

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

319^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MERCOLEDÌ 12 GIUGNO 1985

(Notturna)

Presidenza del vice presidente TEDESCO TATO
indi del vice presidente ENRIQUES AGNOLETTI

INDICE

CONGEDI E MISSIONI Pag. 3

DISEGNI DI LEGGE

Seguito della discussione:

« Determinazione delle priorità del piano sanitario nazionale per il triennio 1984-1986 e altre disposizioni in materia sanitaria » (195-quater) (Stralcio degli articoli 22, 24, 27, 30 e 31 del testo del Governo, e dell'articolo 24 del testo della 5^a Commissione, del disegno di legge n. 195 deliberato dall'Assemblea nella seduta antimeridiana del 24 novembre 1983);

« Norme transitorie in materia di strutture ospedaliere » (256-bis) (Stralcio dell'articolo 10-bis di cui all'articolo unico del disegno di legge n. 256, deliberato dall'Assemblea nella seduta pomeridiana del 4 novembre 1983)

e delle mozioni nn. 1-00058 e 1-00063:

GUALTIERI (PRI) Pag. 3
ONGARO BASAGLIA (Sin. Ind.) 20
RANALLI (PCI) 15

ORDINE DEL GIORNO PER LE SEDUTE DI

GIOVEDÌ 13 GIUGNO 1985 25

Presidenza del vice presidente TEDESCO TATÒ

PRESIDENTE. La seduta è aperta (ore 21).
Si dia lettura del processo verbale.

PALUMBO, segretario, dà lettura del processo verbale della seduta notturna del 22 maggio.

PRESIDENTE. Non essendovi osservazioni, il processo verbale è approvato.

Congedi e missioni

PRESIDENTE. Sono in congedo i senatori: Buffoni, Conti Persini, D'Amelio, De Cataldo, Lipari, Martini, Meriggi, Miana, Rebecchini, Scevarolli, Spano Ottavio, Tomelleri, Urbani, Vassalli, Vernaschi, Viola.

Seguito della discussione dei disegni di legge:

« **Determinazione delle priorità del piano sanitario nazionale per il triennio 1984-1986 e altre disposizioni in materia sanitaria** » (195-quater) (Testo risultante dallo stralcio degli articoli 22, 24, 27, 30 e 31 del testo del Governo, e dell'articolo 24 del testo della 5ª Commissione, del disegno di legge n. 195, deliberato dall'Assemblea nella seduta antimeridiana del 22 novembre 1983).

« **Norme transitorie in materia di strutture ospedaliere** » (256-bis) (Testo risultante dallo stralcio dell'articolo 10-bis di cui all'articolo unico del disegno di legge n. 256, deliberato dall'Assemblea nella seduta pomeridiana del 4 novembre 1983).

e delle mozioni nn. 1-00058 e 1-00063

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione dei disegni di legge nn. 195-quater e 256-bis, nonché delle mozioni nn. 1-00058 e 1-00063.

Proseguiamo nella discussione generale.
È iscritto a parlare il senatore Gualtieri.
Ne ha facoltà.

GUALTIERI. Signor Presidente, come tutti sappiamo, dopo anni e anni di dubbi, di incertezze, di polemiche, paure e ripensamenti, con le elezioni del 7 giugno del 1970 nacquero le regioni.

Nelle intenzioni di molti, ma non nella valutazione di Ugo La Malfa, il nuovo ordinamento doveva rappresentare un fatto fortemente innovativo, se non addirittura rivoluzionario, cioè il passaggio da uno Stato centralistico, burocratico, prepotente, e per questo vecchio e delegittimato, ad uno Stato autonomistico più rappresentativo, e per questo nuovo, giovane. Conquistavano diritti e poteri istituzioni e settori fino ad allora esclusi. L'altra faccia della luna, si disse allora.

Fra i settori o materie che dallo Stato venivano trasferiti alle regioni vi era tra i primi e i più importanti la sanità. Questo trasferimento senza residui fu confermato da tutte le successive leggi di attuazione dell'ordinamento regionale, in particolare dalla legge n. 382 del 22 luglio 1975 e dal decreto n. 616 del 24 luglio 1977.

Ma come avvenne di fatto il trasferimento della sanità dallo Stato alle regioni? Avvenne per settori organici, avvenne per parti rapidamente riconducibili ad unità organizzativa? No, signor Presidente, ci si disse della sanità come di un vecchio cane ammalato, buttandolo fuori dalla porta. Non si fecero nè le leggi quadro necessarie per consentire alle regioni una corretta legislazione di attuazione, nè si fecero le leggi ordinamento capaci quanto meno di tenere insieme il sistema. Si disse alle regioni: prendeteve tutto e cercate di cavarvela.

Assai più irresponsabile e irrazionale fu poi il modo con cui si pensò di finanziare

la sanità. Si inventò il concetto della « spesa storica », costruita approssimativamente su quanto lo Stato aveva stanziato nell'anno precedente (un anno poi di cui non si conosceva niente e di cui non si avevano i consuntivi), e per i superi di spesa si poteva essere certi che vi sarebbe stata comunque una sanatoria a carico del bilancio dello Stato, mettendo sullo stesso piano chi aveva « sputato l'anima » per rimanere entro lo stanziamento deliberato e chi, invece, ne era allegramente uscito, il modo migliore per far crescere gli amministratori cattivi; e l'amministratore cattivo, signor Presidente, è un prodotto dello Stato.

Per più di otto anni il settore rimase senza legge e tanto varrebbe dire che rimase « fuori legge ». Si dovette arrivare al 23 dicembre 1978, cioè otto anni dopo, per aver un nuovo assetto della sanità, quando fu varata la legge di riforma n. 833 e si istituì il servizio sanitario nazionale.

Nel frattempo si era bruciata per intero la prima legislazione regionale e buona parte della seconda. Ma almeno si era chiusa la fase del disordine e della confusione con la presentazione della legge n. 833? Ahimè, nemmeno per sogno! L'idea che reggeva la legge n. 833 era quella programmatica, ma il metodo programmatico, prima di rappresentare uno strumento gestionale operativo, si sostanzia come modello del processo decisionale. Questo significa che la programmazione non può mai essere qualcosa di separato o di diverso dalla stessa istituzione sanitaria, dal tipo di soluzione istituzionale adottata, nè può essere indifferente ai tempi di attuazione. In altri termini, piano sanitario, istituzione reggente e tempi di attuazione sono tutt'uno o non sono niente, dal momento che separati non esistono, non stanno in piedi.

Che cosa è successo invece? Il piano sanitario nazionale, che la nuova legge stabiliva dovesse essere adottato subito, tanto che lo prevedeva obbligatoriamente per tre o quattro mesi dopo, non partì nè per il 1979, nè per il 1980, nè per il 1981, nè per il 1982, nè per il 1983, nè per il 1984, nè per il 1985. Tralasciamo il perchè. Lasciamo stare la disputa se si trattasse di un piano adottato

per legge o dato per atto non legislativo. Ciò che conta è che dopo 15 anni dalla nascita delle regioni — un'intera generazione di classe politica si è bruciata nel frattempo — e dopo il trasferimento della sanità alla competenza delle regioni, sette anni dopo il varo della legge di riforma, il piano sanitario nazionale deve ancora essere adottato. Nel contempo l'istituzione portante il servizio sanitario nazionale, costituito da tante — circa 600 — unità sanitarie locali, franava completamente su una doppia impossibilità, quella delle unità sanitarie locali di farsi enti locali senza esserlo e quella del servizio sanitario nazionale di governare la sanità senza possedere nessuna delle tre condizioni che gli avrebbero dovuto consentire di farlo: i poteri decisionali, i mezzi finanziari, il controllo dei risultati. Nessuno di questi tre poteri, ripeto, è stato concesso al servizio sanitario nazionale.

Dal punto di vista della fattibilità, la legge n. 833 del dicembre 1978 è stata un autentico disastro. Proprio prevedendo questo noi repubblicani non la votammo. Perchè fu un disastro? Perchè il legislatore si comportò con una leggerezza e una faciloneria estreme. Basta a provarlo la valutazione dei tempi che impiegò e la conseguente successione delle varie fasi di intervento che ne derivò. Varata il 23 dicembre 1978, la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale prevedeva, per poter funzionare, tutta una serie di atti legislativi o amministrativi che Stato e regioni avrebbero dovuto approvare rigidamente entro il 1979. Il numero di questi atti è molto alto, almeno un centinaio, ma i principali, cioè la condizione *sine qua non* del funzionamento del servizio, erano 25 atti importanti per il 1979 e 8 per il gennaio 1980: tre dovevano essere approvati sette giorni dopo l'entrata in vigore della legge, cioè il 1° gennaio 1979, uno doveva essere approvato l'11 febbraio, uno il 27 febbraio, uno il 30 aprile (e si trattava niente di meno che dell'approvazione del piano sanitario nazionale), quattro il 28 giugno, quattro il 30 giugno, uno il 1° luglio, quattro il 29 dicembre, sei il 31 dicembre. Praticamente nessuno di questi atti fu varato

nel 1979 e neppure nel 1980. E ancora oggi, a sette anni, il complesso di queste norme è praticamente inesistente.

Quando il 17 giugno 1981 fu presentata dal Governo al Senato la relazione della commissione di studio per la semplificazione delle procedure e la fattibilità e applicabilità delle leggi, nonchè l'approntamento dei conseguenti schemi normativi (atto del Senato), in essa si poté leggere: 1) che la scelta programmatica fatta dalla legge n. 833 non era andata in concreto molto oltre le dichiarazioni di principio; 2) che era mancata la garanzia del rispetto della necessaria sequenza nell'approvazione dei piani; 3) che si era in presenza di termini semplicemente ordinatori; 4) che l'ordinamento previsto era sostanzialmente rimasto sulla carta.

Ripeto: questa è una dichiarazione del Governo! Nel 1985, a quindici anni dalla nascita delle regioni e a sette anni dalla legge di riforma, le cose non sono certo migliorate, anzi, sotto certi aspetti, sono peggiorate.

Infatti, partiti per dare, attraverso un sistema di medicina pubblica, assistenza omogenea e gratuita a tutti i cittadini, siamo riusciti a rendere così sgradevoli e insicuri i pubblici ospedali da fare la fortuna della rete di medicina privata. Gli squilibri territoriali sono aumentati. Nel Sud, la rete che tiene — e lo ha detto anche il senatore Imbriaco — è praticamente quella privata. A Roma, gli ospedali pubblici sono tornati ad essere gli ospedali antichi dei poveri: chi può ne sta lontano.

Questo dice tutto dello stato in cui abbiamo ridotto la nostra sanità. La gestione politica della sanità è stata quindi fallimentare. Dal 1970 ad oggi abbiamo avuto dieci ministri democristiani, due ministri socialisti, due liberali — oggi abbiamo un ministro democristiano — senza che si sia riusciti in alcun modo a governare la sanità, nè accentrandola, nè decentrandola.

Allora la domanda che dobbiamo porvi oggi è questa: l'atto che ci viene proposto, e che qui stiamo esaminando, è idoneo ad invertire la tendenza e a riportare sotto controllo pubblico l'istituzione sanitaria che oggi è allo sbando?

Signor Presidente, intanto — come ho detto prima — questo provvedimento non dobbiamo guardarlo come un atto separato, anche se ad un certo punto dovremmo guardarne i particolari. La programmazione, ho detto, sta insieme alle istituzioni e alla sequenza dei tempi. Altrimenti cade tutto.

Questo collegamento stretto lo ottenemmo quando nel giugno del 1983 facemmo le trattative per la formazione del Governo Craxi, cioè il Governo che attualmente è in carica. Mi richiamo, quindi, non a passati remoti ma agli atti che hanno portato alla costituzione del Governo Craxi.

