa il *quantum*, fissa i *tickets* ed i contributi, ma non rimane altro. D'altra parte la previsione dei *tickets* deve essere fissata in questa manovra economico-finanziaria perchè è la sede adatta sia che porti sia che non porti ad un incremento della spesa per il settore; è uno strumento importante, in quanto incide globalmente sulle finanze del nostro Paese ed è importante sia per l'oggi che per il domani: questo è il mio punto di vista.

Per quanto riguarda le modifiche apportate dalla Camera dei deputati alcune mi trovano consenziente e altre un po' meno. Ad esempio, come ha osservato anche il collega Ranalli e come tutti sappiamo, vi è il problema dell'inadeguatezza del Fondo sanitario nazionale che diventa ancora più sottostimato con la soppressione dell'articolo 30; comunque sul problema abbiamo già discusso abbastanza, quindi è inutile tornarci sopra. Voglio solo sottolineare che il tutto va ad incidere sul complesso dei 41.600 miliardi previsti per il 1986 dato che vi sarà una entrata in meno. Lo stesso

discorso vale per il contratto di lavoro del personale del settore sanitario. Infatti, all'articolo 6, comma 1, vengono stabiliti criteri validi non solo per questo settore, ma per tutta la Pubblica amministrazione: «...compresi i miglioramenti relativi ai rinnovi contrattuali non devono superare rispettivamente il 6, il 5, ed il 4 per cento...». Se questa cifra sarà modificata, e mi sembra di aver capito che l'accordo tra i medici tenderà a modificarla, dovrà essere conseguentemente variata l'entrata per far fronte ad una spesa decisa da coloro i quali hanno il potere di assumere simili decisioni. È importante sottolineare il fatto che la decisione viene presa da quei poteri che sono gli unici competenti in simili situazioni.

Molti senatori hanno espresso perplessità sul contenuto dell'articolo 31. Nella mia qualità di relatore debbo ribadire ancora una volta le mie perplessità su questo stesso articolo. D'altra parte ho cercato di capire il meccanismo previsto nell'articolo 31: in esso è previsto che ogni lavoratore dipendente deve versare il proprio contributo entro le fasce in cui viene ricompreso il reddito. In particolare, la quota di contributo per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale per i lavoratori dipendenti di tutti i settori è fissata nella misura del 10,95 per cento della retribuzione imponibile, di cui il 9,60 per cento a carico dei datori di lavoro e l'1,35 per cento a carico dei lavoratori. Questi contributi si applicano su un reddito complessivo assoggettabile a contribuzione in misura non superiore ai 40 milioni annui. Sulla quota eccedente il suddetto importo e fino al limite di 100 milioni è dovuto un contributo di solidarietà nella misura del 4 per cento, di cui il 3,80 per cento a carico del datore di lavoro e lo 0,20 per cento a carico del lavoratore. In sede di dichiarazione annuale dei redditi è previsto un ulteriore pagamento per il finanziamento del settore sanitario, pari al 7,5 per cento dei redditi non derivanti da lavoro compresi fra i 4 e i 40 milioni e del 4 per cento per tali redditi compresi fra 40 e 100 milioni, mentre nessun pagamento è previsto per il reddito eccedente i 100 milioni.

Le mie perplessità sul contenuto dell'articolo 31 derivano dal fatto che a mio parere questo non è un sistema di fiscalizzazione. Infatti in questo articolo si aumentano i contributi addirittura oltre la misura prevista per i contributi di solidarietà. Certo, questo aumento era in parte previsto anche nella legge n. 833, e su questo potrei non essere in totale disaccordo. Non riesco però assolutamente a comprendere perchè tale sistema debba essere introdotto soltanto per il Servizio sanitario nazionale. Perchè un simile sistema non può essere introdotto anche in riferimento al Ministero della difesa?

