

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

321^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

GIOVEDÌ 13 GIUGNO 1985

(Notturna)

Presidenza del vice presidente DE GIUSEPPE
indi del vice presidente ENRIQUES AGNOLETTI

INDICE

CONGEDI E MISSIONI Pag. 3

DISEGNI DI LEGGE

Seguito della discussione:

« Determinazione della 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 22 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:

BOMPIANI (DC), relatore	Pag. 13
COLOMBO SVEVO (DC)	8
DEGAN, ministro della sanità	23
TEDESCO TATÒ (PCI)	3

ORDINE DEL GIORNO PER LA SEDUTA DI VENERDÌ 14 GIUGNO 1985 28

Presidenza del vice presidente DE GIUSEPPE

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

COLOMBO VITTORINO (V.), segretario,
*dà lettura del processo verbale della seduta
notturna del giorno precedente.*

PRESIDENTE. Non essendovi osservazio-
ni, il processo verbale è approvato.

Congedi e missioni

PRESIDENTE. Sono in congedo i sena-
tori: Buffoni, Campus, Colella, Conti Persi-
ni, Crollanza, De Cinque, Gozzini, Lipari,
Meriggi, Miana, Romei Carlo, Rumor, Spa-
no Ottavio, Tomelleri, Urbani, Vassalli, Ver-
naschi.

Seguito della discussione dei disegni di legge:

« **Determinazione delle priorità del piano sa-
nitario nazionale per il triennio 1984-1986
e altre disposizioni in materia sanitaria** »
(195-quater) *(Testo risultante dallo stral-
cio degli articoli 22, 24, 27, 30 e 31 del te-
sto del Governo, e dell'articolo 24 del te-
sto della 5ª Commissione, del disegno di
legge n. 195, deliberato dall'Assemblea nel-
la 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 al-
l'articolo unico del disegno di legge n. 256,
deliberato dall'Assemblea nella seduta po-
meridiana 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 Tedesco
Tatò. Ne ha facoltà.

TEDESCO TATO'. Signor Presidente, ono-
revole Ministro, onorevoli colleghi, questo
mio intervento può apparire quasi una pro-
vocazione. Non mi riferisco tanto all'orario,
che già di per sé potrebbe farlo apparire
tale, quanto al fatto che mi inserisco quasi
proditoriamente in un dibattito che è stato
contraddistinto non solo da un elevatissimo
tono e della relazione e degli interventi, ma
anche da un alto grado di specializzazione
che io non ho e non esito a dichiararlo
apertamente.

Tuttavia svolgerò alcune considerazioni,
soprattutto per una ragione, per così dire,
di testimonianza. Credo — non è superfluo
ricordarlo, perchè in genere in questa no-
stra Assemblea così non accade — che il
problema della sanità, del suo sviluppo e
delle sue prospettive ci interessi tutti come
cittadini. Se è vero che attorno alla sanità
indiscutibilmente si organizzano e premono
interessi che potrei seccamente definire di
categoria — come tali non illegittimi ma
tesi, tuttavia, di volta in volta a proporci
soltanto degli aspetti del problema — è an-
che vero che una delle tendenze attuali è
rappresentata dall'organizzazione di grandi
movimenti che affrontano in sé il tema del-
la salute, non solo in nome degli utenti
(anche questa sarebbe una visione ridut-
tiva), ma di cittadini che tendono ad affer-
mare la salute come diritto, o meglio il di-
ritto alla salute e, nello stesso ambito, i di-
ritti del malato.

Come i colleghi sanno, domani avrà luo-
go la quinta giornata dei diritti del malato,
promossa dal Tribunale per i diritti mede-
simi e dal Movimento federativo democra-

tico; si tratta di una iniziativa che rappresenta, per così dire, la punta dell'*iceberg* di una coscienza sempre più largamente diffusa e che porta anche essa, accanto ad oggettivi elementi di disfunzione, a una sensibilità critica nei confronti del funzionamento del sistema sanitario.

Quanto a noi parlamentari, che oltre ad essere cittadini abbiamo anche responsabilità dirette nelle decisioni, ritengo che vi siano quanto meno tre motivi specifici per non confinare in un — sia pure rilevante — settore o comparto le questioni che sono state qui discusse. Mi riferisco, in primo luogo, ai grandi valori che sono sottesi ad una politica sanitaria particolarmente nei nostri tempi e opportunamente il relatore vi ha fatto riferimento. In secondo luogo, mi riferisco al concetto — anche questo richiamato nella relazione — della politica sanitaria come recupero, utilizzo e valorizzazione di risorse, questione cui è connessa, ovviamente, la politica della spesa di cui in modo efficace ha parlato ieri sera il senatore Gualtieri. Infine, il terzo e non ultimo gruppo di questioni è costituito dal rilievo di indirizzo istituzionale, che assumono una serie di problemi connessi al piano sanitario.

La discussione che vi è stata in questi due giorni si è comprensibilmente ed inevitabilmente incentrata soprattutto su questi due ultimi aspetti — vale a dire sulla sanità come risorsa, soprattutto nelle implicazioni di politica di spesa, e sull'indirizzo istituzionale — sui quali alla fine del mio intervento vorrò dire anch'io il mio parere. Ma, se il signor Presidente e gli onorevoli colleghi me lo consentono, vorrei richiamarmi anche ad alcune questioni generali sottese al piano sanitario.

Ieri sera il senatore Gualtieri affermava che la pura enunciazione di questi temi nel disegno di legge al nostro esame in realtà apparirebbe quasi squalificante nei confronti degli stessi problemi affrontati, in ogni caso riduttiva, se non inutile, rispetto a quanto enunciato nella riforma sanitaria. Potrei dissentire con tale affermazione, ma non credo che sia questo il punto, quanto piuttosto dire che indiscutibilmente, anche

rispetto al lasso di tempo, certo non brevissimo, che ci separa dall'approvazione della legge n. 833, alcuni grandi fenomeni sociali della nostra epoca si sono accentuati e portano a vedere con nuovi occhi, necessariamente non di settore, le questioni riguardanti la nostra politica sanitaria.

A puro titolo esemplificativo, vorrei ricordare ciò che oggi viene comunemente definito il problema delle nuove povertà, che forse più propriamente dovremmo definire dei nuovi mali sociali. Mi riferisco in particolare al fenomeno delle tossicodipendenze con tutte le sue implicazioni, ed in pari tempo anche a mali indiscutibilmente antichi della nostra e di tutte le società, rispetto ai quali non solo la scienza moderna, ma anche una nuova presa di coscienza ci consente oggi di collocarci in modo completamente diverso da quello tradizionale: penso in particolare all'interruzione volontaria di gravidanza in merito alla quale, quando discuteremo la relativa legge, sottolineammo essere obiettivo della nostra legislazione non solo combattere come si sta facendo — ma su questo discorso ritornerò in seguito — l'aspetto della clandestinità, ma affermare come sia un male sociale da superare in sé. Con questo spirito volemmo la legge e in questo ramo del Parlamento accentuammo — nella stessa legge n. 194 — la parte relativa alla prevenzione, allargammo i compiti e le conseguenti responsabilità dei consultori di maternità.

Vorrei riferirmi anche alla questione, menzionata nella relazione e nel piano, della pari dignità — voglio usare questo termine anziché quello più limitato del pieno inserimento — dei portatori di *handicaps* nella nostra società; inoltre, sempre a titolo esemplificativo — la lista potrebbe continuare! — ai problemi specifici oggi posti dalla cosiddetta terza età, che purtroppo si traducono in molte occasioni e per tante ragioni in fenomeni non accettabili di lunga degenza.

Onorevoli senatori, rispetto a questi grandi valori, di cui già discuteremo all'epoca della riforma sanitaria e che giustamente sono stati richiamati nella relazione introduttiva, non è azzardato dire che negli ul-

timi anni si è avuta nella nostra società, nel nostro stesso dibattito parlamentare, se non uno scadimento, un qualche appannamento. Credo non sia superfluo domandarsi come mai ciò è accaduto. Non credo che la risposta sia da ricercarsi solamente nei ritardi, nelle difficoltà, nelle incertezze nel campo della politica sanitaria, essendo noi tutti consapevoli che su gran parte di tali questioni — mi riferisco al problema delle tossicodipendenze, alla politica nei confronti dei portatori di *handicaps*, ai problemi della terza età, alla interruzione volontaria della gravidanza e al suo superamento — vi è una battaglia culturale che non è mai vinta, quale che sia il tipo di legislazione, e che va ben oltre la legislazione stessa. Siamo anche convinti (e penso che siamo tutti d'accordo) che vi sono guasti generali (e quindi mutamenti profondi da apportare alla nostra società) che condizionano anche una corretta soluzione di questi problemi. Non possiamo cioè trovare all'interno dei problemi stessi tutte le risposte.

Aggiungo — su questo nella relazione vi è un cenno che considero importante — che il silenzio che da anni è calato, anche a livello parlamentare, sulle prospettive della riforma dell'assistenza, oltre ad essere preoccupante dal punto di vista istituzionale crea non pochi problemi proprio ai fini delle questioni di cui facevo cenno. Spesso viene lamentata una eccessiva sanitizzazione di una serie di questioni, ma il fatto è che oggi l'unica risposta istituzionalmente data è quella sanitaria, con le complicazioni che ciò crea nell'aspetto sanitario specifico ed anche con l'improprietà di collocazione di una serie di questi problemi.

A queste carenze più generali, sociali e anche legislative, credo vadano aggiunte alcune ragioni specifiche attinenti al tema al nostro esame. Sono convinta che le incertezze sul decollo della riforma sanitaria, i gravissimi ritardi connessi alla stessa formulazione del piano non abbiano davvero giovato ad un modo corretto di affrontare le questioni cui facevo cenno. A questo riguardo, vorrei riferirmi ad un problema in particolare, che ritengo emblematico. Ritengo che tutti abbiamo ragione di lamen-

tare — anche avendo diversamente votato in relazione alla legge n. 194 sull'interruzione volontaria della gravidanza — che mentre per quanto riguarda la possibilità di compiere le interruzioni di gravidanza in strutture sanitarie pubbliche vi è complessivamente — parlo in termini globali, perchè poi esistono una serie di dislivelli — una situazione attuativa della legge, non così si verifica per la parte che avevamo a suo tempo considerato, e continuiamo a considerare, come l'aspetto fondamentale e nodale, vale a dire la politica della prevenzione e quindi in primo luogo, anche se non esclusivamente, la funzione dei consultori di maternità.

Del resto, già ben prima dell'approvazione della legge n. 194, la legge n. 405 istitutiva dei consultori apriva la strada ad una politica di prevenzione. Voglio per inciso dire che non noi a suo tempo proponemmo quella che ritengo sia stata una misura inopportuna, cioè la previsione per cui i consultori, a riforma sanitaria avvenuta, sarebbero dovuti confluire, come poi è avvenuto, nella riforma sanitaria. Tuttavia, se è vero che c'è stato questo limite istituzionale di partenza, è indiscutibile che la politica consultoriale va sottoposta oggi al nostro esame critico. Che cosa è che ha impedito il pieno dispiegamento di tutte le potenzialità che pure in tal senso erano contenute e nella legge n. 405 e nella legge n. 194? Che cos'è in particolare che ha mortificato tutta una serie di energie, che pure erano e sono mobilitabili e disponibili, per la politica di prevenzione? Credo che abbia inciso fortemente in tal senso la situazione di stallo per cui l'assenza di una politica finanziaria adeguata e l'assenza di un piano hanno confinato la politica generale di prevenzione nelle USL: è stato questo dover vivere, per così dire, alla giornata, cercando di amministrare nel modo migliore l'esistente anzichè proporsi il problema centrale di prospettiva, che è appunto quello della prevenzione. Il problema si è posto in tutti i campi, ma in questo campo è di particolare evidenza. Siamo addirittura giunti ad un regresso in quella che a suo tempo, in occasione della approvazione della legge n. 405, definimmo

un traguardo fondamentale, vale a dire la gestione sociale, cioè il coinvolgimento delle energie, la possibilità per forze di volontariato, e non solo per forze istituzionalizzate, di contribuire alla politica di prevenzione.

Potrei anche aggiungere — e ne sono convinta anche se forse non valutammo il problema a sufficienza e non ci battemmo abbastanza a suo tempo — che il fatto di avere unificato nel fondo a disposizione delle regioni gli stanziamenti a suo tempo stabiliti nella legge dei consultori, come in quella delle tossicodipendenze ed altre, non abbia giovato ad introdurre un elemento di sollecitazione e di verifica proprio in questi campi specifici della politica preventiva. Se anche sarebbe sbagliato ridurre la prevenzione a questo settore, tuttavia questo è uno dei punti su cui dobbiamo e possiamo verificare le possibilità concrete e reali di una politica preventiva. E ritengo che in questo caso vi sia uno spazio importante di collaborazione anche tra forze che al momento dell'approvazione della legge n. 194 manifestarono una valutazione diversa relativamente all'introduzione dell'interruzione volontaria di gravidanza tra i compiti delle strutture sanitarie. Mi sono voluta riferire a questo problema per quanto riguarda i valori generali sottesi alla riforma, e quindi al piano, non pretendendo certo di avere esaurito questa questione molto complessa con pochi cenni, anche per sottolineare che può essere compiuto un lavoro di grande rilievo ed importanza e che la funzione del Ministero e del Parlamento possono essere di stimolo, di sollecitazione e di richiamo, anche culturale e non solo legislativo, all'attività da svolgere nelle unità sanitarie, nei consultori ed attorno alle unità sanitarie.