Si disse allora, in sede di trattativa: per il 31 dicembre (si sottoscrissero questi atti) del 1983 dobbiamo riuscire: *a)* in primo luogo, a modificare la natura giuridica delle unità sanitarie locali e a dare poteri reali al servizio sanitario nazionale; *b)* in secondo luogo, a varare, non più per legge ma per atto amministrativo, il piano sanitario nazionale per il triennio 1984-1986 in modo da avere pronto il piano fin dal 1° gennaio del 1984; *c)* in terzo luogo, a prevedere adeguati stanziamenti per la sanità nella legge finanziaria e nel bilancio dello Stato da approvarsi entro il 31 dicembre 1983.

Di questi tre impegni che abbiamo sottoscritto all'atto della formazione di questo Governo solo quello della legge finanziaria è andato in porto, essendo state approvate nei termini le leggi finanziarie per il 1984 e per il 1985. Come vedremo poi, si pongono altri difficili problemi di metodo relativi alla finanza sanitaria.

Sulla riforma delle unità sanitarie locali stiamo ancora, invece, in alto mare, con il Ministro incapace di allontanarsi da uno schema che non è accettato da nessuna parte. Oggi ha dovuto presentarci uno stralcio dello stralcio: un sistema che non può produrre niente di buono. Mentre con la programmazione sanitaria siamo ancora qui. Bene che ci vada, dopo aver perduto il 1984 e il 1985, rispetto agli accordi programmatici del Governo Craxi, possiamo sperare, di avere un piano per il triennio 1986-1988.

Ma, signor Presidente, ci andrà bene anche questa volta? Se lo schema rimane que-

sto, dubito che ci andrà bene; sono certo, anzi, che non ci andrà bene per nulla. E vediamo perchè.

Che cosa deve essere un piano? Quali problemi deve risolvere? In ogni processo di programmazione due sono i momenti essenziali: il primo attiene alla definizione degli obiettivi assegnati al sistema che si intende amministrare e alla scelta delle azioni occorrenti per il perseguimento di questi obiettivi; il secondo individua l'insieme degli interventi necessari per condurre il sistema verso il conseguimento degli obiettivi programmati. Il primo momento rappresenta l'attività di pianificazione; il secondo quello del controllo, cioè del complesso delle garanzie necessarie per mantenere costantemente il sistema dentro gli obiettivi ad esso assegnati. Una programmazione che non sia sistematicamente e continuamente verificata è un non senso, non è programmazione.

Ma c'è, ancora più essenziale, un'altra condizione: quella della continuità del processo programmatico. Se, come abbiamo fatto, si sceglie per il servizio sanitario nazionale la programmazione come metodo di governo del sistema, in questa scelta si deve stare sempre e non un anno sì e tre o quattro anni no. Nel nostro caso poi è stato battuto ogni *record* mondiale: un sistema dichiarato funzionante e basato sulla programmazione 15 anni fa, in questi 15 anni non ha mai avuto un solo giorno disciplinato dalla programmazione.

Ammesso però che si riesca a partire — e su questo voglio richiamare la vostra attenzione — non ci si può fermare più perchè, ripeto, ci vuole continuità istituzionale. Anno dopo anno il piano sanitario e i nuovi aggiornamenti devono essere dati anche se cadono i Governi, anche se cadono i Ministri della sanità, anche se si interrompe la legislatura. Occorre cioè un meccanismo continuo con automatismi identici a quelli che agiscono quando in un fabbricato viene meno la luce e scattano i generatori autonomi di corrente. Se non siamo in grado di garantire questo istituzionalmente, tanto vale passare ad un altro impianto perchè la sanità si può anche governare con un altro sistema ordinatorio: si sceglie di non sta-

re in un sistema programmato. Del resto quasi tutto nel paese è governato in un altro modo. Se scegliamo però di stare dentro il metodo della programmazione, la programmazione vuol dire continuità assoluta, istituzionale: non si può dire che siamo nella programmazione e poi non programmare nulla.

E per carità non ripetiamo quello che è avvenuto in tutti questi anni! La legge n. 833, tuttora in vigore, stabiliva, all'articolo 54, che entro il 30 aprile del 1979 doveva essere presentato al Parlamento il piano sanitario nazionale 1980-1982. Poi c'è stata una serie infinita di fallimenti, di inganni, di autoinganni. Solo ora, nel 1985, e dopo aver dovuto, come vedremo, lottare per cambiare il sistema di approvazione parlamentare del piano, si comincia a vedere una qualche possibilità di avere un piano per il triennio 1986-1988 e non per il triennio 1985-1987 come è scritto nel provvedimento al nostro esame. Ma nella legge di principio che stiamo esaminando vi è la norma che ci dovrebbe dire come devono essere fatti i piani, quando e da chi? C'è, mi domando, un sistema di garanzie capace di assicurare la necessaria sequenza e continuità nell'approvazione dei piani? Io credo — e cercherò di dimostrarlo — che non c'è.

Ho sollevato questo problema in sede di parere nella Commissione affari costituzionali. Con ogni probabilità la mia osservazione, come altre osservazioni della Commissione, è stata giudicata anomala ed influente dalla Commissione sanità del Senato. Di questa Commissione il presidente Bompiani ha rappresentato per me in tutti questi anni — e non lo dico per piaggeria — un esempio di indipendenza di giudizio e di profonda professionalità. Questa volta però il mito del piano, che è un mito che ha travolto nel corso della nostra vita un po' tutti noi, lo ha un poco trascinato in una sponsorizzazione di un progetto che non merita questa sua fatica.

Il risultato è che oggi nessun meccanismo di garanzia di tipo istituzionale è stato previsto e così anche in futuro la sanità potrà avere, se sarà fortunata, qualche anno coperto dal piano, ma è più probabile che saranno di più gli anni in cui ne sarà privata.

Ed il meccanismo istituzionale non può essere basato sulla fortuna, sulla buona sorte.

Ma c'è almeno, signor Presidente, nel provvedimento che ci è stato proposto la corretta formulazione dei due momenti essenziali di ogni processo programmatico e c'è la corretta connessione dei due momenti? Il primo momento, lo abbiamo visto, è quello della definizione degli obiettivi che si assegnano al sistema nel periodo considerato e della scelta delle azioni occorrenti per raggiungere tali obiettivi, cominciando dai mezzi finanziari messi a disposizione. Se teniamo conto che quello che stiamo esaminando non è il piano, ma la metodologia del piano, noi per prima cosa dobbiamo giudicare non se gli obiettivi dati, che peraltro nemmeno conosciamo, al punto in cui siamo oggi, sono giusti o sbagliati, sufficienti o insufficienti, raggiungibili oppure no, ma se sono concreti o sono favole.

Che cosa sono, signor Presidente, gli « obiettivi favola »? Quando si dice che nel triennio dato il piano deve tutelare la salute della donna, tutelare la salute degli anziani, tutelare la salute mentale e la riabilitazione dei disabili psichici, prevenire, riabilitare e reinserire nella società i tossicodipendenti e altre cose simili, questi sono tutti « obiettivi favola », cioè sono dei veri e propri « bla-bla-bla ». Quando si dice che nel periodo considerato acquistano rilevanza la sicurezza e la tutela della salute dei lavoratori, la lotta contro i tumori, la lotta contro le malattie cardiovascolari, la tutela dei nefropatici e anche la sanità pubblica veterinaria (in quest'ordine) anche questi sono « obiettivi favola », tanti nuovi « bla-bla-bla ». Quando il Ministero della sanità, l'ufficio del piano, ricevesse questi *inputs* che cosa dovrebbe fare? Mettersi a piangere o mettersi a ridere?

Se si volevano dettare le norme generali di principio e di indirizzo, perchè allora uscire dal combinato disposto — come si dice — dell'articolo 53 e dell'articolo 2 della legge n. 833, mille volte migliori e un milione di volte più chiari?

In una legge procedurale, come quella cui stiamo tendendo, la ripetizione o la riformulazione di principi generali non entrano per niente. Dobbiamo risolvere ben

altri problemi: quello della continuità istituzionale del piano; quello della sua credibilità attraverso obiettivi specifici e il loro controllo sistematico; quello dei tempi e quello dei mezzi. Questi sono i problemi che dobbiamo affrontare oggi in un piano sanitario e nella metodologia del piano: tutto il resto è una perdita di tempo, se non peggio.

Del resto, lo stesso articolo 53 della legge n. 833 non era già di per se stesso un articolo procedurale? Il titolo II della legge n. 833 lo dichiara a tutte lettere: « Procedure di programmazione e di attuazione ». Ed era fatto anche molto bene.

Infatti stabiliva:

1. che il piano sanitario nazionale viene predisposto dal Governo in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale (principio questo che è saltato nel nuovo testo) e tenuta presente l'esigenza di recuperare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel paese, particolarmente nelle regioni meridionali (e anche quest'ultimo principio, ora è saltato);

2. che il piano sanitario nazionale ha di norma una durata triennale e viene presentato al Parlamento entro il 30 giugno dell'ultimo anno di validità del piano sanitario precedente;

3. che il piano sanitario nazionale stabilisce gli obiettivi da realizzare nel triennio;

4. che il piano sanitario nazionale fissa l'importo del fondo sanitario nazionale da iscrivere annualmente nel bilancio dello Stato;

5. che il piano sanitario nazionale stabilisce gli indici e gli *standards* nazionali da assumere per la ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le regioni, al fine di realizzare in tutto il territorio nazionale un'equilibrata organizzazione dei servizi, anche attraverso una destinazione delle risorse per settori fondamentali di intervento, con limiti differenziati per gruppi di spese correnti e per gli investimenti, prevedendo in particolare gli indici nazionali e regionali relativi ai

posti-letto e la ripartizione quantitativa degli stessi;

6. che il piano sanitario nazionale deve indicare che gli investimenti siano destinati alle regioni nelle quali la dotazione di posti-letto e di altri presidi e strutture sanitarie risulti inferiore agli indici normali indicati dal piano stesso;

7. che il piano sanitario nazionale, al fine della valutazione delle priorità, deve tener conto delle disponibilità, nelle varie regioni, di posti-letto, presidi e strutture sanitarie convenzionate;

8. che il piano sanitario nazionale deve prevedere la sospensione di ogni investimento (se non per completamento e ristrutturazioni dimostrate assolutamente urgenti e indispensabili) nelle regioni la cui dotazione di posti-letto e di altri presidi e strutture sanitarie raggiunge e supera i suddetti indici;

9. che il piano sanitario nazionale deve indicare gli indirizzi ai quali debbono uniformarsi le regioni nella ripartizione della quota regionale ad essa assegnata;

10. che il piano sanitario nazionale deve fissare i criteri ai quali deve riferirsi la legislazione regionale per la organizzazione dei servizi fondamentali previsti e per gli organici del personale;

11. che il piano sanitario nazionale deve dettare le norme generali di erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché le fasi e le modalità della graduale unificazione delle stesse e del corrispondente adeguamento, salvo provvedimenti di fiscalizzazione dei contributi assicurativi;

12. che il piano sanitario nazionale deve fissare gli indirizzi cui debbono riferirsi i piani regionali di attuazione;

13. che il piano sanitario nazionale deve precisare gli obiettivi relativi alla formazione e all'aggiornamento del personale del Servizio sanitario nazionale;

14. che il piano sanitario nazionale deve stabilire le procedure e le modalità per verifiche periodiche dello stato di attuazione del piano e la sua idoneità e perseguire gli obiettivi previsti;

15. che il piano sanitario nazionale deve determinare le priorità in ordine alla ricerca bio-medica e ad altri settori attinenti alla tutela della salute.

Voi conoscete questo articolo fondamentale, ma se lo leggete contemporaneamente agli undici articoli che ci vengono proposti, vi accorgete che questi sono molto peggio e dicono cose molto più limitate di quelle che benissimo sono dette nell'articolo 53 della legge n. 833.