Sembra addirittura che si sia dimenticato che il prelievo sui redditi di qualsiasi tipo (da lavoro autonomo o dipendente oppure da patrimonio) viene automaticamente operato dall'IRPEF e dall'ILOR. Queste due imposte operano il prelievo sulla pluralità dei redditi in possesso di un soggetto. È perciò assurdo introdurre questo nuovo sistema, che oltretutto è finalizzato esclusivamente al finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

In altra sede era stato proposto l'aumento delle aliquote dell'IRPEF per ottenere il finanziamento del Servizio, e questo era uno strumento idoneo a soddisfare una simile manovra: ciò, però, non è stato attuato. Sarebbe perciò più opportuno aumentare le aliquote dell'IRPEF se effettivamente vi è bisogno di incidere sui redditi complessivi di un soggetto. L'IRPEF opera la tassazione su tutti i redditi di un soggetto, mentre l'ILOR incide sui redditi derivanti da patrimonio. Operando su queste due imposte si poteva incidere sulla manovra economica complessiva, evitando di incidere sui redditi parziali dei soggetti interessati. Operando, invece, come previsto nell'articolo 31, si corre il rischio di dare fondamento all'idea che il Servizio sanitario nazionale sia un pozzo senza fondo che continua ad assorbire ogni sorta di risorse finanziarie; viceversa, a mio parere, la certezza delle entrate e delle spese poteva fi-

nalmente eliminare il famoso «pie' di lista» e conseguentemente consentire una manovra economica seria e realistica.

Voglio poi ricordare che l'ordine del giorno approvato unanimemente alla Camera dei deputati contestualmente alla soppressione dell'articolo 30 è un semplice surrogato di quello stesso articolo. Infatti la Camera ha accettato lo spirito dell'articolo 30 che tendeva a distinguere l'assistenza dalla sanità, e quindi il diritto alla esenzione dall'integrazione dello stesso. Questo atto di indirizzo tende ad attestare l'esenzione e a rilevare l'esatta quantificazione del costo dell'esenzione stessa, soprattutto in riferimento alle integrazioni spettanti ai comuni.

Infine voglio far osservare al collega ed amico senatore Signorelli che non posso essere d'accordo con le sue affermazioni. Devo dargli atto del fatto che lui rappresenta l'opposizione e che perciò il suo opporsi rientra nella normale dialettica parlamentare. A mio parere, però, non è possibile definire etica la posizione dei «franchi tiratori». Questo tipo di cultura non mi appartiene ed io non la posso avallare, anche perchè essa contiene, bene o male, un tradimento. Sono sempre stato abituato ad esprimere pubblicamente il mio pensiero. A volte può far comodo il segreto dell'urna, ma ritengo che questo comportamento sia complessivamente detestabile.

SIGNORELLI. Purtroppo questi atti sicuramente detestabili sono l'inevitabile conseguenza dello sfascio del sistema istituzionale.

MELOTTO, *estensore designato del parere sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504-B.* Non si può approfittare dello sfascio del sistema istituzionale nel momento in cui si vota segretamente. Bisogna avere anche il coraggio — e forse gli svantaggi — di affermare pubblicamente le proprie posizioni.

Infine, signor Presidente, signor Ministro, vorrei illustrare un ordine del giorno riferito all'articolo 6 del disegno di legge finanziaria, da me presentato unitamente ai colleghi Sellitti, Ranalli, Alberti e Muratore, riguardante il personale precario in servizio presso la Croce rossa italiana. Erano già state presentate alcune interrogazioni su questo problema, ma il Ministro del tesoro si è opposto a risolvere la questione nel modo prospettato. D'altra parte la legge 20 maggio 1985, n. 207, ha incontrato difficoltà di applicazione; oggi è perciò indispensabile risolvere il problema di questo precariato.