Per quanto riguarda la questione della sanità come risorsa, forse dovremmo fare un salto in avanti nel senso che troppo spesso il dibattito in questa materia è stato deformato da una pura valutazione sui costi; quindi il discorso costi-benefici è stato ridotto all'interno della struttura data. Sono convinta — non ho il tempo e non è l'ora per approfondire il problema — che in una situazione in cui l'organizzazione della do-

manda sociale è uno dei modi per determinare nuove convenienze sul mercato e nuove condizioni di occupazione a livelli diversi da quelli tradizionali, in una situazione che è disorganizzazione profonda del mercato del lavoro e dei consumi, la struttura della sanità divenga — come ha dichiarato diffusamente ed efficacemente il collega Imbriaco — uno dei settori di valorizzazione e di formazione di risorse e quindi non soltanto di spesa. A tale proposito debbo ancora fare due accenni. Innanzitutto, ritengo che quella doppia privatizzazione, il cui rischio si accentua con il testo che ci è stato proposto e a cui si è riferito ieri il collega Imbriaco, diventa particolarmente pericolosa e negativa se la consideriamo non solamente all'interno del problema sanitario ma anche collegata all'esigenza di una nuova organizzazione della domanda sociale e di conseguenza anche di una nuova organizzazione del mercato del lavoro e della soddisfazione dei bisogni. Quest'ultima questione per sua natura non può prescindere da una valutazione complessiva che può essere data non certamente da interessi privati o privatistici. In secondo luogo, in un momento in cui è aperto nel nostro paese un dibattito così acuto sull'entità e sulla struttura del salario, non c'è dubbio che il discorso sulle prestazioni sociali, non solo sul loro ventaglio ma sulla loro efficienza, non è scindibile dalla stessa politica salariale e dalla stessa richiesta salariale che assume una dimensione o un'altra a seconda se è calata in una società che garantisce, in modo adeguato, ai singoli e alle famiglie determinate prestazioni oppure non le garantisce. Certamente non voglio affermare che ogni spesa in campo sanitario, qualsiasi essa sia, garantisca questa politica della sanità come grande risorsa del paese, tuttavia proprio se vogliamo selezionare e qualificare la spesa dobbiamo non svalutare in radice la sanità come investimento e non considerarla uno spreco. In questo ambito, si aprono problemi specifici di cui si è discusso in parte anche in questa sede e ancora si discuterà. Sono problemi non semplici, come quello dell'alternativa alla ospedalizzazione e particolarmente alle lungo-degenze,

ma anche essi assumono un segno o un altro se li consideriamo alla luce non solo di un puro e immediato calcolo di spesa, ma di una prospettiva sanitaria e sociale più generale.

Se così concepiamo il problema, avvertiamo fino in fondo i danni già arrecati, e che si rischia di codificare per il futuro, qualora come è previsto nella legge al nostro esame, la politica sanitaria diventi parte della manovra prevista dalla legge finanziaria. Questo è già stato attuato in questi anni, non dimentichiamolo, ma viene istituzionalizzato col testo che qui è proposto e in cui si prevede una commistione impropria tra definizione di spesa e modificazione delle prestazioni che di anno in anno la legge finanziaria dovrebbe realizzare. Questo è già di per sé un motivo per avversare la soluzione.

Vi è poi il problema più di fondo, efficacemente illustrato ieri sera dal collega Gualtieri, quando ha sottolineato la negatività della scissione tra politica di piano sanitario e finanziamento. Occorre che questa scissione non si verifichi, che cioè vi sia un'autonoma determinazione del Parlamento, connessa alla individuazione delle scelte di fondo che ci si propone in questo settore (ne parlava stasera, da ultimo, il collega Cavazzuti).

La terza e ultima questione che voglio sollevare per quanto riguarda il generale interesse parlamentare per il problema sanitario si riferisce ai delicati e difficili aspetti istituzionali che vi sono connessi. Negli ultimi mesi ci siamo trovati in una situazione un po' singolare: nella Commissione Bozzi ci siamo esercitati su questioni di indirizzo, avanzando proposte ed esprimendo opinioni, e poi, ripiombando nel nostro lavoro corrente, di tutti i giorni, ci troviamo a prescindere dalle questioni su cui le riforme istituzionali possono essere attuate o quanto meno anticipate e sperimentate.

Ci siamo trovati anche in un'altra contraddizione che non può non chiamare in causa la politica dei Governi che si sono succeduti in questi anni: avendo posto in essere con la legge n. 833 la riforma sanitaria, abbiamo poi assistito negli anni successivi ad alcune deformazioni. Certo, que-

ste sono imputabili anche ad alcune deficienze della legge stessa: è stata del tutto convincente l'esposizione del collega Gualtieri relativamente alla improprietà delle scadenze temporali fissate nella riforma sanitaria. Sta di fatto, però, che non c'è stato solo questo; c'è stata anche una scelta precisa, perchè il rinvio del piano sanitario, per tutte le ragioni che sappiamo e su cui non ritorno, ha fatto sì che invece di andare avanti sulla linea indicata dalla riforma, abbiamo assistito a quella che non esito a definire una ricentralizzazione di fatto. Nel vuoto del piano sanitario e di una adeguata politica di finanziamento ad esso connessa abbiamo avuto da un lato le limitazioni anche istituzionali imposte nella legge finanziaria alla politica delle regioni e delle unità sanitarie locali, e, dall'altro lato, come ha documentato il senatore Ranalli ieri sera, il susseguirsi di provvedimenti amministrativi che hanno posto una serie di steccati e di barriere all'autonoma attività delle regioni.

Proprio tenendo conto di questa situazione non facile, per molti versi di regresso, e, nonostante il giudizio critico che in Commissione e qui abbiamo dato relativamente al disegno di legge che viene presentato, è positivo che finalmente del piano discutiamo in Aula. E non posso che auspicare che questa discussione non si riduca ad una sorta di interessantissima parentesi che ha consentito un approfondimento e una verifica, ma sia la premessa per vedere se meglio si può affrontare e mettere a punto una serie di questioni contenute nel piano partendo proprio dalle osservazioni, dalle obiezioni e dalle proposte avanzate in questa discussione.

Con una positiva soluzione, che può a mio parere essere data — e questa discussione lo ha confermato — andando oltre quel che la Commissione a maggioranza ha stabilito, è possibile una corretta lettura anche della questione, che ieri sera il collega Gualtieri ha posto, relativa alla delegificazione. Sarebbe sbagliato, non solo in via di principio, ma anche in questa materia, assumere una posizione di avversione di ordine generale; si tratta invece di verificare

concretamente quali sono i limiti oltre i quali non è pensabile una definizione del piano sanitario che non sia determinata per legge — tanto più se la vediamo, e non possiamo non vederla, necessariamente collegata alla politica di finanziamento — e quanta parte invece possa essere delegificata con vantaggio di operatività del piano sanitario stesso.

Il punto centrale a mio parere è e resta quello di non spostare il nodo istituzionale fondamentale sotteso alla legge n. 833, in piena attuazione, peraltro, della nostra Costituzione, vale a dire l'effettivo decentramento alle regioni. Anche da questo punto di vista ritengo che questa discussione sia stata di grande importanza perchè ha contribuito a rafforzare in noi tutti la convinzione, verificata nei fatti, che i mali, le disfunzioni e le difficoltà del nostro sistema sanitario non sono dovuti alla scelta del decentramento, ma semmai al fatto che questa scelta è stata compiuta in modo contraddittorio, non coerente e non è stata portata avanti in tutte le sue implicazioni. Questo piano è una prima e non marginale occasione per invertire tale tendenza e riportare nel pieno del regime istituzionale della sanità e della politica sanitaria concreta la grande idea, fondamentale per la natura stessa del problema, del pieno decentramento e quindi della piena attuazione della riforma sanitaria. (*Applausi. Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Colombo Svevo. Ne ha facoltà.

COLOMBO SVEVO. Signor Presidente, onorevoli senatori, signor Ministro, capita talora che una legge lungamente attesa e frutto di un dibattito serio, che però si è andato via via sgretolando, non trovando un punto di approdo, venga accolto o con una malcelata indifferenza o con un senso di sfiducia, quasi che, nel tempo, si sia perduto il senso stesso del dibattito e della sua efficacia. Noi ci auguriamo che per questo piano ciò non accada e siamo impegnati, come Democrazia cristiana, a far sì che questa discussione serva, confrontando le di-

verse posizioni, tutte legittime, a ricostruire il filo spezzato di una convergenza tra le forze politiche sul tema della sanità pubblica in Italia.

In questa storia ognuno di noi, come partito, ha le carte in mano per poter giocare la sua parte di polemica: basta ricordare qualche omissione, qualche convenzione fatta in qualche modo, qualche proposta di legge ed avere l'abilità dialettica di far discendere da lì tutti i guai della sanità. Ma in questo momento noi abbiamo la sensazione che sia più utile trovare quello che ci unisce e che sia quindi necessaria una linea, un segnale univoco al mondo già troppo scomposto e decomposto della sanità e che questo debba far premio su ogni bisogno di polemica troppo acuta. Una convergenza, signor Presidente, con un duplice scopo: che faccia barriera contro le catastrofi annunciate, contro le colpe che in genere sono sempre quelle degli altri, contro la cinica indifferenza del « tanto peggio, tanto meglio »; che finalmente dia la sensazione agli operatori, ai medici, agli amministratori seri, a coloro che hanno creduto nella possibilità di una sanità pubblica in Italia di poter ritrovare in questo dibattito un punto di riferimento, di potersi fidare degli impegni che stiamo assumendo, di poter credere che stia cessando quel lungo periodo di buio che rendeva impossibile ogni valutazione e quindi ogni responsabilità; che stia passando quella lunga notte nera nella quale tutte le USL erano uguali e gli amministratori erano tutti incapaci. E mi sento in dovere di ringraziare gli amministratori perchè se è vero, come ha detto il senatore Gualtieri, che è stato lo Stato a fare l'uomo ladro, allora occorre ringraziare quegli amministratori che, nonostante tutto, sono stati onesti e hanno portato avanti la sanità in questo paese.

Infine ricordiamo che in questa notte si è andato costituendo, come ricordava il senatore Imbriaco nel suo intervento, e rafforzando il partito della controriforma, qualche volta ammantato di libertà, di professionalità, di ricorso al privato e di insofferenza verso i vincoli. Occorre superare questa notte nera e uscire allo scoperto, alla

luce delle responsabilità, ognuno per la propria parte: la responsabilità dei partiti per l'incertezza che qualche volta è stata dimostrata nelle scelte e per l'astrattezza delle stesse, per aver talora piegato le istituzioni della sanità a interessi di parte — il che costituisce la vera questione morale di questo settore — la responsabilità dei sindacati per l'esasperato garantismo, per l'impossibilità, talvolta, di un utilizzo concorrenziale con il privato sia del personale che delle strutture, per qualche confusione di tipo assembleare e infine la responsabilità dei medici per quell'altalena fra richiesta di garantismo pubblico e professionalità, tra tutela e concorrenza, alla ricerca di un ruolo che certo va riconosciuto — e le leggi in esame vanno in questo senso — ma che rischia di essere posto in discussione più dallo sfascio che non dalla riforma sanitaria stessa.

Questo piano può costituire l'avvio di questa nuova fase o è solo l'espressione programmatica del nulla o dell'ovvio?

Il senatore Bompiani ha ricordato, da par suo, la storia faticosa di questo piano. Essa va, a mio avviso, rimeditata politicamente per capire che il piano che stiamo per approvare in questi giorni non è la stanca ripetizione aggiornata di un lavoro passato, ma è, da una parte, il punto di arrivo di quel dibattito e, dall'altra, una presa di coscienza di alcune difficoltà oggettive — pensiamo solo alla distinzione, quanto mai opportuna, fra parte precettiva e parte programmatica — ma è soprattutto il frutto di una serie di scelte, di atti, di leggi, anche di leggi finanziarie un po' discusse, che hanno permesso di dare a questo piano una dimensione reale e concreta e quindi, a nostro avviso, incidente sulle realtà regionali.

Giustamente ricordava il senatore Bompiani che le cause effettive di questo ritardo del piano sono dovute non solo a una scarsa attitudine programmatica o all'incertezza della programmazione che rimane e che ieri sera ha ricordato il senatore Gualtieri, ma anche alla continua variazione degli elementi della spesa, alla impossibilità di definire la copertura finanziaria, alla difficoltà di trovare un giusto equilibrio fra

centro e periferia e nella definizione delle prestazioni.