Questo articolo 53 è un articolo buono e dopo 7 anni ha solo bisogno di qualche approfondimento in materia di dati, di indici di prestazione.

Un primo esempio di correzione da apportare è quello che ho chiamato della « continuità istituzionale del piano ». Non basta prevedere, al punto 2, che il piano dura tre anni e che viene presentato al Parlamento entro il 30 giugno dell'ultimo anno di validità del piano stesso. Perché, cosa succede quando questo non avverrà? Cosa succederà quando il Ministro non lo farà? Può verificarsi che il Governo sia dimissionario e che il Parlamento sia sciolto. Ma soprattutto che il Ministro non lo presenti. E questo è il caso verificatosi in questi ultimi anni.

La programmazione non può interrompersi; di qui la necessità di introdurre nella legge meccanismi inerziali, automatici, cosicché anche in assenza della iniziativa del Ministro e della registrazione parlamentare il processo programmatico non si interrompa.

Un altro esempio: la programmazione, quale metodologia gestionale applicata ad un sistema operativo è un processo continuo che deve essere di continuo controllato. Ma nella legge n. 833 questo sistema di controllo non esiste, anche perché si affida ad un meccanismo finanziario fatto apposta per accertare *deficit* finali, invece di impedirne la formazione (questo è l'errore del meccanismo finanziario che finora ci governa).

Il Governo stesso, nel presentare nel 1980 uno dei tanti progetti di piano — quello del 1980-82, di cui ha parlato anche il senatore Imbriaco — scrisse che non « è possibile che l'interesse generale » — cito il

Governo — « e l'obiettivo strategico della eliminazione degli squilibri nelle condizioni di tutela della salute della popolazione possano rimanere senza garanzie nei confronti di comportamenti pregiudizievoli ».

Che cosa si deve fare allora quando in uno dei livelli operativi del servizio sanitario nazionale si verificano scostamenti dal piano? Come reagire quando si manifestano risultati devianti rispetto alle previsioni? Queste sono le cose che dobbiamo affrontare nella nostra metodologia del piano. Oggi non c'è niente nei meccanismi previsti dalla legge che stiamo esaminando che ci metta in grado di ricondurre, quando necessario, il sistema entro i parametri fissati.

Un esempio ancora: quello del finanziamento — su cui tornerò più avanti —. Anche qui non c'è niente che ci permetta di controllare i flussi di finanziamento, di evitare gli scostamenti e di colpire i colpevoli. La nuova procedura doveva servire a questo, ad assicurare un'ulteriore serie di garanzie, ma il testo che stiamo esaminando non ne reca alcuna.

Esaminiamo, quindi, il problema più importante, quello della continuità istituzionale del piano. Nel testo che stiamo esaminando non c'è assolutamente niente, perchè l'articolo 8 è intitolato « Interventi in casi di inadempienza » e in esso si parla di come obbligare le regioni a fare il piano sanitario regionale tagliando i fondi o sostituendoli di forza all'amministrazione regionale. Ma se l'inadempienza è dello Stato, che cosa succede? Qui non è previsto niente, non dico come sanzione verso lo Stato, ma come introduzione di elementi sostitutivi o provvisori o di emergenza per la programmazione. Niente è previsto.

D'altra parte, come si fa a fare la voce grossa con le regioni e scaricare tutte le colpe sui livelli amministrativi inferiori, come si è fatto in tutti questi anni, se negli ultimi 15 anni nemmeno per un giorno lo Stato — ripeto — ha fornito, come era tenuto a fare per legge e per dovere istituzionale, una indicazione di piano? Come si fa a prendersela con le regioni e con gli amministratori periferici?

Ammettendo che lo Stato d'ora in avanti faccia il suo dovere, che cosa prevede la

legge che stiamo esaminando nel caso che siano inadempienti le regioni e gli altri livelli di amministrazione? Il provvedimento all'esame prevede solo interventi sostitutivi in caso di mancata adozione del piano regionale o di mancati adempimenti previsti dalle leggi entro termini perentori. In genere lo Stato si sostituisce alle regioni. Prima, c'era addirittura scritto che si sarebbero nominati dei commissari *ad acta* ed io avrei voluto vedere anche questo.

Ma quando l'inadempienza è minore (ad esempio lo scostamento da indici, *standards*, volumi di spesa) che cosa prevede la nostra legge? Non ci sono meccanismi di correzione in corso di esercizio e intanto non c'è niente che permetta di misurare tempestivamente lo scostamento. Quel sistema informativo continuativo ed immediato senza il quale la programmazione diventa impossibile non esiste. Ma ammesso anche si riesca a far emergere lo scostamento, come si fa ad apportare la correzione? In sostanza, quelli che sono stati definiti comportamenti pregiudizievoli dal Governo stesso rimangono senza sanzione e senza correzione.

Affronterò ora il problema centrale che è quello del finanziamento del piano. C'è niente nella legge al nostro esame che consenta di risolvere metodologicamente — dato che ci troviamo sul terreno delle metodologie — il problema, sul quale si sbatte la testa anno dopo anno, del modo in cui dare alla sanità i mezzi adeguati alle sue necessità e di controllare, al tempo stesso, il modo in cui vengono effettuate le spese? C'è niente che possa bloccare gli eventuali scostamenti?

Il problema procedurale della finanza sanitaria non è affrontato e vi è solo, all'articolo 1, la notizia che il piano funzionerà sulla base delle risorse finanziarie all'uopo destinate in sede di ripartizione del fondo sanitario nazionale. Come si arriva a stabilire il fondo? Chi decide quanto occorre alla sanità? Una legge di procedura non può ignorare questo aspetto, senza il quale non avrebbe ragione di essere.

Nella legge n. 833, se non altro, vi era l'articolo 53 che prevedeva che il piano sanitario nazionale doveva stabilire l'importo del fondo sanitario nazionale da iscriversi nor-

malmente nel bilancio dello Stato. Oggi la gestione della sanità viene affidata allo strumento del tutto improprio della legge finanziaria. E si tratta di uno strumento improprio perchè si privilegia così l'ottica macroeconomica della politica di bilancio rispetto alla logica microeconomica del funzionamento del servizio sanitario nazionale e delle sue concrete e specifiche esigenze.

Vedremo poi che solo apparentemente può sembrare che il Ministro del tesoro tenga in questo modo sotto controllo i flussi di spesa; in realtà il Ministro del tesoro non controlla assolutamente niente e ogni anno deve pagare gli esuberi di spesa del servizio. Fissare gli obiettivi macroeconomici serve solo se si ha il controllo di tutti i segmenti microeconomici di ogni settore operativo. E tutti quelli che hanno approfondito questo problema, a cominciare dalla commissione tecnica per la spesa pubblica operante presso il Ministero del tesoro di cui, se non sbaglio, faceva parte il senatore Cavazzuti, hanno convenuto che bisogna operare su un sistema binario distinto anche temporalmente: in primo luogo una legge pluriennale di finanziamento della sanità, ed in secondo luogo la legge finanziaria.

La legge pluriennale dovrebbe, in primo luogo, autorizzare la spesa corrente e quella in conto capitale del servizio sanitario nazionale, indicando le percentuali di incremento annuali da applicare al costo globale dei singoli fattori della spesa accertati nell'anno assunto come base di riferimento. La legge dovrebbe in secondo luogo fissare i criteri di riparto tra le regioni, validi per l'intero triennio. In terzo luogo dovrebbe mettere a carico della regione la copertura della differenza riscontrata a consuntivo tra la somma assegnata dallo Stato e la spesa effettuata dai vari livelli operativi. La legge finanziaria, invece, fissa tassi di crescita globale difforni da quelli fissati dalla legge pluriennale se le esigenze di bilancio discusse dal Parlamento lo renderanno necessario.

Perchè è necessaria questa distinzione? Perchè quando si vuole gestire insieme il momento macroeconomico e quello microeconomico la confusione diventa assoluta.

In sede di legge finanziaria per rispettare determinati valori della spesa pubblica si è sempre sottostimata la spesa sanitaria: ad esempio, si è scritto che questa spesa ammontava a 34.000 miliardi sapendo che si sarebbe arrivati a 39.000 miliardi. Il disavanzo che così si forma — le partite debitorie che si aprono nei confronti di fornitori, medici, farmacie e strutture convenzionate — con il sistema unificato adottato deve essere sanato dalla stessa legge finanziaria per l'anno successivo. Ma, dal momento che quando si fissano i tetti della legge finanziaria per l'anno seguente — operazione da compiere entro il 31 dicembre dell'anno in corso — non è possibile conoscere i dati del consuntivo che si avranno molti mesi se non qualche anno dopo, la nuova legge finanziaria viene ad essere non solo sottostimata per le regioni già esposte, ma anche caricata del disavanzo dell'anno precedente. Se nel frattempo si sigla un nuovo contratto nazionale per i medici o per il personale o se i medici convenzionati si portano fuori dalla stima iniziale, di tutto questo una legge triennale di finanza sanitaria deve tenere conto, avendo i necessari elementi di flessibilità. Invece l'ottica macroeconomica della legge finanziaria non ne può tenere conto. Di questo problema fondamentale nella nostra nuova legge di procedura non c'è assolutamente niente e così le cose seguiranno ad andare male, perchè uscirà un piano privo assolutamente delle basi per il controllo dell'alimentazione finanziaria. Ma allora cosa c'è — mi domanderete — in questo benedetto disegno di legge che stiamo esaminando? Io dico che non c'è quasi niente di quello che serve. La stessa Commissione affari costituzionali l'ha investito della più grave obiezione: quella di non rispondere alle esigenze di fondo per cui nasce. E quando la Commissione affari costituzionali del Senato scrive, in un documento che trovate a stampa, che il disegno di legge non risponde alle esigenze per cui nasce, non so quale obiezione maggiore si possa fare.

Del resto non migliora la parte precettiva — perchè quella della legge n. 833 è cento

volte migliore — ed entra in problemi dai quali invece dovrebbe tenersi lontano.

Abbiamo visto che l'articolo 1 si limita a chiacchiere e per di più limita ad un triennio il valore di una legge generale, mentre il vincolo temporale in una legge di metodologia è assolutamente ininfluyente, è assolutamente improprio. Già guardando il titolo che c'è nella copertina del documento che stiamo esaminando, vediamo che si parla di piano per il 1984-86; ma il 1984 lo abbiamo già bruciato e non riusciremo certamente ad inglobare il 1985. All'interno del documento invece si parla del 1985 e del 1986. Ma che sono indicati a fare questi anni in una legge di procedura? Una legge di procedura non stabilisce i limiti temporali.

L'articolo 2 poi è un autentico delitto. Che cosa è un piano sanitario nazionale se non l'assunzione di determinate prestazioni a carico dello Stato, sulla base delle reali possibilità erogative della rete sanitaria pubblica (e convenzionata) a seconda delle possibilità di spesa dello Stato? Cosa deve fare una legge procedurale se non mantenere aperta questa facoltà? Invece l'articolo 2 stabilisce che le norme urgenti in materia di prestazioni sono prorogate al 31 dicembre 1987 e basta: è come dire che il piano deve stare alla larga da questo problema, perchè si procede ad una proroga secca.

Ma che succede se le strutture sanitarie non sono in grado di far fronte al diritto così elargito, come infatti succede perchè in certe regioni, per determinate prestazioni, le strutture mancano del tutto? Non è questo il campo di intervento del piano?

All'articolo 2 poi c'è un'altra perla: la delega al Governo perchè emani, entro 90 giorni, un decreto avente valore di legge ordinaria, per dare vita ad un testo unico riguardante proprio le prestazioni bloccate al 1987. Ma la Commissione affari costituzionali, presieduta dal senatore Bonifacio, ha avanzato pesanti osservazioni, muovendosi oltretutto sul suo terreno specifico. La 1ª Commissione ha detto che si tratta di norme poco coerenti e che « l'articolo 76 della Costituzione impone l'introduzione, in seno al-

la legge di delega, di chiari principi direttivi atti a delimitare la potestà del Governo. Ciò vale per le integrazioni delle norme contemplate dall'articolo in oggetto, non potendosi dar luogo ad una delega in bianco ». Cosa deve dire di più la Commissione affari costituzionali? E credete che la Commissione sanità abbia fatto una piega? Nemmeno per sogno: non ha corretto niente.