Leggo quindi l'ordine del giorno di cui parlavo:

«La 12ª Commissione permanente del Senato,

considerate le difficoltà insorte nella applicazione dell'articolo 3, comma 5, della legge 20 maggio 1985,n. 207, riguardante l'immissione in ruolo del personale precario in servizio presso la Croce rossa italiana, anche a rapporto libero-professionale;

ribadito che l'osservanza delle disposizioni prima citate esige che si proceda immediatamente all'inquadramento nell'ambito della Croce rossa italiana del suddetto personale, che abbia presentato la relativa domanda, per procedere successivamente all'inquadramento definitivo nei ruoli nominativi regionali, qualora il servizio presso il quale tale personale presta la propria opera sia trasferito al Servizio sanitario nazionale;

preso atto che la Croce rossa italiana già ha avviato la procedura per l'inquadramento e che la relativa delibera è stata trasmessa al Ministero della sanità, in quanto organo vigilante, ed ai Ministeri della funzione pubblica e del tesoro perchè esprimano il proprio parere,

impegna il Ministro della sanità, quale titolare del Dicastero vigilante sulla Croce rossa italiana, ad esprimere parere favorevole alla citata delibera al fine di risolvere una situazione di grave precarietà».

(0/1504-B/1/12) MELOTTO, SELLITTI, RANALLI, ALBERTI, MURATORE

È una cosa che ormai si trascina da lungo tempo e allora vediamo di chiuderla.

Non si tratta di centinaia di persone, ma solo di decine di persone: abbiamo chiuso tanti argomenti in questi mesi e credo che non guasti chiudere anche questo. Su di esso sarebbe, forse, opportuno che vi sia una pronuncia dell'Assemblea.

PRESIDENTE. Questo ordine del giorno può essere presentato in Commissione, in riferimento all'articolo 6 del disegno di legge finanziaria che riguarda il personale; nonostante esso non sia strettamente inerente alla materia che viene posta in discussione, cioè le modifiche apportate alla Camera al disegno di legge, io penso che si possa sicuramente accogliere in questa sede. Per quanto riguarda l'Aula, invece, la materia è disciplinata dall'articolo 127 del Regolamento.

RANALLI. Si possono creare le condizioni per la proponibilità anche in Aula.

PRESIDENTE. Sentiremo in proposito anche il parere del ministro Degan, che invito ad intervenire ora per esporre la replica del Governo.

DEGAN, *ministro della sanità*. Signor Presidente, desidero ringraziare lei, il relatore Melotto e tutti i senatori che sono intervenuti in argomento; sia pure per *flashes* tenterò di dare risposta alle questioni che sono state poste, trascurando anch'io di affrontare le questioni del quadro politico: ognuno di noi ha le sue valutazioni ed io desidero solo esprimere un augurio.

Quali che siano le sue evoluzioni, conclusa la vicenda delle legge finanziaria, così faticosa, così lunga, così tormentata e che dimostra come tante volte le legislazioni subiscano un logoramento nel tempo più che per loro natura (mi pare pure di poter condividere l'opportunità che vi sia una legislazione di inquadramento generale della politica finanziaria del Paese) per modalità diverse del loro uso, alla fine di un così lungo *iter* mi auguro che non accada ciò che qualche volta può essere già accaduto in tutto o in parte, cioè che la lunga fatica impedisca o rallenti lo sforzo per affrontare le questioni di modificazione ai sistemi di produzione della spesa e di attività di servizi che pure sono all'esame del Parlamento.

Questa Commissione sta esaminando la riforma generale delle unità sanitarie locali e io mi auguro (avendo dovuto subire la ragionevole pressione del Consiglio sanitario nazionale per un esame attento del piano sanitario nazionale) peraltro di poter portare a questa sede o comunque in sede parlamentare quell'importante strumento. Ritengo altresì di poter presentare al Consiglio dei ministri il disegno di legge sulla riforma del Ministero della sanità e vorrei dire al senatore Condorelli che, pur essendo stato diramato dal Ministero della sanità e dal Ministero della pubblica istruzione un provvedimento che era, per la verità, a costo zero, per venire incontro alle sollecitazioni pervenute dal Parlamento, io e il presidente Bompiani abbiamo lavorato insieme per ottenere che, anche usando degli spazi che si sono determinati alla Camera sul bilancio del Ministero della pubblica istruzione, si possa dar corpo e sostanza a un così importante provvedimento legislativo come il disegno di legge n. 847. Quindi, ripeto, verifica o non verifica, io vorrei augurarmi che non vi sia rallentamento comunque nella serie di iniziative che possono, ritengo sinceramente, essere utili alla miglior conduzione del Servizio sanitario nazionale in questo Paese.