Oggi questo piano può assumere concretamente alcune responsabilità e può operare alcune scelte in ordine alla selezione degli obiettivi, alla distinzione fra azioni programmate e progetti obiettivi, in ordine a un concreto riordino dei livelli di prestazione, in ordine alla ristrutturazione ospedaliera, alla determinazione del fondo.

Queste sono parole, sono favole o possono avere una loro efficacia? Il piano può fare questa scelta, a nostro avviso con credibilità, perchè in questi anni, nonostante tutto, è stata attuata o è in fase di attuazione una serie di atti che consentono questa credibilità. Mi riferisco ad alcuni atti che sono già stati ricordati in questa discussione: all'indagine conoscitiva, non apprezzata dalla stampa, ma importante certamente ai fini del nostro lavoro; alle procedure di revisione e di controllo; alle varie commissioni d'inchiesta che il Ministero ha istituito sulla spesa farmaceutica, sulla spesa del personale; all'effettuazione di controlli sistematici sulle prescrizioni; alla maggiore responsabilizzazione degli enti nella spesa; all'attivazione di un sistema informativo centrale più aggiornato; alla responsabilizzazione delle regioni sui disavanzi delle USL; alla riorganizzazione in materia di farmaci.

Ritengo che tutte queste iniziative, che noi abbiamo vissuto talora come estemporanee, in realtà sono quelle che oggi ci consentono di dare un grado di affidabilità alle scelte di questo piano. Non si può certo programmare senza conoscere e con un sistema impazzito ed il piano è credibile perchè il sistema è, nel suo insieme, oggi più conosciuto di quanto non lo sia stato ieri, perchè alcuni meccanismi di razionalità e di responsabilità sono stati introdotti, perchè anche alcune linee di modifica istituzionale cominciano a concretizzarsi in ipotesi più concrete. È il caso, ad esempio, dei livelli istituzionali, che ha trovato un primo punto di discussione nella legge sulle autonomie locali, nel disegno di legge di riforma delle USL, sia quello del Governo che

quello presentato da alcuni Gruppi parlamentari.

Ebbene, ha certamente ragione il senatore Gualtieri quando ci ricorda che la programmazione non può essere nè distinta nè disgiunta dall'organizzazione istituzionale. E però ingeneroso non ricordare che questo tentativo è quanto meno in atto. Si può discutere nel merito, ma non creare un clima di sfiducia, quasi che non ci si facesse neppure carico del nesso tra programmazione e soggetti di questa programmazione. Vado oltre. Se esistono meccanismi che consentono una programmazione costante, quella che è stata chiamata dal senatore Gualtieri una garanzia istituzionale della programmazione che la sottragga all'incertezza governativa, alle carenze burocratiche, se esiste questo meccanismo continuo, non c'è alcuna difficoltà ad introdurlo all'interno di questa legge di piano.

I nostri provvedimenti sembrano troppo deboli? Non ci sono meccanismi di controllo interno abbastanza pesanti? A noi è sembrato che questo fosse un passaggio realistico tra l'anarchia generale ed una centralizzazione inutile, ma penso che esista, da parte nostra, la più ampia disponibilità a discutere su tutte le soluzioni, purchè però ci si presenti uno schema che, mi consenta senatore Gualtieri, non sembri il lucido di alcune benemerite università della programmazione, dove la definizione di programmazione è perfetta, il circuito di flussi finanziari degli operatori è sempre perfetto, funziona sempre, ma poi finisce per non cambiare nessuna delle realtà, in quanto la realtà è diversa dal lucido e dallo schema essendo poco plasmabile da una razionalità che talvolta rischia di essere astratta.

Il piano non smentisce affatto le belle procedure dell'articolo 53 della legge n. 833, solo introduce per ognuna di esse le vie fattibili, le vie possibili. Può essere che il risultato non piaccia, che sembri troppo modesto agli uni, poco innovativo agli altri, un po' pasticciato ai razionali programmatori, ma è almeno l'inizio ed un inizio che noi riteniamo possibile per incidere sulle realtà regionali.

Nella relazione il senatore Bompiani, analizzando i punti emersi nel dibattito, si è soffermato giustamente su un argomento che è ormai una costante in Commissione sanità ed è stato una costante all'interno di questo dibattito: la cosiddetta — la parola è forse brutta, ma è stata coniata dal senatore Bompiani — finanziarizzazione della sanità, ovvero il rapporto non sempre equilibrato tra sanità e finanza o, se vogliamo personalizzare, tra il Ministro del tesoro ed il Ministro della sanità.

Il pericolo certamente esiste, sia perchè in questo momento il tema della spesa pubblica, della sua riduzione, della sua qualificazione è effettivamente centrale nella politica del nostro paese e quindi fatalmente tende a risucchiare i problemi entro di sé, sia perchè oggettivamente in tutti i paesi — questo non è un problema solo dell'Italia — il problema della sanità è anche quello del controllo della spesa sanitaria, sia perchè infine — e questo invece è tipico del nostro paese — il processo di attuazione della nostra organizzazione sanitaria è avvenuto sostanzialmente tramite le leggi finanziarie, all'interno delle quali sono transitate anche modifiche istituzionali.

Un certo sospetto quindi è più che legittimo, ma il sospetto non si supera rivendicando una sorta di specificità separata, che crei due sistemi incomunicabili, uno perfetto negli obiettivi o in quella che il senatore Melotto chiama « la politica dei desideri », ma irrealizzabile, l'altro impegnato a porre limiti finanziari più che a determinare finanziamenti congrui. Esso si supera invece creando le premesse istituzionali, organizzative, di buon funzionamento che di per se stesse limitino l'invasione finanziaria, che creino un sistema di compatibilità e che siano a garanzia non solo della finanza pubblica, ma anche del sistema sanitario. In questo sistema di compatibilità, a nostro avviso, è proprio il piano a diventare centrale. La definizione delle priorità, il diritto alle prestazioni, il rapporto tra prestazioni dirette e indirette, la riorganizzazione della rete ospedaliera, le modalità di collaborazione programmata tra struttura pubblica

e struttura privata sono tutte scelte che limitano l'intervento della legge finanziaria e la restituiscono all'ambito che le è proprio.

Insomma, la delimitazione di campo in termini finanziari non potrà più essere effettuata senza tenere conto dei vincoli che questo piano pone. D'altra parte, non sembra invadenza riconoscere alla legge finanziaria — che è legge e che rispecchia globalmente gli interessi di questo paese — una valutazione anche degli aspetti economici e soprattutto delle prestazioni e della determinazione del fondo sanitario, soprattutto se queste decisioni sono ancorate alla relazione annuale del Ministro della sanità sull'andamento della spesa sanitaria e sui risultati conseguiti, così come è stato suggerito dal parere della 5ª Commissione e così come è stato integralmente accettato dalla Commissione sanità.

Affrontare con serenità il tema del rapporto tra pubblico e privato nel settore sanitario non è certamente facile in un momento di forte recupero del privato in tutti i campi e tanto più in un settore sottoposto a critiche, molte volte fondate, di inefficienza, di burocratizzazione, di incapacità di controllo, di insoddisfazione generalizzata da parte degli utenti. Eppure, riteniamo che alcuni problemi di fondo debbano essere ripresi, rispetto al tema del quanto di privato e del quanto di pubblico debba esserci all'interno del nostro sistema sanitario, sia sul versante della spesa, sia su quello della entrata, come giustamente si ricordava nell'indagine del CNEL.

Il piano, però, a mio avviso, ha anche in questo settore un merito. In attesa di un dibattito più maturo cerca, infatti, di garantire un sistema misto, sia pure a netta prevalenza pubblica, impedendo tuttavia che il sistema stesso diventi un doppio sistema parallelo, perchè questo, sì, farebbe lievitare i costi, questo, sì, determinerebbe un aumento delle risorse individuali nel settore, dequalificherebbe il pubblico e sarebbe, in pratica, un modo per preconstituire il passaggio verso una diversa sanità in Italia. Questa sarebbe, a nostro avviso, la vera controriforma.

O si riesce a dare vita ad un sistema in cui si raggiungono gli obiettivi di pieno utilizzo e di efficienza della struttura pubblica secondo le indicazioni previste dal piano e — direi di più — finalizzando a questo stesso obiettivo anche tutte le altre possibilità normative e organizzative — soprattutto per quanto riguarda il contratto di lavoro o attraverso incentivazioni — oppure il sistema misto diventerà il classico cavallo di Troia, in una Troia, tra l'altro, piuttosto disastrosa, per sviluppare soltanto il sistema privato. Solo che questo sistema non sarà affatto meno costoso di quello pubblico. Nelle altre specialità diagnostiche il ritardo del pubblico negli investimenti e la cattiva utilizzazione degli strumenti ha fatto sì che sia il mercato privato a soddisfare le esigenze del pubblico, arrivando talora al paradosso che i più affezionati clienti del privato sono proprio gli ospedali pubblici.

Questo sistema misto, che nasce dall'insufficienza del pubblico, è pericoloso e va dato atto al piano di aver introdotto un meccanismo per intavolare almeno un corretto rapporto. Si vedano, ad esempio, le norme riguardanti le prestazioni erogabili in forma indiretta e le prestazioni aggiuntive; si vedano le norme relative ai contenuti dei piani sanitari regionali, in cui si rende per la prima volta obbligatoria ed esplicita, non sotterranea ed ambigua, la definizione della attività convenzionata; si vedano, infine, le disposizioni in materia di organizzazione ospedaliera, dove il computo del 50 per cento delle strutture private convenzionate ai fini degli *standards* dei posti-letto introduce un meccanismo di utilizzo corretto della struttura privata.

Desidero, infine, fare una ultima sottolineatura rispetto ad un tema che ha avuto in questo paese alterne vicende, efficacemente ripreso poco fa dalla senatrice Tedesco Tatò, e che ha subito, in genere, o accelerazioni pericolose o altrettanto pericolose frenate: è il tema dell'integrazione dei servizi sociali e sanitari.

Sul concetto della necessità dell'integrazione non ci sono in genere dubbi. Il buon senso e la dura realtà ce l'impongono ogni

volta che trattiamo i temi dell'*handicap*, della droga, della salute mentale e dei non autosufficienti cronici. Quando però si tratta di rendere attuabile questa realtà ovvia, allora scatta in genere una serie infinita di distinguo, di problemi che vanno dalla gestione — chi gestisce i servizi integrati? — alla programmazione — chi li programma? — ai finanziamenti — a quale fondo sono addebitabili questi servizi? — e così non solo salta l'integrazione, ma talora si mette in discussione l'esistenza stessa del servizio. Non c'è dubbio, ad esempio, che l'assoluta carenza di strutture protette per cronici non autosufficienti — in Italia è un problema da sempre insoluto — dipende in larga misura non tanto dalla mancanza di strutture, quanto dalla mancata definizione della imputazione della spesa sanitaria e della distinzione tra spesa sanitaria e spesa assistenziale, dall'incertezza del livello di gestione, dal tipo di struttura, dalla tipologia, dagli *standards*. In questo stato di incertezza vivono anche altri settori ad integrazione, che sono tra l'altro i settori più delicati che ricordava poc'anzi il senatore Tedesco Tatò. Il piano non può certo risolvere tutti questi nodi, ma introduce alcune distinzioni che possono servire a questo processo di integrazione. Ad esempio, la definizione del progetto obiettivo come polo di aggregazione di attività sanitarie e sociali dà per la prima volta forma all'integrazione tra servizi sociali e sanitari, sancisce il duplice filone di finanziamenti — il fondo sanitario e i fondi locali — e individua i temi prioritari per questo triennio.

Ora, queste scelte, collegate all'articolo 30 della legge finanziaria del 1984, che già prevedeva l'accollo al fondo sanitario delle attività a rilievo sanitario anche se collegate ai servizi sociali, possono davvero dare un quadro di maggior certezza per l'integrazione. Occorre però, signor Ministro, un ulteriore passaggio di chiarezza e di certezza amministrativa; occorre definire con precisione la quota parte sanitaria per ognuno di questi progetti obiettivi e per ognuno di questi servizi. Ma anche qui esiste un parere del Consiglio sanitario nazionale estremamente realistico che tiene conto del modo con cui

si è formato il fondo sanitario. A questo proposito mi piace ricordare un dato che ha rammentato poc'anzi anche la senatrice Tedesco Tatò e cioè che nel fondo sanitario sono confluite molte voci e quindi molti finanziamenti anche sociali che oggi non possono essere fatti transitare sul sanitario riducendo di conseguenza le prestazioni assistenziali. Questo parere esamina tutte le attività a rilievo sanitario riscontrabili nelle varie aree dell'integrazione, che poi si identificano quasi tutte nelle proposte di progetto obiettivo che appronta il piano. Inoltre, per l'imputazione della spesa, il parere rileva che occorre avere di mira il fine diretto che l'intervento vuole raggiungere. Se tale fine è la salute del soggetto — quindi con riferimento alla prevenzione o alla riabilitazione — la spesa dell'intervento deve essere caricata sul fondo sanitario; ove invece l'intervento tenda a risolvere problemi di vita e di convivenza del soggetto, ancorchè abbiano ripercussioni indirette sulla salute, l'imputazione avverrà sul fondo socio-assistenziale. Per i cronici, ad esempio, il parere del Consiglio sanitario nazionale, considerato l'intreccio delle prestazioni sanitarie con quelle sociali-assistenziali, prevede un carico sul fondo sanitario di una percentuale massima, a seconda delle prestazioni, del 50 per cento della retta di ricovero per le persone non autosufficienti.

