

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

RESOCONTO STENOGRAFICO

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO FINANZIARIO 2002 E BILANCIO PLURIENNALE PER IL TRIENNIO 2002-2004
(n. 700)

**Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2002
(Tabella 15)**

DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE E PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE FINANZIARIA 2002) (n. 699)

IN SEDE CONSULTIVA

INDICE

MERCLEDÌ 10 OTTOBRE 2001

(700) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2002 e bilancio pluriennale per il triennio 2002-2004

(Tabella 15) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2002

(699) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2002)

(Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE:

– BOREA (CCD-CDU:BF)	Pag. 18
– TOMASSINI (FI)	5, 11
BAIO DOSSI (Mar-DL-U)	9, 15
* FASOLINO (FI)	15, 16
* LONGHI (DS-U)	18
* MAGRI (CCD-CDU:BF)	11, 16
MASCIONI (DS-U)	9, 16
* SALINI (FI), relatore sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria	6, 9
* TREDESE (FI)	13

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 2001

(Antimeridiana)

(700) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2002 e bilancio pluriennale per il triennio 2002-2004

(Tabella 15) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2002

(699) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2002)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

* PRESIDENTE:

* – TOMASSINI (FI)	Pag. 19, 23, 28
* BIANCONI (FI)	19
GUIDI, sottosegretario di Stato per la salute	25
MAGRI (CCD-CDU:BF)	23
* MASCIONI (DS-U)	23
* SALINI (FI), relatore sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria	25

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 2001

(Pomeridiana)

(700) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2002 e bilancio pluriennale per il triennio 2002-2004

(Tabella 15) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2002

N.B.: L'asterisco indica che il testo del discorso è stato rivisto dall'oratore.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; CCD-CDU:Biancofiore: CCD-CDU:BF; Forza Italia: FI; Lega Nord Padania: LNP; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Gruppo per le autonomie: Aut; Misto: Misto; Misto-Comunisti italiani: Misto-Com; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti Democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto-Lega per l'autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-Movimento territorio lombardo: Misto-MTL; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito repubblicano italiano: Misto-PRI; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma.

12^a COMMISSIONE

699 e 700 – Tabella 15

(699) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2002)

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Rapporto favorevole, con osservazioni, alla 5^a Commissione, ai sensi dell'articolo 126, comma 6, del Regolamento)

PRESIDENTE:

– TOMASSINI (FI) Pag. 29, 34

BAIO DOSSI (Mar-DL-U) 33

BOLDI (LNP) 33

CURSI, sottosegretario di Stato per la salute Pag. 32

* CARELLA (Verdi-U) 31

CARRARA (Misto-MTL) 34

DANIELI Paolo (AN) 32

MAGRI (CCD-CDU:BF) 32

* MASCIONI (DS-U) 30

* SALINI (FI), relatore sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria 29

SALZANO (Aut) 34

SANZARELLO (FI) 32

MERCOLEDÌ 10 OTTOBRE 2001

**Presidenza del presidente TOMASSINI
indi del vice presidente BOREA**

I lavori hanno inizio alle ore 9,45.

(700) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2002 e bilancio pluriennale per il triennio 2002-2004

(Tabella 15) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2002

(699) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2002)

(Esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2002 e bilancio pluriennale per il triennio 2002-2004» – Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2002 (Tabella 15) – e «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2002)».

Ricordo che, ai sensi dell'articolo 126, comma 1, del Regolamento, su bilancio e legge finanziaria, per la parte di competenza della Commissione, dovrà svolgersi un'unica discussione generale.

Per quanto riguarda la presentazione di ordini del giorno, questi, ai sensi dell'articolo 127, comma 1, del Regolamento, devono esclusivamente concernere la materia di competenza della Commissione.

Per gli emendamenti al disegno di legge finanziaria, sede inderogabile di competenza è esclusivamente, ai sensi dell'articolo 128, comma 1, del Regolamento, la 5^a Commissione permanente.

Nella Commissione di merito possono essere presentati unicamente emendamenti concernenti la legge di bilancio. Premesso che l'unità elementare dello stato di previsione su cui cade l'approvazione parlamentare è costituita dall'unità previsionale di base, sono proponibili in questa sede esclusivamente emendamenti compensativi concernenti lo stesso stato di previsione, emendamenti che propongono riduzioni nette ad un singolo stato di previsione, non correlate con variazioni di segno opposto in altri stati di previsione, e, infine, emendamenti privi di conseguenze finanziarie.

Prego il senatore Salini di riferire alla Commissione sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria.

SALINI, *relatore sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Premesso che l'esame dei documenti di bilancio si presenta alquanto complesso e s'inserisce in un momento di importante dibattito politico in materia di sanità, mi preme rilevare come tale esame non possa prescindere dalle modifiche introdotte alla legge finanziaria dalla legge n. 208 del 1999, che ha riformato gli strumenti di finanza pubblica, e dalla riforma del bilancio (legge n. 94 del 3 aprile 1997 e decreto legislativo n. 279 del 7 agosto 1997), che ne ha modificato l'assetto, introducendo le unità previsionali di base (che fanno riferimento a un'unità operativa, a un dipartimento), al cui interno si collocano, a integrazione del meccanismo previsionale, i capitoli di spesa che sono individuati, ma che possono essere modificati con decreto del Ministro.

Per il triennio 2002-2004, gli impegni a carico del Ministero della salute prevedono 887,8 milioni di euro per la spesa di parte corrente e 378,1 milioni di euro per quella in conto capitale a partire dal 2002, il tutto per una spesa complessiva di 1265,9 milioni di euro, pari a 2451,1 miliardi di lire.

Rispetto alle previsioni assestate per l'anno 2001, è presente una riduzione di 88,6 milioni di euro, quindi un risparmio di 171,5 miliardi di lire.

Gli stanziamenti di competenza per i successivi esercizi del triennio 2002-2004 sono fissati in 870,4 milioni di euro per il 2003 e in 867,6 milioni di euro per il 2004, corrispondenti a 1685,3 miliardi di lire per il 2003 e 1680 miliardi di lire per il 2004.

Come è noto, essendo i residui passivi determinati, in linea di massima, dalle somme che nell'esercizio finanziario precedente sono state oggetto di impegno contabile, ma non sono state effettivamente spese, la loro valutazione è provvisoria, in quanto correlata all'evoluzione della gestione relativa al 2001. A ogni modo, i residui passivi presenti al 1° gennaio 2002 dovrebbero ammontare a 986,9 milioni di euro, di cui 373,6 milioni per le unità previsionali di base di parte corrente e 613,3 milioni per quelle di conto capitale. Si evidenzia, inoltre, un decremento pari a 409,5 milioni di euro rispetto alla consistenza dei residui passivi in essere al 1° gennaio 2001.

Per quanto riguarda le autorizzazioni di cassa, la massa spendibile, data dalla somma dei residui passivi e degli stanziamenti di competenza, per l'anno 2002 è pari a 2.252,8 milioni di euro.

Nella tabella A si prevede la costituzione di un fondo speciale di parte corrente per la copertura degli oneri derivanti da provvedimenti legislativi che potrebbero essere approvati nel triennio 2002-2004. In particolare, per quanto riguarda il Ministero della salute, non si prevede alcun accantonamento per il 2002, mentre per ciascuno degli anni 2003 e 2004 figura un importo pari a 11,8 milioni di euro, corrispondenti a 22,9 miliardi di lire.

Nella tabella B – che prevede la costituzione di un fondo speciale in conto capitale con funzioni e caratteristiche identiche a quelle del fondo di parte corrente – si prevede per il Ministero della salute un accantonamento di regolazione debitoria per il 2002 pari a 5.329,8 milioni di euro, a copertura di futuri provvedimenti legislativi per il ripiano dei disavanzi delle Aziende sanitarie locali (relativi agli anni 2000 e 2001) e di un intervento straordinario a favore della regione Lazio.

La tabella C – che riporta gli stanziamenti relativi a disposizioni di legge la cui quantificazione annua è demandata alla legge finanziaria – stabilisce alcune variazioni per lo stato di previsione a legislazione vigente del Ministero della salute. Tali variazioni sono in aumento per quanto attiene il 2002, mentre per il 2003 e il 2004 si registra una riduzione, rispettivamente di 33,6 e 41,6 milioni di euro.

Alla tabella D, riferita a interventi di sostegno dell'economia, nonché alle Tabelle E ed F, non sono previste variazioni per lo stato di previsione del Ministero della salute.

Quanto al disegno di legge finanziaria, per la parte di competenza della Commissione sanità, si introducono norme che si integrano con il decreto-legge n. 347, attualmente in discussione. Mi soffermerò su alcuni aspetti generali, entrando più compiutamente nel merito delle questioni in fase di esame degli emendamenti, che immagino saranno presentati.

Il Piano sanitario nazionale disciplinerà l'organizzazione sul territorio ma, in ragione del dibattito in corso, è opportuno verificare alcuni passaggi, soprattutto in rapporto al blocco delle assunzioni di personale. L'articolo 12 del disegno di legge finanziaria, che introduce per le Amministrazioni dello Stato, le Agenzie, gli Enti pubblici non economici, le Università, gli Enti di ricerca e quelli locali, il divieto di assumere personale a tempo indeterminato, non menziona esplicitamente il settore della sanità, ma è ragionevolmente presumibile che quest'ultimo rientri in tale divieto.

Sarebbe forse opportuno specificare se tale blocco interessi anche i responsabili delle unità operative complesse, ovvero se si applichi la disposizione che fa salve le assunzioni di personale relative a figure professionali della sanità non fungibili.

Nelle piccole unità, nei presidi ospedalieri e nei servizi attinenti alla funzionalità del territorio, la figura del responsabile dell'unità operativa complessa è indispensabile. Pertanto, le assunzioni a tempo determinato non giovano a tali strutture. Ritengo sia opportuno riflettere, come merita, sulla precarietà che si potrebbe determinare a seguito del blocco delle assunzioni di personale infermieristico, le cui carenze di organico sono ben note.

In materia sanitaria l'articolo più significativo del disegno di legge finanziaria è il 27. L'impressione è che rispetto al passato stia cambiando la mentalità, dal punto di vista organizzativo e della spesa. Ho iniziato a fare politica nel 1980 e ricordo che la legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, rappresentò una totale innovazione nel settore della sanità. Nel corso degli anni si è passati dal sistema in cui lo Stato pagava *ex post* a quello dello stanziamento iniziale, ma la spesa non è

mai stata definita in modo rigido. Sebbene una quota parte di risorse avrebbe dovuto essere a carico delle regioni, queste ultime non hanno mai ripianato i disavanzi, nemmeno per gli anni 2000 e 2001, se non parzialmente.