All'articolo 3 si affronta un problema che con la programmazione ha poco a che vedere, sia come metodo, sia come modo: quello delle prestazioni all'estero. Ma se il Governo vuole disciplinare l'afflusso dei cittadini italiani a centri sanitari esteri, faccia una legge a parte o un decreto ministeriale o un semplice atto amministrativo. Cosa c'entra la programmazione e la sua metodologia con i cittadini che vogliono andare all'estero? A meno che non ci si voglia convenzionare con gli Stati Uniti di America, con la Francia e con l'Inghilterra per determinate prestazioni, non so cosa c'entri. Già la Svizzera è praticamente la prima regione italiana per prestazioni sanitarie, ovviamente a pagamento.

Altra cosa sono i centri di alta specializzazione, ma questi sono disciplinati dall'articolo 6.

Passando all'articolo 4, anche qui cosa c'entra la metodologia della programmazione con i ricorsi dei singoli cittadini contro gli atti (prima si diceva i comportamenti) dell'amministrazione sanitaria? Se si trattasse di ricorsi contro il piano, forse questo avrebbe una sua ragione di essere in una legge di procedura; ma quando si tratta di ricorsi contro atti o comportamenti dell'amministrazione sanitaria, allora questo con la programmazione non ha assolutamente niente a che vedere.

Invece l'articolo 5 ha piena legittimità, perchè fissa le regole della programmazione regionale. Però il contenuto dell'articolo si presta comunque ad alcune osservazioni: la più importante riguarda il rapporto tra settore pubblico, settore convenzionato e settore privato (ne ha parlato anche il senatore Imbriaco). In realtà, questo problema andava affrontato in uno dei primi arti-

coli, quelli di carattere generale. Non debbono essere le regioni, ciascuna per suo conto, a definire le attività professionali e i servizi specialistici convenzionati: deve essere la legge generale, a mio giudizio. Intanto vi è un punto da chiarire. Il piano sanitario nazionale riguarda la rete pubblica e quella parte di rete privata che lo Stato, convenzionandola, rende di fatto pubblica. Il calcolo del fabbisogno (tanti posti letto per mille abitanti) è fatto solo sui letti pubblici, non su quelli privati: quelli privati sono un di più — potrebbero esserci come non esserci — e, quando e dove esistano, sono concorrenziali con i letti pubblici, non per la quantità ma per la qualità, perchè chi vuole pagare servizi alberghieri di lusso o il televisore a colori in camera lo fa e basta.

Altra cosa è la questione dei letti convenzionati. Una volta convenzionati diventano pubblici e rientrano nel calcolo del fabbisogno. Ma attenzione! Il criterio non può essere quello adottato dall'articolo 5, cioè quello del pieno utilizzo delle strutture pubbliche e del diritto del cittadino a ricevere la prestazione entro il termine massimo di tre giorni: il criterio deve essere, invece, rigidamente quantitativo (tanti letti, tanti servizi per tanti abitanti), altrimenti l'ospedale pubblico verrà spesso e volentieri dichiarato sovrautilizzato assai prima del suo punto critico, per risparmiare personale o per diminuire la pressione su determinati reparti e soprattutto su determinati servizi o addirittura per collocare in ferie il personale. È un vecchio trucco che conosciamo tutti: coloro che hanno fatto per anni gli amministratori ospedalieri lo sanno.

Per creare servizi convenzionati basta creare liste di attesa superiori a tre giorni. Abbiamo certi laboratori e radiologie pubbliche — e qui vi sono illustri medici, professori che lo possono testimoniare — superattrezzati, in cui ci si rifiuta di fare il doppio o il terzo turno, cioè di lavorare a ciclo continuo, che hanno liste di attesa di trenta, quaranta giorni, o anche di più. E si « scaricano » pubblicamente gli ammalati su laboratori convenzionati, cento volte peggio attrezzati, con personale inadeguato, ma che si offrono di fare gli esami in un solo giorno.

Questa è la situazione che abbiamo di fronte. Lasciamo stare poi quello che c'è alle spalle di questo problema, anche di corruzione. E quanti delitti si commettono signor Presidente!

Nel successivo articolo 7 si stabilisce che la dotazione media di posti letto per regione deve essere del 6,5 per mille abitanti, di cui l'1 per mille di riabilitazione (e tornerò su quest'ultima). A questo 6,5 per mille si arriva sommando i posti-letto pubblici, quelli convenzionati obbligatoriamente, quelli non classificati ai sensi della legge n. 132 del 12 febbraio 1968, nonché i posti-letto di strutture private convenzionate calcolate al cinquanta per cento.

Ma questo è un assoluto pasticcio! Che c'entrano qui i letti non classificati: se sono stati non classificati, è perchè non avevano titolo per entrare nella rete sanitaria pubblica. Perchè i letti convenzionati vanno calcolati al cinquanta per cento? Perchè si ammette che il convenzionamento al cento per cento, come è nel nostro sistema, è un calcolo sbagliato e in eccesso.

Ma guardiamo meglio. Se la dotazione media per acuti e acutissimi diviene in una regione del 5,5 per mille — togliamo i posti-letto di riabilitazione per un momento — e se vi sono regioni che ne sono largamente al di sopra (addirittura al di sopra dell'8 per mille, come ammette la stessa legge) come mai in queste regioni vi sono posti letto convenzionati? Perchè il Veneto, l'Emilia-Romagna, la Lombardia, che hanno indici assai superiori al 5,5 per mille, hanno tanti posti-letto convenzionati? E perchè invece non ci sono strutture per lungo-degenti e, quando vi sono, sono autentiche vergogne? sono autentiche vergogne quando vi sono? Perchè è bello curare l'acuto ed è disonorevole curare il cronico: questa è la situazione che abbiamo creato.

Stabilisce ancora l'articolo 7 che il tasso minimo di utilizzazione dei posti-letto deve essere compreso tra il 70 e il 75 per cento. Ma, perchè si è trascinata da quindici anni una situazione in molte regioni in cui negli ospedali zonali — secondo la vecchia dizione — l'utilizzazione media è sistematicamente al di sotto del 25-30 per cento e, in

quelli regionali, è sistematicamente al di sopra del 100 per cento? Lo domando ai professori che operano in ospedali regionali. E come mai non si sono chiuse le strutture sottoutilizzate in 15 anni? Conosco ospedali, la cui utilizzazione media è al di sotto del 25 per cento che sono tutti in piedi: non se ne è chiuso nessuno.

E che significa fissare la durata media di ricovero in 11 giorni? Ma nel 5,5 per mille di acuti e acutissimi una simile durata media sarebbe una vergogna mondiale. E il dato dell'1 per mille nel caso di riabilitazione fa ridere, poichè la media è molto più alta. Non si può fare una media tra le due medie: sono due cose completamente diverse. Adottare un indice unico è una follia. Sono cose elementari, ma le devo dire.

E ancora: che significa dire in un articolo che riguarda il calcolo degli *standards* e la definizione degli indici che va migliorata la ricettività alberghiera negli ospedali anche per servizi da rendere a pagamento? Prima della demagogia sessantottina, che ha travolto molte organizzazioni ospedaliere, la legge prevedeva che ogni ospedale avesse un dieci per cento dei posti letto destinati a servizi a pagamento. Questo articolo è stato stravolto ed abbiamo fatto la fortuna delle case di cura private. Oggi, se vogliamo riportare gli ospedali pubblici alla loro funzione di guida, alla loro dignità, dobbiamo restituire con un parametro fisso — il 10 o il 15 per cento di posti-letto — il diritto di offrire servizi a pagamento all'altezza delle migliori case di cura private. Non dobbiamo più regalare questa partita ai privati.

Torno infine all'articolo 6 riguardante le alte specialità. Stiamo molto attenti poichè si tratta di un articolo molto pericoloso, signor Ministro. È stato infatti concepito proprio per inserirvi cose pericolose, a cominciare dallo sganciamento di pezzi di ospedali pubblici dalla rete pubblica, per collocarli in un girone a parte. Gli interessi che girano dietro a questa operazione sono enormi e non sempre sono interessi puliti. Abbiamo penato una vita a combattere contro gli ospedali specializzati, quelli che chiamavamo a monocultura: oggi ce li vediamo riproporre sotto forma di alta specialità.

L'Istituto Rizzoli di Bologna ha avuto per quasi un secolo una fama meritata nel campo dell'ortopedia: è stata addirittura una grande scuola dalla quale sono usciti maestri illustri. Quando, negli anni '70, discutemmo l'ammodernamento e la razionalizzazione della scuola bolognese moderna, tutti, compresi i consulenti più illustri, fummo d'accordo che era diventato un non-senso tenere a Bologna, accanto a due grandi ospedali generali, il Sant'Orsola universitario e il Maggiore, un ospedale solo traumatologico ed ortopedico. L'ammalato traumatologico ha bisogno della compresenza di tutte le altre specialità, dalla anestesia alla chirurgia generale, dalla nefrologia alla medicina generale, non come piccole unità di servizio distaccate, ma come normali reparti operanti: in sostanza ospedali generali con servizi generali.

Deciso questo, come decidemmo a Bologna, in sede regionale avemmo la rivolta degli interessi colpiti, soprattutto economici. Si tornò indietro e nuovamente il Rizzoli fu messo in un girone a parte, come è avvenuto per altri istituti di alta specializzazione. La legge n. 833 ne prevedeva all'inizio uno solo, il Gaslini di Genova, ma oggi sono moltissimi. Poi è cominciata la corsa alle cardiocirurgie. Quante in Italia? Tre, cinque? No, una, due, tre per regione. E poi le neurochirurgie. E quando non si dava una cardiocirurgia si regalava la neurochirurgia. E dopo la neurochirurgia le neuroradiologiche. E poi si sono inventate le super-super specialità, tutte tendenti alla autonomia gestionale. Dietro l'articolo 6 c'è questo. E bisogna stare attenti perchè è un articolo pericolosissimo.

Come si è visto, nella legge di procedura sono state messe cose che non andavano messe e sono state trascurate cose che nella precedente legge di procedura — il titolo secondo della legge n. 833 — erano state collocate in modo migliore. Nessuno o pressochè nessuno dei suggerimenti e delle osservazioni della Commissione affari costituzionali e della Commissione bilancio è stato accolto. Per presentare, discutere e approvare questa legge si sono perduti anni e ancora non abbiamo il piano vero e proprio.

Ora, il modo in cui varare il piano, rimane l'ultimo problema da esaminare. Come e quando sarà presentato il piano in Parlamento? Quando nel luglio del 1983 si firmarono gli accordi programmatici, che furono poi compresi nella dichiarazione con cui il presidente Craxi si presentò per la fiducia al Parlamento, sulla sanità si convenne su tre cose (le potete trovare nella dichiarazione programmatica): la prima era che andava rivisto l'impianto istituzionale su cui era fondato il servizio sanitario nazionale ed in particolare la struttura e il modo di porre in essere forme di controllo per le USL; la seconda era che il piano sanitario, fino ad allora presentato sotto forma di legge, andava delegificato e presentato come atto amministrativo semplice al Parlamento; la terza era che il meccanismo di finanziamento della sanità andava rivisto sia per quanto riguardava la spesa, sia sul versante delle entrate. Si disse anche, in quella occasione, che tutte e tre le cose andavano varate entro il 31 dicembre 1983, così da poter avviare la nuova gestione della sanità fin dal primo gennaio 1984. Invece ora saremo fortunati se potremo partire il primo gennaio 1986.