Una tale soluzione impedirebbe davvero l'uso improprio delle strutture ospedaliere, la sanitarizzazione dei problemi sociali-assistenziali ed anche il contributo dei singoli cittadini all'onere assistenziale.

Certamente, il tema dell'integrazione non è soltanto un tema di imputazione finanziaria, ma è anche istituzionale. Ora non sembra praticabile, e non ha dato i suoi frutti, la via obbligata di un'unica gestione associata da parte delle USL di tutti i servizi sociali. È più realistico ribadire la titolarità del comune di tutte le funzioni, sociali e sanitarie, e consentire per i servizi sociali, soprattutto per quelli più direttamente interessati all'integrazione, la scelta, da parte del comune, circa la gestione associata, vincolandola tutt'al più ad alcuni parametri oggettivi come ad esempio la dimensione

del comune, la complessità tecnica del servizio, l'utenza sovracomunale, il grado di integrazione con il settore sanitario. Mi sembra che questa sia la direzione giustamente seguita anche dalla legge sulle autonomie locali: è una direzione rispettosa della profonda diversità e varietà delle situazioni locali e consente un'integrazione di gestione con il consenso e senza forzature di tipo ideologico. Certo su questo settore grava pesantemente la mancata approvazione della legge sui servizi sociali e questo ritardo aggrava uno squilibrio ed una confusione tra i due settori, con sovrapposizioni ed incertezze.

Ricordo alcuni altri punti velocemente, come la ricerca di un rapporto più corretto tra utente e pubblica amministrazione. La trasparenza di questo rapporto, mi rendo conto, sarà certo più data dalle nostre leggi, dalla ricerca di una professionalità, dalla ricerca di rapporti diversi tra l'amministrazione pubblica e l'utente che non da norme di tutela. Tuttavia ci sembra significativo che un piano preveda anche meccanismi di opposizione e di osservazione da parte del cittadino, quasi a consentire una via d'uscita non scandalistica ma legale al disagio e alla confusione che talora l'utente incontra. Così pure aver legato i processi di ristrutturazione ospedaliera con una migliore qualità della vita dei degenti mi pare sia una finalizzazione giusta ed un esempio di attuazione concreta di alcuni diritti fondamentali.

Per questo, signor Presidente, la Democrazia cristiana, mentre ringrazia il relatore per la preziosa opera di tessitore per più legislature di questo piano, ritiene di dare un giudizio positivo per un piano onesto, che rispecchia la politica onesta del Ministro: onesta negli obiettivi che si propone, onesta nell'analisi da cui parte, onesta nei dispositivi che propone. Su questa base siamo disponibili ad ogni miglioramento. (*Applausi dal centro. Congratulazioni*).

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione generale.

Ha facoltà di parlare il relatore.

BOMPIANI, *relatore*. Signor Presidente, signor Ministro, sono veramente lieto di

parlare dopo il senatore Colombo Svevo, perchè credo che con molta sincerità abbia — come del resto aveva già fatto il senatore Melotto in precedenza — esposto il nostro punto di vista circa il disegno di legge al nostro esame.

Naturalmente in sede di replica mi rivolgerò a tutti i colleghi e noterò — anzi tutto — come siano stati generosi di apprezzamenti verso la mia persona, verso l'opera che abbiamo tutti insieme iniziato e condotto e come abbiano anche apportato tutti con grande serietà elementi di discussione che vanno anche al di là di quelli che avevamo raccolto nella nostra « lunga marcia » di circa due anni per arrivare intanto a questa formulazione legislativa.

Il dibattito è stato di ampio respiro e credo abbia dimostrato non solo l'attenzione che i membri della Commissione sanità hanno per questi problemi e la loro passione, ma anche l'attenzione di questo ramo del Parlamento per i problemi della sanità; non dubito che l'altro ramo condurrà un dibattito altrettanto serio e ampio, quando sarà arrivato il momento. Da parte mia c'è la massima « strategia dell'attenzione » verso questi ed ulteriori apporti che possono venire, ma vorrei anche invitare tutti a considerare le cose con molto realismo, senza enfasi — vi sono state anche delle posizioni di durezza suggerite dalla passione politica — e soprattutto vorrei invitare tutti a considerare quello che possiamo fare oggi, nelle circostanze attuali del nostro paese, nelle circostanze di evoluzione della sanità nazionale. Si dice — con accenti di scandalo — che sono sei anni che la riforma sanitaria è entrata in vigore come legge dello Stato, ma credo che sei anni possano essere molti e possano essere pochi, a seconda di come vengono valutate le cose fatte. Certo, c'è del buono e del cattivo in tutte le cose. Credo quindi che non dobbiamo assumere posizioni che vadano oltre quanto stabilisce la legge e quanto si addice ad una serena valutazione del Parlamento. E precisamente dobbiamo stabilire delle norme che servano, in prospettiva, all'evoluzione di un settore della vita civile ma servano anche al momento concreto attuale; quindi sono necessarie norme di fat-

tibilità. Chi è abituato, come me, a problemi di ricerca scientifica — vi sono altri colleghi in quest'Aula che lo sono — sa che non è un programma teorico di ricerca quello che vale, ma che, ad un certo punto, bisogna scendere da un programma generico di ricerca all'attuazione di un piano di fattibilità: questo è necessario se si vuol fare qualcosa di positivo.

Lo stesso meccanismo mentale che c'è nell'ambito della ricerca, a mio parere, dovrebbe valere anche nel Parlamento. Le « leggi messaggio » e le leggi di proposizione ideologica possono avere anche la loro importanza, ma in un determinato momento debbono essere calate nella realtà e diventare leggi concrete.

Questa mia replica è a caldo — come si dice — e quindi i colleghi mi scuseranno se molti degli aspetti importanti che sono stati sollecitati alla mia attenzione e alla attenzione di tutti durante il dibattito non potranno essere, non dico approfonditi, ma almeno citati brevemente.

La prima considerazione che mi sembra di dover fare, condivisa da tutti, è la serietà dell'indagine conoscitiva che ci ha portato a questo risultato. Ritengo che questa sia un'affermazione condivisa da tutti i Gruppi politici e mi fa molto piacere poterlo sottolineare. Sono pervenuti, infatti, apprezzamenti da parte dei senatori Melotto, Imbriaco, Rossanda, Ranalli, Signorelli, Calì e Ongaro Basaglia i quali tutti hanno espresso questo concetto.

Nella nostra discussione, tematiche di ordine generale si sono intrecciate con tematiche di ordine più specifico, precisamente di pianificazione. Ciò l'abbiamo voluto noi e l'abbiamo chiesto perchè appunto il piano in fondo è stato anche il risultato di uno sforzo, come ha ricordato poco fa la senatrice Colombo Svevo, di approfondimento anche culturale su tutti i problemi della sanità. Era necessario che ne parlassimo anche per sottolineare pubblicamente l'importanza che può avere una considerazione generale del problema sanità nell'ambito della pianificazione, in un'Assemblea di que-

sto prestigio, a cui può assistere la stampa. Questo sotto il profilo politico.

Desidero ricordare un altro fatto, e ciò lo dico con molta sincerità al senatore Gualtieri: in questa sede — sotto il profilo legislativo — stiamo ragionando non del piano sanitario nazionale nel suo complesso, ma delle norme precettive che tutti insieme e d'accordo abbiamo scelto tra le tante ipotesi e possibilità che ci si presentavano per introdurle nella cosiddetta parte normativa del piano. Ritengo che ciò sia inconfutabile.

Nella prima riunione della Commissione, dedicata al piano, quando si è parlato di questo problema circa un anno fa, abbiamo realizzato una scaletta dei contenuti che, a nostro parere, dovevano entrare nella parte normativa del piano e l'abbiamo fatto in base al famoso articolo 20 del decreto-legge 19 settembre 1983, n. 463, poi convertito nella legge 11 novembre 1983, n. 638, che sta davanti a noi, in quanto è stato approvato dal Parlamento nazionale e non abrogato. Quindi, come punto di riferimento, in questo momento come nel nostro lavoro svolto nello spazio di un anno, abbiamo avuto e abbiamo l'articolo 20. Se poi si vuole superare l'articolo 20, come sta avvenendo adesso in queste ultime 24 ore del dibattito, è un altro discorso; poniamo pure questo problema, ma dobbiamo tener presente che noi abbiamo lavorato sull'articolo 20, ed il testo di piano che ne è derivato ha questa ispirazione.

Fatta questa premessa, vorrei riconoscere un dato di fatto: tutta la legge n. 833 indubbiamente è — scusatemi l'espressione — imbevuta e satura di pianificazione. Certamente vi sono tanti obiettivi da raggiungere: l'unificazione dei servizi a livello territoriale, operando il sostanziale decentramento della loro gestione; la programmazione regionale per tutta l'attività sanitaria, la promozione di una più elevata formazione ed aggiornamento ricorrente del personale (questo è un altro enorme obiettivo di pianificazione anche se coinvolge altri settori della vita organizzata della nostra nazione, come la pubblica istruzione e così via); la partecipazione dei cittadini e degli operatori sanitari all'attuazione del servi-

zio (chiaramente ciò rappresenta una parte pregnante della pianificazione); l'impiego di indicatori di efficacia ed efficienza; la raccolta di indicazioni sistematiche sui risultati e sui flussi di spesa, i controlli di qualità sulle varie attività sanitarie: il tutto per garantire appunto l'efficienza, cioè il rapporto favorevole fra i mezzi posti a disposizione e i risultati in termini di produzione economica, e l'efficacia, ossia idoneità a conseguire, con un determinato intervento, il risultato voluto in termini più strettamente di azioni sanitarie.

Mi pare molto chiaro che tutto questo rappresenti l'obiettivo di una programmazione globale: cioè la sanità è concepita oggi come un sistema programmato globale. Non si esce da questo discorso unitario, anche se sono cinque i traguardi diversi da raggiungere.

Però come si svolge questo fatto? Qui mi preme ricordarlo anche al senatore Gualtieri e a quanti altri hanno sposato questa causa: ci sono indicazioni precise di programmazione in alcuni articoli, anche se tutto lo spirito della legge è programmatico, e questi sono gli articoli 3, 53, 54, 55 e 56, cioè quelli che riguardano i momenti centrali e periferici e le modalità generali e più specifiche di attuazione della programmazione.

Il primo fatto da rilevare è che l'articolo 3, che segue immediatamente alla elencazione generale degli obiettivi della riforma sanitaria, pone in evidenza una nuova concezione della materia sanitaria, disponendo che la programmazione in questo campo non sia configurata come settorialmente isolata, ma sia vista in armonica connessione con la più generale programmazione economica nazionale, nell'ambito della quale sono determinati gli obiettivi.

Questo è contenuto nel primo comma dell'articolo 3. E poi, come secondo punto, si stabilisce che la definizione degli obiettivi venga effettuata coinvolgendo le regioni. Nasce subito il problema della mancanza di una programmazione economica generale della nazione: questo è il punto sostanziale. L'affermazione di cui al primo comma dell'articolo 3 non corrisponde alla realtà, cioè

allo sviluppo della società e dello Stato italiano. Si sostiene in dottrina che c'è qualche cosa che sostituisce la programmazione economica nazionale che manca e cioè la legge finanziaria. Questo non l'ha voluto la Commissione sanità: lo ha voluto il Parlamento. Allora la discussione può andare anche oltre: siamo in grado di fare una programmazione economica generale? Non riconosciamo più la legge finanziaria, per lo meno come il punto legislativo più vicino ad una programmazione economica generale? Dobbiamo fare una programmazione economica particolare per la sanità? Queste sono domande che pongo sul tappeto perchè siamo ancora in fase di dibattito; e mi pare che siano domande importanti.

Passo a qualche considerazione che è stata fatta in quest'Aula nei richiami alla materia trattata dalla indagine conoscitiva.

Certo la sanità è nell'occhio del ciclone, come si dice: le unità sanitarie locali sono state definite dal senatore Signorelli come la « cattiva istituzione », di manzoniana memoria; Cavazzuti ha detto che la riforma è malata e che anzi, per meglio dire, è una « carta estinta ». È stato sottolineato anche un altro fatto: la stampa è più predisposta a riferire sui fatti di dettaglio e in un certo senso scandalistici che fanno notizia, piuttosto che sull'assidua opera di realizzazione della riforma che pure viene svolta da tante parti oneste ed impegnate. Forse c'è anche un ritardo nell'affrontare questo dibattito in Parlamento — lo ha detto il senatore Imbriaco, lo ha ripetuto in qualche modo la senatrice Tedesco Tatò — che ha favorito questo atteggiamento.