Oggi si registra un'inversione di tendenza. I provvedimenti in discussione fanno riferimento alla Conferenza Stato-regioni dell'8 agosto 2001. L'Accordo da essa sancito pone limiti all'impegno per la spesa sanitaria. Si è così stabilito quale debba essere la spesa per l'anno 2001 e per il triennio 2002-2004, ponendo alcuni paletti che attengono al dibattito in corso sul federalismo fiscale, la *deregulation* e la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale. Il ruolo delle regioni, già richiamato dalla legge n. 833, è stato ulteriormente rafforzato in sede di Conferenza Stato-regioni, mentre il decreto legislativo n. 229 del 1999 ha assegnato ai comuni poteri in materia sanitaria. Il mancato rispetto da parte delle regioni degli impegni assunti mediante l'Accordo determina, per la regione inadempiente, l'esclusione dalla quota di incremento del limite di spesa previsto dall'Accordo e l'applicazione dei valori più bassi definiti dalla finanziaria 2001.

Questo provvedimento si scontra con i vincoli del patto di stabilità richiesto dall'Unione europea, che impone la riduzione della spesa pubblica e, conseguentemente, un radicale ripensamento del settore sanitario. A fronte della crescita della domanda di prestazioni sanitarie e dei limiti imposti dal patto di stabilità, la quadratura del cerchio è rappresentata dall'offerta di servizi sempre più qualificati.

Nella discussione del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, svoltasi ieri, sono emerse preoccupazioni da tutti condivise. Personalmente ritengo che quanto non sia esplicitamente menzionato nella finanziaria, nel bilancio e nel decreto, non sia di fatto modificato.

È necessario procedere a una verifica con il rappresentante del Governo, per capire quali siano le disponibilità per il settore della sanità. Le regioni hanno recepito immediatamente le nuove norme, ma a ciò non è seguita l'applicazione pratica. Per esempio, a quanti dipartimenti di prevenzione è stato assegnato il *budget*? Allo stato attuale, i dipartimenti sono stati creati soltanto sulla carta, in quanto solo pochissimi sono funzionanti.

Aver previsto all'articolo 27 l'ipotesi in cui le regioni non rispettino gli impegni assunti mediante l'Accordo tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, vuole essere un segnale forte affinché le regioni e i direttori generali delle Aziende sanitarie si rendano partecipi in senso compiuto della gestione, come se fosse qualcosa di proprio da pianificare, programmare e vivere giorno per giorno.

Come è stato anticipato ieri in sede di Commissioni riunite bilancio e sanità, i due disegni di legge introducono alcuni elementi che potrebbero diventare pericolosi per le regioni del Sud. Di qui il concetto di uniformità delle prestazioni da erogare e l'inevitabile necessità di far riferimento a decisioni di livello nazionale.

MASCIONI (*DS-U*). Senatore Salini, quando parla di due disegni di legge fa riferimento al decreto-legge n. 347?

SALINI, *relatore sulla tabella 15 e sulle parti a essa relative del disegno di legge finanziaria*. Mi riferisco ai disegni di legge di cui all'ordine del giorno odierno, anche se il decreto-legge n. 347 si inserisce nell'ambito di questo discorso.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). È un anticipo!

SALINI, *relatore sulla tabella 15 e sulle parti a essa relative del disegno di legge finanziaria*. Non è un discorso diverso, si sta parlando di un contesto nuovo che si articola in questi tre provvedimenti che si propongono di raggiungere alcuni obiettivi.

Si è in presenza di regioni che acquistano sempre più poteri e autonomia anche in termini legislativi. Il tema dei livelli uniformi di assistenza non è nato ieri, era già oggetto della legge n. 502 del 1992, che però non è sempre stata rispettata e applicata; a ogni modo, anche in questo caso, si registra un ritardo da parte di alcune regioni.

Nel Mezzogiorno, a esempio, i centri di trapianto e di espianto di organi sono notevolmente carenti, tant'è vero che rispetto al contesto nazionale risultano numericamente dimezzati.

È stato per me gratificante promuovere, come assessore alla sanità della regione Abruzzo, la realizzazione, in pochissimo tempo (circa 6 mesi), di due centri trapianto: il primo di reni nell'Università dell'Aquila, presso l'ospedale clinicizzato «S. Salvatore», il secondo di cuore, presso l'ospedale clinicizzato «Colle dell'Ave», nella città di Chieti. Ebbene, dopo il primo trapianto di reni effettuato l'11 gennaio, nella mia regione l'indice di espianti e di trapianti, che era nettamente inferiore alla media nazionale, ha superato, in soli 6-7 mesi, la media nazionale. Non solo, a seguito di una campagna promozionale, sono aumentati anche gli espianti, essendo sensibilmente aumentato il numero dei familiari delle persone decedute che hanno manifestato la volontà di donare gli organi.

Alla luce di questo ritardo, è quanto mai necessario delineare, in maniera compiuta, i livelli essenziali di assistenza (LEA), che devono essere uniformi e uguali per tutto il territorio nazionale, anche se già di per sé ciò determina uno squilibrio. Nell'ipotesi che si inserisse la chirurgia vascolare tra i livelli uniformi essenziali di assistenza, salterebbe subito agli occhi che esistono unità operative efficienti, altre che non lo sono, o lo sono in misura minore e che vi è inevitabilmente una differente qualificazione della prestazione.

La previsione di livelli uniformi essenziali di assistenza in questo caso richiede accortezza, perché se le regioni non si pongono veramente il perseguimento di tale obiettivo, si rischia che quanto è stato previsto non si verifichi nella realtà.

Non è un caso, infatti, che le liste di attesa per un esame come la mammografia siano in Lombardia più lunghe rispetto a quelle di una re-

gione del Sud, dove un numero inferiore di donne si sottopone a questo tipo di analisi. Ho citato la mammografia perché si tratta di un esame semplice, ma vi sono tante altre realtà più complesse (a esempio la radioterapia), per le quali sarebbe opportuno stabilire da subito la quota di risorse annualmente assegnata, visto che le regioni devono provvedere alla chiusura del bilancio di previsione già in corso d'opera.

Tenuto conto delle risorse stabilite per il triennio 2002-2004; alla luce dell'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-regioni l'8 agosto scorso; onde evitare che le regioni già forti accrescano la loro forza e nel tentativo di favorire la diffusione di una equilibrata capacità di offerta di prestazioni di alta qualità, ritengo opportuno richiamare l'attenzione sul fatto che nell'articolo 27 si fa riferimento all'informatizzazione del sistema sanitario nazionale. Le ASL e le regioni dovranno attrezzarsi dal punto di vista informatico affinché, in tempo reale, il Ministro possa conoscere la realtà sanitaria della regione Abruzzo, ad esempio, dal punto di vista economico, funzionale e qualitativo.

Verifiche di questo genere si rendono quanto mai necessarie. In caso contrario le regioni di dimensioni ridotte e più povere avranno sempre più disagi, mentre è giusto che vi sia una compensazione solidale. Questa Commissione deve vigilare affinché quanto ho sinora indicato trovi piena realizzazione.

Sarebbe positivo se le regioni creassero un centro unico per gli acquisti, anche se potrebbero derivarne difficoltà in termini di raccordo o, meglio ancora, se ogni Azienda sanitaria locale od ospedaliera provvedesse a creare un proprio centro unico di prenotazione (come ho fatto realizzare laddove era possibile) che diventerebbe anche un centro unico di smistamento. Si tratta, comunque, solo di esempi, dal momento che l'autonomia gestionale deve essere lasciata – perché questo era l'intendimento del legislatore – alle singole aziende sanitarie od ospedaliere.

La riduzione dei posti letto, poi, anche ieri evocata, avrebbe dovuto essere perseguita da tempo, tenendo conto dei numerosi ricoveri impropri che si riscontrano negli ospedali. Basterebbe confrontare il numero dei ricoverati in una unità operativa chirurgica con il numero delle persone sottoposte a intervento e accertare che il rapporto è di un paziente su tre.

Si è legiferato molto nel settore della sanità a partire dal 1978, ma è stata carente la fase applicativa. Pochissime Aziende sanitarie hanno attivato, per esempio, il dipartimento di emergenza-urgenza. Nel dipartimento di primo o di secondo livello non è prevista l'accettazione breve.

Posso riportare la mia personale esperienza. Nell'Ospedale clinicizzato di Chieti avevamo 130 posti letto di medicina e il 60 per cento dei pazienti, che passavano per il pronto soccorso, tornava a casa dopo due, tre o cinque ore di accertamenti; l'ospedale si è trasferito in una struttura con 70 posti letto.

A mio avviso, le clausole introdotte sono molto positive, perché rendono manifesto: che le regioni devono provvedere alla spesa sanitaria, secondo l'articolazione della stessa, con un'integrazione di risorse; che le strutture alternative al ricovero devono essere realmente alternative e

non aggiuntive, come a volte accade; che tutti gli altri istituti, dal *day hospital* all'assistenza sanitaria integrata, meritano di essere presi nella dovuta considerazione.

PRESIDENTE. Ringrazio il relatore Salini per la sua ampia ed approfondita esposizione.

Dichiaro aperta la discussione.

MAGRI (CCD-CDU:BF). Signor Presidente, la mia prima considerazione attiene alla circostanza che la manovra finanziaria, per la parte di nostra competenza, configura una sorta di economia di guerra.

Dobbiamo scontare problemi del passato; il patto di stabilità è una sorta di camicia di forza necessaria al contenimento della spesa; situazioni e provvedimenti che potevano essere proficuamente ipotizzati cozzano contro i limiti di contenimento della spesa, che rappresentano in questo momento l'aspetto più importante.

Dovendo avanzare un rilievo critico e soffermarmi sulle misure che avrei voluto trovare nella finanziaria e che non intravedo, sottolineo la completa sottovalutazione del problema della qualità dell'assistenza. Abbiamo parlato a lungo della necessità di uniformare l'assistenza nel nostro Paese ai più alti requisiti indicati dalla ricerca sanitaria e ai più alti *standard* europei. In ragione del problema del contenimento della spesa, non abbiamo nuove indicazioni da questo punto di vista, abbiamo invece tentativi di razionalizzazione che non sono sempre nel segno della completa tranquillità per quanto riguarda i livelli minimi di assistenza.

Un altro dato che attira la nostra attenzione – ringrazio il relatore Salini per averlo intelligentemente e sapientemente sottolineato – concerne la riduzione dei posti letto. Si tratta di un problema gravissimo in alcune zone del Paese e privo di riscontri in altre. Ci ostiniamo ad attenerci ad una valutazione statistica, in qualche caso delegando completamente le scelte alle singole Aziende sanitarie locali, cui i reparti ineriscono. Da questo punto di vista, quando un reparto ha un'occupazione ottimale, pari cioè a circa il 90 per cento, significa che sono stati attivati posti letto nei corridoi o i cosiddetti letti-*bis*. Questo problema non riguarda soltanto il Cardarelli di Napoli ma anche l'Emilia Romagna, regione considerata eccellente sul piano dell'assistenza sanitaria.

Le misure che prescindono da indicatori precisi di qualità rischiano di provocare tagli indiscriminati, senza distinzione tra settori più importanti e meno importanti, tra strutture più efficienti e meno efficienti, tra aree più agiate e aree disagiate, come le zone di montagna, nelle quali determinati livelli minimi di assistenza devono essere comunque assicurati.