Per quanto riguarda il piano ci si è interdetti a voler includere nella legge di procedura quelle cose che indebitamente erano state sempre messe entro le varie leggi di piano, e che ne avevano reso impossibile l'approvazione, cioè tutte le dichiarazioni di principio, le promesse, le declamazioni e le speranze.

In queste dichiarazioni di principio, nel loro sovraccarico, c'è sempre qualcuno che si vuole costruire una facile fama di progressista. Perché non mettere tra gli obiettivi il prolungamento della vita degli anziani? E subito c'è chi lo mette. Perché non spendere una promessa sui diritti fondamentali della donna in materia di procreazione? Mettiamo anche il diritto della donna. Perché non offrire agli sportivi una sicura prospettiva di tutela sanitaria? Aggiungiamo la tutela per gli sportivi, e così via. In realtà così si vende fumo e si perde tempo. Al Ministero della sanità tutto questo fa comodo, perché lo spinge a stare, a sua volta, sulle generali e lo toglie dall'incubo di fis-

sare priorità, quantità, tempi, luoghi, metodi e finanziamenti, che sono cose assai più difficili che fissare dei principi generali. E così siamo ancora qui, con questo problema irrisolto.

Infatti, ammesso che si approvi questo disegno di legge, e che lo si approvi in questi termini, che piano ci presenterà il Governo? Infatti, il giorno dopo approvato questo schema, il Governo dovrà presentarci il piano vero e proprio. E quando ce lo presenterà? E in che modo? E come sarà reso efficace?

Il problema viene affrontato nell'articolo relativo alle norme transitorie. Prima si diceva che il piano sanitario nazionale era proposto dal Governo al Parlamento. Che cosa significa proposto? Il vecchio articolo 53 diceva: « Il piano sanitario viene presentato al Parlamento entro il 30 giugno dell'ultimo anno di validità del piano precedente ». Qual è la differenza fra proposto e presentato? Sta qui la ragione della perdita di sette anni per dare questo strumento programmatico, di metodologia alla sanità? È questa la differenza fra proposto e presentato?

Ora la Commissione si è corretta e ha scritto che « il piano redatto ai sensi dell'articolo 53 » (torna questo benedetto articolo 53 che non so perché sia andato perduto per la strada, anzi il mio partito propone di recuperarlo integralmente) « è sottoposto dal Governo al Parlamento ai fini della sua approvazione con atto non legislativo ». È un passo avanti dopo tanta resistenza. Soprattutto è importante da rilevare il fatto che si dice che il piano deve essere redatto ai sensi dell'articolo 53 della legge n. 833 e non della presente legge di procedura. Questa è esattamente la nostra tesi. Nel disegno di legge che stiamo discutendo si dice che il piano va approvato con un'altra: non si capisce quindi perché facciamo questa.

Come ci comporteremo come repubblicani? Abbiamo fatto quello che era possibile fare nella Commissione di merito, nelle due Commissioni per il parere, la 1ª e la 5ª, ma inutilmente. Infatti non è stata accolta non una sola delle nostre ragioni: c'è stata una chiusura totale. Non so che cosa intendesse

difendere la maggioranza e non so che cosa pensasse di tutelare la minoranza. Il testo è davanti a voi e ve ne siete potuti fare ragione.

Al termine noi repubblicani ci siamo astenuti, ma non intendiamo astenerci in Aula, perchè un simile atteggiamento potrebbe essere interpretato come un segnale di via libera e un salvataggio della coscienza.

Ma noi non siamo qui, onorevoli colleghi e onorevole Presidente, per salvare la nostra coscienza. Vogliamo salvare, se è possibile, la sanità. In passato ci siamo astenuti sulla legge Mariotti. Poi ci siamo astenuti sulla legge n. 833. E abbiamo dovuto pentircene duramente, perchè dovevamo combattere assai di più per migliorare quegli strumenti. Questa volta intendiamo farlo: combatteremo di più, cercando nel Parlamento e nel paese il consenso per riassegnare al cittadino ammalato, cioè il cittadino più debole che abbiamo, quella tutela che gli è stata tolta così ingiustamente. Pertanto abbiamo deciso di legare il nostro voto favorevole ad una serie di emendamenti che abbiamo presentato.

Praticamente ci ancoriamo di nuovo all'articolo 53 della legge n. 833, tuttora in vigore, che fissava le procedure del piano assai meglio di quanto faccia il pasticcio che ci viene presentato oggi, apportandovi però alcuni correttivi. Introduciamo anche una migliore precisazione della continuità programmatica quando venga meno l'impulso dell'Esecutivo. Inoltre vi è la chiarificazione dei meccanismi di finanziamento, si mette ordine nelle date tra la presentazione dei piani al Parlamento, la loro approvazione, la trasmissione alle regioni e l'approvazione delle regioni.

C'è soprattutto la nostra decisione di non lasciarci più coinvolgere in una condizione della sanità che non possiamo accettare in questo modo e che ha logorato in maniera intollerabile il rapporto tra il cittadino e le istituzioni. Rimaniamo così fedeli ai programmi di Governo che abbiamo sottoscritto. In crisi di voto non siamo noi, sono coloro che hanno preso impegni di Governo e che ancora non li hanno rispettati. Noi ne chiediamo invece l'attuazione. Inoltre noi

vogliamo che non si faccia assolutamente credere ai cittadini che, approvando senza correzioni questo provvedimento, si apra finalmente una nuova speranza per la sanità. La speranza per la sanità si apre se noi ci riconduciamo, correggendole, alle previsioni dell'articolo 53 o se correggiamo la legge che ci è stata proposta. (*Applausi dal centro-sinistra. Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Ranalli. Ne ha facoltà.

RANALLI. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, vorrei sottolineare un solo aspetto fra i tanti introdotti dalla mozione del Gruppo comunista e già presenti nel dibattito, e ciò sia per ragioni di brevità, sia per tentare una riflessione specifica su un punto che è essenziale alla programmazione sanitaria e più in generale allo sviluppo delle autonomie locali. Mi riferisco al ruolo ed ai compiti delle regioni in materia di sanità ed alla natura del rapporto che si è instaurato tra gli organi centrali dello Stato e le regioni in un clima che, negli ultimi anni, è stato di crescente scetticismo e sfiducia verso l'istituto regionale.

Il mio compito in verità è facilitato dal fatto che delle regioni si è ampiamente dibattuto negli ultimi tempi in convegni specializzati ed alla fine nella Conferenza nazionale su « regioni e società », promossa dalla Commissione bicamerale per le questioni regionali che ha rappresentato il momento più alto del confronto che si era aperto e che ha segnato, almeno è sperabile, l'avvio di un rilancio dell'istituto regionale.

Può dirsi che da tali incontri sia emersa una forte e comune volontà di procedere a quello che è chiamato da tutti il completamento dell'ordinamento regionale, di dare cioè alle regioni un ruolo più definito e certo nel quadro dello Stato di cui fanno parte, di fare delle regioni un momento essenziale della riorganizzazione complessiva dell'amministrazione pubblica in un disegno, si è detto, coordinato di livelli istituzionali e di obiettivi che eviti sovrapposizioni e conflitti che sono fonte di inefficienza e di sprechi di energie e di risorse.

Sullo sfondo di questa trasformazione della macchina statale rimane insoluta, dopo alcuni anni, la questione della riforma del Ministero della sanità, bloccata non certo per ragioni di studio, come si vorrebbe far credere, e neppure per pluralità di modelli alternativi su cui sarebbe difficile la scelta, ma soprattutto — si abbia il coraggio di dirlo — per ragioni politiche di accentramento, per contrarietà ad un reale e più complessivo decentramento, ad uno snellimento funzionale ed operativo di un Ministero che deve essere ristrutturato e reso coerente alle preminenti competenze di indirizzo e di coordinamento, attribuite appunto dalla riforma al Ministero della sanità.

Le regioni, dunque, non dovranno essere relegate nel museo degli errori o delle curiosità costituzionali — come pure si è detto — e neppure essere appiattite e distorte nella pura e semplice gestione degli « indispensabili tagli » o « delle inevitabili riduzioni di servizi e interventi pubblici », secondo le monotone dichiarazioni annuali del Ministro del tesoro.

È necessario, al contrario, passare alla correzione della pericolosa alterazione dei rapporti che si sono instaurati con le regioni, liberandole dal cono d'ombra che le appanna ed oscura, restituendo ad esse, cioè, l'autonomia politica garantita dalla Costituzione e difesa anche da alcune « salutari » sentenze della Corte costituzionale che hanno additato le indebite interferenze dei poteri centrali nella sfera autonoma delle regioni.

Bisognerà recuperare pienamente, quindi, gli indirizzi della Costituzione, del decreto del Presidente della Repubblica n. 616 e gli sviluppi che si sono successivamente avuti e che hanno riscontrato anche nel Parlamento positive convergenze, come nella risoluzione votata il 14 aprile 1983 nella Commissione presieduta dal senatore Bonifacio.

L'occasione per far progredire questo discorso sarà certamente costituita dalla discussione — che mi auguro prossima — della riforma delle autonomie locali nel testo approvato dalla Commissione affari costituzionali del Senato e, a stralcio, — come si preannuncia — dalla discussione sulle modi-

ficazioni istituzionali che dovranno essere apportate alle attuali unità sanitarie locali.

Tale incompiutezza del sistema regionale ha pesato negativamente anche sui processi avviati dalla riforma sanitaria — all'inizio autorevolmente lo rilevava anche il collega Gualtieri — limitando drasticamente la carica propulsiva che poteva venire proprio dalle regioni. È così accaduto, onorevoli colleghi, che due grandi riforme, quella regionale e quella sanitaria, si sono intrecciate, inciampando ambedue sugli ostacoli fraposti dai ripensamenti e dagli arretramenti del Governo.

Il prevalere, infatti, nel Governo di una tendenza di fondo alla centralizzazione marcata delle decisioni sostanziali, ha ridimensionato l'autonomia politica delle regioni, ha limitato alle regioni una reale possibilità di scelta, ha ridotto i poteri di programmazione e di governo nelle risposte da dare ai bisogni espressi e sollecitati dai cittadini.

Questi elementi vanno ricordati e su di essi si deve attentamente riflettere per gli effetti negativi che hanno provocato e perchè, tenendoli presenti si potranno spiegare e capire meglio le difficoltà in cui si sono trovate le regioni per assumere nella società il giusto livello di competenza costituzionale e per passare da un tipo tradizionale di amministrazione e di governo del territorio ad una amministrazione diversa, incentrata cioè sulla programmazione, sull'indirizzo e sul coordinamento attraverso piani e progetti. Ed è questa la metodologia che doveva prevalere nel campo della sanità.

La legge n. 833, come è noto, aveva accolto il processo di programmazione, inserendolo nei fondamenti della riforma sanitaria del 1978, come si legge proprio nella relazione Bompiani a questo provvedimento di legge. Ma il Governo ha deliberatamente posto in secondo piano l'obiettivo strategico di una gestione programmata ed efficace delle risorse, facendo prevalere unicamente l'esigenza congiunturale del controllo esasperato della spesa. Il rinvio del piano di ben sette anni, rispetto alla sua iniziale cadenza, è stato dunque un errore grave perchè ha privato il sistema di un punto di

riferimento per tutti, perchè alle idee guida del piano sono stati sostituiti gli interventi estemporanei, come li chiama il senatore Bompiani, infarciti di disposizioni di dettaglio, con le quali sono state espropriate le competenze legislative delle regioni, senza riuscire a controllare veramente neppure la spesa, come dimostrano le vicende contraddittorie del fondo sanitario, e lasciando inalterato l'apparato sanitario esistente, perchè la gestione sanitaria è stata concentrata soprattutto sulla eredità mutualista.