Ma io non credo che vi sia — da parte nostra — disattenzione: una cosa è aspettare che certe necessità maturino e prendano la loro forma perchè possano formare oggetto di un dibattito generale parlamentare, come avviene in questa circostanza, altra cosa è invece ragionare intanto su quei problemi specifici e su quei settori sui quali si può intervenire attraverso leggi settoriali o dibattiti settoriali. Questo mi pare che debba essere sostenuto. Certo, anche la legislazione sanitaria è frammentaria e a mosaico.

Riconosco che ciò che ha affermato la senatrice Rossanda è un dato di fatto: lo abbiamo detto tutti insieme, abbiamo insieme condotto la ricerca sulla serie delle *Gazzette Ufficiali*. Ma abbiamo anche sollecitato per il settore delle prestazioni un intervento chiarificatore. L'emanazione di questo testo unico è la prima risposta che possiamo dare: piano o non piano, è qualcosa che è necessario fare. Avrà certamente un valore transitorio, non vogliamo legarlo oltre i limiti di durata del piano — perchè tutto è rivedibile — ma credo che sia un momento operativo che ci trova tutti uniti.

Tutti hanno ammesso nella sostanza che la legge di riforma sanitaria è sana e che va riconfermata, salvo poi, naturalmente, verificarne l'attuazione o correggere le distorsioni che vi sono state nell'applicarne norme particolari. Credo che il cammino della innovazione, del cambiamento, messo in moto dalla legge n. 833, sia estremamente difficile. Le date che furono allora stabilite non trovarono il mio consenso: quei pochi rimasti della VII legislatura in questo Parlamento lo sanno. Erano date strettissime, era impossibile pensare di portare a compimento una riforma sanitaria di questa dimensione con quelle date. Ma a questo inconveniente si è fatto in qualche modo fronte e si potrà ancora fare fronte: l'importante è mantenere un concetto globale del punto verso il quale ci si dirige e mantenere altresì ferma la necessità di raccordare sempre la legislazione nazionale con la legislazione regionale. Le regioni hanno diverse velocità di marcia: la capofila e l'ultima della fila hanno distanze di tre o quattro anni, se tutto va bene, per emanare la stessa legge.

PIERALLI. Noi qui ne abbiamo sette.

BOMPIANI, *relatore*. Parlerò poi anche di questo.

Ci sono state nel nostro paese certamente azioni demonizzanti del servizio sanitario nazionale: dobbiamo riconoscerlo. Ci si è chiesto, anche in quest'Aula, nel corso di questo dibattito, se non ci siano nel paese anche quelle che nel linguaggio comune si chiamano forze oscure che attentano alla

riforma. Ritengo che il problema non tocchi noi che siamo in quest'Aula e ritengo che questo sia uno dei tanti elementi polemici, enfatici, sollevati, che possono essere in questo dibattito completamente scartati, perchè non è certamente nei propositi di nessuno di noi attentare alla riforma.

È stato avanzato anche il sospetto che questa demonizzazione abbia come scopo una privatizzazione selvaggia, della sanità. Non credo assolutamente che da parte nostra ci sia questo desiderio; tuttavia è vero che dobbiamo razionalizzare, al momento in cui siamo arrivati, sia il finanziamento del fondo sanitario nazionale, sia le modalità di spesa. Condivido senz'altro le valutazioni che sono state fatte in sede scientifica recentemente dal CNEL, ma anche da noi, nel corso dell'indagine conoscitiva, in ordine alla distorsione nella politica di equità sociale nella formazione del fondo sanitario nazionale creando sperequazioni fra le categorie. Si può ancora fare della strada in questa direzione; non vi è certo una remora da parte nostra.

Per quanto riguarda la razionalizzazione della spesa — emerso come fondamentale problema del dibattito — condivido — del resto è nelle statistiche e nelle cifre — l'opinione che non vi è stata certamente una sovrabbondanza di mezzi finanziari destinati alla sanità e che, grosso modo, la quota del PIL destinata alla sanità è rimasta sostanzialmente costante. Mi pare che ciò sia talmente evidente che dovrebbe non essere più citato come fatto determinante: è un dato di fatto. Il problema fondamentale sul quale si è invece sviluppata non la politica del Parlamento, ma la politica dei Governi di questi anni, è stato quello di trovare dei metodi di razionalizzazione e anzitutto di conoscenza dei flussi di spesa. Quindi ci è stata sottoposta tutta una serie di norme, come leggi o sotto forma di decreti, che abbiamo in qualche modo noi stessi promosso per ottenere la conoscenza dei flussi di spesa. Questa è la prima operazione che va fatta. Non è possibile amministrare senza sapere quanto, come e dove si spende. Quindi non vi è da fare alcuna imputazione al Governo su questo argomento. Il problema è stabilire se i meccanismi escogitati so-

no efficienti, se sono sufficienti, se non sono eccessivi. Probabilmente molti di noi ritengono che siano eccessivi e burocratizzanti: quindi è aperto il discorso se ridurli o cambiarli. Questa è materia da studiare con serenità. Resta il fatto che oggi finalmente, come tutti abbiamo riconosciuto in Commissione e come è stato detto anche in quest'Aula, conosciamo meglio i flussi di spesa da parte delle USL. Questo è un dato di fatto. Forse ci sono voluti sei o sette anni — si tratta di una parte settoriale della programmazione — ma per lo meno questo è un dato acquisito dal quale possiamo partire.

Il passo in avanti da fare è conoscere altrettanto sulle entità e qualità delle prestazioni sanitarie. Non basta, infatti, conoscere i flussi di spesa; bisogna conoscere come sono stati impiegati nelle prestazioni sanitarie. E qui partiamo da zero. Abbiamo gli archivi delle cartelle cliniche ospedaliere tutt'al più, non abbiamo strumenti territoriali. Dobbiamo allora attivare ricerche di tipo epidemiologico. Abbiamo chiamato a concorrere le massime autorità, i massimi competenti nei servizi di epidemiologia oggi esistenti. Ci auguriamo che questo meccanismo di verifica degli interventi sanitari entri man mano anche nella mentalità degli operatori, ed il problema reale è quello di far capire agli operatori sanitari che vi è questa necessità. Oggi questa cultura non c'è.

Il discorso si allungherebbe e l'orologio cammina. Dovremmo parlare di formazione universitaria e di altri argomenti, ma non lo possiamo fare in questa occasione. Il rinvio del piano di sette anni è stato un errore, come ha detto il senatore Ranalli, perchè ha provocato interventi settoriali e le regioni sono rimaste sole per tanti anni; alcune hanno fatto una fuga in avanti, altre hanno prudentemente atteso di vedere come si mettevano le cose. Certo non abbia posto ostacoli nè impedimenti in tema di programmazione sanitaria regionale. Il fatto che il primo piano fosse un elaborato mastodontico, poichè si trattava di 90 articoli e di circa 200 pagine, il fatto che fosse quindi impossibile una approvazione per legge con una discussione in Aula articolo per articolo — ne ab-

biamo appena 11 con 52 emendamenti nel testo al nostro esame — è apparso evidente ma con una certa lentezza. Si è compreso quindi che bisognava in qualche modo dividere la parte normativa da quella dispositiva del piano. E questo è avvenuto...

PIERALLI. Nell'VIII legislatura sembrava la tela di Penelope.

BOMPIANI, *relatore*. L'VIII legislatura è arrivata anche a questa conclusione, sia pure attraverso due o tre crisi di Governo, attraverso cambiamenti di ministri e dunque cambiamenti delle linee politiche ed economiche. Poi il nostro lavoro si è fermato per nove mesi dall'avvenuta approvazione in Commissione. Ricordiamo le date, signori; a nove mesi dall'approvazione in Commissione sanità, il testo è rimasto fermo e non iscritto per i lavori dell'Assemblea. Poi, inevitabilmente c'è stata la crisi.

Mi assumo in questo momento la responsabilità di tutore della continuità dei lavori della Commissione, ma non si dia la responsabilità alla Commissione sanità che fece quello che era possibile fare in quel momento.

PIERALLI. Ma c'era anche il Governo!

BOMPIANI, *relatore*. Non si devono comunque enucleare le regioni dalla formulazione del piano: lo ha sostenuto il senatore Melotto, lo ha sostenuto il senatore Ranalli. Siamo perfettamente d'accordo: uno dei punti fondamentali che abbiamo ripristinato è il passaggio della proposta al Consiglio sanitario nazionale — naturalmente — della parte dispositiva prima che venga presentata in Parlamento. Abbiamo preso questa decisione tutti d'accordo e non abbiamo alcuna remora a sostenere questa tesi.

Ci sono numerosi altri aspetti che sono stati messi in luce nel dibattito generale. Fondamentale è, ad esempio, il riequilibrio tra ospedale e territorio, argomento che è stato al centro di molti interventi, da quello del senatore Ongaro Basaglia a quello del senatore Calì, a numerosi altri. Certo, si fa ancora oggi un uso esagerato dell'ospe-

dale, esso può divenire addirittura epidemiologicamente fattore di rischio. C'è spesso una medicalizzazione eccessiva dei problemi di salute, che non sono soltanto problemi sanitari, questo lo riconosciamo tutti.

L'azione da parte nostra è stata sempre aperta, anche come professionisti, a riconoscere quanto c'è di vero, di competenza medica, e quanto c'è invece di componente psicologica che possa avere altri moventi, altre motivazioni nella concezione della salute. Certo, si tratta anche di una cultura che va diffusa.

Si è detto che la ricerca biomedica è ancora asfittica, che soprattutto è malguidata, che c'è un finanziamento a pioggia che non consente di raggiungere certi obiettivi, lo abbiamo sostenuto noi stessi anche in Commissione. Potete vedere dai resoconti della Commissione che già due volte è stata manifestata la volontà di svolgere un dibattito specifico sulla ricerca biomedica perchè oggi ci sono cinque diverse Commissioni che sovrintendono alla erogazione dei fondi.

C'è il proposito di fare una programmazione generale dell'argomento, che non è stata ancora attuata. Sono tutti punti che potremo, se avremo tempo e forze, affrontare prossimamente. Per quanto riguarda poi i problemi della sanità veterinaria sono d'accordo con quanto detto dal senatore Muratore.

Veniamo ora agli aspetti più acuti del dibattito, che potremmo chiamare programmatori: il problema degli *standards* di funzionamento. Certo, chi non riconosce la necessità che una programmazione si svolga secondo *standards* e mediante il controllo di indicatori? Questi debbono essere a livello nazionale e a livello regionale, perchè è a livello nazionale che danno la possibilità di uniformare anche quel diritto alle prestazioni e quella qualità dei servizi necessari per una nazione che ha 60 milioni di persone; debbono però essere anche regionali in quanto è solo a livello regionale che si ha la possibilità di tararli sulle condizioni demografiche, culturali, sanitarie eccetera, precise di quel determinato territorio.

Occorre però essere realisti e considerare che gli *standards* non si inventano, nè si co-

piano dalla letteratura straniera. Certo, c'è anche da promuovere una formazione culturale, ma bisogna poi verificare gli *standards prescelti*; ci vogliono esperti epidemiologi che sappiano stabilirli e riconoscerli validi sul posto, che sappiano fare ricerche mirate. Qualcosa si può fare attraverso il sistema informativo centrale del Ministero, ma anche a livello regionale si deve fare qualcosa. La senatrice Rossanda ha fatto giustamente presente che vi sono già alcuni esempi di raccolta e di comunicazione di dati molto importanti da parte delle regioni proprio perchè sono forniti appunto da una ricerca locale, a livello regionale.

Ma quanti anni occorreranno per giungere a questo grado di maturazione in ogni regione? Non ci nascondiamo, come si dice, dietro un dito; questi sono i problemi concreti! La programmazione è una delle più grandi imprese che riguarda tutti i settori, ma soprattutto quello della sanità dove c'è una multifattorialità, una variabilità elevata di parametri, che vanno tutti messi sotto controllo. Quindi il processo di programmazione non può che essere a macchia d'olio; perchè non inizia qualche unità sanitaria locale, limitatamente, gradatamente, a fare esperimenti, in modo che, pian piano, la cosa si diffonda? Questo significa ragionare con fattibilità sui problemi. Infatti, non può discendere tutto dal Parlamento.

Il punto sostanziale, chiamiamolo politico, di questo dibattito è che nella parte normativa del piano non figurano indicatori stabiliti per legge.

Ma questo lo abbiamo detto tutti e siamo stati d'accordo sul fatto che proprio a causa di queste difficoltà — che non ci siamo nascosti — gli indicatori potevano essere introdotti soltanto nella parte dispositiva del piano, per lo meno per questo primo piano. Si vedrà poi se nel secondo piano avremo raggiunto un grado di maturazione e capacità di interpretare la fattibilità, tale da trasferirli in norme da approvare con legge. Saremo ben lieti di poterlo fare.