Ci nascondiamo spesso dietro il mito dell'assistenza sanitaria degli Stati Uniti, dove grandi ospedali tutelano vaste aree del territorio, dimenticando che, laddove noi abbiamo un elicottero, gli statunitensi ne hanno dieci e che l'intervento degli infermieri americani di primo livello è spesso superiore a quello dei medici italiani di primo soccorso.

Con la trasposizione meccanica di un modello rigido e scarsamente meditato rischiamo di sottovalutare gli indicatori di qualità, l'importanza della ricerca e l'impatto sociale di alcuni grandi settori. Si pensi soltanto al problema enorme dei disabili psichici: le associazioni dei familiari segnalano che, soprattutto con riguardo agli interventi urgenti, la sanità pubblica non offre risposte, prevedendo il trattamento sanitario obbligatorio oppure l'ambulatorio; e si può immaginare quale tipo di assistenza possa ricevere un disabile psichico di una certa gravità presso un ambulatorio.

Questo è solo un piccolo esempio, ma ce ne sarebbero molti altri in cui i parametri di qualità e l'importanza dell'impatto sociale dovrebbero governare in modo più intelligente la nostra visione della politica sanitaria.

Va benissimo la *devolution* purché correlata a una *deregulation* cosciente che si basi su principi etici e su valori morali. Se la *deregulation* non assicura determinati livelli qualitativi di copertura sociale si va incontro a una razionalizzazione della spesa che altro non è che la tipica cura che rischia di essere poi il peggiore dei mali.

Detto questo, apprezzo moltissimo che con questa finanziaria si cerchi di compiere uno sforzo per ridurre gli sprechi e riorganizzare le risorse. Negli ultimi anni (penso soprattutto ai Governi di centro-sinistra) ci siamo abituati ad una spesa che spesso non aveva giustificazioni qualitative o eticamente importanti in termini di impatto sociale; ora vi è anche il problema dell'economia di guerra.

Ebbene, considero positivamente questa finanziaria perché, quanto ad impatto sociale e a qualità dell'assistenza, consentirà di varare, nei prossimi mesi, alcuni provvedimenti che dimostreranno al Paese che la maggioranza che ha vinto le elezioni il 13 maggio è coerente con gli impegni assunti in campagna elettorale.

Non vorrei che l'accento ad un'economia di guerra fosse frainteso; va ricordato in proposito che il decreto-legge n. 347 dispone un incremento non indifferente del contributo economico alle regioni, per di più progressivo nel corso del triennio.

Le regioni avranno dunque una rilevante disponibilità economica, ma si continueranno a registrare situazioni sperequate perché, nel passaggio dalla *devolution* alla *deregulation*, verranno a mancare i controlli.

Il problema della valutazione dei livelli qualitativi di assistenza è un aspetto fondamentale; diversamente continueremo ad avere realtà con disponibilità e livelli qualitativi differenti.

Attualmente le regioni possono creare delle mostruosità e mi fa sorridere il fatto che si parli della sanità cosiddetta privata come di un fenomeno legato alle classi abbienti. Anche nelle regioni governate dalla sinistra, la decisione di non istituire tre primariati può significare l'arricchimento di una casa di cura presente nella stessa zona; la decisione di convenzionare una specialità può significare la fortuna economica di un gruppo privato. La discrezionalità rasenta molto spesso l'arbitrio, basti pensare che i Tribunali amministrativi regionali hanno chiesto le dimissioni dei direttori generali ma le regioni non provvedono alla loro sostitu-

zione. Occorre interrogarsi se un regime in cui l'impunità è quasi totale sia compatibile con le regole democratiche di un Paese civile del mondo occidentale.

TREDESE (*FI*). Signor Presidente, vorrei esprimere alcune considerazioni dal momento che dietro ai numeri – che sono sempre freddi ma ineludibili per un buon amministratore – emergono sempre delle considerazioni.

Ci si porta avanti da anni il peso di una sanità che costa tanto e ogni anno si continuano ad apportare tagli, a mio parere, senza avere mai dato un'impostazione strutturale a questo comparto che è estremamente importante e che è il primo al quale gli italiani guardano con estrema attenzione.

Mentre la popolazione italiana sta invecchiando e l'età media è aumentata ultimamente addirittura di 10 anni, si continua a parlare di razionalizzazione della spesa, mentre si dovrebbe pensare che diventeremo vecchi anche noi e che già tanti sono gli anziani. In prospettiva, il bisogno di sanità aumenterà ulteriormente e questo comparto non registrerà compressioni anche perché (altro difetto strutturale) non si è mai fatta prevenzione dal momento che gli investimenti in tale ambito sono sempre stati pochissimi: la prevenzione è sempre stata la Cenerentola della sanità!

Da una parte vi è la mancata prevenzione e quindi un aumento delle patologie, dall'altra un aumento delle patologie dovute invece all'invecchiamento della popolazione; il risultato finale sarà quello di una spesa sempre più elevata.

In base alla mia esperienza, ho avuto modo di accorgermi che, negli ultimi anni, a seguito della riduzione dei posti letto, si è verificato e si verifica sempre più spesso che l'anziano – portato in ospedale soprattutto nei periodi di epidemia influenzale, che vanno da gennaio a marzo – dopo lunghe ore di attesa in astanteria, deve essere ricondotto a casa dai parenti per mancanza di posto, con conseguente inevitabile tensione a livello di popolazione.

Nel nostro Paese esistono numerose case di riposo che, se meglio attrezzate, potrebbero benissimo far fronte alla situazione. La degenza di un anziano in una divisione di medicina costa, se non sbaglio, circa 500.000 lire al giorno; tale costo in una casa di riposo si riduce a 150.000 lire. Non è giusto che un anziano sia ricoverato in una divisione di medicina dove un posto letto costa caro e l'assistenza offerta è minimale. A prescindere dall'assistenza medica, magari tecnicamente inferiore, in una casa di riposo generalmente il rapporto umano è migliore e l'anziano si inserisce in un ambiente quanto meno più accogliente e confacente ai propri bisogni.

Se si vogliono effettivamente realizzare riforme strutturali, è corretto pensare che, se si riducono i posti letti ospedalieri laddove è giusto, bisogna far convergere le persone bisognose in strutture alternative.

Poiché il costo di una degenza in una casa di riposo è molto inferiore rispetto a quello della degenza in ospedale, se si optasse per la soluzione da me indicata si libererebbero risorse; in caso contrario, si continuerà a

girare nello stesso cerchio senza riuscire a trovare il bandolo della matassa, tenuto conto che la spesa sanitaria fisiologicamente non potrà che aumentare.

Un altro grave problema, a tutti noto dal momento che ha portato all'esasperazione l'intera popolazione italiana, è quello delle troppo lunghe liste di attesa alle quali bisogna assolutamente porre fine. Ciò è possibile: un medico specialista ambulatoriale sumaista, che costa circa 60.000 lire l'ora, effettua generalmente in un'ora quattro visite specialistiche per le quali l'assistito paga un *ticket* di 36.000 lire; se si moltiplica 36.000 per 4, si evince che l'ASL guadagna il doppio del costo dello specialista.

Se si vuole un sistema sanitario rispondente alle esigenze del cittadino che con il *ticket* paga la visita richiesta, varrà la pena che le ASL aumentino il numero degli specialisti e delle prestazioni offerte giacchè, in termini aziendali, ne deriverebbe un sensibile aumento delle entrate. Eppure, nessuno ha mai pensato a una soluzione del genere e ciò che maggiormente infastidisce è che per una visita oculistica si debbano aspettare nella mia regione anche sei mesi e in altre parti d'Italia addirittura due anni.

Vi è poi il problema dell'alta tecnologia: la strumentazione per la risonanza magnetica, che costa miliardi, non può essere utilizzata solo sei ore al giorno ma, come avviene nel resto del mondo, 24 ore su 24 per ammortizzare i costi. Poiché la tecnologia diventa rapidamente obsoleta non si può sperperare denaro pubblico per *computer* supertecnologici che sono costosissimi e che richiedono comunque una manutenzione costante a prescindere dalla durata del loro utilizzo.

Anche in questo caso si deve parlare di razionalizzazione della spesa, che non deve sintetizzarsi in una mera esposizione di numeri ma deve sostanziarsi nella formulazione di idee di contenuto che consentano non solo di contenere la spesa ma anche di dare risposte ai cittadini. Non è un'utopia, si può fare, non solo con una spesa inferiore ma con un risparmio se non addirittura con un guadagno.

Non conosco altre realtà, ma in Veneto l'ampia esperienza maturata nel campo dell'assistenza domiciliare consente al malato, soprattutto a quello terminale, di vivere in casa con la propria famiglia a volte per qualche mese. Questo tipo di intervento, oltre ad umanizzare il trattamento sanitario, consente anche di risparmiare.

A fronte però della mancanza di fondi, l'assistenza domiciliare non è sufficientemente sviluppata perché richiede risorse che attualmente non sono disponibili e continuità assistenziale. Un paziente neoplastico curato a casa deve avere un medico di riferimento il sabato e la domenica. I direttori ospedalieri hanno un bilancio ingessato e per inviare infermieri sul territorio devono sottrarli agli ospedali.

Occorre tenere conto di quest'esigenza e trovare un sistema per dirottare fondi dall'ospedale alla periferia; è necessario valorizzare i distretti sanitari, che sono diventati soprattutto distretti sociali e devono farsi carico di compiti gravosi; bisogna investire nell'assistenza domiciliare.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Signor Presidente, non entrerò nel merito della legge finanziaria perché ammetto di non aver preso visione del testo in quanto ho ritenuto opportuno dedicarmi all'esame del decreto-legge n.347 il cui *iter* era già iniziato..

Avendo sfogliato durante l'illustrazione del relatore i documenti al nostro esame, vorrei formulare soltanto due domande. Nella tabella B del disegno di legge finanziaria si fa riferimento all'accantonamento che si rende necessario per il ripiano dei disavanzi delle Aziende sanitarie locali che – se non erro – è oggetto dell'Accordo siglato tra Stato, regioni e enti locali l'8 agosto scorso. Sempre nella tabella B, si aggiunge che tale accantonamento deve inoltre essere inteso anche per un intervento straordinario a favore della regione Lazio. Vorrei sapere come mai si è reso necessario questo intervento straordinario e a quanto ammonta la copertura finanziaria dello stesso.

Ho rivolto questa domanda perché, anche se ognuno di noi è stato eletto in un determinato territorio, credo sia nostro dovere avere una visione di insieme, visto che si stanno esaminando documenti di livello nazionale, ancorché la materia sanitaria, a seguito dell'esito del *referendum* confermativo di domenica scorsa, sia ormai una materia concorrente.