Le regioni, dunque, sono state lasciate praticamente sole in un mare di difficoltà. Sono state costrette a darsi un orientamento fuori e talvolta contro le indicazioni nazionali e a navigare con la sola propria bussola insieme ai comuni ed alle unità sanitarie locali. Nei cinque anni successivi al 1978, ad esempio, sono stati emanati 100 provvedimenti sulla sanità, di cui 12 leggi e ben 76 decreti vari, di cui 41 ministeriali, 17 decreti-legge, 18 decreti del Presidente della Repubblica, oltre a 10 deliberazioni del CIPE e 2 circolari del Ministero del tesoro. Come si vede è una miriade di misure senza un filo conduttore, se non quello di demolire molte norme della legge n. 833 che giustamente il collega Gualtieri definiva più chiare di quelle sostitutive e surrogatorie che leggiamo in questi provvedimenti, con l'intento di imporre *tickets* sempre più spinosi e pungenti, di sostituirsi alle regioni nella organizzazione dei servizi e di esautorare il Parlamento di fronte a scelte fondamentali; un insieme incoerente di provvedimenti che costituiscono, onorevole Presidente, un pessimo modello di esercizio della funzione di indirizzo e di coordinamento che il Governo certamente deve svolgere, ma attraverso lo strumento della legislazione ordinaria e nel rispetto costante dell'autonomia delle regioni.

Questa microproduzione legislativa ha investito il servizio sanitario nazionale spingendolo alla deriva, ha imbrigliato le regioni che si sono viste o negare attribuzioni o invadere il proprio campo; ha affaticato le unità sanitarie locali che sono state caricate da troppe e contraddittorie disposizioni, e anche il Parlamento ne ha sofferto

e ne soffre per la conseguente accresciuta disfunzionalità che deriva da un siffatto modo di procedere.

C'è stato, dunque, un attacco alle prerogative regionali, il declino della tensione regionalista e il decadimento del metodo della programmazione. Tutto ciò non ha tuttavia smontato le regioni, che nonostante tutto — dobbiamo riconoscerlo — da sole sono talvolta riuscite a vincere la sfida con la programmazione, dandosi quasi tutte, anche se in tempi successivi e diversi, il loro piano sanitario regionale, frutto di una nuova cultura che merita di essere rilevata e sottolineata, anche se evidentemente da essa emergono differenti livelli di preparazione e di capacità. Le regioni hanno reagito in un quadro di mortificante isolamento, con gli strumenti e le risorse di cui hanno potuto disporre, rivelando una notevole capacità di analizzare i fenomeni e di misurarsi con le diverse e contraddittorie realtà locali e sapendo oltretutto indicare obiettivi adeguati: di riequilibrio territoriale, di integrazione sul territorio dei servizi e anche di sviluppo e di innovazione compiendo le loro scelte all'interno della cultura della salute, ponendosi quindi l'obiettivo di superare il tradizionale steccato della eredità storica.

Questo impegno politico, culturale e umano delle regioni, nel campo della sanità che non è stato solamente dei cosiddetti padri della riforma, ha coinvolto gli amministratori delle USL, gli uomini politici, i funzionari e gli operatori, più di quanto si possa pensare, in un lavoro che è stato duro, faticoso, quasi sempre ingrato e che deve essere ricordato e apprezzato; su questo punto sono perfettamente d'accordo con le osservazioni fatte dal senatore Melotto. Al riguardo vorrei segnalare il danno incalcolabile in termini economici e di salute, provocato dal blocco della programmazione sanitaria nazionale, con effetti deleteri, soprattutto nel campo della prevenzione e dell'igiene pubblica, in un momento di emergenza ecologica e di espansione della cultura ambientalista. Il privilegio della prevenzione costituiva e costituisce il tratto distintivo di una politica sanitaria riformatrice; l'in-

debolimento di questa scelta si è avuto in primo luogo per l'assenza di volontà specifica nell'attuazione della legge n. 833, ma anche perchè il Governo, in correlazione con la legge n. 833, avrebbe dovuto considerare la tutela dell'ambiente una scelta prioritaria dei suoi programmi di intervento attraverso elaborazioni nazionali, il recepimento di direttive europee e attraverso una leva di operatori specializzati e di congrue risorse da destinare a questo scopo. Così però non è stato e si è lasciato quasi del tutto inutilizzato lo strumento della riforma, che invece è ricco di indicazioni e di prescrizioni per la tutela dell'ambiente, per la sicurezza del lavoro e per la salute dei lavoratori. Non si è voluto spendere un po' di più per la trasformazione delle strutture esistenti, la realizzazione di strumenti alternativi, per la formazione di personale idoneo e la sistematica conoscenza dell'assetto demografico, socio-economico, fisico ed ecologico, per la mappatura del rischio ambientale, per la rivelazione degli inquinamenti alle sorgenti e così via.

I problemi non ancora affrontati tuttavia restano, anzi peggiorano quotidianamente e la loro soluzione diventa anche finanziariamente più costosa. È mia convinzione che si deve soprattutto alle regioni, alla lotta da esse sostenuta coraggiosamente su terreni compromessi e minati, se ancora possiamo parlare di riforma sanitaria e della possibilità di riprenderla e svilupparla, tuttavia con le correzioni necessarie suggerite dalla esperienza e di cui già si parla in questo dibattito. Ricordando il contributo importante dato dalle regioni all'attuazione del nuovo servizio sanitario nazionale, diventa ancora più inaccettabile il trattamento che il Governo, anche in questa occasione, ha riservato alle regioni che sono state (questo è il giudizio delle regioni stesse) praticamente escluse da una diretta partecipazione all'elaborazione di queste norme precettive per il piano sanitario nazionale.

Le regioni dunque, che, in assenza di ogni indicazione nazionale, si sono date il piano, le regioni, che dovranno entro 90 giorni adeguare il loro piano al piano sanitario nazionale, non sono state neppure sentite e interpellate nei modi almeno consueti della

consultazione e, quindi, sono state tenute fuori da scelte di cui saranno direttamente investite, perchè le regioni sono titolari della competenza primaria in questo settore.

Desidero in proposito ricordare, onorevole Presidente, che nella interpretazione prevalente di noti costituzionalisti, la programmazione sanitaria non deve configurarsi come settorialmente isolata, ma connessa in qualche modo con la più generale programmazione economica, nell'ambito della quale vengono determinati gli obiettivi sanitari.

A maggior ragione dunque, proprio sulla base di questo concetto, la definizione di tali obiettivi dovrebbe essere effettuata coinvolgendo le regioni, nel rispetto peraltro dei principi ed anche delle modalità fissate dal decreto del Presidente della Repubblica n. 616, che è vero che è stato in gran parte eluso, ma che è tuttavia vigente. Il Governo al contrario, ha ritenuto di poter stabilire che nella fase cosiddetta « ascendente » della programmazione, le responsabilità sono soltanto sue e quindi di non doverle condividere con le regioni, le quali entrano in campo nella cosiddetta fase « discendente », cioè applicativa del piano sanitario nazionale.

Tale dubbia e discutibile tesi rimane aperta e potrà essere ulteriormente approfondita in tutta la sua delicatezza e complessità costituzionale. In questa sede si deve però rilevare la inopportunità politica di una emarginazione delle regioni da questo processo; esclusione che ha già suscitato dissapori, proteste e che potrà anche dar luogo a contestazioni nelle sedi istituzionali idonee. La questione, del resto, era stata più volte già posta a proposito della partecipazione delle regioni alla ripartizione delle risorse. Non vi è infatti autonomia politica senza la potestà di compiere liberamente scelte di utilizzo di risorse per soddisfare bisogni ed esigenze della collettività.

Tutti sappiamo che i margini di autonomia delle regioni sono stati seriamente ridotti. Le regioni sono costrette a difendere con i denti la loro residua sovranità sul fondo comune di cui all'articolo 8 della legge n. 181, dal quale il Governo più volte ha tentato di attingere risorse, mentre si amplia la gamma — come è risaputo — delle as-

segnazioni e dei trasferimenti vincolati, che tolgono ogni autonomia di scelta alle regioni.

Non ho potuto accertare, onorevole Presidente, se la materia al nostro esame, sia stata almeno argomento della conferenza Stato-regioni; ma se la riunione fosse avvenuta, probabilmente lo avremmo saputo. Rilevo anche questa omissione per segnalare una circostanza aggravante del rapporto Governo-regioni, essendo peraltro ben noti i limiti di questa conferenza che, così come è costituita, somiglia piuttosto ad una cassa di risonanza per decisioni che vengono preventivamente stabilite altrove.

Le regioni, onorevole Presidente, non possono essere, dunque, ridotte ad un insieme di terminali periferici di decisioni che vengono assunte al centro, senza che questo a lungo andare produca disordini e squilibri negli assetti costituzionali.

Tutta la storia di questi sette anni di costituzione e di impianto del servizio sanitario nazionale, e di sua prima esperienza, è

anche una storia di contrasti istituzionali, di litigi per attribuzioni di competenze, di sistema binario, centralistico e decentrato, di molta confusione e di scarso impegno a ricercare soluzioni chiare ed adeguate.

Le unità sanitarie locali hanno fatto in gran parte le spese di questa situazione, come strutture operative dei comuni, nuove e fragili, protagoniste in uno scenario frastornato da differenti impostazioni, sottoposto alle pressioni delle corporazioni e insidiato da grandi resistenze, e sono state contese da parte di troppi padroni, sospinte, alla fine, verso una crescente e pericolosa separazione dal comune.

È dunque tempo di rimediare alle manifeste insufficienze, alle riconosciute carenze operative, ai troppi disservizi, nel segno principale, tuttavia — mi permetto di sottolineare — dei diritti del malato, che devono costituire il metro per misurare la bontà delle proposte e delle risoluzioni. Ma non sempre è stato così e, purtroppo, non sembra emergere una linea di netto cambiamento.

Presidenza del vice presidente ENRIQUES AGNOLETTI

(Segue RANALLI). Vi è, infatti, la tendenza ad immaginare che i mutamenti istituzionali, la costituzione, ad esempio, di aziende più o meno speciali, di cui ha parlato il senatore Melotto, per la gestione sanitaria o altri espedienti di ingegneria politica di per sé siano sufficienti a determinare mutamenti reali nell'organizzazione dei servizi, nella qualità delle prestazioni, nella professionalità degli operatori e, lasciatemi dire, anche nel grado di civiltà dei dipendenti verso i malati.

Ma non è detto che sarà così. Domani, dopo gli aggiustamenti organizzativi, che anche noi rivendichiamo, ma che concepiamo all'interno di uno sviluppo dell'autonomia e del ruolo del comune, potranno ancora perdurare il disagio, le disfunzioni.

Il risanamento, infatti, e la svolta nella sanità sono affidati probabilmente e soprattutto ad un complesso di misure, che sono

innanzitutto l'educazione sanitaria, la cultura, la capacità professionale ed una volontà politica forte a cimentarsi per davvero con l'efficienza, con lo sviluppo snello dell'organizzazione, facendo assumere sempre a tutti il rispetto e la dignità del malato come una questione preminente ed essenziale.

Non è pessimismo il mio, onorevole Presidente, onorevoli colleghi, ma è certo che il successo, che tutti vogliamo, è affidato alla formazione di una coscienza sanitaria diffusa, sostenuta dalla partecipazione popolare.

Tuttavia, per concludere, l'attuazione della riforma delle autonomie e la ripresa della riforma sanitaria, l'avvio di una vera programmazione sanitaria, dai contenuti chiari ed innovativi, insieme al decentramento politico e alla partecipazione, possono avere una incidenza decisiva sulle cose per determinarne il cambiamento.

Questi sono gli obiettivi principali che devono essere raggiunti, che sono all'ordine del giorno della società, che sono discussi in mezzo alla gente e che attendono dal Parlamento una risposta valida.