Tuttavia, nella prima annualità del piano credo che sarebbe estremamente imprudente stabilire per legge un numero, una cifra, uno *standard* che poi non potesse essere rag-

giunto. Mi sembra, del resto, che questo sia già stato ampiamente riconosciuto da tutti.

GUALTIERI. Da tutti no! Mi permetta di dirlo!

BOMPIANI, *relatore*. Purtroppo, non possiamo assicurare la presenza di tutti gli indicatori nella legge. È una programmazione fatta...

GUALTIERI. È la negazione della programmazione. È una programmazione tutta all'italiana: ci rivedremo tra sette anni quando saremo tutti maturi.

BOMPIANI, *relatore*. Caro senatore Gualtieri, questo insegnamento ci viene, intanto, dalla dottrina italiana. Chi ha partecipato, come me e come tanti altri, ad un seminario che ha avuto luogo a Riva del Garda lo scorso anno sa che la programmazione si fa sulla base di una verifica continua. Questo è un altro discorso: introduciamo il criterio di una verifica continua.

GUALTIERI. Però su numeri e su *standards*.

BOMPIANI, *relatore*. Certo, su numeri e su *standards*, che però devono essere stabiliti anche localmente. Non è possibile adottare uno *standard* unico solamente in termini di legislazione nazionale.

Vi sono poi problemi di carattere gestionale che riguardano soprattutto le USL. Anche qui siamo tutti d'accordo nel cercare di modificare gradatamente l'attuale atteggiamento mentale degli amministratori delle USL, che è un atteggiamento di tipo amministrativo classico, cioè burocratico e per pratiche, trasformandolo in un atteggiamento — chiamiamolo così — da *manager*, di azione tesa al raggiungimento degli obiettivi. Tutto questo è certamente importante; tuttavia, bisogna anche dare una cultura di amministrazione sanitaria specifica a questi amministratori e trasformarne la mentalità. È giusto quanto diceva il senatore Melotto circa la formazione specifica degli am-

ministratori. Perché, allora, non si attivano, da parte delle università, corsi professionali ben determinati? Si parla, ad esempio, di una eventuale scuola di sanità; le possibilità sono molte. Bisogna però uscire da questa figura generica di amministratore tuttofare, che può essere un giorno destinato ad una USL ed il giorno dopo spostato in una fabbrica di calzature e così via.

È chiaro che è necessaria una specifica formazione professionale che dovrà poi essere riconosciuta a tutti gli effetti. Credo che saremo tutti d'accordo nel proseguire su questa strada.

L'aziendalizzazione delle USL non risolve certamente tutte le questioni. Lo ha sostenuto il senatore Imbriaco e lo hanno sostenuto anche altri senatori. Si rischia che la sola aziendalizzazione riporti soltanto alla assistenza ospedaliera dei poveri, come è stato detto; altra cosa sarebbe, invece, introdurre criteri amministrativi di tipo aziendale. Anche su questo siamo tutti d'accordo. Sta di fatto, comunque, che se non si raggiungerà presto un coordinamento con la legge sulle autonomie locali, sul quale abbiamo tutti insistito, e se non si scioglierà il nodo giuridico della definizione delle USL, non si potrà compiere questo passo.

Anche sul rapporto tra pubblico e privato si è molto dibattuto. Si è detto, tra l'altro, che il privato è complementare del pubblico. Noi pensiamo piuttosto che sia più giusto — pur evitando la generale corsa alla privatizzazione — riconoscere che (come ha detto il senatore Melotto) il privato non è solamente e sempre un fatto speculativo, ma — se idoneo — va anche integrato al pubblico in maniera programmatica. Affidiamo, cioè, al piano sanitario regionale questo compito; ciò evita — come ha detto la senatrice Colombo Svevo — il doppio canale, vale a dire il considerare due sanità parallele: la pubblica e la privata. Secondo me, vale la pena di aggiungere che è anche il modo per dare consistenza e rispetto a quell'articolo della Costituzione che non solo ammette il privato nella vita della nostra società, ma lo incentiva, purché finalizzato al bene sociale. Allora, bisogna trovare un punto di incontro.

Se non ci fosse questa introduzione del privato in una programmazione — e questo è lo strumento — noi ci troveremmo di fronte a problemi di ordine costituzionale.

Le questioni riguardanti il personale sono enormi e sono state affrontate di sfuggita; e non ne parlerò anche per non prolungare troppo questa mia replica. Nell'indagine conoscitiva abbiamo affrontato i temi di tutta la formazione primaria del medico, della formazione secondaria specialistica, della formazione permanente, ancora tutta da fare, del riordinamento dei quadri intermedi, dei diplomi universitari e della formazione infermieristica: è sfilata davanti a noi tutta una serie di situazioni che certamente meritano di essere prese con urgenza nella massima considerazione.

È indubbio che, se non si parte da ciò, non si costruisce non dico un sistema sanitario o un servizio sanitario, ma non si costruisce nulla nella sanità. Lo abbiamo intuito ancora prima della riforma sanitaria,

ma è difficilissimo mettere a regime tutta questa enorme quantità di problemi di formazione, oltretutto divisi tra competenze della pubblica istruzione, della sanità, delle regioni, eccetera. Di conseguenza, bisognerà fare uno sforzo unitario in tale materia.

Prima di affrontare più specificamente alcune parti della pianificazione come tale, cioè dei disegni di legge n. 195-*quater* e n. 256-*bis*, vorrei ricordare con molto piacere quanto ho ascoltato sui grandi problemi dell'impatto fra il settore sanitario e quello sociale, tra quelle due grandi dimensioni che poi si ricostruiscono nella personalità di ciascuno anche se noi le proiettiamo in strutture giuridiche diverse, ma che sono praticamente indivisibili nell'animo e nella vita di ciascuno. Che la sanità interessi profondamente ogni cittadino è un'affermazione del senatore Tedesco Tatò, che mi sembra pienamente condivisibile. L'accesa polemica sui problemi che riguardano la sanità dimostra nella maniera più evidente questo dato di fatto.

Presidenza del vice presidente ENRIQUES AGNOLETTI

(Segue BOMPIANI, relatore). L'attenzione verso i diritti del malato, questa nuova sensibilità che emerge dalle varie associazioni sociali è una caratteristica della società attuale condivisa da tutti i Gruppi politici, ma soprattutto da quelli di ispirazione popolare. La mia parte politica ha avuto sempre questa attenzione e l'abbiamo dimostrato tangibilmente in varie occasioni.

Per quanto riguarda i problemi della nuova povertà, credo che siano realmente più importanti, oggi come oggi, rispetto a tanti altri. Si può certo sostenere che, a parità di risorse, bisognerebbe togliere qualche cosa dall'assistenza sanitaria ai sani o ai ricchi e travasarla ai nuovi poveri. Sono perfettamente d'accordo con questa linea di condotta, ma uno degli strumenti per poter attuare questo tipo di condotta — ed è stato riconosciuto — è proprio il piano sanitario, che fi-

nalmente dà una consistenza (insieme alle cifre che sono state stanziare nella legge finanziaria per il prossimo triennio) al progetto obiettivo, che è poi la maniera pratica per introdurre l'azione dello Stato in questi settori delle nuove povertà.

Lo spazio amplissimo del volontariato è da noi tutti accolto con favore, giacché vi è un grande apprezzamento per tutto ciò che viene fatto dal soggetto volontario nell'ambito della sanità.

A questo punto, dovrei intrattenermi un attimo sull'altro discorso che non è quello degli *standards* — sul quale mi sono già soffermato — bensì quello riguardante la questione dell'impostazione del disegno di legge avanzata dal senatore Gualtieri prima e poi ripresa dagli altri oratori della sinistra che sono intervenuti nella discussione generale.

Credo che alla base di questo discorso vi sia forse una diversa interpretazione del nostro lavoro. Mi è sembrato che il senatore Gualtieri abbia sostenuto che noi avremmo dovuto fare una normativa di procedure; ma nè la legge n. 833, nè l'articolo 20 che ha modificato l'articolo 53 affermano che il Parlamento è tenuto a fare una legge di procedure, tanto più che il comma quinto o sesto — non ricordo bene — dell'articolo 53 prevede certe procedure. Quindi, quando il senatore Gualtieri afferma che bisogna ripristinare l'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, per la parte che riguarda gli obiettivi, gli faccio notare che nessuno ha mai abrogato questa parte. Infatti, se noi nel testo della parte normativa del piano abbiamo ripensato a quegli obiettivi, li abbiamo individuati come azioni particolari da iniziare in questo triennio (e che non esauriremo probabilmente nel primo triennio), in quanto hanno fondamentale rilievo sotto l'aspetto della pianificazione. È chiaro che l'articolo 53 ha tutta la sua valenza generale per la descrizione degli obiettivi, ma i primi tre commi sono stati modificati radicalmente dall'articolo 20 del citato decreto-legge 19 settembre 1983, n. 463. Non dobbiamo ignorare questo fatto che il senatore Gualtieri sa benissimo; mi sembra invece che il discorso da lui tenuto in questa Aula, ed anche l'emendamento presentato, si riferiscano all'originaria stesura dell'articolo 53, che invece non esiste più. Questo è un vero e proprio equivoco che bisogna chiarire. Siamo di fronte a un articolo 20 che dice: « Le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del servizio sanitario nazionale sono stabilite con il piano sanitario nazionale in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel paese, particolarmente nelle regioni meridionali ».

Sottolineo che questo dato esiste già in legge: è inutile riprendere il problema dell'arretratezza delle regioni meridionali, perchè esso è già contenuto nella legge istitutiva del servizio sanitario nazionale che, ol-

tre tutto, è più forte del piano. Se vogliamo ripeterlo, facciamolo pure, ma è pleonastico, e di ciò abbiamo parlato anche in Commissione.

« Le disposizioni precettive relative al piano sanitario nazionale sono fissate per la durata triennale con legge dello Stato »: questo è il punto di cui ci dobbiamo occupare anche perchè, se accogliessimo la totale delegificazione del piano sanitario nazionale, come ci viene proposto, il Governo non potrebbe agire altrimenti che con atti di indirizzo e di coordinamento, cioè con strumenti amministrativi che cozzerebbero contro lo strumento legislativo del piano sanitario regionale. Si tratterebbe, quindi, di strumenti di pura e semplice declamazione o di mera raccomandazione. Scindiamo allora le due questioni senza cercare di legarle!

La questione del finanziamento specifico della sanità, che è all'articolo 11 (il senatore Gualtieri lo sa perchè il senatore Rossi glielo avrà riferito), è il frutto di una mediazione, l'unica possibile che si è riusciti — fino ad ora — a trovare tra i colleghi del Senato appartenenti alle Commissioni bilancio e tesoro.

C'è un'altra possibile mediazione? Non è un problema sanitario di per sè, ma è un problema di mediazione a cui non ci possiamo sottrarre, perchè non succeda come nell'VIII legislatura, allorchè il piano è rimasto fermo nove mesi (il tempo di fare un bambino) tra l'approvazione in Commissione e l'iscrizione all'Aula. Può darsi che i tempi siano cambiati, che abbiamo un nuovo atteggiamento mentale nei confronti della legge finanziaria, non voglio discutere, ma a noi spettava solo di tenere conto dell'articolo 20, cioè di fare norme precettive e di portare all'approvazione dell'Aula un documento che contenesse le norme precettive del piano senza incorrere nel veto della Commissione bilancio. Si potrà discutere nel merito delle singole norme, ma questo era il nostro compito. Con ciò credo di avere risposto anche al senatore Gualtieri.

Penso che il piano sia veramente necessario, allo stato a cui è arrivata l'evoluzione, in generale, della sanità nazionale. Ci sono certamente delle difficoltà per l'inizio della

prevenzione in forma seria e organizzata, a causa dello stato della sanità pubblica e della mancanza del piano sanitario nazionale, e lo condivido. Lo ha detto il senatore Rannalli ed anche il senatore Calì ha sollecitato l'attenzione su questa questione, sottolineando la bontà per lo meno tendenziale di questo strumento proprio per attivare la prevenzione. Quindi o rinunciamo alla prevenzione oppure bisogna trovare qualche strumento giuridico affinché in qualche modo venga messa in moto obbligatoriamente, ed è il piano che la può promuovere. Non vi sono altri strumenti; cambiamogli il nome a questo disegno di legge che esaminiamo, non chiamiamolo più « parte normativa del piano », chiamiamolo « legge per la programmazione », ma è necessario uno strumento legislativo! (*Interruzioni dei senatori Rossanda e Gualtieri*).