Un secondo interrogativo è necessario ai fini di una valutazione complessiva. Il decreto-legge n. 347 – che sarà convertito a breve e che reca misure di contenimento della spesa sanitaria – dispone la riduzione dei posti letto nelle strutture ospedaliere e l'aumento del numero dei posti letto per la lungodegenza. Vorrei conoscere l'entità degli stanziamenti destinati alla riconversione delle strutture ospedaliere laddove si registra un esubero di posti letto. Non dispongo di dati a livello nazionale, ma credo che la Lombardia, in cui vivo, sia la regione italiana con maggiore esubero di posti letto nelle strutture ospedaliere. Il dato economico, relativo alle risorse finalizzate alla riconversione, è importantissimo per capire in quale modo e in quale misura il principio espresso nel già citato decreto-legge diventerà, seppur gradualmente, realtà vissuta nel nostro territorio.

Presidenza del vice presidente BOREA

FASOLINO (*FI*). Svolgerò alcune considerazioni generali e altre riguardanti le regioni meridionali. Mi fa piacere che sia presente il sottosegretario Guidi, che ringrazio. La legge finanziaria e gli interventi successivi del Governo devono tendere a creare una sanità uniforme su tutto il territorio nazionale.

Il primo aspetto che mi permetto di sottoporre all'attenzione del Governo è lo stato della regione Campania; non sto ponendo una questione localistica bensì di rilevanza generale. È noto che la spesa sanitaria della

regione Campania è maggiore rispetto a quella di tutte le altre regioni, come maggiore e più diffuso è il fenomeno del turismo sanitario.

Si sta discutendo del termine entro cui il Governo realizzerà la devoluzione e quindi lascerà autonomia di scelta alle regioni; questo aspetto mi preoccupa. Potremo impiegare tre o cinque anni, ma vi è una condizione preliminare senza la quale l'arco temporale di realizzazione della riforma ha scarsa importanza. È necessario che il Governo e la nostra Commissione comprendano le ragioni alle quali vanno imputate le discrasie esistenti nelle varie regioni con riguardo al comparto sanitario.

Se si risana a pie' di lista il *deficit* della Campania e di altre regioni, senza modificare la struttura della sanità, i vizi esistenti saranno mantenuti e alcune regioni saranno destinate a rimanere fanalino di coda anche negli anni a venire.

Non so se il legislatore e gli amministratori regionali saranno poi in grado di aumentare le tasse. Si potrebbe sostenere che spetta alle regioni esaminare le proprie disfunzioni sanitarie nell'arco dei prossimi tre anni. Nell'ASL Napoli-1, per esempio, la spesa farmaceutica *pro capite* è quasi doppia rispetto alle altre ASL della regione Campania, che ha una parte periferica virtuosa – le province di Benevento, Avellino e Salerno – e una parte poco virtuosa, rappresentata dalle città di Napoli e di Caserta.

È necessario che il Governo e la Commissione riescano a capire le ragioni di tali difformità. Si potrebbe obiettare che tale compito spetta all'assessore alla sanità. In realtà, *absit iniuria verbis*, l'assessore alla sanità ha cercato di ovviare alla crescita esponenziale della spesa farmaceutica in Campania, assoggettando tutte le ASL ad un regime paritetico di restrizione, mentre avrebbe dovuto assoggettare al regime di restrizione le ASL nelle quali la spesa supera la media nazionale e dare riconoscimento alle ASL nelle quali la spesa farmaceutica è più bassa rispetto alla media nazionale. È accaduto così che le ASL spendono, e i relativi medici, siano state equiparate alle ASL ed ai medici parsimoniosi.

La Commissione deve capire perché l'ospedale Cardarelli, che è un *leit motiv* di tutti i miei interventi in materia sanitaria, spenda nel modo in cui spende. Un posto letto al Cardarelli costa 1.800.000 lire al giorno, mentre in un altro ospedale della Campania costa 800.000 lire. Dobbiamo capire perché il Monaldi, il Cardarelli e il Loreto, per fare qualche esempio, spendono più di altri ospedali.

MASCIONI (*DS-U*). Ciò dipende da molti fattori.

MAGRI (*CCD-CDU:BF*). Magari offrono servizi migliori.

FASOLINO (*FI*). Io sono un medico e avrei delle remore nell'indirizzare i miei pazienti presso alcuni ospedali. Non starò a tediarvi con calcoli; sono latore di un messaggio proveniente dalla parte più valida della classe medica della regione Campania, la quale chiede che la regione possa essere rispettata al pari di tutte le altre. Abbiamo già effettuato alcuni riscontri, valutando l'esistenza al Cardarelli di reparti ad alta specia-

lizzazione e di reparti di degenza ordinaria; resta il fatto che la spesa di questi nosocomi è quasi doppia rispetto alla spesa di altri ospedali.

Onorevole Guidi, se si vuole fare davvero qualcosa per questa nostra Italia, comincerò ad aver fiducia in un riordino nel momento in cui questa Commissione, unitamente con il Governo, si assumerà l'onere di analizzare scientificamente il settore. Sto dalla parte del Governo, ma soprattutto dalla parte dei cittadini; tutte le forze politiche insieme – quindi la Commissione appare la sede più opportuna –, in sintonia con il Governo, dovrebbero cercare di capire perché in certe aree si spende tanto e non si riesce a spendere meno.

Vi è poi un altro argomento che ritengo molto importante. Onorevole Guidi, si era partiti con la continuità assistenziale e si è fatta poi l'emergenza di cui non condivido l'organizzazione in quanto permane un distacco enorme tra tale formula di intervento e il cittadino. Se la continuità assistenziale, cioè la vecchia guardia medica è depauperata in continuazione, nelle ore notturne e durante le festività, i cittadini italiani, specie quelli delle zone interne, delle piccole città, delle aree agricole e delle località lontane dai nosocomi, saranno abbandonati a loro stessi: la parte debole della cittadinanza italiana diventerà ancora più debole.

Oggi chi assicura la continuità assistenziale percepisce stipendi da fame, mentre chi si occupa delle emergenze ha stipendi che raggiungono i cinque milioni al mese, che darebbero tranquillità a chi garantisce la continuità assistenziale ed eviterebbero le «guerre di religione» per entrare nella graduatoria della medicina generale. Questo è un problema però che ci tocca poco; quello che importa è ovviare al depauperamento progressivo della continuità assistenziale perché tra qualche anno vaste aree delle regioni italiane non avranno l'assistenza sanitaria notturna.

Bisogna inventare qualche altra cosa – anche il coinvolgimento dei privati – e dare direttive chiare alle regioni affinché non sguarniscano la continuità assistenziale ma la rendano un presidio fondamentale. Il territorio si sostanzia di continuità assistenziale, di emergenza e di medicina generale e se si sguarnisce uno di questi presidi si tocca uno degli aspetti più qualificanti dell'offerta di salute in Italia. Il gradimento (82 per cento) con cui è accolta in tutte le indagini la medicina generale in Italia è inferiore solo alla Francia, che è prima solo per la caratterizzazione prevalentemente agricola del suo territorio. Questa parte del sistema sanitario è dunque sana e va potenziata.

Tecnologicamente l'Italia non è ai livelli stratosferici di alcuni Paesi come gli Stati Uniti d'America ed alcuni in Europa, ma è anche vero che siamo i primi al mondo per quanto riguarda la non mortalità infantile e i primi o i secondi per il più basso numero di incidenti in gravidanza. Questi sono indici di civiltà legati non tanto alle strutture ospedaliere quanto al territorio, alla presenza dei medici di base, alla continuità assistenziale e ai pediatri di base.

Non dobbiamo sguarnire questo settore perché se a Roma un bambino si sente male è accolto nel pronto soccorso del «Bambin Gesù», se ciò avviene in un paese del Cilento (quello mio o quello del collega Borea) e non è reperibile il pediatra o il medico di base, senza continuità assistenziale si può anche morire.

LONGHI (*DS-U*). Non intendevo inizialmente prendere la parola ma l'intervento del collega Fasolino mi ha stimolato ad intervenire. Provengo da una regione del Nord, la Liguria, dove non esistono problemi di tipo sanitario, ma vi sono anche ospedali che funzionano, come il Gaslini, che è un eccellente centro per bambini. Ebbene, fa male vedere l'emigrazione dal Sud al Nord di bambini, tant'è vero che si è da poco creata per loro una casa di accoglienza.

Hanno ragione i colleghi del Sud quando lamentano che con questa manovra finanziaria si potranno creare problemi per le regioni deboli del Sud che, storicamente, non sono dotate di strutture sanitarie adeguate.

In base a quanto mi risulta, in Liguria il bilancio sanitario relativo all'esercizio 2000 si è chiuso in pareggio; anche lì ci si è visti costretti a chiudere qualche ospedale, ma non si vorrebbe andare al di sotto di un certo numero di strutture ospedaliere, tenuto conto che la salute è il bene primario di ogni persona.

Quindi anche la riduzione del rapporto da 5,5 a 4 posti letto per mille abitanti mi preoccupa, in quanto in alcune regioni (da noi, ad esempio) tale rapporto è già inferiore al 5,5 mentre in altre è superiore.

Viste le troppo lunghe liste di attesa esistenti in Italia, la riduzione dei posti letto comporterebbe, inevitabilmente, un prolungamento delle attese e questo preoccupa anche perché si creerebbe la sanità di serie A di coloro che, avendo disponibilità economiche, possono saltare le liste di attesa rivolgendosi a strutture private e la sanità di serie B di coloro che si inserirebbero in liste di attesa sempre più lunghe. Una realtà di questo genere è da evitare, a meno che – come sembra possa verificarsi – non si intenda realizzare due tipi di sanità incentivando il settore privato.

Giustamente il collega Fasolino ha accennato al ruolo che la Commissione sanità può svolgere. Poiché sono convinto che le istanze di democrazia non siano nell'Esecutivo o nel Governo ma nelle Assemblee elettive, la Commissione sanità può svolgere un ruolo importante di verifica, di controllo e di proposta al fine di adeguare l'offerta sanitaria anche nelle località dove le strutture mancano.

Ultimamente abbiamo presentato un disegno di legge per l'istituzione di una Commissione di inchiesta sulle strutture sanitarie, già esistente nella precedente legislatura. Se questa nostra proposta fosse approvata, si disporrebbe di tutti gli strumenti necessari per verificare la funzionalità delle realtà sanitarie del Nord e del Sud e cercare di porre rimedio laddove si dovessero riscontrare particolari carenze.

Premessa l'anomalia data dal fatto che in questa legislatura i componenti della Commissione dell'opposizione sono quasi tutti del Centro Nord e quelli della maggioranza del Sud, dichiaro la nostra più piena solidarietà e disponibilità – se ciò sarà nelle intenzioni comuni – a realizzare alcune iniziative insieme; credo sia questa una buona occasione per farlo «senza volpi sotto l'ascella».

PRESIDENTE. Rinvio il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 11.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 2001

(Antimeridiana)

Presidenza del presidente TOMASSINI

I lavori hanno inizio alle ore 11,50.

(700) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2002 e bilancio pluriennale per il triennio 2002-2004

(Tabella 15) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2002

(699) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2002)

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 700 (Tabella 15) e 699.