Il senatore Ranalli ha ribadito (mi sia solo consentito di affermare che, per così dire, lo vedremo strada facendo) la critica alla misura del Fondo sanitario nazionale così come stabilita, mentre peraltro, in qualche maniera, ritiene utili alcune delle modificazioni intervenute alla Camera. Io debbo dire che, per quanto riguarda il *plafond* sui prodotti farmaceutici, il Governo si era opposto, ma poi ha preso atto della situazione e ha dato il suo supporto tecnico; tuttavia direi una bugia se affermassi che l'emendamento, anche se presentato dal Governo, è stato da questo proposto con entusiasmo: era il marchingegno tecni-

co necessario per pervenire al risultato richiesto dalla stragrande maggioranza e, forse, dall'unanimità dei deputati.

Peraltro, da questo punto di vista, devo dire che la seconda parte della lettera *a)* dell'articolo 27, così come è stata scritta, ha già avuto una sua — per così dire — «applicazione» in questa sede essendo la cifra di 915 miliardi diventata 745 miliardi se non erro, il che può prefigurare anche un adattamento, sia pure nei modi possibili, in sede di assestamento del bilancio, anche dello stesso Fondo sanitario nazionale. Quindi non tutto ciò che appariva *ictu oculi* quasi negativo poi si è rivelato tale, ma ha avuto anzi una sua possibilità di evoluzione, se non nei termini auspicati dal senatore Ranalli, comunque, in qualche modo, positiva.

Il senatore Ranalli, inoltre, paventa che l'avere determinato (per la verità attraverso un consenso vasto delle forze sociali e, mi pare, anche delle forze politiche) una contrattazione particolare di area medica all'interno del contratto unico possa di per sè comportare aumenti. Io voglio dire qui con molta chiarezza che, per quanto mi riguarda, questo è un discorso che non voglio escludere *a priori* (perhè è inutile assumere atteggiamenti che poi potrebbero trovare smentita nel corso delle vicende), ma immaginare che tale determinazione sia esclusivamente funzionale a questo, almeno per le cose che sono state dette dai diretti interessati, non dovrebbe essere possibile. Per quanto riguarda il Governo, piuttosto, questa individuazione di un'area di contrattazione autonoma, è specificamente indirizzata alla individuazione di normative diverse, e voglio qui riconfermare (cosa che vado dicendo ormai da più di un anno) che in questo anno di contrattazione, certamente non facile, ciò che conterà sarà dare ai contratti, alle convenzioni una struttura diversa, profondamente diversa, per quanto possibile, nei limiti del ragionevole, rispetto a quella che abbiamo ereditato e che vede un coacervo di normative spesso fra di loro contraddittorie e perciò non chiare, tali da rendere anche distorti gli stessi emolumenti e tali da non essere efficaci per una migliore organizzazione del sistema.

Un'area professionale autonoma, se ha un senso, deve avere come riflesso una contrattazione nella quale trovino accentuazione tutti i parametri e tutte le normative caratteristiche della libera professionalità, comprimendo ineluttabilmente nello stesso tempo quelle che attengono alla impiegatizzazione ed alla burocratizzazione, con un notevole aumento quindi delle responsabilità. Questa sarà certamente ragione di vigorosi confronti e mi auguro che questa Commissione, che nei limiti del possibile cercherò di tenere aggiornata sull'evoluzione delle cose, abbia a considerare con attenzione le posizioni che possono eventualmente venirsi a determinare.