Per questi motivi, ritengo che questo strumento che esaminiamo sia necessario e urgente. È stata avanzata anche un'ipotesi da parte della senatrice Rossanda, in base alla quale sembrerebbe che non vengano posti ostacoli all'approvazione di questo strumento, purchè vi sia un'apertura e una meditazione sulla questione delle norme finanziarie particolari, autonome, abbinate alla parte non legislativa del piano. Potremmo anche valutare questa possibilità in questi giorni, ma ritengo che la risposta non la dobbiamo dare solamente noi. Immaginate se riuscissimo ad ottenere nel settore sanità una legge finanziaria a parte! Ritengo che altri settori, dall'agricoltura ai trasporti, o alla pubblica istruzione e così via, potrebbero benissimo richiedere una legge finanziaria autonoma, se hanno alle spalle un piano o una programmazione, ed in questo modo inevitabilmente verrebbe introdotto un meccanismo a catena. Possiamo anche sostenere che la salute è un bene primario, che passa avanti a tutto, anche alla pubblica istruzione eccetera, ma gli appetiti sono quelli che sono e per questo mi sono sempre richiamato al realismo e alla fattibilità nella nostra azione. Noi viviamo nel 1985 e abbiamo questa situazione storica e non una diversa, ideale, come vorremmo! Quindi, ritengo che il problema del finanziamento

autonomo sia un problema di tale portata generale che va discusso con molta più ponderazione e non è nè giusto nè utile bloccare questo disegno di legge nel suo *iter* perchè non faremmo altro che aumentare di un anno il ritardo ...

GUALTIERI. Di sette anni!

BOMPIANI, *relatore* ... e rendere ancora più difficile un processo di pianificazione o di programmazione. Ripeto che è un esercizio di grandissima qualificazione tecnica ed è la cosa più difficile che si possa realizzare, in quanto richiede una disciplina collegiale e si attua solo lentamente sviluppando la cultura della programmazione. Quest'ultima non si improvvisa, non basta un editto del Parlamento.

Comunque, nella mia posizione non vi è alcun rifiuto concettuale ad accertare se esistono delle possibilità intermedie e trovare un accordo per mandare avanti la risoluzione di questo problema.

Mi sembra sia giusto ricordare, come ha fatto il senatore Colombo Svevo, che il piano nasce da un lungo e tormentato dibattito, frutto anche di una scelta graduale di soluzioni. Risente, evidentemente, della stratificazione del vissuto della sanità di questi ultimi anni e non possiamo dimenticare nè ribaltare all'improvviso questa evoluzione storica della nostra sanità. Questo testo — lo ripeto — rappresenta un punto di mediazione, è nato da una generale concordanza su alcuni problemi, è certamente imperfetto e su di esso si potrà ritornare; apre tanti problemi ma ne risolve anche molti. Questo testo, in un certo senso, rappresenta una legge di eguale forza sia per lo Stato, sia per le regioni in determinate questioni sanitarie. Se noi delegificassimo del tutto il piano, opereremmo un ribaltamento della filosofia della legge n. 833, un provvedimento equilibrato nel considerare le attività centrali e quelle regionali. Quest'ultima legge non ha affatto espropriato lo Stato di certe attività sanitarie nè ha trasferito tutto alle regioni, ma è una legge equilibrata con i poteri che distribuisce.

Non possiamo rinviare l'esame di questo strumento, che rende « stabilizzato » il servizio sanitario nazionale. Infatti, non ci dobbiamo dimenticare che la legge n. 833 del 1978 rinvia al piano sanitario molte ed importanti decisioni e incastri legislativi. Il giorno in cui il piano verrà approvato il servizio sanitario nazionale continuerà a progredire, ma se verrà respinto, si opererà un grosso attentato al servizio sanitario nazionale stesso, si farà veramente il gioco di coloro che si oppongono al servizio sanitario nazionale.

Credo che sia necessario rilevarlo con la massima tranquillità e la massima pacatezza, senza peccare, senatore Gualtieri (glielo dico con molta benevolenza), di mito della pianificazione. Può immaginare se un razionalista come me soffra del mito della pianificazione; ritengo però che questo strumento raggiunga proprio gli obiettivi almeno iniziali e fattibili che si era proposto. Da parte mia era necessario dirlo in una sede come questa, aperta anche alla pubblica opinione, perchè bisogna che il paese sappia che non approvare un piano sanitario nazionale significa demolire il servizio sanitario nazionale stesso. (*Applausi dal centro e dal centro-sinistra*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il Ministro della sanità.

DEGAN, ministro della sanità. Onorevole Presidente, onorevoli senatori, desidero prima di tutto ringraziare coloro che avranno la pazienza e la cortesia di ascoltare una replica certamente non molto ordinata, intervenendo alla fine di tre sedute di dibattito nel corso delle quali ho potuto raccogliere appunti che mi consentiranno solo una risposta *flash*.

Il mio ringraziamento si rivolge in particolare al presidente Bompiani, relatore del disegno di legge, e a tutti i componenti della Commissione sanità per lo sforzo intenso che hanno compiuto nel corso del non breve periodo di formazione del testo al nostro esame, certamente molto più breve, però, di quanto non sia stato tutto il periodo precedente, nel corso del quale le

decine di documenti e di articoli che affastellavano, in maniera non sempre del tutto ordinata, le varie questioni che possono essere oggetto di programmazione sanitaria avevano determinato le condizioni per cui, nel corso della passata legislatura, non si è pervenuti nemmeno alla fase che questa sera stiamo concludendo, almeno per la discussione generale, su un disegno di legge licenziato dalla Commissione sanità.

Non so se sia stato del tutto opportuno, anche se è certamente funzionale alla discussione, proporre all'attenzione dell'Assemblea le mozioni conclusive relative all'indagine conoscitiva e l'esame di questo disegno di legge. Le mozioni hanno rappresentato e rappresentano un sia pure sintetico riesame della situazione generale e propongono una serie di iniziative conseguenti. Il disegno di legge è un tassello necessario ed utile di una visione più organica del servizio sanitario nazionale, che certamente non è esaustivo di tutta la problematica che si è posta alla nostra considerazione attraverso le mozioni, l'indagine conoscitiva e il dibattito che si è svolto. Non possiamo immaginare di caricare su un provvedimento che adempie alcune indicazioni certamente importanti della legge n. 833 e delle modificazioni ad essa apportate — mi riferisco in particolare alla legge n. 638, che ha convertito il noto decreto-legge il cui articolo 20 è stato più volte citato — l'intera problematica che riguarda l'assistenza sanitaria.

Credo che sia una scelta giusta quella di procedere per attuazioni progressive, forse non sempre tutte equilibrate ed ordinate cronologicamente e logicamente, ma che certamente servono a produrre risultati utili all'attuazione dei principi generali, ai quali tutti ci siamo dichiarati e continuiamo a dichiararci fedeli, della legge n. 833. Se essa ha avuto un limite, è stato certamente quello di una immediata — diciamo così, anche se così non è stato — attuazione sul piano istituzionale senza valutare le conseguenze, soprattutto nei tempi allora previsti, che da tutte le formulazioni e le determinazioni, sarebbero dovute discendere. Ho detto « per così dire immediata », perchè in questi giorni è passata all'esame del Consiglio dei mi-

nistri qualche legge regionale di attuazione di alcuni principi istituzionali e di ricomposizione delle competenze tra i diversi livelli del servizio sanitario nazionale.

Questa faticosa ricostruzione in unità di governo nelle USL della tutela della salute pubblica, attraverso la ricomposizione di diversi comparti e competenze, ha creato condizioni reali di difficoltà. Quando si accenna alla carenza di dati epidemiologici, debbo pure far presente al Parlamento che ciò deriva anche dal terremoto intervenuto nella ricomposizione istituzionale. Se troviamo squilibri anche rispetto a certe iniziative, ciò consegue a questa ricomposizione, senza dubbio faticosa — ma si sapeva che lo sarebbe stata — che ancora oggi non ha trovato la sua compiuta collocazione e una equilibrata dislocazione in tutto il paese. Pensiamo a quanto è accaduto ai laboratori provinciali di igiene e profilassi che erano elementi operativi, ma anche conoscitivi, al pari dei medici e dei veterinari provinciali. Il semplice dato fisico che spesso queste strutture, le quali avevano dimensione provinciale, siano state collocate in maniera disuniforme nell'ambito della nuova composizione delle unità sanitarie locali, ha ineluttabilmente determinato una caduta anche della possibilità e della capacità di raccolta dei dati.

Solo nel maggio dell'anno scorso, con atto di indirizzo e di coordinamento, è stato possibile, ad esempio, per il sistema informativo del Ministero fornire le istruzioni per raccogliere i dati non solo dalle regioni ma anche dalle singole unità sanitarie locali. Se quest'anno alla data del 2 maggio siamo stati in grado di dare, tranne che per una unità sanitaria locale, i consuntivi del 1984 in termini di competenza, ciò si deve ad una provvida decisione — peraltro accolta anche dalle stesse regioni che non hanno opposto, come forse avrebbero potuto fare, una loro preclusione ad un'iniziativa del genere — per cui è stato possibile pervenire ad un risultato che ha consentito al senatore Cavazzuti di affermare che, tutto sommato, il servizio sanitario nazionale ha una sua trasparenza conoscitiva. Credo che questo sia un dato importante, perchè per governare

occorre intanto conoscere — come è stato qui detto — i dati finanziari, ma non solo quelli. Questa è un'affermazione che condivide totalmente: del resto nella relazione del 2 maggio, anche se non in maniera altrettanto completa, sono cominciati ad emergere i dati di funzionalità, i dati fisici dai quali si evincono gli squilibri, che sono stati denunciati solo per gli aspetti finanziari, reali, profondi che percorrono il servizio sanitario nazionale sul piano funzionale e che naturalmente debbono costituire una delle ragioni fondamentali per avviare al più presto possibile e nella maniera più efficace possibile il metodo della programmazione applicata al servizio sanitario nazionale. Da questo punto di vista si è ricordato che fra gli impegni del Governo vi è la delegificazione del piano sanitario nazionale. Questa strada è stata ed è percorsa nel modo più ampio possibile, compatibilmente con i principi costituzionali che affidano la sanità alle regioni, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Ci troviamo con un articolo 53, ampiamente citato, in particolare dal senatore Gualtieri, che stabilisce che il piano sanitario nazionale deve essere approvato per legge e così in ogni regione viene attuato mediante appunto approvazione di una legge.

Il punto di sutura fra la opportunità, alla quale io credo, di delegificare al massimo il piano sanitario nazionale e la competenza istituzionale delle regioni, questa determinazione legislativa delle regioni, è quello di considerare — questo è il tentativo che è stato fatto attraverso il dibattito parlamentare poichè il testo originario dell'articolo 20 della legge n. 638 era totalmente delegificante — una parte del provvedimento come norme precettive e una parte viceversa trasfusa in atto non legislativo che consenta al Governo di esercitare, attraverso forme di indirizzo e di coordinamento, un'azione di tipo amministrativo non vincolante nei confronti delle regioni, restando tuttavia alcune linee fondamentali di tipo vincolante nei confronti delle stesse regioni.

In sede parlamentare si è deciso di non inserire, se non per alcuni capitoli ritenuti particolarmente importanti, nella parte pre-

cettiva tutta quella serie di parametrizzazioni che pure sono state messe a disposizione del Parlamento in due modi: in modo diretto, alla Commissione sanità e in modo indiretto, facendole varare, sia pure a titolo indicativo — e questo ha suscitato polemiche e censure nei confronti dello stesso Governo — nella delibera del CIPE di distribuzione del fondo sanitario nazionale che quest'anno si è verificata con modalità più puntuali dal punto di vista dell'equilibrio territoriale e con una più attenta finalizzazione alle funzioni, in modo da determinare, a livello conoscitivo, e comunque con una regola di autocomportamento del Governo, una spinta al riequilibrio e alla qualificazione della spesa.

Certo finchè non eravamo in grado di far altro se non distribuire il fondo sanitario nazionale come cifra complessiva, è accaduto — e così continuerà ad accadere se non si arriverà alla pianificazione, alla programmazione sanitaria — che la distribuzione di questo fondo globale ha privilegiato le funzioni più forti rispetto a quelle più deboli. Ciò in contraddizione con le linee della stessa riforma sanitaria perchè se la riforma sanitaria indica di dover privilegiare la medicina sul territorio, la prevenzione, la distrettualizzazione, un rapporto più diretto fra il momento prevenzionale e quello curativo della persona al di fuori della degenza e di dover qualificare sempre meglio la degenza, di specializzarla, di renderla compatibile il più possibile con il momento essenzialmente curativo, questo può avvenire solo attraverso una programmazione che abbia una sua dimensione finanziaria, ma che contenga anche una serie di indicazioni. Mi sembra che certamente l'articolo 1 di questo disegno di legge dia alcune specificazioni senza addentrarsi nei numeri, ma in qualche modo indirizzando tutte le regioni verso progetti, obiettivi ed azioni programmate che abbiano una loro uniformità...

GUALTIERI. E questo sarebbe il piano precettivo? Perchè il professor Bompiani ha detto che non era legge di procedura, e adesso dopo tre giorni di dibattito impariamo che questo sarebbe il piano precettivo, sen-

za un numero, senza una cifra, senza un'indicazione di finanziamento! Non possiamo prenderci in giro e dire che è un piano precettivo quello di cui all'articolo 1.