Riprendiamo la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 10 ottobre 2001.

BIANCONI (FI). Signor Presidente, Sottosegretario, ho seguito con molto interesse il dibattito sul provvedimento concernente il contenimento della spesa sanitaria, quello sui documenti di bilancio e le preoccupazioni della Sinistra sulle problematiche del Servizio sanitario nazionale.

Non si parte dall'anno zero: ma un preciso percorso storico ha portato all'affermazione di questo nuovo scenario. La sanità è una realtà estremamente complessa e non esistono modelli perfetti. Si è passati dalla concezione dello Stato che prevede tutto per tutti, introdotta con la legge n. 833 del 1978, al modello «Rosy Bindi» (decreto legislativo n. 229 del 1999) che ha previsto i livelli essenziali di assistenza.

Con i diversi provvedimenti in atto e soprattutto con quelli che seguiranno, il Governo esplicita l'intenzione di non abbassare la guardia sul Servizio sanitario nazionale inteso come garante del diritto universalistico alla salute, ma decide anche di porre fine al dirigismo centralistico, fermo restando che devono comunque essere sempre garantite a tutti prestazioni uniformi di assistenza, come è esplicitamente ribadito nell'Accordo Stato-regioni dell'8 agosto scorso.

Alla garanzia della libertà di scelta del cittadino e del professionista si affianca l'accreditamento delle strutture in un sistema misto, pubblico e privato, attraverso un miglioramento del controllo della qualità che non deve spaventare. Il processo di devoluzione di responsabilità in materia sanitaria alle regioni deve avvenire in termini non solo finanziari ma anche gestionali. Poiché le nostre regioni destinano circa l'80 per cento dei propri bilanci alla spesa sanitaria, non è permesso compiere cattive scelte in un quadro di regole generali; è perciò necessario razionalizzare le modalità gestionali del settore onde eliminare sprechi di risorse.

Com'è stato ripreso nell'Accordo Stato-regioni, stante altresì la grave carenza di investimenti sulla salute nel nostro Paese, è necessario un incremento delle risorse secondo un andamento progressivo, accompagnato da una incisiva lotta agli sprechi. L'ospedale della mia provincia, che serve circa 180.000 abitanti, ha due reparti di anestesia, quattro di medicina e due di neurochirurgia, dunque una duplicazione spaventosa di reparti. Lotta agli sprechi significa razionalizzazione seria del fabbisogno in vista di risposte concrete da dare ai cittadini, evitando duplicazioni di servizi. Essendo il rapporto tra dirigenza e professionisti sanitari quasi uno a uno, il nostro impegno deve essere volto alla razionalizzazione della spesa al fine del suo contenimento.

I provvedimenti del Governo non intendono scardinare il Servizio sanitario nazionale. Senza la benché minima intenzione polemica, rilevo che la riforma Bindi aveva coniato bellissime terminologie, parole chiave riprese in tutti i documenti sanitari delle regioni e delle aziende sanitarie: universalità, equità, efficienza, economicità e appropriatezza della sanità. Anche se si tratta di termini estremamente diffusi, non tutti i cittadini usufruiscono delle medesime condizioni di accesso ai servizi sanitari.

Quasi tutti i bilanci delle aziende sanitarie sono in rosso, come si evince dai bilanci regionali; il governo clinico non garantisce l'appropriatezza delle risorse impegnate che non sempre sono ottimizzate. È dunque reale la preoccupazione dei colleghi delle regioni meridionali che definiscono, con forza, l'Italia «lunga» e bisognosa di solidarietà. In tal senso, ho apprezzato la solidarietà che le regioni hanno richiamato come necessaria nello svolgimento dei loro rapporti. La difficile realtà delle regioni del Sud affonda le sue radici in problematiche che neppure la riforma statalista del ministro Bindi è riuscita a risolvere. È necessario impiegare maggiori risorse nelle regioni meridionali e prevedere un periodo di tempo più ampio per ancorare i professionisti alle realtà locali attraverso una maggiore responsabilizzazione. Le regioni, esprimendo un livello di governo più vicino ai cittadini, potranno operare in accordo con le aziende sanitarie locali ottimizzando l'utilizzo delle risorse loro assegnate.

Concludo con una sorta di lista della spesa che riassume gli impegni da assolvere a livello nazionale: tutela della libertà del cittadino, che deve poter scegliere liberamente la struttura e il professionista che ritiene possano garantirgli le cure più appropriate; salvaguardia della libertà del professionista nel creare le condizioni organizzative atte a soddisfare i bisogni dei propri utenti. Non essendo i professionisti impiegati statali, è vessato-

ria la costrizione a un rapporto esclusivo, come si evince dalle conseguenze derivanti dall'attività *intra moenia*.

È importante separare l'ente che eroga le prestazioni sanitarie e l'organo deputato al controllo, evitando che il controllore coincida con il controllato e viceversa. È necessario assicurare parità fra soggetti pubblici e privati che erogano prestazioni sanitarie, dal momento che gli aspetti importanti sono la qualità del servizio reso e il conseguente controllo delle strutture.

Bisogna definire i livelli essenziali di assistenza previsti dall'Accordo dell'8 agosto nei settori della prevenzione, delle cure primarie, dell'assistenza ospedaliera e specialistica. È opportuno rimodulare la distribuzione territoriale delle strutture destinate alle acuzie, curare il rapporto tra ospedale e territorio, ossia la distrettualizzazione, con tutto ciò che essa implica per i piani della salute e l'integrazione elevata di offerta nel settore sociosanitario.

Bisogna lavorare sul controllo della qualità, sulla formazione del personale sanitario, sulla ricerca medica e sull'innovazione. Occorre incentivare gli acquisti di beni e servizi su ampia scala, perché è impensabile che lo stesso tipo di strumentazione abbia un costo che si differenzia per centinaia di milioni per aziende sanitarie distanti solo 40 chilometri l'una dall'altra.

Ho particolarmente a cuore il riordino del settore infermieristico, che è essenziale nell'ambito ospedaliero. Sulla base di esperienze mondiali, è possibile riorganizzare la carriera attribuendo riconoscimenti ed incentivi connessi all'ampliamento dei percorsi formativi. Tali iniziative hanno fondamento in normative vigenti. La legge n. 738 del 1994 prevede la possibilità di incentivare percorsi specialistici legati all'area clinica, mentre la legge n. 251 del 2000 stabilisce l'istituzione di servizi infermieristici, che molte aziende non hanno ancora attivato.

MASCIONI (DS-U) Signor Presidente, quest'anno, durante la sessione di bilancio, il Senato sta esaminando il decreto-legge n. 347, recante disposizioni urgenti in materia di contenimento della spesa sanitaria; è perciò inevitabile che la discussione verta principalmente su di esso. Ci si dovrebbe però attenere al tema non solo perché l'Accordo tra il Governo e le regioni dell'agosto scorso ha per oggetto solo la spesa sanitaria, ma anche perché proposte di diverso tenore richiederebbero un approfondimento che non può essere effettuato in sede di esame degli emendamenti al decreto stesso.

La stretta connessione sussistente tra il decreto-legge n. 347, l'Accordo Stato-regioni e l'articolo 27 del disegno di legge finanziaria richiede uno sforzo di approfondimento onde migliorare i provvedimenti che il Parlamento si appresta a varare. Questo intendimento ha ispirato le proposte di modifica presentate al decreto-legge n. 347 dal Gruppo dei Democratici di Sinistra, che non si aspettava, peraltro, la pletora di emendamenti della maggioranza, pur nella fretta di convertire il decreto.

L'articolo 27 del disegno di legge finanziaria è l'unico a riguardare, in senso stretto, la materia sanitaria; condivido tale impostazione; non è corretto inserire in finanziaria un numero eccessivo di disposizioni in materia di sanità, contrariamente a quanto è avvenuto nelle ultime manovre. In base a tale articolo, il mancato rispetto dell'Accordo dell'8 agosto comporta, per il finanziamento della spesa sanitaria, il ripristino del livello stabilito nell'Accordo tra Governo, regioni e province autonome del 3 agosto 2000, integrato dall'articolo 85, comma 6, della legge n. 388 del 2000, ossia la finanziaria relativa al 2001.

In termini più concreti e comprensibili, il mancato adempimento degli impegni di cui ai punti 2 e 15 dell'Accordo comporterebbe per tutte le regioni non solo una perdita di finanziamenti compresa tra i 5 e i 6 miliardi di lire ma anche l'esclusione della quota di incremento del limite della spesa. Premesso che non è chiaro se tale previsione si riferisca alle singole regioni inadempienti, non è comunque ipotizzabile che il mancato adempimento da parte di alcune regioni le penalizzi tutte, determinando una perdita di incremento dei finanziamenti. Esprimo preoccupazione in ordine alle concrete possibilità, per talune regioni, di adempiere a quanto previsto nell'Accordo.

L'incremento dei finanziamenti dello Stato avverrà a condizione che gli enti regionali abbiano adottato misure di anticipazione e verifica degli andamenti della spesa del 2001; abbiano aderito alle convenzioni in tema di acquisto di beni e servizi; abbiano adempiuto agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa; si adeguino alle prescrizioni del patto di stabilità interno; abbiano sottoscritto l'impegno a mantenere l'erogazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza; si impegnino a mantenere stabilità nella gestione; abbiano fatto fronte alla quantificazione dei maggiori oneri a loro carico, indicandone i mezzi di copertura.

Il 28 ottobre scade il termine per inviare la documentazione relativa alla verifica della spesa sanitaria, che richiederà passaggi istituzionali presso i consigli e le giunte regionali. Le regioni più attrezzate e dotate di un apparato capace di produrre tale documentazione stanno già lavorando giorno e notte. Bisogna calarsi nei panni di chi deve adempiere a tali obblighi, e presumere che le regioni debbano arrangiarsi significa non farsi carico dei problemi.

La sfida riguarda il punto 15 dell'Accordo Stato-regioni laddove è previsto l'impegno a definire i livelli essenziali di assistenza; si attiva un tavolo di monitoraggio e di verifica sui LEA effettivamente erogati e sulla corrispondenza dei volumi di spesa stimati e previsti a garanzia dell'efficienza e dell'efficacia del Servizio sanitario nazionale. Vi è quindi una valutazione congiunta Governo-regione sugli effetti degli interventi concordati ai fini del controllo della spesa farmaceutica, dei beni e servizi e del personale, che sono le tre grandi voci della spesa corrente del Servizio sanitario nazionale.

L'Accordo sancisce tutto ciò al fine di conseguire un'effettiva congruità tra prestazioni da garantire e risorse finanziarie messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale; qualora il Governo decida di incre-

mentare i livelli essenziali di assistenza aggiungerà all'uopo le risorse necessarie. Anche se tutto ciò sulla carta non fa una grinza, quante sono le regioni effettivamente in grado di adempiere agli impegni indicati?

È vero, l'Accordo è stato firmato; qualche senatore meridionale della maggioranza ha osservato che forse alcune regioni o non erano presenti o dormivano all'atto della firma; non so se ciò sia vero, ma è comprensibile che il Ministero del tesoro, una volta sottoscritto l'Accordo, pretenda il pagamento della cambiale.