Circa gli eventi relativi all'articolo 30, ho già avuto modo di chiarire alla senatrice Colombo Svevo il senso di quell'ordine del giorno sostitutivo dell'articolo stesso, ma voglio anche peraltro ribadire che unanimemente, ancorchè per la verità inopinatamente per quanto mi riguarda, perchè non ho avuto notizia delle ragioni per cui ciò sia accaduto (mi pare che inoltre all'ordine del giorno presentato alla Camera dei deputati manchi la firma dei membri del Gruppo comunista), era stata convenuta l'approvazione dell'ordine del giorno, altrimenti non avrei deciso per lo scorporamento dell'articolo in questione. Si era invece stabilito — ripeto — che fosse necessario operare una distinzione tra assistenza e sanità; ribadisco questo non perchè io abbia la convinzione che questa distinzione sia facile da tracciare, ma perchè ritengo che non sia giusto che il Fondo sanitario nazionale sia costantemente sovraccaricato di oneri impropri, dato che certamente è onere improprio, essendo chiaramente di natura puramente assistenziale, l'esenzione dai *tickets* per ragioni economiche. Non vi è alcuna attinenza — ripeto — con motivazioni di carattere sanitario, anche se siamo consapevoli del fatto che ovviamente chi vive in condizioni economiche non felici o più disagiate è anche esposto, certamente più di altri, all'aggressione anche sul piano del benessere e della salute.

In linea di principio, comunque, è certamente vero che l'esenzione dal *ticket* per i meno abbienti non è altro che una forma di assistenza, e quindi credo che, sia pure a partire dal 1988, sia opportuno predisporre in vista di quella data tutto il necessario perchè si arrivi a questo tipo di distinzione; ciò sarà utile anche in sede di applicazione del piano sanitario nazionale e di approfondimento della politica sanitaria di questo Paese, allo scopo di indirizzarla sempre di più, qualificando il più possibile le agevolazioni che possano far carico al Fondo sanitario nazionale, a fini esclusivamente sanitari, in modo da costituire progressivamente quelle priorità fondamentali per la migliore utilizzazione del Fondo. Occorre infatti pensare che non è possibile farsi alcuna illusione in quanto, quale che potrà essere il calo del prezzo del petrolio, non sarà mai commisurato alla generalità delle attese del Paese.

Prendo atto poi di quanto dice il senatore Ranalli circa la tabella 19. Per la verità, auspicavo che, avendo io fatto uno sforzo serio per venire incontro alle indicazioni provenienti da questa sede e dalla Commissione corrispondente della Camera (e non essendoci riuscito al Senato, mi ero particolarmente premurato che ciò potesse essere fatto alla Camera), si potesse giungere da parte dell'opposizione, non dico ad una valutazione positiva di questa tabella, ma quanto meno ad una censura meno pesante di quella che invece il senatore Ranalli ha voluto qui ribadire.