DEGAN, *ministro della sanità*. Senatore Gualtieri, ho sentito tranquillamente ieri il suo intervento, se lei mi consente credo di avere il diritto di proseguire con altrettanta tranquillità il mio discorso.

GUALTIERI. Io però ho il diritto di protestare.

DEGAN, *ministro della sanità*. Queste sono indicazioni che vengono date alle regioni per la formazione dei loro piani e per poter realizzare la volontà nazionale di affrontare problemi importanti, definiti dal Parlamento e come tali prioritari rispetto ad altri per quanto riguarda le iniziative da esercitarsi da parte dei servizi sanitari regionali e attraverso questi poi dalle unità sanitarie locali.

Per quanto riguarda il problema delle indicazioni numeriche da parte della Commissione sono stati prescelti alcuni capitoli, in particolare quello della riorganizzazione della rete ospedaliera, ritenendosi che in questo primo piano sanitario nazionale fosse importante definire questi parametri, e che perciò stesso fossero mature le condizioni per attuare, in questa direzione, la ristrutturazione del servizio sanitario nazionale, avendo tutti convenuto sul fatto che l'esperienza di questi anni, malgrado si fossero avviate in alcune regioni operazioni importanti di pianificazione, dovesse determinare una tensione del tutto specifica e prioritaria proprio nella riorganizzazione della rete ospedaliera, nella sua ristrutturazione, nella sua ricomposizione, per liberare energie, forze e professionalità verso le iniziative della medicina di tipo preventivo sul territorio, per corrispondere ai principi generali indicati nella riforma sanitaria, ma ancora di più per corrispondere alle esigenze che nascono dalla evoluzione dei tempi nel settore sanitario.

Per quanto riguarda il finanziamento — mi riferisco sia all'intervento del senatore Gualtieri che a quello del senatore Cavazzuti — credo che, ad un'analisi attenta delle cose, le distanze apparentemente ampie possano viceversa ritenersi meno ampie. In realtà anche la prospettiva indicata dal senatore Cavazzuti che mi spiace non sia presente — al di là della faccenda della virgola che mi sembra questione di poco conto e quindi, se dovesse dar luogo ad equivoci, facilmente risolvibile — mostra la necessità di un piano sanitario e di una legge pluriennale di finanziamento. Allora debbo far constatare al Parlamento che, per quanto riguarda il settore sanitario, nella legge finanziaria, nel 1984 per la prima volta e poi nel 1985, vi è la proiezione triennale del finanziamento globale.

GUALTIERI. Ad un *tot* per cento!

DEGAN, *ministro della Sanità*. Ci sono indicazioni in cifre assolute, così come si fa nella legge finanziaria.

GUALTIERI. Ma è questo il problema, signor Ministro!

DEGAN, *ministro della Sanità*. In altre parole, la legge pluriennale di finanziamento — o per lo meno una previsione pluriennale di finanziamento — per il servizio sanitario nazionale è stata comunque tenuta presente e nella legge finanziaria per il 1984 e nella legge finanziaria per il 1985. Così non era, invece, per le leggi finanziarie precedenti.

Il collegamento in un unico strumento legislativo con le norme precettive qui indicate e con le norme ordinarie successive potrà non essere immediato; sono, tuttavia, tasselli collocati in posizioni legislative diverse che possono però essere immaginati come un tutt'uno — io credo — collegato almeno nell'iniziativa politica ed operativa del Governo.

Ritengo che, da questo punto di vista, trovi in qualche maniera un supporto anche lo stesso articolo 2 che è stato ampia-

mente discusso. L'articolo 2 del disegno di legge, in definitiva, tenta una mediazione tra l'affermazione — corroborata anche da alcune determinazioni della Corte costituzionale e della Cassazione — del diritto alla prestazione come diritto personale del cittadino — e quindi regolabile esclusivamente per legge e non con semplice atto amministrativo — e la determinazione di un collegamento alle disponibilità finanziarie che nella legge finanziaria è stato sempre premesso e ribadito in tutte le discussioni di questa legge.

Se si vuole trasferire questo momento di discussione unitaria in altra sede, resta allora da intuire quale sia lo spazio che nella legge finanziaria può avere il servizio sanitario nazionale. Come ripeto, credo che qui si sia veramente in presenza effettiva, reale e concreta di una previsione triennale di spesa. Per il 1985, infatti, si prevede il finanziamento del servizio sanitario nazionale a carico del bilancio dello Stato: 39.200 miliardi, maggiorati del 5 per cento per il 1986 e di un ulteriore 5 per cento per il 1987. Questa determinazione, che è solo per il servizio sanitario nazionale, ha quindi una proiezione triennale e, se collegata ad un piano triennale, sia pure attraverso due strumenti legislativi diversi, credo possa consentire — almeno politicamente — con un opportuno adattamento legislativo, quel collegamento che è stato richiesto in particolare dai senatori Cavazzuti e Gualtieri.

A me interessava, senatore Gualtieri, rivendicare all'iniziativa di questo Ministro della sanità, se me lo consente, di aver ottenuto una proiezione triennale della spesa, di averla portata all'esame del Parlamento, anche con l'attuazione del programma di Governo circa la delegificazione — nel dibattito parlamentare è stata poi individuata la strada di una parte precettiva e di una parte, viceversa, da approvarsi con mozione — e di avere, sul piano dei numeri e dei parametri, scorporato dall'insieme dei numeri e dei parametri possibili, quelli che si ritengono essenziali per questa prima esperienza di piano triennale e di aver quindi avviato nel concreto, sia pure attraverso

strumenti diversi, un mosaico che ha una cornice unitaria come intuizione e come ragionamento politico con la possibilità di un'iniziativa ordinata in questo settore. Ripeto che si tratta di una manovra a mosaico, a tasselli successivi, che in qualche maniera si integrano nel modo migliore possibile in un'unica prospettiva che viene ripresa dalle due mozioni presentate. Tali mozioni sono diverse sia nella parte dispositiva che nella parte delle indicazioni, ma anche qui, a mio avviso, ci sono varie cose sovrapponibili e rivendicazioni perfino di bandiera. Comunque, mi pare che anche da tali indicazioni emerga, in sostanza, la possibilità di un ulteriore approfondimento e di un ulteriore serio lavoro per avviare — lo ripeto — un'ordinata politica sanitaria nel nostro paese.

Mi auguro che al più presto avremo occasione di discutere, sia pure, e lo dico con un certo rammarico, in tempi diversi — e non secondo un certo criterio che non era nelle volontà di chi vi parla ma che è imposto dalla necessità delle cose — di un immediato intervento di tipo istituzionale, che tenga conto dell'opportunità che le istituzioni si ricompongano in organi esecutivi — quanto meno ciò deve accadere per le unità sanitarie locali —; un esame che mi auguro possa essere realizzato nel modo più celere possibile in vista di una più complessa riforma istituzionale delle stesse unità sanitarie locali, in collegamento certamente con la pur necessaria riforma delle autonomie locali. Francamente, non vorrei che si ripetesse una nuova stagione di ermafrodisismo istituzionale nell'attesa che la riforma delle autonomie concluda rapidamente il suo *iter*. Non nego che vi sono problemi che nascono dall'esperienza ...

GUALTIERI. Signor Ministro, io difendo il senatore Mancino, non fosse altro perchè è un mio collega.

DEGAN, *ministro della sanità*. Senatore Gualtieri, non vedo in che cosa si concretizzi l'attacco da me ipoteticamente attuato.

Credo che vi siano questioni di cui noi tutti siamo consapevoli: la distinzione tra

il ruolo politico e il ruolo tecnico all'interno delle unità sanitarie locali è una cosa urgente. Per questo motivo, credo che questo problema debba essere affrontato con grande impegno, perchè ritengo che questo sia uno dei punti che, se non viene risolto...

ROSSANDA. Signor Ministro, deve essere risolto non con una legge ma con un nuovo costume: e questo richiede molto più che quattro parole!

DEGAN, *ministro della sanità*. Vi è bisogno anche di una legge, senatore Rossanda, da questo punto di vista, se è vero come è vero che nell'ambito delle USL il momento tecnico-gestionale non ha una precisa rilevanza che non sia quella di un non molto ben definito ruolo dei coordinatori e delle dirigenze dei servizi, mentre, al contrario, il ruolo politico si è andato espandendo e penetrando in settori che non dovevano essere toccati, creandosi uno di quei tanti intrecci oscuri che ad un certo momento hanno anche alimentato episodi meno diffusi di quanto l'emozione dell'opinione pubblica ritenga, ma comunque estremamente preoccupanti, che hanno richiamato l'attenzione critica e la censura da parte dell'autorità giudiziaria e degli organi di controllo. Sono stati controlli che si sono appalesati sempre più necessari, e debbo dire anche utili, perchè se nel corso del 1984 non si fosse dato vita, sia pure con un'iniziativa da parte del Governo centrale, surrogatoria spesso dell'inadempienza delle regioni malgrado la legge finanziaria del 1982, alla costituzione di collegi dei revisori dei conti che certo hanno attuato un controllo che talora è stato fastidioso, puntuale, di tipo burocratico (ma in questa fase di emergenza non si poteva percorrere altro che la strada dei controlli) non si sarebbe potuta avviare la fase delle responsabilizzazioni che è stata invece avviata.

Desidero ricordare che non è caduta sotto la censura della Corte costituzionale la norma, contenuta nella legge finanziaria 1984, a integrazione di quella già presente nella legge n. 833, che indicava i comuni come responsabili delle iniziative necessarie

per programmare ed eventualmente pervenire alle integrazioni finanziarie necessarie. Dalla legge finanziaria 1984 sono indicate le modalità attraverso le quali le regioni, con proprio atto legislativo, possono assumere iniziative per compensare eventuali deficit. Questo è un articolo che è caduto in parte sotto la censura della Corte costituzionale, ma così non è avvenuto per quanto riguarda la realizzazione di una sorta di finanza autonoma. Naturalmente questa strada indicata può anticipare possibilità di ulteriore sviluppo e di ulteriori determinazioni, così come tutto il capitolo che in qualche maniera riguarda la legislazione, ma che attiene in particolare ai rapporti tra il servizio sanitario nazionale e i propri dipendenti diretti o indiretti.

L'ho detto chiaramente e lo ripeto ancora una volta: la contrattualistica ha appiattito, ha sottratto stimoli, ha deprofessionalizzato di fatto il sistema. Credo che, da questo punto di vista, sia nei confronti della classe media, sia globalmente nei confronti degli operatori del servizio sanitario nazionale, si possano determinare — e le mozioni danno indicazioni in questo senso — profonde modificazioni e innovazioni, per arrivare proprio ad una contrattualistica stimolante, che consenta di premiare chi professionalmente esercita con capacità la propria azione e viceversa non garantisca in assoluto — come spesso attualmente accade — chi queste qualità non esprime. Attraverso una stimolazione interiore del sistema si deve arrivare ad alleggerire anche il sistema dei controlli finalizzandoli meglio di quanto non avvenga in questo momento, affastellati come sono e qualche volta addirittura contraddittori.

Nel corso della prossima settimana si andrà al voto su questo testo legislativo; credo di poter dichiarare la disponibilità ad ulteriori approfondimenti ed analisi. Quello che mi trova assolutamente indisponibile è una apertura a formulazioni tali da determinare il rinvio di un atto che credo assolutamente necessario e importante per avviare un'esperienza di programmazione non cer-

tamente in modo perfetto, ma anche, ed eventualmente, con qualche rozzezza e deficienza. Fino a questo momento tutto era affidato solamente alla buona volontà delle regioni e delle unità sanitarie locali. L'assunzione di responsabilità e le indicazioni che da un punto di vista di parametri, di numeri e di indici il Governo ha già dato, possono avere solamente un valore indicativo in quanto il Governo alle regioni non può dare altro che indicazioni certamente non precettive. Ma ottenere dal Parlamento la approvazione di una parte precettiva del piano che non esaurisca tutte le attese e le aspettative, ma che sia finalizzata a dare alle regioni alcune indicazioni omogenee per tutti i diversi piani regionali e alcune indicazioni anche parametriche per determinare uno sforzo in una particolare direzione come quella della ristrutturazione degli ospedali — devo ricordare al senatore Gualtieri che ciò era già presente nella legge finanziaria del 1984 e che fu accantonato proprio per consentirne l'inserimento in questo tipo di piano — ritengo che sia un fatto sostanzialmente positivo che meriti di essere portato a sollecita conclusione.

PRESIDENTE. Rinvio il seguito della discussione ad altra seduta.

Ordine del giorno per la seduta di venerdì 14 giugno 1985

PRESIDENTE. Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica venerdì 14 giugno, alle ore 10, con il seguente ordine del giorno:

Discussione del disegno di legge:

Revisione della legislazione valutaria (316).

La seduta è tolta (ore 23,20).

Dott. FRANCESCO CASABIANCA
Consigliere preposto alla direzione del
Servizio dei resoconti parlamentari