Sono consapevole che i continui richiami dell'Accordo e dell'articolo 27 del disegno di legge finanziaria al decreto n. 229 del 1999 e alla finanziaria 2001 dovrebbero esimere i colleghi della maggioranza dal dichiarare, come ho sentito fare, che si stanno riscrivendo pagine nuove sulla sanità chiudendo con il passato. Ebbene, mi spiace, ma per certi versi, come era inevitabile, vi è una forte continuità con quanto fatto negli anni più recenti.

In Commissione abbiamo esposto i problemi delle varie regioni, che lasciano intendere quante e quali siano le difficoltà per realizzare il salto di qualità politico, amministrativo e gestionale richiesto dall'Accordo.

Visto che anche le regioni più arretrate devono compiere uno sforzo maggiore per andare avanti, bisogna essere realisti e aiutarle a compiere questo sforzo anche imponendoglielo. L'articolo 27, infatti, è una forte imposizione, una gabbia feroce per chi sicuramente non ce la farà ad adempiere agli impegni assunti. Obiettivamente le regioni più forti, di varia connotazione politica, hanno svolto un ruolo trainante per il raggiungimento di quell'accordo ed è ovvio che il Ministero del tesoro abbia preteso impegni in cambio.

Anche se vi è una logica in tutto questo, ho la sensazione che difficilmente i propositi si realizzeranno, e la riserva mentale che poi si chiuderà un occhio rispetto alle inadempienze.

Ho ascoltato molti interventi su temi disparati e interessanti: la salute mentale, l'attività territoriale, l'equilibrio di bilancio negli ospedali, la prevenzione, la continuità assistenziale, la carenza infermieristica testé richiamata dalla senatrice Bianconi, i dipartimenti di emergenza, l'accettazione, la qualità.

Il collega Magri ha invitato l'opposizione ad aderire alla linea unitaria delle regioni.

MAGRI (CCD-CDU:BF). Non è proprio così! Ho detto cose più complesse. L'opposizione quando si appella al decreto deve richiamarsi anche alla complessità delle regioni.

MASCIONI (DS-U). Esatto, stavo proprio per dire questo e capisco il senso del suo richiamo. Le ricordo però che nella passata legislatura non si è mai chiesto all'opposizione di votare qualcosa perché tutte le regioni erano d'accordo. Il presidente Tomassini, che, insieme a me, è l'unico superstite tra i presenti di oggi della passata legislatura, certamente ricorda che il richiamo alla volontà delle regioni sul sanitometro, oggetto di un

accordo tra le regioni e il Governo, non servì a salvarlo dalle forche caudine della Camera dei deputati. Ma non mi interessa questo bensì il nostro ruolo diverso e la sua utilità, un ruolo di garanzia per le regioni anche in mancanza di una completa sintonia.

Si può dare una mano anche pensandola diversamente; le mie riflessioni possono sicuramente aiutare le regioni che non ce la fanno, perché i politici che si sono avvicinati non hanno adempiuto fino in fondo il loro dovere. Ho espresso preoccupazioni che ritengo fondate, nei prossimi mesi verificheremo se le cose stanno proprio così; non siamo infallibili ma l'infallibilità non è certo assicurata con il trasferimento di poteri: non è un assioma!

La Conferenza Stato-regioni è importante politicamente ma ci vincola fino ad un certo punto. Siamo il Parlamento della Repubblica, anche se non mi sfugge quanto è successo l'altra domenica e cioè la riscrittura della Costituzione e il modificato rapporto, in senso forte e vitale, tra Stato, regioni e istituzioni locali. Ciononostante non credo si possa sostenere che gli effetti di questa modifica costituzionale portino in concreto all'infallibilità di chi agisce localmente; finché vi è un potere parlamentare, sono perché esso si eserciti. Più che guardare con sussiego alla Conferenza Stato-regioni, penso si debba istituire una Camera delle autonomie, dotata di un potere forte, istituzionalmente riconosciuto, che le consenta di porre sul tavolo tutte le questioni più importanti facendosi ascoltare a tutti i livelli.

Oggi guardiamo con attenzione, perché conosco politicamente importante, alla Conferenza, ma continuiamo a svolgere il ruolo che la Costituzione non limita e che abbiamo ricevuto per mandato.

Come si evince facilmente, proponiamo la soppressione dell'articolo 27 del disegno di legge finanziaria ovvero una sua profonda riscrittura.

PRESIDENTE. Interverrò brevemente nella discussione, prima di tutto per ringraziare tutti gli intervenuti per i contributi positivi e maturi offerti, che sollecitano profonde riflessioni, come quelle testé richiamate dal senatore Mascioni.

Per molto tempo le leggi di bilancio e finanziaria sono state un veicolo improprio di altri provvedimenti legislativi; quindi mi associo al senatore Mascioni nel commentare favorevolmente l'avvio quest'anno di un percorso diverso che conduce ad una stretta definizione dei fattori finanziari di bilancio.

È stato richiamato da varie parti il decreto-legge n. 347, che sarà oggetto di esame delle Commissioni riunite bilancio e sanità questa sera. Tale decreto segna l'avvio di un accordo tra Stato e regioni nel quale – come hanno ricordato in molti – non vi è però il superamento costituzionale del ruolo del Parlamento e in particolare del Senato, che ha pieno diritto di esprimere la propria opinione. Se è vero che il *referendum* di domenica scorsa ha sancito un mutamento costituzionale, è anche vero che sono ancora vigenti leggi che confermano il ruolo del Parlamento, che

si esplica nell'ambito del rispetto degli accordi che si stipulano tra Governo, Stato e regioni.

È oltretutto indubbio - e mi riferisco all'intervento della senatrice Bianconi - che il decreto-legge n. 347, come anche il bilancio e la finanziaria non esauriscono tutte le questioni importanti strettamente pertinenti ai problemi della sanità nazionale, che assumono un rilievo ancora più importante in una fase di transizione quale l'attuale che vede il passaggio da un sistema accentrato ad una organizzazione federale.

I problemi della sanità sono urgenti e impongono soluzioni che, non avendo trovato spazio nel decreto relativo all'Accordo Stato-regioni né nella finanziaria, dovranno comunque essere predisposte in un altro veicolo legislativo; quella sarà la sede dell'approfondimento che il senatore Mascioni auspicava sugli argomenti legati alla riforma sanitaria introdotta con il decreto legislativo n. 229, volendola sia considerare positiva sia avendola combattuta dai banchi dell'opposizione.

Dichiaro chiusa la discussione.

SALINI, relatore sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria. Signor Presidente, valuto positivamente il contributo apportato al dibattito dai colleghi di maggioranza e di opposizione circa la situazione attuale e futura della sanità.

Il senatore Mascioni ha giustamente evidenziato le difficoltà operative connesse agli adempimenti introdotti per le regioni dall'articolo 27 del disegno di legge finanziaria che prevede una verifica della spesa in tempo reale. Alcune regioni, però, non hanno ancora completato il processo di informatizzazione delle strutture amministrative che operano nel settore della sanità e incontrano difficoltà nel raccordare i vari assessorati. La documentazione prevista si riferisce, molto probabilmente, alle dichiarazioni delle ASL nei vari comparti.

La discussione ha avuto come punto di riferimento centrale l'Accordo dell'8 agosto, che ha posto vincoli normativi e finanziari. Il lavoro da svolgere in questi anni dovrà tenere conto delle difficoltà registrate da alcune regioni. La definizione dei livelli essenziali di assistenza necessiterà di buon senso e di molta disponibilità, perché il superamento di inconvenienti che permangono da 50 anni richiede tempi adeguati.

GUIDI, sottosegretario di Stato per la salute. Esprimo soddisfazione - senza piaggeria - per la maturità del dibattito svoltosi presso la Commissione sanità del Senato, che ha rappresentato un momento di arricchimento, anche a livello personale, pur nei ristretti limiti posti dall'argomento in discussione.

Sono emerse conferme rispetto alla possibilità di migliorare la sanità e sono stati espressi auspici, da tutti condivisi, che il trasferimento di competenze alle regioni si attui nel quadro di un regionalismo solidale. È questa la grande sfida da affrontare, in attesa di una riorganizzazione dello Stato che preveda, come ha sottolineato il senatore Mascioni, l'istituzione di una Camera delle regioni.

I temi della discussione serviranno ad arricchire il programma del Governo. La volontà di cambiamento è forte, ma il cambiamento non deve avvenire attraverso strappi; l'esigenza di discontinuità deve comporsi con l'esigenza della continuità nell'erogazione dei servizi. È doveroso rispettare i tempi delle riforme, per evitare che si determinino, a livello politico, amministrativo e tecnico, vuoti, sospensioni di servizi e soprattutto la mancanza di rispetto del potenziale malato.

È troppo facile auspicare che al centro del sistema sanitario sia posta la salute del cittadino, sulle cui esigenze la sanità non si è mai incentrata. Il rapporto tra medico e paziente non ha ancora raggiunto livelli ottimali e i tempi di relazione si sono ulteriormente ristretti; la comunicazione tra medico e paziente tende a diventare un atto tecnico e la valenza terapeutica del rapporto si perde.

Va garantita la libertà del malato di scegliere non solo le strutture ma anche il territorio. Quante volte un eccessivo statalismo nell'erogazione dei servizi ha imposto ai cittadini, soprattutto alle fasce più deboli economicamente, di rivolgersi a strutture più lontane a causa dell'impossibilità di fruire di offerte ottime e vicine?

È necessario un cambiamento di mentalità, inteso non come liberalismo sfrenato che premia i ricchi - scusate lo *slogan* - ma come possibilità, per chi non ha capacità economiche, di fruire di servizi pubblici migliorati e di servizi privati da migliorare, in una logica di competitività in cui però il cittadino può scegliere liberamente.

La sfida di medio periodo è offrire a tutti la possibilità di scegliere centri di eccellenza più vicini. Questa è democrazia, questa è libertà, e per realizzarle occorre esorcizzare finalmente il tabù pubblico-privato che ha rappresentato una delle remore più rilevanti nelle passate legislature. Ciò non significa esaltare l'uno a discapito dell'altro; la sanità è una e ne va valorizzata la qualità. Il principio fondamentale della democrazia dell'utente, malato o sano che sia, è poter liberamente scegliere la struttura sanitaria migliore più vicina.

Solo in questo modo si potranno coinvolgere i cittadini e gli erogatori di servizi in un processo volto a rendere la sanità più coerente con il presente, ma soprattutto pronta a far fronte a nuove emergenze. Non intendo esprimere una critica, ma guardare al futuro più che fotografare il presente.