Sulla questione dell'articolo 31 devo dire che sarei quasi tentato di non parlare nemmeno, per la verità, perchè sin dal momento in cui è sorta su di esso la polemica, e anzi fin dal momento in cui è stato presentato in chiusura degli articoli riguardanti la sanità, non ho mai voluto interessarmene; non dico che ne ho sempre disconosciuto la paternità, poichè faccio parte di questo Governo, e anzi ritengo comunque di esserne il portatore quasi in esclusiva, ma ho sempre respinto l'idea che si dovesse parlare di «tassa sulla salute». Credo di aver dichiarato anche a qualche giornalista che non credo sia assolutamente il caso di fornire un giudizio di opportunità; è certamente lecito a tutti i parlamentari discuterne, con qualche ragione in più per i parlamentari che fanno parte della Commissione sanità, ma non accetto questa polemica che continua a definire tale articolo «tassa sulla salute», perchè anche su questo argomento dobbiamo avere idee chiare. Non è per fare una rivendicazione inutile, ma voglio dire che ho posto più volte la domanda, retorica visto che nessuno mi ha mai dato una risposta, se era effettivamente utile avviarsi sulla strada del superamento della contribuzione per andare verso un sistema fiscale, ritenendo che questo era certamente coerente con la legge n. 833 del 1978, ma rendeva sempre più vero il fatto che il Fondo sanitario nazionale, per la parte relativa allo Stato, era codificato esclusivamente dalla legge finanziaria. Ed in effetti, in quale altra legge potrebbe accadere che venga fissato il limite massimo del carico sul bilancio dello Stato in relazione a questo Fondo? Non si può continuare a ritenere che tanto pagano i cittadini attraverso contributi che comunque sono il risultato di antichi stanziamenti che facevano capo agli enti locali. La verità è che, anno dopo anno, l'entità del Fondo sanitario nazionale tende sempre più verso una cifra composta da dodici zeri dopo le prime due cifre iniziali.

Ma la legge n. 833 certamente va verso la fiscalizzazione, e potrei anche rivendicarne la paternità. Avendo subìto aspre critiche in questo ramo del Parlamento ed anche alla Camera dei deputati in presenza di un sistema contributivo che era certamente di una iniquità senza limiti, vorrei anche in questa sede ripetere ciò che ho detto più volte, cioè che l'iniquità lamentata aveva due «facce»: una in termini giuridici, ed era quella che ha interessato la Corte costituzionale che certamente a questa data avrebbe già deliberato la incostituzionalità del sitema contributivo per palesi iniquità; l'altra era una «faccia» sostanziale, che faceva sì che i lavoratori dipendenti giuridicamente pagavano, in cifra tonda, l'11 per cento, ma sostanzialmente pagavano l'1,25 per cento, mentre i lavora-

tori autonomi, sia giuridicamente che sostanzialmente, pagavano il 4,5 o il 5 per cento, perchè tale ammontare era fissato annualmente dal Ministro della sanità con i vari decreti, cifra che andava a beneficio non di una entrata del Fondo sanitario nazionale, perchè questo non è mai stato vero dopo il 1978, ma sempliemente di una entrata che in qualche modo rientrava in un coacervo più generale. Ed è questa doppia verità che rende estremamente complicato il passaggio dal sistema contributivo al sistema puramente fiscale, perchè chiaramente finchè la verità giuridica non sarà uguale alla verità di fatto (chè poi la verità di fatto è ulteriormente distorta poichè la parte a carico del datore di lavoro per molte categorie refluisce a carico del bilancio dello Stato e a carico del sistema fiscale nella sua generalità), tutto questo renderà estremamente complessa la procedura. Ho deciso di togliere il *plafond* ai contributi, perchè è vero che si fissava un 5,5 per cento, ma si andava fino ad un massimo di 5 milioni circa: io ho provocatoriamente eliminato questo massimale, il che ha provocato una serie di ricorsi alla Corte costituzionale, come ho già detto. Però qui dobbiamo ragionare sulle cose, sul come e il perchè accadono, anche in ragione delle difficoltà rispetto alle quali poi ci si trova: le dichiarazioni di principio sono una cosa ed i dati di fatto sono un'altra, e i problemi non sono certamente di così facile soluzione.