Se si riuscirà da una parte a riannodare strettamente insieme i ruoli, che vanno ridefiniti, della regione e del comune e, dall'altra, a scrivere bene i contenuti di una politica della salute, rivalutando la sostanza della legge n. 833, di cui il piano sanitario dovrà essere l'immagine e lo strumento, si potrà forse nutrire la speranza di uscire gradualmente dalle difficoltà e di andare finalmente verso prospettive migliori. (*Applausi dall'estrema sinistra. Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Ongaro Basaglia. Ne ha facoltà.

ONGARO BASAGLIA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, ci troviamo oggi, a 7 anni dall'emanazione della legge n. 833, a discutere delle prime norme precettive a carattere nazionale in tema di sanità.

È inutile a questo punto soffermarci sui guasti prodotti, nella fase di avvio della riforma, dall'assenza di un piano sanitario nazionale che fungesse da polo di riferimento e di confronto per i piani regionali. Voglio, tuttavia, sottolineare come questo ritardo si trovi ora a condizionare la qualità stessa dell'attuale provvedimento, dato che, anziché agire come strumento di supporto alla realizzazione della riforma, si trova ad operare da freno allo sviluppo delle sue parti più innovative che in questi anni sono state via via svuotate di significato.

Infatti, sette anni di assenza di indirizzo e di coordinamento — segno della mancata volontà, ma anche dell'incapacità politica di procedere alla sua realizzazione — hanno dato spazio allo strutturarsi e al rafforzarsi di resistenze, boicottaggi, interessi corporativi e privati di cui parte del piano sanitario si trova ora ad essere la espressione, caratterizzandone l'aspetto regressivo rispetto alla nuova cultura della salute che la legge n. 833 voleva avviare.

Partirò inizialmente dalla scomparsa intenzionale della struttura dipartimentale e dalla conseguente frattura, riproposta e ri-

confermata, tra strutture ospedaliere e strutture territoriali. Anche se all'articolo 7, relativo alle « Disposizioni particolari in materia di organizzazione degli ospedali », si fa riferimento alle « aree funzionali omogenee » come « misure di avvio all'applicazione dell'articolo 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 » di fatto si tratta di aree funzionali ospedaliere totalmente separate dai presidi territoriali, quindi riproposte secondo una logica regressiva rispetto alla formulazione del dipartimento della legge numero 833.

Credo che la filosofia del piano, oltre che nella conferma della dilatazione del privato rispetto al pubblico e della subordinazione dei livelli di postazione alla legge finanziaria, sia incentrata in questa operazione che comporta conseguenze non indifferenti sia per quanto riguarda il potenziamento dei servizi territoriali (subordinato sempre alla spesa ospedaliera) sia per quanto riguarda la necessità di contenere i ricoveri nei limiti propri delle esigenze diagnostiche e curative, così come è espresso nel punto b) del secondo comma dell'articolo 1. Se fosse stato posto come uno degli obiettivi principali del piano il contenimento dei ricoveri in vista di una tutela della salute della popolazione sia dalle malattie iatrogene che da una cultura medica che tende a creare forme sempre più radicate di dipendenza dall'intervento sanitario, ne sarebbe conseguita la necessità di istituire un coordinamento organico tra strutture ospedaliere in depotenziamento e presidi territoriali in rafforzamento (coordinamento previsto dalla legge n. 833 nella formulazione del dipartimento), risultando indispensabile al successo dell'operazione far agire le due sfere di intervento come vasi comunicanti.

Il potenziamento dei presidi territoriali è uno degli strumenti per giungere all'obiettivo del contenimento dei ricoveri ospedalieri che resta la misura discriminante tra il vecchio modo di intendere l'assistenza sanitaria e il nuovo introdotto dalla riforma.

Questo obiettivo è stato invece limitato ad una appendice del punto b) del secondo comma dell'articolo 1, come si trattasse di qualcosa di facoltativo, nel momento in cui

si parla del potenziamento dei servizi territoriali « anche per contenere i ricoveri nei limiti propri delle esigenze diagnostiche e curative ». L'importanza di questa implicita ammissione dell'esistenza di ricoveri che vanno evidentemente oltre i limiti propri delle esigenze diagnostiche e curative, richiederebbe dunque misure precise ed efficaci. Ma, perchè possa essere efficace questa operazione, è indispensabile che le due sfere di intervento siano strettamente collegate, in condizione di reciproca influenza, in vista di una verifica dell'efficacia del servizio prestato, ma anche di uno sviluppo della formazione del personale medico e paramedico in rapporto allo spirito della riforma.

Avviare, come misura transitoria, le aree omogenee ospedaliere, significa solo rafforzare un tipo di struttura interna che successivamente potrà difficilmente essere intaccata da una logica ad essa estranea, in quanto più vicina ai bisogni della popolazione. Del resto l'interesse prevalente per l'ospedale è evidente nella totale assenza di norme precettive riguardanti, ad esempio, i distretti di base, i servizi territoriali rispetto agli *standards* ospedalieri di cui si fissano dotazione media dei posti letto, tasso medio di spedalizzazione, tasso minimo di utilizzazione eccetera, nonchè nella scomparsa, nell'articolo 11 sulle disposizioni finanziarie, di una prevista quota percentuale del fondo sanitario nazionale per i progetti-obiettivo.

Il fatto che la riforma puntasse sul potenziamento dei presidi territoriali aveva un preciso significato per il cambiamento qualitativo del rapporto tra servizio e malattia, ma anche dell'atteggiamento culturale del paziente nei confronti del servizio e della sua malattia. I servizi territoriali, infatti, entrano in contatto con i problemi prima che venga attuata la netta separazione di ciò che diventerà di stretta competenza della medicina, quindi sono in contatto con la complessità degli elementi in gioco in ogni tipo di malattia dove i fattori biologici, psicologici e sociali sono costantemente intrecciati.

La definizione dei distretti sanitari formulata dal CIPE nel documento relativo

agli *standards* di organizzazione e di attività è a questo proposito esplicita: « Per distretto sanitario di base deve intendersi infatti un'area organizzativa flessibile di livello territoriale, preferibilmente dotata di strutture minime con personale funzionalmente addetto. Il distretto ha compiti di primo intervento per la prevenzione, la diagnosi e la cura, la riabilitazione e l'educazione sanitaria della popolazione residente e per attività di prevenzione collettiva ». Se questa è la definizione dei distretti di base, ciò significa anche che in questa fase di intervento dovrebbe risultare molto più facile cogliere, e molto più difficile ignorare, lo stretto rapporto della malattia con ciò che la produce: cause ambientali, condizioni di vita e di lavoro, reazioni psicologiche, elementi questi che la struttura ospedaliera abitualmente trascura, incentrata com'è — per tradizione culturale — più sulla malattia che sul malato, più sulla cura che sulla comprensione di ciò che produce lo stato morboso.

Quindi è solo a questo livello che risulta possibile l'avvio di una azione preventiva in coerenza con la definizione di salute mentale dell'organizzazione mondiale della sanità, come benessere fisico, mentale e sociale, azione preventiva che viene a caratterizzarsi soprattutto con la possibilità di evitare, nello stretto intreccio dei servizi socio-sanitari, di trasformare i bisogni sociali in bisogni sanitari. È questa prima barriera, questo primo filtro che può consentire all'ospedale di concentrare la sua attenzione e di qualificare il suo intervento nel settore di sua stretta competenza: la malattia conclamata.

In questa ottica la separazione riproposta nel piano, tra area ospedaliera e area territoriale, fa dunque pensare ad un arretramento sostanziale rispetto alla riforma sanitaria, probabilmente allo scopo di creare le condizioni per lo scorporo, già ipotizzato, degli ospedali dalle USL, più che a misure di avvio del dipartimento come formalmente si sostiene. Del resto, questo riferimento alle misure di avvio del dipartimento è un comma che l'opposizione è riuscita a far accettare in Commissione a fronte del rifiuto, da parte della maggioranza, di pren-

dere in considerazione, nell'ambito del piano, i dipartimenti.

Queste piccole conquiste rendono, tuttavia, più evidenti le intenzioni del provvedimento perchè inseriscono elementi di contraddizione provenienti da esigenze che fanno appello ai punti più innovativi della riforma, mentre il piano tende a reinserire e a riconfermare elementi appartenenti alla logica che la riforma voleva superare. La finalità di un tale provvedimento sembrerebbe quella di mantenere la cultura ospedaliera esattamente com'è, anzi di rafforzarla, vanificando l'intreccio con una cultura diversa in quanto più vicina alla complessità dei problemi che avrebbe cominciato ad intaccare il modello essenzialmente riparativo ed ospedalecentrico.

In queste condizioni il potenziamento dei servizi territoriali, posto come uno degli obiettivi del piano, si svuota di ogni significato. Non potendo incidere sulla logica ospedaliera con cui i presidi territoriali non avrebbero alcun rapporto organico: essi si troverebbero, da un lato, ad ampliare la loro sfera di intervento sul territorio, ampliando la sfera delle domande cui sarebbero in grado di rispondere solo superficialmente e dall'altro, a mantenere intatto l'attuale bisogno di ricovero, data l'assenza di comunicazioni, di un obiettivo comune e di una comune verifica. Praticamente non potrebbero che lasciare le cose esattamente come stanno, come di fatto è nelle intenzioni del piano.

Non credo sia fuori luogo, per la comprensione dello sfondo culturale su cui si muovono queste mie considerazioni di carattere generale, rifarsi brevissimamente all'evoluzione della cultura medica ed allo spirito della riforma. Dalla storia della medicina è infatti facile individuare quale peso abbia avuto, nell'organizzazione dell'assistenza, lo spostamento dell'interesse e dell'intervento dalla globalità rappresentata dalla unità individuo-ambiente-società alla individualità corpo-malattia, spostamento che ha consentito alla medicina di non occuparsi o di occuparsi marginalmente di ciò che nell'ambiente e nella società produce malattia.

Seguire, nell'evoluzione della sua storia, il passaggio dall'accettazione della vita alla ri-

cerca della salute come suo elemento essenziale, dall'accettazione della morte alla lotta della malattia come sua causa diretta, dall'interpretazione magica dei fenomeni alle conoscenze scientifiche del corpo e delle sue malattie ci consente di cogliere l'itinerario della nostra cultura che dal momento in cui ha individuato il soggetto ha avuto bisogno di oggettivarlo per poterlo conoscere, appropriandosi, in questa oggettivazione, dell'uomo da curare e da guarire. Ma insieme ha avuto bisogno, per raggiungere questo tipo di conoscenza, di isolarlo dalla globalità che gli è propria di individuo, condizionato da un ambiente ed organizzato in una società, recidendo ogni legame con la storia individuale e collettiva e riportando nel corpo dell'individuo anche ciò che proveniva dal corpo sociale.

È, infatti, nell'accettazione passiva del carattere naturale delle condizioni di vita degli uomini che la medicina ha consolidato la natura del suo intervento. Le sue complicità con l'organizzazione sociale che si andava strutturando di pari passo al suo costituirsi come scienza sono implicite nella definizione di malattia che essa ha formulato di fronte a stati di sofferenza e di disagio strettamente connessi alla realtà ambientale e sociale di cui sono espressione. Di fatto tale definizione di malattia è servita a trasferire il fenomeno sofferenza in chi la esprime, occultando lo stretto legame con la situazione responsabile del suo insorgere che è stata, così, implicitamente confermata come inalterabile e naturale. Una volta attuato questo spostamento, una volta attuata la rottura tra sofferenza individuale e realtà sociale, è stato semplice, anche se molto riduttivo, dedicarsi alla malattia come puro fenomeno naturale e insieme individuale; è stato cioè semplice dedicarsi a quel corpo e a quell'organo malato isolandolo dal mondo di cui il soggetto fa parte ed è espressione, organizzando intorno ad essi la cura e terapia. Cura e terapia che risultano tanto più impotenti quanto più risulta totale la frattura tra l'individuo e la propria storia. (Il caso della psichiatria è, a questo proposito, emblematico).