Condivido quanto il relatore, senatore Salini, e il presidente Tomasini hanno già dichiarato; la mia è una verbalizzazione-assenso, visto che un silenzio-assenso non sarebbe possibile essendovi il riscontro stenografico. L'immediato presente e il prossimo futuro implicano domande di interventi sanitari completamente diverse. Di questa diversità dobbiamo tener conto, perché - non sta a me dirlo - non solo il dissenso dell'opposizione è legittimo ma, perché no, spesso la minoranza stimola il Governo su temi diversi, sia quando manifesta consenso sia quando è in dissenso. A me sembra un grande momento di democrazia, però il vero problema è non essere di retroguardia. Già esistono nuove domande di sanità; mi limito ad indicarne due, perché non sta a me aprire di nuovo la discussione.

I due indici forti della democrazia di un Paese per tutti, meno che per i medici, paradossalmente, sono la riduzione della mortalità infantile e l'allungamento della vita media, indici che in Italia sono alti.

In realtà per chi deve erogare i servizi si tratta di dati che complicano in maniera estremamente acuta la ristrutturazione dei servizi, perché paradossalmente, pur essendo due indicatori di enorme civiltà (che muoiano meno bambini, vivaddio, è il meglio che possiamo aspettarci; che si allunghi la vita media, ce lo auguriamo anche personalmente), implicano una forte complessità.

In Italia muoiono meno bambini non perché si batte la fame, come avviene in altri Paesi, ma perché sopravvivono più bambini che, nati con gravi malformazioni, in passato sarebbero morti mentre oggi si salvano, anche se spesso sono portatori di *handicap* gravi e necessitano di un circuito riabilitativo assistenziale al quale non siamo ancora pronti. Nemmeno nelle regioni più ricche i servizi sono predisposti ad accogliere l'*handicap* grave. Analogamente l'allungamento della vita media non significa un miglioramento dello stato di salute, è banale ma ci dobbiamo attrezzare. Ciò implica problemi complessi di gestione, con servizi domiciliari intermedi, purtroppo qualche volta di assistenza continuativa familiare ed extrafamiliare di persone che, allungandosi la vita, diventano parzialmente o totalmente non autosufficienti. Si tratta di patologie non qualitativamente ma quantitativamente nuove per la massa di risorse che capteranno per le nuove professionalità che richiederanno.

Ecco perché la lotta agli sprechi, l'ottimizzazione dei servizi attuali e non solo la ricerca, in qualche modo notarile, di chi lavora male per penalizzarlo. Oltre alla ricerca di trasparenza e di onestà, in un Paese, che ancora non naviga nell'oro, soprattutto in alcune regioni, è implicita la necessità di individuare le risorse già presenti ma male utilizzate. Lo spreco vero non è dato dai 100 rotoli di carta igienica consumati in più ma dal personale male utilizzato oppure obbligato a scelte assolutamente claustrofobiche che non tengono conto della volontà del medico e del personale infermieristico di migliorare dal punto di vista delle conoscenze e, perché no, anche della possibilità di carriera e sotto il profilo economico. Le risorse, meglio utilizzate e non sprecate, andranno a ricoprire, come tutti prevediamo, ruoli extraospedalieri, tenendo sempre presente la legittimità e l'importanza degli ospedali, che devono però decentrarsi all'esterno o all'interno di altre strutture, in un'ottica di formazione permanente del personale che è sempre all'attenzione del ministro Sirchia, per rispondere a vecchie emergenze alle quali non si è mai data risposta. Pensiamo, ad esempio, ai consultori familiari che non hanno mai funzionato come dovevano se non in casi particolari; e a nuove strategie sanitarie, come la prevenzione e – per non parlare per *slogan* – alle emergenze già presenti: quella di bambini con gravi difficoltà, quella di anziani che non possono essere emarginati solo perché hanno la «colpa» di campare di più.

Queste sfide, insieme a quella cruciale della ricomposizione di strategie sociosanitarie diverse, sono importantissime. Il trasferimento di competenze alle regioni può essere foriero di due pericoli che vanno attenta-

mente evitati. Il primo forte rischio, di cui si è parlato a lungo, è la creazione di sperequazioni; a tale proposito il federalismo regionale non dovrà essere uno *slogan* ma una riforma concreta. Il secondo pericolo è che, ad un modello verticistico di matrice statale, subentri un modello verticistico di matrice regionale. Dobbiamo evitare che a livello locale si riproducano i vizi del modello sanitario nazionale. Si afferma spesso che livelli di governo locale sono più vicini al cittadino; occorre prestare attenzione perché i modelli più piccoli possono essere ugualmente distanti dal cittadino.

Il trasferimento di poteri alle regioni è doveroso, ma deve essere accompagnato da una rimodulazione del sistema di erogazione dei servizi, improntata ai principi della sussidiarietà, della libertà del cittadino, della qualità, di un diverso rapporto fra il medico e il paziente. Senza un dialogo tra il medico di famiglia e gli assistiti, la sanità è destinata a diventare una questione tecnica, separata dalla realtà, nonostante il decentramento regionale.

Quanto alla garanzia di *standard* minimi di assistenza, sarebbe opportuna una scelta lessicale diversa. Preferirei la dizione «*standard* accettabili dei servizi» perché in ambito sanitario le parole pesano come pietre.

Mi sono permesso di parlare del ruolo della sanità, piuttosto che limitarmi a fotografare l'esistente. La discussione sul decreto di contenimento della spesa sanitaria, che sarà affrontata questa sera, impone la massima attenzione. Nell'ottica della centralità della persona, si deve prestare particolare attenzione al tema della riduzione del dolore. Il dolore non è legato soltanto alle malattie più evidenti; oltre al dolore fisico, vi sono sofferenze e disagi psichici. Basti pensare alle nuove patologie giovanili, alla salute mentale, all'emarginazione e alla solitudine.

La sanità non può dare risposte universalistiche, ma nel cambiamento in atto intendiamo rispettare i bisogni delle persone. Il fatto che la maggioranza e l'opposizione abbiano presentato lo stesso numero di emendamenti al decreto-legge n. 347 è indicativo della possibilità per la politica di esprimersi in maniera diversa, mirando ad obiettivi comuni, quali la cura, la guarigione e soprattutto la riduzione dei dolori fisici, mentali e relazionali.

PRESIDENTE. Comunico che il termine per la presentazione di eventuali emendamenti alla tabella 15 e di ordini del giorno al disegno di legge finanziaria, per la parte di nostra competenza, è fissato per le ore 13,30 della giornata odierna.

Rinvio il seguito dell'esame congiunto dei disegni di legge in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 12,40.

MARTEDÌ 16 OTTOBRE 2001

(Pomeridiana)

Presidenza del presidente TOMASSINI

I lavori hanno inizio alle ore 15,15.

(700) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2002 e bilancio pluriennale per il triennio 2002-2004

(Tabella 15) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2002

(699) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2002)

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Rapporto favorevole, con osservazioni, alla 5^a Commissione, ai sensi dell'articolo 126, comma 6, del Regolamento)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 700 (Tabella 15) e 699.

Riprendiamo l'esame congiunto, sospeso nella seduta antimeridiana di oggi.

Colleghi, poiché non sono stati presentati né ordini del giorno né emendamenti ai disegni di legge in titolo, resta ora da conferire il mandato a redigere il rapporto alla 5^a Commissione sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria n. 699.

Propongo che tale incarico sia affidato al senatore Salini.

SALINI, *relatore sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, sottopongo all'esame della Commissione la seguente proposta di parere favorevole sui documenti di bilancio:

«La 12^a Commissione, esaminate le parti di competenza del disegno di legge «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2002 e bilancio pluriennale per il triennio 2002-2004» e del disegno di legge «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2002)», rileva che:

le misure previste sono coerenti con i contenuti del Documento di programmazione economico-finanziaria nonché, in particolare, con l'Ac-

cordo tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sancito dalla relativa Conferenza permanente l'8 agosto 2001, in materia di spesa sanitaria e con il successivo decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, attualmente in fase di conversione alle Camere;

viene confermato il nuovo quadro dei limiti annui di spesa sanitaria per le regioni;

l'articolo 27 del disegno di legge finanziaria si pone nell'ambito della suddetta nuova normativa in materia sanitaria, che attribuisce maggiori poteri – e conseguenti maggiori responsabilità, anche sul piano finanziario – alle regioni.

La Commissione esprime, quindi, sulla tabella 15 e sulle corrispondenti parti di competenza del disegno di legge finanziaria un giudizio positivo con le seguenti osservazioni:

all'articolo 12 del disegno di legge finanziaria si dovrebbe chiarire esplicitamente che la disciplina ivi posta non riguarda il personale del Servizio sanitario nazionale; in via subordinata, al terzo periodo del comma 1, si devono esplicitamente escludere dal divieto di assunzioni anche i responsabili di unità operative complesse del Servizio sanitario nazionale;

riguardo all'articolo 35, comma 7, sarebbe opportuno chiarire quale annualità (2001 o 2002) del contributo venga soppressa – fermo restando che la misura dello stanziamento soppresso è in ogni caso identica (e pari a circa 10.330 milioni di euro)».

MASCIONI (*DS-U*). Le considerazioni che ho espresso nell'intervento svolto questa mattina rappresentano, in sostanza, il parere del Gruppo DS-L'Ulivo e dell'Ulivo in generale sull'articolo 27 del disegno di legge finanziaria, che di fatto esprime un'interpretazione unilaterale sui termini di attuazione dell'Accordo dell'8 agosto 2001.

A nostro giudizio, è improbabile che le regioni riescano a rispettare i tempi imposti da tale Accordo – in particolare quello del 28 ottobre – e sono anche prevedibili conseguenze rischiose per gli enti regionali inadempienti. Pertanto, ci riserviamo di presentare in sede di esame dei documenti di bilancio presso la 5^a Commissione un emendamento soppressivo dell'articolo 27, in linea con quanto richiesto dalle stesse regioni che ritengono che tale articolo introduca un ulteriore elemento di novità in un quadro pattizio definito in via unilaterale.

Alla luce anche di un parere tecnico stilato da un ufficio del Senato, non appare per nulla chiaro se l'erogazione dei fondi (peraltro sensibilmente ridotti nell'Accordo dell'8 agosto rispetto agli stanziamenti previsti nel patto del 2000) riguardi o meno le singole regioni inadempienti.

Il centro-sinistra non giudica pertanto condivisibile la proposta di rapporto favorevole alla 5^a Commissione permanente, presentata dal relatore, senatore Salini.

CARELLA (*Verdi-U*). Signor Presidente, dichiaro la contrarietà del Gruppo Verdi-L'Ulivo allo schema di rapporto illustrato dal relatore, nonostante vi abbia ravvisato aspetti positivi, come la giusta preoccupazione per la disposizione di cui all'articolo 12 della legge finanziaria, concernente il blocco delle assunzioni di personale nella pubblica amministrazione. Forte è la preoccupazione che tale blocco riguardi tutto il personale sanitario. È stata sottolineata la carenza di organico nel settore infermieristico; in realtà, tale carenza riguarda anche altri comparti come la rianimazione e le anestesie, che svolgono funzioni vitali nel nostro sistema sanitario nazionale.