L'articolo 31 costituisce una fase di passaggio necessaria ed utile anche se forse sarebbe stato più conveniente andare verso un sistema francamente e totalmente fiscalizzato. Queste domande che a me non competono più come Ministro della sanità , mi competono però come ministro di questo Governo; perciò, senatore Muratore, sono costretto ad affermare che si è costruita una fase di passaggio fra un sistema che è ancora contributivo — quindi è necessario fissare un «tetto» massimo, altrimenti sarebbe incostituzionale — ed un sistema che in qualche modo costituisce le premesse per il passaggio ad un sistema fiscalizzato. Dunque, tranne che per i cittadini stranieri, ai quali si estendono le norme applicate ai cittadini italiani, per cui si tratta di una pura operazione contabile, tutto questo sitema costituisce — e non lo dico perchè mi fa comodo o per altre ragioni — un passaggio obbligato e necessario. Del resto il problema lo avevo posto — credo anche con qualche rigore - già nell'agosto del 1985, pur immaginando l'aspra polemica che ne sarebbe derivata. In pratica vi sono diverse categorie di cittadini e fra queste vi sono coloro che hanno più rancori di altri nei confronti del Servizio sanitario nazionale, magari perchè non hanno la doppia verità in quanto pagano sia giuridicamente che concretamente (e sono proprio coloro che si troveranno di fronte ad una maggiore contribuzione nel 1986 rispetto al 1985). Ebbene, proprio nei confronti di questi cittadini avevo posto il problema in modo provocatorio, affermando che una quota di tale contribuzione costituiva un contributo di solidarietà. Ora, a prescindere da tutto ciò, forse sarebbe opportuno consentire, per certi tipi di prestazioni, non *uti singuli*, ma *uti associati*, una qualche forma di autogestione. Secondo me non si è valutato compiutamente il problema, perchè è vero che le polemiche sono sorte sul contributo di solidarietà, ma è anche vero che è la prima questione (quella su cui mi sono soffermato poco fa) sulla quale oggi si va discutendo così aspramente e sulla quale sono sorte polemiche in tutto il Paese. Probabilmente se qualche attimo di meditazione in più ci fosse stato quando gli allarmi erano ancora dati a «bocce ferme» sul disegno di legge finanziaria, se ne avessimo discusso con maggiore serenità anzichè affermare che il «pacchetto» Degan andava contro la riforma sanitaria e se solo si fossero valutati i veri punti intorno alle questioni così come erano state poste, forse oggi non dico che l'elemento polemico sarebbe stato del tutto disinnescato, ma certamente ci saremmo trovati di fronte ad una chiarificazione della situazione già da allora, senza aspettare le ultime battute.

Il problema ci è ormai piombato addosso e credo sia difficile immaginare di tagliare

di colpo questo nodo gordiano dell'articolo 31, che, ripeto, rappresenta una fase di passaggio. Restano, inoltre, i problemi con lo stesso mondo sanitario; infatti quando il commerciante, ad esempio, deve farsi visitare dal proprio medico, è costretto a chiudere il negozio, ma anzichè fare questo chiaramente preferisce andare da un medico a pagamento e in ore più opportune per lui. Anche per questo occorrerà studiare un correttivo; come pure per la guardia medica, che non costituisce una risposta adeguata.

Per quanto riguarda poi il problema del personale precario in servizio presso la Croce rossa italiana, posso dire che ho preso gli opportuni contatti con i vari Ministeri e spero di giungere presto ad una riunione interministeriale per risolvere la questione concretamente e nella maniera più idonea anche dal punto di vista giuridico.

Dichiaro infine di accogliere l'ordine del giorno presentato dal senatore Melotto e da altri senatori.

MELOTTO, *estensore designato del parere sulla tabella 19 e sul disegno di legge n. 1504-B.* Signor Presidente, chiediamo che il nostro ordine del giorno venga messo ai voti.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'ordine del giorno 0/1504-B/1/12 dei senatori Melotto, Sellitti, Ranalli, Alberti e Muratore, che il Governo ha dichiarato di accogliere.

È approvato.

Resta ora da conferire il mandato a redigere rapporto favorevole alla 5ª Commissione.

Propongo che tale incarico sia affidato allo stesso estensore designato del rapporto, senatore Melotto. Non facendosi osservazioni, il mandato a redigere il rapporto favorevole alle modifiche apportate dalla Camera dei deputati alla tabella 19 e alle parti ad essa relative del disegno di legge n. 1504-B resta conferito al senatore Melotto.

I lavori terminano alle ore 19,45.

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