Questo non significa cancellare tutto il positivo che le scoperte scientifiche hanno prodotto, ma relativizzarne i successi in rapporto al mutare delle condizioni di vita degli uomini, prime responsabili della loro salute e della loro malattia. Il che ci consente di cogliere ciò che si è perduto nel processo di separazione dell'uomo dal suo ambiente, attraverso la graduale espropriazione attuata dalla medicina e ciò che potrebbe essere riconquistato da un processo opposto: cioè dalla riappropriazione soggettiva, da parte dell'individuo, di sé, del proprio corpo e del proprio rapporto con la realtà ambientale e sociale in cui è inserito.

L'attuale definizione di salute dell'OMS, che ho prima citato, passata dall'« assenza di malattia » a « benessere fisico, mentale e sociale », è il segno della ricerca di questa unità perduta.

Si è trattato di una operazione riduttiva, fatta certamente di necessità dato che la medicina non poteva né può combattere da sola contro le condizioni di vita degli uomini, ma essa ha comportato insieme l'introduzione da parte di tutti della malattia come fenomeno naturale e individuale, quindi il ritardo nella presa di coscienza collettiva sulla natura dei problemi. Su questo gioco a doppio filo, su questa oggettivazione imposta e desiderata, è venuta ad organizzarsi una scienza che, sulla base di tutti questi elementi, è stata utilizzata anche come tecnica di controllo, di consenso, come possibilità di riduzione in termini medici di fenomeni che avrebbero bisogno di risposte sociali in una società che si è andata organizzando secondo una logica economica in rapporto alla quale salute e malattia sono entrambe misurabili in termini di mercificazione e di profitto.

L'organizzazione ospedaliera, struttura essenzialmente deputata alla cura, rivela esplicitamente la natura del rapporto tra chi assiste e chi è assistito, la logica aziendale per cui l'attenzione, l'interesse sono stati spostati dall'uomo malato all'organizzazione che lo ha preso in carico. Una volta inserita in una sfera culturale e istituzionale separata, calata però contemporaneamente nella logica della produzione e del profitto, essa è risultata da questa inevitabilmente con-

dizionata, quindi orientata soprattutto verso il mantenimento e lo sviluppo di questa logica: l'uomo e la malattia dell'uomo c'entrano poco. La malattia è dunque diventata produttiva nel momento in cui l'ospedale si è strutturato come una fabbrica che produce « cura », dove la solidarietà nei confronti della sofferenza si è trasformata nella solidarietà nei confronti degli interessi della organizzazione. Questa logica aziendale ha portato a costituire l'ospedale come una fabbrica di cura in cui si produce, quando la si produce, la merce guarigione. Ma oltre ad essere essa stessa produttrice di patologia — le spese per infezioni ospedaliere superano i 2.000 miliardi l'anno — la fabbrica di cura comporta, allo stesso modo della necessità dell'allargamento del mercato per le merci prodotte, la dilatazione della malattia come l'oggetto necessario all'esercizio della cura.

La logica del profitto, l'assoluta divisione culturale tra salute e malattia su cui essa gioca per poter espandersi, il consenso e la conseguente dipendenza che essa esige hanno portato l'organizzazione della cura a diventare contemporaneamente una fabbrica di malattia.

Anche su questi problemi è incentrata la crisi attuale della medicina e dell'assistenza che, condizionata dalla necessità di continuare a produrre merce e a consumarla, si scontrano attualmente, da un lato, con il diritto acquisito dai cittadini non solo di essere curati nelle loro vere malattie, ma di essere tutelati nel loro stato di salute da tutto ciò che lo minaccia e ne impedisce il mantenimento e, dall'altro, con la stessa crisi economica che non ci consente più di espandere i consumi, mentre la logica ospedaliera continua a fondarsi sulla loro espansione.

È anche a questo tipo di problemi che si era avviata a rispondere la riforma, che non si poneva solo la finalità, preminente invece nel piano, di razionalizzare il caos in cui versava l'organizzazione dell'assistenza sanitaria, ma tendeva ad una profonda trasformazione culturale anche rispetto alla individuazione ed alla definizione della malattia e, quindi, metteva in gioco la stessa cultura medica.

Attraverso il depotenziamento delle strutture ospedaliere, il rafforzamento dei servizi territoriali, essa proponeva infatti:

1) un avvicinamento ai bisogni della popolazione che possano esprimersi attraverso la malattia, ma che comprendano, all'interno della malattia stessa, elementi obiettivi e soggettivi che vanno oltre i sintomi; quindi una inversione di tendenza rispetto all'abituale, automatica trasformazione del bisogno sociale in bisogno sanitario. Si pone, dunque, la necessità di individuare il bisogno sociale e di trattarlo come tale, senza la mistificazione della terapia che in troppi casi copre la natura vera del disagio. L'assenza di una riforma dell'assistenza sociale contribuisce al mantenimento di questo vecchio equivoco legato ancora alla nascita dell'ospedale come luogo di approdo della miseria e dell'indigenza malata;

2) una messa in discussione dell'ospedale come fabbrica di cura e come fabbrica di malattia;

3) una riduzione della delega ai tecnici di una espropriazione del malato non più accettabile, ottenibile solo attraverso una presa di coscienza dei problemi e quindi una partecipazione intensa, però, anche come risveglio della soggettività del malato e del suo diritto a restare padrone di sé, del corpo anche nella malattia.

Che cosa è stato fatto per stimolare questa nuova dimensione qualitativa dal momento dell'avvio della riforma? Un appello costante, quanto generico, ad un mitico « territorio » dove i nuovi servizi o non esistono o si riducono ad ambulatori ad orari ridotti, dato che per le strutture extra-ospedaliere, su cui pure si fondava il rinnovamento dell'assistenza, si spende circa il 2 per cento del fondo sanitario nazionale; un appello altrettanto generico alla partecipazione dei cittadini, senza una campagna di sensibilizzazione e di educazione sanitaria sull'abuso dei farmaci, sull'abuso del ricovero ospedaliero, come prima misura di difesa della salute e senza preoccuparci di far conoscere e capire le ragioni e il significato dello spo-

stamento dell'enfasi dall'ospedale ai presidi più vicini ai bisogni; un appello ancor più generico ai bisogni della popolazione, senza avviare il minimo processo di conoscenza e di individuazione di questi bisogni che hanno difficoltà ad esprimersi al di fuori dello schema della malattia, essendo costantemente interpretati in questa chiave; il perpetuarsi di un tipo di formazione professionale inadeguata ai compiti, in quanto antagonistico alla filosofia della riforma, nel continuare ad ignorare in che cosa consista la pratica preventiva e che cosa significhi la necessità di non tradurre i bisogni sociali in bisogni sanitari.

Nel momento in cui si sta lavorando ad una revisione della legge n. 833, che coinvolge soprattutto le USL e la loro incapacità di far fronte al bisogno di salute dei cittadini, occorre allora porre sul tappeto anche tutti gli altri elementi in gioco nella situazione che viene denunciata come fallimentare, per vedere quali altre responsabilità, quali altre distorsioni ed omissioni siano in essa coinvolte. L'indagine effettuata dalla Commissione sullo stato di attuazione della legge n. 833 ha messo in luce molte responsabilità e molte omissioni che non riguardano soltanto le USL, la loro burocratizzazione, la loro politicizzazione e organizzazione.

Questo è certamente un problema da affrontare, ma il piano poteva intanto essere l'occasione per correggere, anche sulla base di quanto è emerso dall'indagine, ciò che si è rivelato incapace di produrre l'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario che tutti auspichiamo.

Il piano in discussione sembra in realtà confermare solo l'esistente in tutte le forme di squilibrio che sono rimaste intatte, squilibrio tra Nord e Sud, tra ospedale e servizi territoriali, fra pubblico e privato. Non a caso si continua a parlare di razionalizzazione. In quanto, di fatto, non si sono voluti individuare gli strumenti che, alla luce di quanto è accaduto in questi anni, potrebbero facilitare lo sviluppo e non l'arresto, come fa il piano, del difficile processo di trasformazione che ogni riforma comporta.

Mancano infatti misure essenziali allo scopo che ci si prefigge: mi riferisco, in particolare, alla definizione dell'incompatibilità dei plurincarichi dei medici e all'insostenibilità del tempo definito, quindi alla necessità di obbligare al tempo pieno gli operatori del servizio sanitario nazionale. Il rinvio in sede contrattuale di queste misure indispensabili all'organizzazione e al funzionamento del settore svuota il piano di ogni efficacia, perchè finchè il medico del servizio pubblico può continuare ad avere incarichi diversi e prestare la sua attività professionale anche nel servizio privato il servizio pubblico non potrà mai essere con questo competitivo.

A tale proposito, vorrei sottolineare che il nostro primo compito dovrebbe essere quello di garantire il servizio pubblico con gli strumenti più idonei a farlo funzionare. Il privato è attualmente transitoriamente complementare al pubblico dove e finchè il pubblico è carente. Starà poi nelle sue forze, nelle professionalità che saprà esprimere che il privato stabilirà il livello di competitività con il pubblico, e non viceversa.

Il piano, a questo proposito, sembra invece interessato a tutelare e garantire il privato più di quanto non lo sia ad istituire gli strumenti necessari a far funzionare e a far qualificare il pubblico anche se questa operazione viene definita «flessibilità di equilibri tra pubblico e privato».

Per quanto riguarda poi l'incompatibilità dei plurincarichi mi pare si stia procedendo con una superficialità che ha qualcosa di offensivo. Come si fa a proporre da un lato, il numero chiuso o programmato nella facoltà di medicina (proposta che è stata surrettiziamente inserita nel disegno di legge sulle scuole di specializzazione) tralasciando, dall'altro, di intervenire sul problema dei plurincarichi e della contemporanea attività nel pubblico e nel privato? Sarebbe elementare che prima si agisca su questi elementi e si veda come si potrebbe riequilibrare il settore piuttosto che decidere una misura drastica quanto arbitraria, qual è quella del numero chiuso, solo per la facoltà di medicina, misura sulla quale pare che lo stesso Ministro della pubblica istruzione si sia dichiarato contrario.

Ho fin qui sottolineato solo alcuni punti in cui il piano sanitario, limitandosi a razionalizzare l'esistente, rivela la sua finalità totalmente regressiva rispetto alla riforma, determinato come è da una logica che non tiene conto di quanto l'acquisizione del diritto alla salute — anche se ancora disatteso — abbia minato le certezze stesse della cultura medica e dei privilegi che ha consentito e prodotto. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

PRESIDENTE. Rinvio il seguito della discussione alla prossima seduta.

Ordine del giorno per le sedute di giovedì 13 giugno 1985

PRESIDENTE. Il Senato tornerà a riunirsi domani, giovedì 13 giugno, in due sedute pubbliche, la prima alle ore 17 e la seconda alle ore 21, con il seguente ordine del giorno:

I. Seguito della discussione congiunta dei disegni di legge:

Determinazione delle priorità del piano sanitario nazionale per il triennio 1984-1986 e altre disposizioni in materia sanitaria (*Stralcio degli articoli 22, 24, 27, 30 e 31 del testo del Governo, e dell'articolo 24 del testo della 5ª Commissione, del disegno di legge n. 195 deliberato dall'Assemblea nella seduta antimeridiana del 24 novembre 1983*) (195-quater).

Norme transitorie in materia di strutture ospedaliere (*Stralcio dell'articolo 10-bis di cui all'articolo unico del disegno di legge n. 256, deliberato dall'Assemblea nella seduta pomeridiana del 4 novembre 1983*) (256-bis).

e delle mozioni nn. 1-00058 e 1-00063.

II. Discussione del disegno di legge:

Revisione della legislazione valutaria (316).

La seduta è tolta (ore 23).