La nostra contrarietà ha una radice essenzialmente politica; concordiamo con la proposta del senatore Mascioni di sopprimere l'articolo 27 del disegno di legge finanziaria in quanto non condividiamo la politica sanitaria del Governo.

In sede di esame del decreto-legge n. 347, recante misure per il contenimento della spesa sanitaria, ho definito il disegno di legge finanziaria relativo al 2002 abbastanza irrituale. Le manovre finanziarie rappresentano lo strumento più importante e caratterizzante dell'azione di un Governo giacché consentono, non solo ai parlamentari ma all'intero Paese, di comprendere le direttrici politiche che l'Esecutivo intende seguire. In questo caso, invece, ci si trova in presenza di una finanziaria che rinvia a quanto disposto da un decreto-legge, che rinvia a sua volta al contenuto di un Accordo tra lo Stato e le regioni, che ha peraltro suscitato molte critiche e perplessità. Avremo modo di approfondire tali questioni in sede di esame dei numerosi emendamenti che abbiamo presentato al decreto-legge n. 347, analogamente a quanto del resto hanno fatto gli stessi esponenti della maggioranza.

Avendo, il Governo, optato per la formula del decreto-legge per disciplinare temi che avrebbero potuto essere trattati più agevolmente nell'ambito della finanziaria, ha di fatto privato di adeguato spazio l'iniziativa e il dibattito parlamentare. Un decreto-legge è un atto legislativo capace di produrre effetti giuridici immediati, a partire quindi dal momento della sua emanazione. Conseguentemente, dovendo il Parlamento convertire in legge un decreto-legge in tempi ben determinati, viene meno, per noi tutti, la possibilità di svolgere un'analisi costruttiva nell'interesse superiore del cittadino; in tal modo, si sono limitate la discussione e la possibilità di apportare le modifiche da più parti sollecitate.

Per dette ragioni politiche non sussistono le condizioni per un confronto parlamentare serio e costruttivo, volto a disegnare una legge finanziaria che risolva i numerosi problemi irrisolti della sanità italiana. Lo stesso decreto-legge contiene aspetti positivi che risultano però vanificati proprio dallo strumento legislativo prescelto che non consente all'opposizione di svolgere un'adeguata azione parlamentare.

Mi appello al Sottosegretario, e ai colleghi della maggioranza, affinché comprendano che le nostre ragioni sono sostanzialmente di natura politica. Non vi è stata, in quest'occasione, la possibilità di affrontare con

serietà e concretezza le problematiche attinenti alla politica sanitaria del nostro Paese.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Comprendo le considerazioni del senatore Carella; ciò non di meno, le valutazioni politiche espresse saranno tenute in considerazione in altra sede. Il Governo, comunque, concorda con lo schema di rapporto favorevole con osservazioni, illustrato dal relatore Salini.

MAGRI (*CCD-CDU:BF*). Dichiaro il voto favorevole del Gruppo CCD-CDU:BF allo schema di rapporto illustrato dal relatore. Il senatore Carella ha ragione quando afferma che il dispositivo della finanziaria riguarda sostanzialmente il famoso «decreto sanità»; ma è altrettanto vero che lo stesso non è stato ancora emendato ed approvato. Da questo punto di vista vorrei invitare i colleghi dell'opposizione ad assumere un atteggiamento più ottimistico e fiducioso. In un clima scevro dal condizionamento di posizioni ideologiche di retroguardia, dobbiamo essere disponibili a valutare, anche in Assemblea, la possibilità di migliorare il testo.

L'opposizione non può lamentare l'adozione di un decreto-legge motivato dalla necessità di porre argini ad una spesa sanitaria resa ingovernabile da una soppressione dei *ticket* cui non è corrisposta la previsione di entrate compensative. Del resto, il decreto-legge ha il grande merito di prevedere la razionalizzazione della spesa, la valutazione annuale del suo andamento e la possibilità per le regioni di una programmazione triennale.

Premesso quanto sopra, se si riuscirà a conseguire qualche risultato positivo in sede di dibattito sul decreto-legge n. 347, non spero certo che i colleghi dell'opposizione votino a favore del provvedimento finanziario ma mi auguro che possano perlomeno rinvenire risposte positive alle loro motivate preoccupazioni.

DANIELI Paolo (*AN*). Presidente, dichiaro il voto favorevole di Alleanza Nazionale sullo schema di rapporto presentato dal relatore Salini, in considerazione dell'importanza di una maggiore responsabilizzazione che, rispetto alle precedenti finanziarie, deriverà alle regioni a seguito della progressiva attuazione delle nuove misure previste.

SANZARELLO (*FI*). Presidente, concordo con quanto i colleghi hanno sottolineato in riferimento al dibattito che si sta affrontando in sede di esame del decreto-legge n. 347, che ha in effetti per oggetto la medesima materia sanitaria; dunque, molto lavoro è stato già svolto.

Esprimo il voto favorevole di Forza Italia con alcune sottolineature. Il Governo ha compiuto uno sforzo non indifferente (di cui le stesse opposizioni hanno dato atto) nell'eliminare i disavanzi delle regioni e nell'adeguare rapidamente, nel prossimo triennio, il Fondo a favore delle regioni in materia di spesa sanitaria (impegno assunto in occasione del varo del

DPEF) attraverso il decreto-legge al momento ancora in discussione presso questo ramo del Parlamento.

Come ben sottolineava il collega Magri, in occasione di questo dibattito ci siamo confrontati, al di là delle posizioni politiche di maggioranza e di opposizione, per cercare punti di convergenza nella convinzione che, in materia sanitaria, sia questo l'atteggiamento giusto da adottare. La crescita del disavanzo dovuta alla soppressione dei *ticket*, in assenza di misure compensative, ha imposto una strategia di recupero, onde mettere fine ad un disavanzo che era moltiplicatore di ulteriore disavanzo. Ricordo, per primo a me stesso, che tutto il settore era in continua sofferenza a causa di un incremento di spese legali, dovute ai decreti ingiuntivi, che, in determinate realtà, avevano raggiunto livelli esorbitanti. Avere la disponibilità finanziaria per l'intero fabbisogno è già di per sé un risparmio.

Oggi sta progressivamente trovando attuazione la volontà del Governo e della maggioranza di rispettare gli impegni assunti nella recente campagna elettorale e pienamente condivisi dall'elettorato che ha conferito ampio mandato alla coalizione vincente.

Come l'opposizione ha dato atto al Governo di avere livellato in alto il Fondo a favore delle regioni in materia di spesa sanitaria e di aver risanato il disavanzo, pur trattandosi di un'importante somma di denaro da reperire in un momento particolare della nostra economia, analogamente i colleghi della maggioranza e il sottoscritto, relatore sul decreto-legge in questione, non fanno mistero di alcune perplessità circa l'applicazione pratica delle misure previste da tale provvedimento.

Alla luce dello sforzo del Governo di dare il più possibile un'impostazione unitaria al patto stipulato con le regioni che va rispettato e onorato; forte del convincimento unanime di superare barriere e steccati, mi auguro si riesca a trovare una soluzione che consenta di definire un modello sanitario il più qualificato possibile in tutte le regioni senza che vi sia una sanità a una, due, venti e più marce differenti l'una dall'altra.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Aggiungerò solo poche parole condividendo gli interventi dei colleghi Mascioni e Carella. Con onestà intellettuale, prima che politica, devo dire che non possono essere imputati alla soppressione dei *ticket* (cui si può essere più o meno favorevoli) i problemi finanziari della sanità. Si è in presenza di una non scelta da parte del Governo in materia sanitaria e di una finanziaria debolissima da questo punto di vista. Il Governo e la maggioranza, pur avendo promesso agli elettori grandi cambiamenti, non hanno operato e non operano scelte concrete ma si limitano a delegare alle regioni la competenza in materia sanitaria, scaricando su di esse la propria incapacità di scegliere. A prescindere dall'assonanza o dissonanza tra governi regionali e Governo nazionale, l'incapacità governativa di scegliere rischierà di penalizzare soprattutto i cittadini.

BOLDI (*LNP*). Presidente, la Lega voterà a favore dello schema di rapporto predisposto dal relatore. La finanziaria in esame non contiene importanti cambiamenti ma ciò è fisiologico giacché non si può pretendere di sovvertire, in pochi mesi, una situazione che, in campo finanziario come in altri campi, si trascina avanti ormai da diversi anni.

Dal 1992 lo Stato, ripianando a piè di lista i disavanzi delle regioni, le ha di fatto deresponsabilizzate. Il Governo attuale, per porre freno a tale situazione, decide ora di responsabilizzarle seppure con dei distinguo. Che la soppressione dei *ticket* abbia determinato un incremento di circa il 30 per cento della spesa sanitaria, aumentando a dismisura quella farmacologica, è un fatto acclarato non solo dalla maggioranza per partito preso ma, in linea generale, da tutti. Posso condividere la valutazione sull'abolizione dei *ticket* come strumento di giustizia sociale, ma è un dato oggettivo e non un'opinione di parte il fatto che tale misura abbia provocato un incremento della spesa sanitaria.

Mi associo, infine, alle considerazioni del relatore circa il blocco delle assunzioni nel pubblico impiego che comporterà difficoltà non solo nel settore della sanità ma, ad esempio, anche nel funzionamento dei numerosi comuni di piccole dimensioni esistenti in Italia.

CARRARA (*Misto-MTL*). Condividendo le osservazioni della senatrice Boldi e del relatore, dichiaro il voto favorevole allo schema di rapporto alla 5^a Commissione.

SALZANO (*Aut*). Dichiaro il mio voto favorevole allo schema di rapporto, pur comprendendo le preoccupazioni politiche espresse dal senatore Carella e da alcuni amici della sinistra, che riguardano l'adozione da parte del Governo dello strumento legislativo della decretazione d'urgenza che, nel settore sanitario, ha generalmente ricadute piuttosto pesanti.

Comprendo le preoccupazioni esternate nei precedenti interventi circa la difficoltà che la sanità meridionale potrebbe incontrare a seguito dell'approvazione dell'articolo 27 del disegno di legge finanziaria. Le regioni però devono imparare a camminare da sole senza aver bisogno del sostegno dello Stato. Il modo migliore per aiutare un amministratore regionale della sanità consiste proprio nel negare aiuti; bisogna imparare a ragionare in questi termini. Sono convinto che sia possibile proseguire nella strada intrapresa approvando lo schema di rapporto predisposto dal relatore, con le osservazioni che sono state specificate.

Pur essendo convinto che dal blocco delle assunzioni di personale disposto dalla legge finanziaria siano esclusi gli operatori sanitari, credo che una raccomandazione in proposito sia d'obbligo.

(Il Presidente accerta la presenza del numero legale).

PRESIDENTE. Metto ai voti la proposta di dare mandato al relatore, senatore Salini, di redigere un rapporto favorevole con osservazioni sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria, del tenore di quello illustrato.

È approvata.

L'esame dei documenti di bilancio e del disegno di legge finanziaria per quanto di nostra competenza è così concluso.

I lavori terminano alle ore 15,50.

